

# Revista Clínica Española

Volumen 209  
Especial Congreso 1  
Noviembre

2009

Publicación Oficial de la Sociedad Española de Medicina Interna

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

Valencia, 18-21 de noviembre de 2009

**COMUNICACIONES ORALES  
Y PÓSTERS**

# Revista Clínica Española

Publicación Oficial de la Sociedad Española de Medicina Interna

**SUMARIO • VOLUMEN 209 • ESPECIAL CONGRESO 1 • NOVIEMBRE 2009**

## XXX CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA (SEMI)

*Valencia, 18-21 de noviembre de 2009*

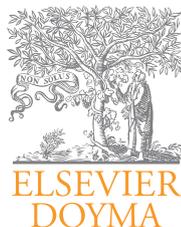
### COMUNICACIONES ORALES

ENFERMEDADES INFECCIOSAS .....	1
PACIENTE PLURIPATOLÓGICO/EDAD AVANZADA .....	2
GESTIÓN CLÍNICA .....	3
INSUFICIENCIA CARDÍACA .....	4
INFLAMACIÓN/ENFERMEDADES AUTOINMUNES .....	5
OSTEOPOROSIS .....	6
RIESGO VASCULAR .....	7
ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA .....	8
VARIOS .....	9

### COMUNICACIONES PÓSTERS

ENFERMEDADES INFECCIOSAS .....	19
PACIENTE PLURIPATOLÓGICO/EDAD AVANZADA .....	84
GESTIÓN CLÍNICA .....	109
INSUFICIENCIA CARDÍACA .....	132
INFLAMACIÓN/ENFERMEDADES AUTOINMUNES .....	155
OSTEOPOROSIS .....	182
RIESGO VASCULAR .....	187
ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA .....	234
VARIOS .....	250

ÍNDICE DE AUTORES .....	324
-------------------------	-----



## COMUNICACIONES ORALES

### ENFERMEDADES INFECCIOSAS

A-104

#### VANCOMICINA EN EL TRATAMIENTO EMPÍRICO DE LA MENINGITIS BACTERIANA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

I. Rodríguez Pinto, R. Güerri Fernández, E. Lerma Chippirraz, E. Esteve Palau, L. Vilaplana Marz, E. Torres del Pliego, E. Molas y A. Díez Pérez

Servicio de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas. Hospital del Mar. Barcelona.

**Objetivos.** La meningitis bacteriana (MB) es una enfermedad grave que se ve con relativa frecuencia en los servicios de urgencias. Lo más importante, ante la sospecha de una MB, es iniciar lo más precozmente posible un tratamiento antibiótico empírico que abarque los agentes etiológicos más frecuentes, ya que el retraso terapéutico se asocia a un peor pronóstico. Las guías clínicas se incluye la vancomicina combinada con cefotaxima como terapia empírica de primera elección. El objetivo es estudiar la susceptibilidad a diferentes antibióticos en los pacientes MB adquirida en la comunidad visitados en un hospital universitario y determinar si la utilización empírica de vancomicina aporta algún beneficio.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados de MB, ingresados a través del servicio de urgencias del Hospital del Mar de Barcelona (455 camas, área de influencia de 500.000 habitantes) durante un período de 3 años (2004 a 2007). Se revisaron las historias clínicas y los resultados microbiológicos de todos los pacientes con estudio de líquido cefalorraquídeo compatible con MB (pleocitosis neutrofílica y glucosa baja).

**Resultados.** Durante el período de estudio ingresaron 43 pacientes con MB adquirida en la comunidad, 30 de ellos eran varones, con una edad media (rango) de 53 años (1-91). Los microorganismos identificados con mayor frecuencia fueron *S. pneumoniae* 17 (40%), *N. meningitidis* 9 (21%) y *L. monocytogenes* 9 (21%). En 6 casos (14%) no se llegó a identificar el agente etiológico. Entre las cepas de *S. pneumoniae* se observó resistencia a penicilina (CMI > 1 µg/ml) en 3 casos (7%), resistencia a la eritromicina en 3 casos (7%), al cotrimoxazol en 4 (9%) y a clindamicina en 2 (5%). No se observó ningún caso de resistencia ni a cefalosporinas ni a vancomicina. Entre las cepas de *N. meningitidis*, se identificó una con CMI > 1 µg/ml a penicilina. Todas las cepas de *L. monocytogenes* mostraron CMI a penicilina < 0,5 µg/ml. Se asoció vancomicina en 34 de los 43 pacientes diagnosticados de MB como terapia empírica (79%). Dos pacientes presentaron insuficiencia renal aguda, potencialmente atribuible a la antibioterapia. Fallecieron 7 pacientes (todos tratados con terapia combinada con vancomicina), 4 presentaban una meningitis por *S. pneumoniae*, 2 por *L. monocytogenes* y 1 por *N. meningitidis*.

**Conclusiones.** *S. pneumoniae* es el agente etiológico más frecuente de la MB adquirida en la comunidad en nuestro medio. Atendiendo a los patrones de sensibilidad de la MB atendida en nuestro centro, añadir vancomicina como tratamiento empírico no aporta beneficio y podría ser una causa de efectos indeseables atribuidos al antibiótico. En cualquier caso, es de capital importancia monitorizar estrictamente las tasas de resistencia de los agentes causales de MB en nuestros pacientes para poder adaptar las recomendaciones de las guías clínicas.

A-110

#### EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA SUSTITUCIÓN DE ZIDOVUDINA EN TERAPIAS BASADAS EN TRES INHIBIDORES DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA ANÁLOGOS DE LOS NUCLEÓSIDOS (ITIAN) POR NEVIRAPINA S. Hernández Toboso<sup>1</sup>, M. Tasiás Pitarch<sup>1</sup>, S. Ruiz Ruiz<sup>1</sup>, M. Díaz Crombie<sup>1</sup>, E. Deig Comerma<sup>2</sup>, A. Delegido Sánchez-Migallón<sup>1</sup>, P. García Rodríguez<sup>2</sup> y E. Pedrol Clotet<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarra-gona.

<sup>2</sup>Unitat VIH. Hospital General de Granollers. Granollers (Barcelona).

**Objetivos.** Averiguar la eficacia y seguridad de la sustitución de zidovudina (AZT) en pacientes tratados con zidovudina (AZT) + lamivudina (3TC) + abacavir (ABC) por nevirapina (NVP) manteniendo los ITIAN (ABC/3TC, en presentación de Kivexa<sup>®</sup>).

**Material y métodos.** Estudio prospectivo de los pacientes que recibían tratamiento con ABC+ZDV+3TC (Trizivir<sup>®</sup>) y que se hallaban con carga viral indetectable en los 12 meses previos en los que se realizó cambio a ABC/3TC (Kivexa<sup>®</sup>) + NVP. Se recogieron sus datos demográficos, epidemiológicos, analíticos e inmuno-virológicos. Se recogieron los efectos adversos producidos. Se obtuvo el consentimiento informado de los pacientes. Los datos obtenidos se analizaron con SPSS versión 16.0 para Windows.

**Resultados.** 31 pacientes seguían tratamiento con ABC+ZDV+3TC (Trizivir<sup>®</sup>), de ellos 6 se negaron al cambio, 2 se excluyeron por presentar carga viral (CV) VIH detectable en el momento del inicio del estudio. El resto (23) presentaban una CV VIH < 50 copias/ml; el 65,2% eran varones y la edad media de 45 ± 9,9 años. El tiempo medio de diagnóstico de la infección VIH era de 12,5 ± 4,5 años. Y habían recibido una media de 2,6 tratamientos previos: un 47,8% habían recibido inhibidor de la proteasa, un 21,7% ITIAN y 39,1% sólo ITIAN. Cumplían criterios de SIDA según CDC el 39,1%. Presentaban coinfección VHB el 8,7% y VHC el 43,5%. Los linfocitos CD4 basales eran: 698 ± 263 cels/mm<sup>3</sup>. A 3 pacientes se les tuvo que retirar la nueva pauta de tratamiento por la aparición de un acontecimiento adverso inmediato (1 por intolerancia; 2 por rash cutáneo -8,6%-). A los 6 meses del cambio, no se observaron diferencias en la cifra de linfocitos CD4 y sólo un paciente presentó CV VIH detectable. En cuanto al perfil hepático, los datos basales: GOT 39,6 ± 23,4, GPT 47,2 ± 29 UI/L, GGT 83,9 ± 106, a los 6 meses solo se detectaron diferencias de GGT 179,2 ± 218,19 UI/L, p = 0.001. En cuanto al perfil lipídico a los 6 meses se observó diferencias con una disminución del colesterol total p = 0.04, aumento de colesterol HDL p < 0.001. A nivel de hemograma se observó aumento de cifras de hemoglobina (p = 0.018) y disminución del VCM (p < 0.001).

**Discusión.** La combinación galénica de zidovudina + lamivudina + abacavir, Trizivir<sup>®</sup>, ha sido durante años utilizada en la terapia antirretroviral por su fácil posología y aparente eficacia; sin embargo, diversos estudios han demostrado que la combinación en menos eficaz de lo que se presuponia y además, provoca mayor toxicidad, básicamente debido a AZT. En las guías actuales solo se recomienda su uso cuando no pueda ser utilizada una pauta basada en no análogos o en inhibidores de la proteasa.

**Conclusiones.** En nuestro estudio NVP combinado con ABC/3TC demuestra ser un régimen terapéutico eficaz, con buena tolerancia y seguridad. En comparación al tratamiento con AZT demuestra mejoría de la hemoglobina, VCM, colesterol total y HDL, aunque se observa un aumento en los niveles de GGT que en comunicaciones previas se ha asociado a inducción microsomal.

### A-134 RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN Y CONSEJO TERAPÉUTICO SOBRE ANTIBIÓTICOS DE USO RESTRINGIDO. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE 2º NIVEL

M. Marcos Herrero<sup>1</sup>, J. De la Torre Lima<sup>1</sup>, A. Del Arco Jiménez<sup>1</sup>, J. Olalla Sierra<sup>1</sup>, J. Prada Pardo<sup>1</sup>, L. Mérida Rodrigo<sup>1</sup>, M. Nouredine López<sup>1</sup> y M. Nieto<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Farmacología Clínica. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga).

**Objetivos.** Introducción: el uso adecuado de los antibióticos de mayor espectro es de vital importancia para mantener la ecología bacteriana y evitar la aparición de resistencias. Los programas de intervención sobre el uso de antimicrobianos pueden controlar el uso de estos fármacos, el tiempo de aplicación y en ocasiones reducir los costes farmacéuticos. Objetivos: Describir un programa de intervención y consejo terapéutico sobre antibióticos de uso restringido implementado en un hospital de 2º nivel durante el período 1 de agosto de 2007 a 30 de mayo de 2009.

**Material y métodos.** Se estableció un circuito de detección de antibióticos de uso restringido, a través de las prescripciones por unidades en 9 servicios. Los criterios fueron establecidos por la comisión de infecciones y política antibiótica de nuestro centro. Los casos se notificaron por interconsulta (IC) desde Farmacia a 2 miembros de la comisión de infecciones pertenecientes además al Grupo de Trabajo en Enfermedades Infecciosas de Medicina Interna para su evaluación conjunta con la unidad prescriptora.

**Resultados.** Se han realizado 149 IC. En 72 casos (48,3% de las consultas) el antibiótico indicado había sido pautado de manera empírica y en otro 52,7% dirigido por cultivos. Los antibióticos para los que se solicitó valoración fueron: imipenem 61, ertapenem 20, meropenem 18, linezolid 12, aztreonam 8, teicoplanina 7, cefepime 4, voriconazol 3, vancomicina 2, anfotericina liposomal 2 y otros 12. En el 76% de las consultas se recomendó una alternativa terapéutica más racional tanto por eficacia clínica como por la preservación de la ecología bacteriana. Las actuaciones fueron las siguientes: a) Se cambió a antibiótico alternativa: 77 casos (51,6%); b) Se indicó la suspensión del antibiótico: 38 casos (25,5%); c) Se mantuvo el antibiótico prescrito: 32 casos (21,4%); d) Exitus: 2 casos. Los principales cambios recomendados fueron: 1) Imipenem y meropenem: cambio a ertapenem en casos de bacilos gram negativos productores de BLEE, a Piperacilina-tazobactam en casos graves tras confirmación de sensibilidad por antibiograma (fundamentalmente pseudomonas) y a amoxicilina-clavulánico o ciprofloxacino en caso de gérmenes sensibles (fundamentalmente enterobacterias o enterococo). 2) Linezolid: cambio a clindamicina, cotrimoxazol o vancomicina en infecciones estafilocócicas tras confirmación de sensibilidad en antibiograma. 3) Ajuste en la duración de los antibióticos a los protocolos actualizados, no prolongándolos innecesariamente. Los servicios más implicados en estas interconsultas fueron: MI: 57, Cirugía: 22, Urología: 19, Digestivo: 15, Neumología 14, UCI 6, Traumatología 6, Hepatología 4, Ginecología 3, ORL 3, Cardiología 1. No se constataron retenciones en las intervenciones por parte de los diversos especialistas aconsejados. El ahorro estimado con el cambio de medicación solo en 2008 fue de unos 32.000 euros.

**Conclusiones.** El programa de intervención y consejo terapéutico realizado por profesionales experimentados en el tratamiento de enfermedades infecciosas en general es bien acogido y permite con frecuencia optimizar tratamientos mediante estrategias de desescalado y cambio por fármacos con espectro antibacteriano más reducido. Adicionalmente pueden reducirse el gasto farmacéutico de forma importante.

## PACIENTE PLURIPATOLÓGICO/ EDAD AVANZADA

### EA-16

#### FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD A LOS SEIS MESES DEL ALTA DE PACIENTES ANCIANOS HOSPITALIZADOS POR UN PROBLEMA MÉDICO. ELABORACIÓN DE UN ÍNDICE PRONÓSTICO PARA IDENTIFICAR A LOS CANDIDATOS POTENCIALES A LA UTILIZACIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS

M. Cabré Roure<sup>1</sup>, R. Monteis Cahis<sup>1</sup>, M. Usas Torrents<sup>1</sup>, M. Palomar García<sup>1</sup>, E. Palomera Fanegas<sup>2</sup> y M. Serra-Prat<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Unidad Geriátrica de Agudos, <sup>2</sup>Unidad de Investigación. Hospital de Mataró. Mataró (Barcelona).

**Objetivos.** Muchos de los pacientes ancianos hospitalizados por una enfermedad aguda presentan un declive funcional, un riesgo de ser institucionalizados y un incremento de la mortalidad durante el primer año después del

alta. El objetivo de este trabajo es desarrollar e identificar un índice pronóstico de la mortalidad a los seis meses en los pacientes ancianos hospitalizados por un problema médico.

**Material y métodos.** Estudio observacional prospectivo de una cohorte de pacientes de más de 70 años hospitalizados en una UGA. Se reclutaron el 70% los pacientes dados de alta de forma aleatoria durante el período enero de 2001 y diciembre de 2008. El 30% de los pacientes se excluyeron para hacer la validación. Se ha excluido los pacientes con cáncer y metástasis y los fallecidos durante el ingreso. Factores de estudio: Edad, sexo, diagnósticos al alta, síndromes geriátricos, comorbilidades, Estado cognitivo (Pfeiffer), estado funcional (Índice de Barthel), estado Nutricional (Mini nutritional Assessment), Índice de comorbilidad de Charlson, hemoglobina, creatinina, albúmina, colesterol total y linfocitos. Se registró la mortalidad a los 6 meses del alta.

**Resultados.** Se reclutaron 1925 pacientes, 36,4% hombres y 63,6% mujeres, con una edad media de 84,6 (DE6, 2) años. La media del IB al alta fue de 67,8 (DE 31) puntos. La mortalidad a los seis meses fue del 21,41%. En el análisis multivariado los factores independientes que se relacionaron de forma estadísticamente significativa con la mortalidad a los seis meses fueron: Edad mayor de 80 a. [(OR 1,76(1,12-2,75)], Índice de Barthel < 40 [(OR 3,36(2,27-4,96)], Índice de Barthel 40-60 [(OR 1,83(1,20-2,81)], Creatinina > 1,5 [(OR 1,83(1,30-2,60)], albúmina < 30 [(OR 1,83(1,34-3,10)], linfocitos < 800 [(OR 1,83(1,34-3,10)], Caídas previas [(OR 1,44(1,04-1,99)], Demencia [(OR 1,47(1,03-2,11)], Insuficiencia cardiaca [(OR 1,79(1,30-2,47)], Neuropatía crónica [(OR 1,88(1,36-2,60)] y anemia [(OR 1,66(1,21-2,28)]. Los pacientes se estratificaron en grupos de riesgo basado en una puntuación relacionada con las OR obtenidas. Los porcentajes de mortalidad a los 6 meses fueron: menor o igual a 2,5 puntos: 7,2%, de 3 a 5,5 puntos: 19,9%, igual o mayor a 6 puntos: 34,3%.

**Conclusiones.** Estos resultados sugieren que una escala de riesgo sencilla de recoger puede identificar a los ancianos hospitalizados por una enfermedad médica no neoplásica con un alto riesgo de mortalidad a los 6 meses. Esta información puede ayudar al equipo asistencial a identificar aquellos pacientes que están al final de la vida.

### EA-19

#### PERCEPCIÓN SUBJETIVA DE SALUD EN RELACIÓN CON LA VULNERABILIDAD CLÍNICA DE LOS INDIVIDUOS

A. Lozano<sup>1</sup>, M. Aguas<sup>2</sup>, D. Sort<sup>1</sup>, J. Delás<sup>1</sup>, E. Carral<sup>1</sup> y F. Fernández<sup>1</sup>

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

**Objetivos.** Conocer la percepción de la salud de los pacientes que precisaron ingreso hospitalario y su relación con la vulnerabilidad clínica.

**Material y métodos.** El estudio se realizó en una Unidad de Atención Integral al Paciente Frágil de un Hospital Universitario de nivel 2-b. Se revisaron las historias de los pacientes que ingresaron en la unidad durante un año y se valoraron datos sociodemográficos, la percepción subjetiva de salud, el resultado de las diferentes escalas utilizadas en la valoración integral de dichos pacientes así como la vulnerabilidad clínica aplicando una adaptación del "vulnerable elders Survey" (VES-13). Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS.

**Resultados.** Durante el estudio ingresaron 371 pacientes. Las mujeres representaban el 66,3%. La media de edad fue de 85,5 años (DE 6,8). El 72% ingreso desde urgencias y el 28% desde otros servicios. El 21,6% valoraba su salud como muy buena o buena, el 36,9% como regular y el 41,5% como mala. En 83 casos (22,4%) se observó alteración emocional y en el 77,6%, situación emocional estable. La media del índice de Barthel de 57,7 (DE 32,4), del Charlson, de 2,27 (DE 1,8) y del Pfeiffer, de 4,1 (DE 3,1). Al alta el 43,1% van a domicilio, el 22,6% a un CSS, el 21,4% a residencia y el 12,9% es exitus. La media del Ves-13 fue de 8,5 (DE 1,9). Un 45,3% de los pacientes tienen Ves-13 de 10. La vulnerabilidad era mayor (9,0 DE 1,3) en los pacientes que tenían una percepción de salud regular-mala que en los que la tenían buena-muy buena (6,6 DE 2,4) ( $p < 0,005$ ) Al analizar el Ves-13, en las preguntas sobre acciones se observa que los pacientes que perciben su salud como muy buena-buena pueden en mayor proporción comprar sus objetos, utilizar el dinero en la compra, realizar quehaceres domésticos ligeros, bañarse o ducharse solos, que los pacientes que la perciben como regular-mala, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,005$ ). No hay diferencias en la percepción de la salud entre los que no pueden caminar por casa y los que lo hacen con ayuda ( $p = 0,304$ ). En las preguntas sobre actividades se observa que los pacientes que perciben su salud como muy buena-buena pueden en mayor proporción inclinarse, agacharse o arrodillarse, levantar pesos pequeños, levantar los brazos por encima de los hombros, escribir o manejar objetos pequeños, caminar 300 metros, realizar trabajos de casa pesados, que los pacientes que la perciben como regular-mala, siendo estas diferencias significativas ( $p < 0,005$ ).

**Discusión.** La percepción de la propia salud que tiene el paciente no siempre es valorada como corresponde. El clínico tiende a considerarla parte del

trastorno adaptativo que acompaña a la enfermedad, y más si el enfermo es un anciano. La percepción de buena o muy buena salud de los pacientes analizados es baja (21,6%) si se compara con la descrita por Abellán que es de 40,8% en los mayores de 65 años. Esta diferencia puede ser explicada por la edad elevada de nuestros pacientes, un mayor porcentaje de mujeres, una baja funcionalidad y una alta comorbilidad. Todos ellos factores que se han relacionado con una peor percepción de salud. La vulnerabilidad de estos pacientes es alta, ya que casi la mitad de ellos tienen un Ves-13 de 10. Además, se relaciona bien con la percepción de la salud ya que los pacientes que tenían una percepción de la salud regular-mala tenían un Ves-13 significativamente mayor que los que la tenían buena-muy buena. De todas las preguntas del Ves-13 sobre las actividades o acciones que puede realizar el individuo, sólo la acción de poder caminar por casa, considerada de manera aislada, no se relaciona con la percepción del individuo sobre su salud. Sin embargo, el poder salir de casa y caminar, sí se relaciona con mejor percepción de salud.

**Conclusiones.** La percepción de la propia salud que tiene el paciente anciano se relaciona con su vulnerabilidad clínica. El no poder caminar por casa no es considerado como un factor que modifique la percepción del paciente sobre su salud. La percepción de la salud es una opinión que debería tenerse en cuenta para la toma de decisiones.

## EA-20

### ESTANCIAS TRAS EL ALTA MÉDICA. UN PROBLEMA FRECUENTE EN NUESTRO MEDIO

**F. López Gutiérrez, J. Olmos Martínez, J. Hernández Hernández, D. Nan Nan y J. González-Macías**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria).*

**Objetivos.** a) Valorar las características de los pacientes que no aceptan irse a su domicilio tras ser dados de alta ("altas sociales") en un Servicio de Medicina Interna de un Hospital Universitario de tercer nivel. b) Evaluar el número de estancias producidas tras el alta médica, y c) determinar en qué medida afectan a la estancia media de nuestro Servicio.

**Material y métodos.** Se han analizado las características de los pacientes dados de alta en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, de Santander durante el año 2008, que no aceptaron irse a su domicilio. La información se obtuvo a través del Servicio de Admisión y Documentación Clínica (SADC), y mediante la revisión de los informes de alta de estos pacientes.

**Resultados.** Durante 2008 se produjeron 195 altas sociales, lo que supone el 4,5% de las altas de nuestro Servicio. La mayoría de los pacientes eran mayores de 75 años. Las causas más frecuentes que motivaron el ingreso fueron las enfermedades cardiovasculares, pulmonares y digestivas, alcanzándose un índice de comorbilidad de Charlson de  $3,9 \pm 2,3$ . Casi la mitad de los pacientes presentaban deterioro cognitivo. La mayoría de los pacientes (69%) fueron remitidos tras el alta a otra Institución (Hospital Geriátrico o Residencia de ancianos), en un plazo medio de 14 días. El 19% de los pacientes aceptaron regresar a su domicilio tras permanecer otros 16 días en el Hospital y el 12% restante fallecieron. La media de edad de los pacientes que fueron remitidos a otras instituciones (82 años) o fallecieron en el hospital (83 años) fue mayor que la de los pacientes que regresaron a su domicilio (79 años). El número de estancias producidas tras el alta médica fue de 2.865. Esta cifra supone el 5,3% de las estancias de nuestro Servicio. Al excluir las estancias tras el alta, la estancia media de nuestro servicio se redujo en 0,7 días.

**Conclusiones.** La mayoría de las altas sociales se producen en personas ancianas con pluripatología. Las estancias tras el alta superan el 5% de las estancias totales de nuestro Servicio y provocan un aumento de casi 1 día en nuestra estancia media.

## GESTIÓN CLÍNICA

### G-20

#### ¿QUÉ OPINAN LOS RESIDENTES SOBRE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES?

**J. Morís de la Tassa<sup>1</sup>, D. Galiana Martín<sup>1</sup>, E. Luño Fernández<sup>2</sup>, M. Gómez Castro<sup>3</sup> y G. Solís Sánchez<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>4</sup>Servicio de Pediatría. Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias). <sup>2</sup>Servicio de Hematología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias). <sup>3</sup>Unidad Docente Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Salud del Principado de Asturias (Asturias).

**Objetivos.** Conocer la opinión de los residentes médicos sobre los riesgos asistenciales de los pacientes, factores responsables y su disponibilidad a colaborar activamente en su estudio y análisis.

**Material y métodos.** Se utilizó la encuesta del Tomas Jefferson University, con la autorización de los autores, traducida y validada. Está formada por 19 preguntas que exploran la opinión de los residentes sobre los riesgos asistenciales de los pacientes, factores responsables, disponibilidad para informar y colaborar en el estudio de estos sucesos adversos (SA), y el número que habían observado en los dos meses previos. Se complementa con los datos demográficos, especialidad, año de residencia y área sanitaria. Se diseñó una página web que permitió su cumplimentación on-line. Desde ella se podía imprimir y remitir por correo. Permaneció abierta desde junio de 2008 hasta abril de 2009. Se ofertó a todos los residentes en el Principado de Asturias. Los datos se expresan en proporciones. El análisis comparativo se efectuó mediante el test de  $\chi^2$ . El nivel de significación fue para un valor de  $p < 0,05$ .

**Resultados.** La tasa de respuesta en la población diana fue del 60% (359/598) y entre los residentes de servicios médicos 61,8% (97/157)  $p = ns$ . El 29% eran hombres y el 71% mujeres. Se distribuyeron de forma homogénea entre los cinco años de residencia (1: 20,6%, 2: 22,7%, 3: 19,6%, 4: 23,7% y 5: 12,4%). La opinión de los residentes sobre la prevención de los SA y los factores principales se detallan en la tabla 1, en la que se comparan con la de otro estudio (Am J Med Qual 2005; 20:70-77). El 56,3% piensa que su formación no le prepara para la prevención. El 63% opina que es nuestro deber informar a los pacientes de estos hechos, pero solamente el 52,5% lo pondría en conocimiento del responsable de la unidad. En cuanto al número de SA observados, entre 1 y 4 está el 42,3% y 5 y 9 el 35,1%. El 31,9% estaría dispuesto a participar en un grupo de trabajo y contribuir con sus experiencias.

**Discusión.** Este es el primer estudio que investiga la opinión de los residentes sobre la seguridad de los pacientes y los factores responsables. A diferencia de estudios realizados, en nuestro país la proporción de residentes que considera estos hechos prevenibles es muy inferior.

**Conclusiones.** 1. La proporción de residentes que opina que los SA se pueden prevenir es baja. 2. Las estrategias de prevención están directamente relacionadas con la formación y se pueden implantar en los programas formativos de las especialidades. 3. Los residentes médicos participan, u observan, SA de forma habitual en su formación. 4. Su disponibilidad a participar en acciones de mejora es baja. 5. Solamente cuando conocemos bien la opinión de los médicos en formación podremos diseñar estrategias que nos permitan mejorar la seguridad de los pacientes en nuestro sistema sanitario.

Tabla 1 (G-20). Estudio comparativo de dos encuestas

%	Sorokin, 2005 EE.UU.	Morís, 2008 Asturias
¿Los SA, se pueden prevenir?	61	47,4
Mejora del trabajo en equipo	88	66
Mejor formación	74	65
Cambio guardia detallado	70	52,5
Mejor supervisión	56	65

### G-26

#### PROGRAMA DE ALTA MATUTINA

**S. Caro Bragado, C. Navarro San Francisco, A. Martín Quirós, M. Rodríguez Dávila, A. Lorenzo Hernández, J. Camacho Siles y C. Fernández Capitán**

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

**Objetivos.** En las últimas décadas, el aumento progresivo de la presión asistencial hace que los pacientes se acumulen en los servicios de Urgencias y que los ingresos de los mismos se realicen fuera de los servicios correspondientes a sus patologías y en horas poco adecuadas. Los objetivos del presente estudio son: 1. Valorar la viabilidad del proyecto 2. Evaluar la coordinación de los distintos servicios que intervienen en los pasos dados para la consecución de un alta matutina, desde que el paciente se propone para ella hasta que ingresa el nuevo paciente.

**Material y métodos.** Evaluación del proyecto de Alta matutina en una sección de Medicina Interna compuesta por 26 camas de un hospital terciario. Se fijó el horario de alta exitoso a las 11.00 horas y del próximo ingreso a las 12:30 horas. Se recogieron las horas referentes: a la confirmación del alta; la necesidad de ambulancia (y el éxito de la misma dentro del horario prefijado); la salida del paciente; la disponibilidad de la habitación; el alta informático, el ingreso informático; el ingreso real y, en caso de no resultar exitosa el alta, las causas.

**Resultados.** Durante un periodo de prueba de 6 meses se propusieron 56 altas matutinas (y 2 ingresos adicionales por éxitos durante la mañana), que supuso un 14% de las altas. Todos los pacientes fueron informados el día antes, con entrega de informe de alta médico y de enfermería. La propuesta

de alta matutina fue aceptada por pacientes y familiares en todos los casos. El programa fue exitoso en el 91,38% (n = 53) de los casos. 2 pacientes no llegaron a la Sección en la mañana por retraso en el ingreso desde la Urgencia y 1 no tuvo lugar por ingresar un paciente programado en la tarde. Precizaron transporte sanitario 14 pacientes. De ellos se suspendió el alta en 3 casos (35,71%): 2 por error en la cumplimentación de la solicitud del transporte sanitario y en 1 la ambulancia llegó fuera del horario prefijado. El 76,92% (n = 40) de las altas se realizaron antes de las 11.00 horas. De los que no se hizo en este horario, 6 (50% de los retrasos) fue por motivos de transporte en ambulancia. El tiempo medio de adecuación de la habitación desde que el paciente se fue de alta hasta que podía ingresar el siguiente fue de  $49,04 \pm 5,89$  minutos (DE: 20,07, Me: 50). El tiempo medio desde la orden de ingreso hasta que el paciente realmente llega a la habitación fue de 33,29 minutos. Un paciente ingresó en planta a las 14.50 horas por problema de transporte interno. Todos los pacientes que ingresaron mediante este programa dispusieron de dieta en la planta.

**Discusión.** 1. El alta matutina permite el ingreso de pacientes durante el turno de mañana, con un ahorro de 24 horas hospitalarias, facilitando la valoración precoz del paciente por el equipo médico responsable, lo que permite optimizar su tratamiento y agilizar el estudio de su patología. 2. Los pacientes independientes y aquellos que no precisan traslado en ambulancia son los candidatos idóneos para este programa. 3. Este proceso exige la coordinación de numerosos servicios médicos y no médicos y su priorización, agilizando los traslados.

**Conclusiones.** La realización de altas matutinas permitiría disponer de camas libres en la mañana, facilitando la valoración en el momento del ingreso del equipo médico responsable, la descongestión de los servicios de urgencias en la mañana y evitar ingresos a horas intempestivas. Todo ello conllevaría la mejora en la calidad asistencial percibida del paciente, familiares y personal sanitario.

\*Unidad Enfermería: Almagro Moreno S., Ballesteros Hernández, M. C., Bárcena Moreno, A. I., Barrado Sánchez, M., Chamoso García, A. B., Cuesta Moreno, M., Fresno Moreno, L., González Pando, M. T., Martín Basteiro, E., Mostaza Rodríguez, E., Nogueiras Ríos, C., Ortiz-Vivanco Soto, E. M., Pacheco Picazo A., Rivera Pérez, D., Sanz García, M. R., Torres Cañaveas, I., García Andrés, A.

#### G-59

### IMPLANTACIÓN DE UN MODELO DIGITAL PARA LA ELABORACIÓN POR ENFERMERÍA DE INFORMES DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS AL ALTA

**J. Méndez Moreno, J. Blanco Hidalgo, A. Pérez Mairén, C. Luque Rivera, M. Ossorio Ortiz, J. Bozada Reina, P. Paredes Pérez y A. Valderas García**

UCAMI. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** Evaluar el proceso de implantación del informe de Continuidad de Cuidados (ICC) al alta y su adaptación en la Historia Clínica Electrónica. Conocer el grado de utilización del ICC y las dificultades encontradas tras la implantación. Detectar elementos de mejora

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal. Población de estudio: enfermeras de UCAMI (Unidad Clínica de Atención Médica Integral de H. Universitario Virgen del Rocío de Sevilla Variables: formación realizada; utilización del ICC (número de enfermeras que utilizaron el modelo digital; Valoración de la aceptación de la herramienta. Fuentes de información: registro de la formación realizada, explotación del grado de utilización del ICC, aportaciones recogidas en las reuniones con referentes de cuidados

**Resultados.** Se realizaron 2 sesiones de formación sobre la aplicación digital del ICC historia clínica electrónica, asistiendo el 95% de los profesionales de enfermería de la unidad. Valoración enfermera: n° enfermeras que han elaborado el ICC en este formato (51%). La mayoría de enfermeras (78%) creen necesario adquirir más conocimientos y habilidades en el manejo de esta herramienta. Otro de los factores comentados es el la facilidad para poder retomar datos de un paciente reingresado Por otro lado se alega un aumento del tiempo que se precisan para la realización digital del informe.

**Discusión.** La digitalización del informe mejora la visión integral de la persona, unifica la práctica profesional y mejora los cuidados de enfermería. El soporte informático permitir el uso de la información para posibles estudios posteriores y para usos estadísticos permitiendo evaluar diagnósticos, intervenciones, y recomendaciones más frecuentes.

**Conclusiones.** La informatización ha supuesto para las enfermeras un cambio importante, ya que permite ampliar los conocimientos de la practica enfermera y al mismo tiempo permite dejar constancia de las actividades en la historia digital para poder ser usado por todos los profesionales que atiendan al pacientes.

## INSUFICIENCIA CARDÍACA

### IC-1

#### PRONÓSTICO DEL SÍNDROME CARDIORRENAL

**J. Díez Manglano, E. Del Corral Beamonte, F. Gomes Martín, I. García-Álvarez García, M. Sevil Puras, P. Martínez Rodés e I. Martín-Algora**  
Servicio de Medicina Interna. Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

**Objetivos.** Conocer la mortalidad en los pacientes con síndrome cardiorrenal (SCR) y los factores asociados a la misma.

**Material y métodos.** Se han incluido todos los pacientes ingresados con insuficiencia cardiaca (IC) durante 2007 en una unidad de Medicina Interna. Los pacientes con una tasa de filtración glomerular (FG), calculada por MDRD, inferior a 60 ml/min. se han diagnosticado de SCR. Se ha realizado un seguimiento de los pacientes. Se han calculado las curvas de supervivencia con el test de regresión logística de Cox y las curvas de Kaplan-Meier. Para las comparaciones se han utilizado los test t de Student y  $\chi^2$ .

**Resultados.** Se han incluido 244 pacientes, 90 varones y 154 mujeres, con una edad media de  $81 \pm 10$  años (38-100). De ellos 123 pacientes (50,4%) tenía SCR. Las mujeres eran de mayor edad ( $82 \pm 9$  vs.  $78 \pm 10$ ;  $p = 0,003$ ). Los pacientes con SCR son con más frecuencia mujeres (57,8% vs. 37,8%;  $p = 0,003$ ) y de más edad ( $82 \pm 8$  vs.  $79 \pm 11$  años;  $p = 0,01$ ). La EPOC es más frecuente en pacientes con SCR (33,6% vs. 13,8%;  $p = 0,0003$ ) pero no hay diferencias en la prevalencia de hipertensión, diabetes, fibrilación auricular, ictus o isquemia cerebral previa. La prevalencia de SCR es similar entre pacientes con debut de IC o con IC conocida. La mediana de seguimiento ha sido de 383 días (1-885) con una mortalidad de 50% (122 pacientes), siendo mayor en los pacientes con SCR (62,6% vs. 37,2%;  $p = 0,0001$ ). No hay diferencias en la mortalidad a corto plazo durante el ingreso hospitalario (10,7% en pacientes con SCR frente a 6,2%;  $p = 0,06$ ). La probabilidad de supervivencia al año en los pacientes con SCR era de 0,45 y la mediana de supervivencia de 285 días. Aunque la supervivencia al año en los pacientes con SCR mayores de 80 años es menor (0,31 vs. 0,68) la presencia de SCR se asocia con la mortalidad tanto en los mayores de 80 años (OR 1,96 [1,28-2,99];  $p = 0,002$ ) como en los menores (OR 2,88 [1,07-4,84];  $p = 0,03$ ). Aunque la mediana de supervivencia es menor en los pacientes con FG < 30 ml/min. que en los pacientes con FG 30-60 ml/min. (139 días vs. 288 días) no hay diferencias en la probabilidad de supervivencia a los 290 días (0,44 vs 0,49;  $p = 0,98$ ).

**Discusión.** El SCR definido como la coexistencia de IC y descenso del FG es un proceso frecuente y con elevada mortalidad. Aunque es más frecuente en sujetos de más edad se asocia con mayor mortalidad en todas las edades por lo cual parece tratarse de un factor pronóstico independiente.

**Conclusiones.** El SCR es una entidad frecuente entre los pacientes con IC y se asocia con una mortalidad elevada al año tanto en pacientes mayores como menores de 80 años.

### IC-17

#### MORTALIDAD ASOCIADA A LA CISTATINA C EN INSUFICIENCIA CARDIACA CON FUNCIÓN SISTÓLICA PRESERVADA

**J. Carrasco Sánchez<sup>1</sup>, L. Galisteo Almeda<sup>2</sup>, I. Páez Rubio<sup>1</sup>, E. Ortiz López<sup>1</sup>, I. Vázquez García<sup>1</sup> y E. Pujol de la Llave<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>UGC Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Laboratorio. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Huelva.

**Objetivos.** La insuficiencia cardiaca con función sistólica preservada (ICFSP) representa una entidad compleja y heterogénea de difícil abordaje clínico. Una correcta estratificación de la gravedad para dirigir las medidas terapéuticas podría ser la base de un correcto manejo. Pretendemos conocer si existe asociación entre los niveles plasmáticos de cistatina C con la mortalidad y estimar la magnitud de dicha asociación. Por otra parte valorar si esta asociación es independiente de la función renal.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo y observacional de una cohorte de pacientes con ICFSP hospitalizados de forma consecutiva por empeoramiento clínico. Los criterios para definir ICFSP fueron acordes con las directrices de la Sociedad Europea de Cardiología. Se consideró función sistólica preservada como una FEVI > 45% medida por la regla de Simpson. Las determinaciones analíticas se realizaron de rutina en el laboratorio centralizado. Para la cistatina C, se empleó la técnica N Látex de Dade Behring y para el NTpro-BNP Elecsys® 2010 de Roche. La función renal fue estimada mediante la ecuación MDRD-4 y se definió insuficiencia renal (IR) con un filtrado glomerular (FG) < 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. Se realizó un análisis por cuartiles de los niveles séricos de cistatina C y el evento a alcanzar fue la mortalidad total al año. Las diferencias basales de la población fueron comparadas mediante ANOVA o Test de Kruskal-Wallis para las variables cuantitativas y el test Chi Cuadrado para las categóricas. Se calcula hazard

ratio (HR) mediante una regresión de COX para identificar predictores de la mortalidad al año (variables con  $p > 0.1$ ). El análisis de supervivencia por el método de Kaplan-Meier.

**Resultados.** Un total de 218 pacientes fueron incluidos en el estudio. La mediana de la cistatina C fue de 1,45 mg/L (1,12-2,06). La edad media fue de 75,63 años (DS 8,7) y el 60,1% fueron mujeres. Los grupos por cuartiles fueron los siguientes: primero, cistatina C < 1,12 mg/L (53), el segundo, cistatina C 1,12-1,45 mg/L (56), el tercero 1,46-2,06 mg/L (56) y el cuarto, cistatina C > 2,06 mg/L (53). En la comparación de las características basales de la población por cuartiles encontramos diferencias en la edad, anemia (OMS), NYHA e hipertensión pulmonar. No había diferencias en los tratamientos prescritos al alta. En las variables de laboratorio se encontraron diferencias en los niveles de creatinina, filtrado glomerular (FG) por MDRD-4, NT-proBNP y colesterol. No había diferencias en los niveles de PCR de alta sensibilidad. Encontramos una correlación (Rho de spearman -0,726;  $p < 0,0001$ ) entre la cistatina C y el FG. Tras un año de seguimiento, 70 pacientes murieron (mortalidad del 32,1%), a los 6 meses la mortalidad ya alcanzaba el 23,4%. En el estudio bivariable, las variables que miden función renal fueron asociadas con la mortalidad. En el modelo multivariante de regresión de Cox, el aumento de un cuartil en los niveles de cistatina C presentaba un HR ajustado de 1,88 (IC95% 1,45-2,42;  $p < 0,0002$ ). Tanto la creatinina como el FG por MDRD no alcanzaron significación en el modelo multivariante. Otras variables asociadas a la mortalidad al año fueron: edad (HR 1,07; IC95% 1,03-1,10;  $p < 0,0002$ ), hiponatremia (HR 2,01; IC95% 1,24-3,27;  $p < 0,0005$ ) e hipertensión pulmonar (HR 1,67; IC 1,01-2,75;  $p < 0,044$ ). El estudio de Kaplan-Meier por cuartiles demostró una reducción progresiva de la supervivencia en función del aumento de la cistatina C (Log rank < 0,0005), esta tendencia ya se observaba a los 6 meses de seguimiento (Log rank < 0,0005). Así mismo, en 114 pacientes con función renal normal (MDRD-4 > 60 ml/min), la cistatina C > 1,35 mg/L (curva ROC) demuestra una disminución de la supervivencia al año (Log rank < 0,0001).

**Conclusiones.** Los niveles séricos de cistatina C medidos al ingreso hospitalario se asocian de forma independiente a la mortalidad total en los pacientes con ICFSF que ingresan por agudización clínica. Esa asociación permanece presente en pacientes con función renal normal. Así pues, la cistatina C se comporta como un marcador de disfunción vascular independiente de la función renal y probablemente también de la FE. Así pues, la cistatina C es una herramienta útil para estratificar pronóstico en ICFSF.

#### IC-40 COMPARACIÓN DEL VALOR PRONÓSTICO DE LA EPO SÉRICA Y DEL ÍNDICE DE ADECUACIÓN DE EPO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

J. Santamaría González<sup>1</sup>, E. Guisado Espartero<sup>2</sup>, P. Salamanca Bautista<sup>1</sup>, B. García Casado<sup>1</sup>, E. Ramiro Ortega<sup>1</sup>, O. Aramburu Bodas<sup>1</sup>, J. Arias Jiménez<sup>1</sup> y R. Pérez Cano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna B. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Margarita. Cabra (Córdoba).

**Objetivos.** En estudios previos se ha demostrado la relación inversa entre los niveles de eritropoyetina sérica (EPO) y la supervivencia en pacientes con Insuficiencia Cardíaca (IC). También, estudios más recientes han demostrado que un nuevo marcador, el índice de adecuación de la eritropoyetina (IA-EPO), que relaciona los niveles de EPO sérica con la hemoglobina circulante, tiene valor pronóstico sobre la mortalidad en la IC. El objetivo de nuestro estudio es comparar el valor pronóstico de ambos marcadores en este tipo de pacientes.

**Material y métodos.** Se reclutó a 124 pacientes ingresados de forma consecutiva en el Servicio de Medicina Interna con diagnóstico de Insuficiencia Cardíaca. Se les midió EPO sérica y se calculó el IA-EPO. Se realizó un seguimiento de un año registrándose los reingresos y la mortalidad por cualquier causa. Se dividió a los pacientes en tres grupos, según los tertiles para cada variable con el objeto de diferenciar el valor pronóstico de los valores centrales y los extremos. Se compararon proporciones de eventos mediante tablas 3x2 con chi cuadrado.

**Resultados.** Con respecto a la variable EPO y según los tertiles, se observó que la tasa de reingresos en el tercil EPO bajo fue de 13/41, en EPO media 15/41, y en EPO alta 11/41, sin diferencias estadísticamente significativas. En cuanto a la mortalidad por tertiles fue 10/42, 7/41, 20/41 respectivamente, sin existir tampoco diferencias significativas. En cuanto al IA-EPO, agrupando también por tertiles, se obtuvieron los siguientes resultados para reingresos: IA-EPO bajo 19/41, IA-EPO normal 8/42, e IA-EPO elevado 12/41, existiendo diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,026$ ). En cuanto a mortalidad para los tertiles de IA-EPO, los resultados fueron 15/41, 8/42 y 8/41 respectivamente ( $p < 0,11$ ).

**Discusión.** Las menores concentraciones de hemoglobina vistas en pacientes con IC están asociadas con concentraciones de EPO sérica elevadas, y la EPO sérica elevada se ha correlacionado con una tasa de supervivencia

menor en estos pacientes. El motivo podría ser un mecanismo de resistencia a la EPO en el que puede intervenir la activación de las citoquinas inflamatorias que se produce en la IC. El IA-EPO parece reflejar mejor la situación de producción-respuesta de EPO en los pacientes con alteración de los valores de hemoglobina, y también ha demostrado utilidad como predictor de evolución desfavorable en la IC. Con este trabajo hemos pretendido comparar ambos marcadores como predictores de eventos (reingresos y mortalidad) en pacientes con IC. De los resultados de nuestro estudio se deduce que el IA-EPO podría ser un mejor marcador de reingresos que los niveles de EPO sérica, sobre todo en aquellos pacientes con IA-EPO bajo, aunque en el grupo IA-EPO alto también hay mayor índice de ingresos. En cuanto a mortalidad también se obtienen mejores resultados con el IA-EPO que con la EPO sérica, ya que aunque no sean estadísticamente significativos si se aprecia una tendencia a mayor mortalidad en los tertiles que representan los valores extremos.

**Conclusiones.** El índice de adecuación de la eritropoyetina (IA-EPO) podría ser mejor marcador de morbilidad, medida como reingresos, y quizás también de mortalidad, que la EPO sérica en pacientes con Insuficiencia Cardíaca.

## INFLAMACIÓN/ENFERMEDADES AUTOINMUNES

### IF-28

#### TRATAMIENTO DE LA NEFRITIS LÚPICA MEMBRANOSA: RESULTADOS EN 31 PACIENTES

M. Ramos Casals<sup>1</sup>, A. Sisó<sup>2</sup>, A. Bové<sup>1</sup>, P. Brito Zerón<sup>1</sup>, C. Díaz Lagares<sup>1</sup>, M. Gandía<sup>1</sup>, M. Pérez de Lis<sup>1</sup> y A. Coca<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Laboratorio de Enfermedades Autoinmunes "Josep Font", <sup>2</sup>Unidad de Hipertensión, Servicio de Medicina Interna, ICMD. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

<sup>3</sup>CAP Les Corts, GESCLINIC. CAP Les Corts, GESCLINIC (Barcelona).

**Objetivos.** Analizar los resultados del tratamiento de la nefropatía lúpica membranosa (tipo V) en un hospital universitario durante los últimos 25 años.

**Material y métodos.** Entre 1979 y 2007, 206 pacientes fueron diagnosticados de nefropatía lúpica (NL) en nuestro hospital mediante punción biopsia renal. Los resultados histopatológicos evaluados de acuerdo a la clasificación ISN/RPS 2003 mostraron nefropatía tipo I en 8 pacientes (4%), tipo II en 34 (16%), tipo III en 49 (24%), tipo IV en 81 (39%), tipo V en 31 (15%) y tipo VI en 3 (2%). Se definió como inducción de la remisión la normalización de los valores de creatinina sérica, análisis de orina inactivos y proteinuria de 24 horas < 500 mg en dos ocasiones, separadas al menos un mes.

**Resultados.** En 29 (94%) de los 31 pacientes diagnosticados de NL tipo V se instauró tratamiento de inducción con corticoides a dosis de 1mg/kg/día. En solo 2 pacientes (6%) se añadieron inmunodepresores por la presencia de afectación extrarrenal. En solo 9 (29%) pacientes se consiguió inducir la remisión de la enfermedad. Los 19 (61%) pacientes en los que no se consiguió la remisión (fracaso terapéutico) presentaban una mayor frecuencia de alteración de la función renal (21% vs. 0%) y una menor frecuencia de anticuerpos anti-Sm (0% vs. 22%) y de hipocomplementemia C3 (22% vs 61%), aunque las diferencias no fueron significativas. Como terapia de rescate, en 12 pacientes se añadió tratamiento inmunodepresor (en una paciente junto a rituximab), incluyendo azatioprina (n = 5), ciclofosfamida en pulsos (n = 5) y micofenolato (n = 2). Sólo se observó respuesta en 2 (40%) de los pacientes tratados con ciclofosfamida y en 1 (20%) de los tratados con azatioprina. Cabe destacar que fueron rebiopsiados 5 pacientes y en todos ellos se observaron escenarios histopatológicos diferentes a la biopsia diagnóstica: 3 pacientes mostraron una NL tipo IV con proliferación extracapilar y 2 pacientes mostraron una NL tipo V pero con importante componente de esclerosis en un caso y la coexistencia de una microangiopatía trombótica en el segundo.

**Conclusiones.** De acuerdo a la experiencia acumulada en los últimos 25 años en nuestro hospital, la NL membranosa es menos frecuente que las formas mesangiales y proliferativas. El tratamiento de inducción con corticoides a dosis elevadas consigue la inducción de la remisión en solo el 30% de los pacientes; una cifra similar se obtiene al añadir inmunodepresores como tratamiento de rescate, especialmente ciclofosfamida en pulsos. Nuestros resultados subrayan la importancia de la rebiopsia en los pacientes que no responden, debido a la alta incidencia de alteraciones histopatológicas no relacionadas con la afectación membranosa.

## IF-35

**¿ESTÁ AUMENTADO EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL PACIENTE CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO? ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES EN 572 PACIENTES**

**M. Pérez de Lis<sup>1</sup>, P. Brito Zerón<sup>1</sup>, A. Bové<sup>1</sup>, C. Díaz Lagares<sup>1</sup>, R. Pérez Álvarez<sup>2</sup>, A. Sisó<sup>3</sup>, M. Ramos Casals<sup>1</sup> y A. Coca<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Laboratorio de enfermedades autoinmunes "Josep Font" IDIBAPS, <sup>2</sup>Unidad de Hipertensión, servicio de Medicina Interna, ICMD. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital do Meixoeiro. Vigo (Pontevedra).

<sup>4</sup>CAP Les Corts, GESCLINIC. CAP Les Corts GESCLINIC (Barcelona).

**Objetivos.** Evaluar el riesgo cardiovascular en una serie amplia de pacientes con síndrome de Sjögren primario (SSp), y compararlo con un grupo control de la misma edad y sexo de pacientes de atención primaria sin enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS), centrándonos en la posible asociación con variables demográficas, características clínicas e inmunológicas del SSp, los tratamientos administrados y el impacto en la morbilidad y mortalidad cardiovascular.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio de cohortes incluyendo 286 pacientes que cumplían los criterios de clasificación del SSp del 2002 y que fueron evaluados consecutivamente en nuestro servicio entre 1984 y 2008. El grupo control consistió en 286 pacientes de la misma edad y sexo sin EAS seguidos durante el mismo período en un centro de atención primaria. El riesgo cardiovascular fue evaluado de acuerdo a las directrices de la Sociedad Europea de Hipertensión (ESH/ESC) de 2003. Los términos «bajo», «moderado», «alto» y «muy alto» riesgo indican una aproximación del riesgo de morbilidad y mortalidad cardiovascular del paciente en los próximos 10 años.

**Resultados.** En comparación con el grupo control, los pacientes con SSp primario mostraron una mayor frecuencia de diabetes mellitus (28% vs 11%,  $p < 0,001$ ), HDL-c > 40 mg/dL (34% vs 19%,  $p = 0,002$ ) y la hipertrigliceridemia (23% vs 15%,  $p = 0,028$ ). Tras un período de observación de 1,640 pacientes-año, 31 pacientes con SSp (11%) habían sufrido 1 o más eventos cardiovasculares (20 desarrollaron cardiopatía isquémica, 13 accidente cerebrovascular y 1 enfermedad arterial periférica). Sesenta y siete (23%) pacientes con SSp fueron clasificados como no aumento del riesgo cardiovascular, 57 (20%) fueron clasificados de bajo riesgo, 11 (4%) como riesgo moderado, 124 (43%) como de alto riesgo y 27 (9%) de muy alto riesgo. Los porcentajes en el grupo control fueron 22%, 32%, 10%, 27% y el 8%, respectivamente ( $p = 0,000015$ ). Los pacientes con SSp primario y riesgo cardiovascular alto/muy alto presentaron una mayor edad media al diagnóstico de SSp (62,8 vs 45,3 años,  $p < 0,001$ ), una mayor frecuencia de neumopatía intersticial (9% frente a 1%,  $p = 0,04$ ) y de enfermedad hepática autoinmune (11% vs 1%,  $p = 0,015$ ) y una menor frecuencia de FR+ (45% vs 61%,  $p = 0,045$ ), y habían recibido con mayor frecuencia tratamiento con corticosteroides (46% vs 20%,  $p = 0,028$ ) y con menor frecuencia antimaláricos (10% vs 25%,  $p = 0,035$ ) en comparación con los pacientes sin riesgo cardiovascular añadido.

**Conclusiones.** El 52% de nuestros pacientes con SSp primario presentan un riesgo cardiovascular alto/muy alto de acuerdo a las directrices de la ESH/ESC de 2003. El aumento del riesgo cardiovascular está estrechamente relacionado con una mayor prevalencia de diabetes mellitus y dislipidemia en los pacientes con SSp primario en comparación con un grupo control de la misma edad y sexo sin enfermedad autoinmune.

## IF-43

**EFFECTOS ADVERSOS ASOCIADOS AL USO DE TERAPIAS BIOLÓGICAS EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS EN 311 PACIENTES (REGISTRO BIOGEAS)**

**R. Pérez-Álvarez<sup>1</sup>, F. García-Hernández<sup>2</sup>, C. Díaz-Lagares<sup>3</sup>, E. De Ramón<sup>4</sup>, J. Callejas<sup>5</sup>, A. Martínez Berriotxo<sup>6</sup>, A. Selva O'Callaghan<sup>7</sup> y L. Pallarés<sup>8</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital do Meixoeiro. Vigo (Pontevedra).

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

<sup>3</sup>Laboratorio de Enfermedades Autoinmunes "Josep Font". IDIBAP. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

<sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga

<sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

<sup>6</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cruces. Barakaldo (Vizcaya).

<sup>7</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General Vall d'Hebron - Área General. Barcelona.

<sup>8</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca (Illes Balears).

**Objetivos.** Análisis de farmacovigilancia sobre el uso de terapias biológicas (uso compasivo) en pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) graves y/o refractarias al tratamiento convencional.

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

**Resultados.** A fecha 6 de julio de 2009, están incluidos en el Registro BIOGEAS 311 pacientes con EAS tratados con terapias biológicas (241 mujeres y 70 hombres, edad media de 42 años), incluyendo 134 pacientes con LES, 30 con enfermedad de Behçet, 31 con miopatías inflamatorias, 29 con vasculitis ANCA+, 19 con síndrome de Sjögren y 10 con crioglobulinemia como EAS más frecuentes. Un total de 51 pacientes (16%) presentaron efectos adversos. El% de efectos adversos fue del 25% en el caso del uso de daclizumab, del 21% para etanercept, 20% para infliximab, 16% para rituximab y 9% para adalimumab. Casi la mitad de los efectos adversos (24 casos) fueron procesos infecciosos, entre los que destacaron las infecciones respiratorias (7 casos, con 4 neumonías) y las urinarias (6 casos), la mayoría sin germen identificado. Como infecciones graves destacan 3 casos (una tuberculosis, una sepsis por CMV y una endocarditis por SAMR). No se ha descrito hasta la fecha ningún caso de leucoencefalopatía multifocal progresiva. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al analizar la frecuencia de efectos adversos en relación a edad, género o número de tratamientos inmunodepresores recibidos previamente. En cambio, los pacientes en los que se observó una respuesta terapéutica favorable presentaron una frecuencia de efectos adversos inferior a los que no respondieron al tratamiento (13% vs 24%,  $p = 0,039$ ).

**Conclusiones.** Uno de cada 6 pacientes con EAS tratados con terapias biológicas desarrolla efectos adversos, la mitad de causa infecciosa. Este estudio observacional muestra que aun sin contar con indicación aprobada, las nuevas terapias biológicas se están utilizando cada vez con más frecuencia en la práctica clínica diaria (uso compasivo en pacientes con enfermedad grave y/o refractaria) con un aceptable perfil de tolerancia y efectos adversos.

**OSTEOPOROSIS**

## O-1

**TRATAMIENTO PROLONGADO CON RALOXIFENO COMO POSIBLE CAUSA DE HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO**

**J. Cristóbal Torras<sup>1</sup>, L. García Pascual<sup>2</sup>, N. Giménez Gómez<sup>3</sup>, P. Vázquez Bellés<sup>4</sup> y J. Anglada Barceló<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, <sup>2</sup>Servicio de Endocrinología,

<sup>3</sup>Unidad de Investigación, <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Mutua de Terrasa. Terrasa (Barcelona).

**Objetivos.** El raloxifeno es un fármaco usado habitualmente en la prevención y tratamiento de la osteoporosis en mujeres posmenopáusicas. En 2005, una paciente con hipotiroidismo subclínico (htSC) que había seguido tratamiento con raloxifeno durante 5 años, normalizó sus cifras de tirotrópina a los 6 meses de serle retirado el mismo. Objetivo: valorar si la administración oral de 60 mg diarios de raloxifeno puede provocar hipotiroidismo subclínico reversible al suprimir el tratamiento.

**Material y métodos.** Estudio cuasi-experimental pre-post, realizado en tres centros de Atención Primaria. Seleccionamos mujeres posmenopáusicas, tratadas con raloxifeno, sin patología tiroidea y que dispusieran de determinaciones previas de tirotrópina normales. Se incluyeron 57 pacientes y hubo tres pérdidas ( $n = 54$ ). Se midió la función tiroidea a los 24 meses mediante analítica (Tirotrópina-TSH-, tiroxina libre-T4I-, anticuerpos antitiroglobulina-TGAb- y antiperoxidasa-TPOAb-), y determinación de yodo y creatinina en muestra matinal de orina. A las pacientes que presentaron hipotiroidismo, se les retiró el fármaco y se observó su evolución durante 6 meses (aprobación CEIC local).

**Resultados.** El 11% de las mujeres ( $n = 6$ ) presentaron htSC en la evaluación a los 24 meses de la toma de raloxifeno. Esta alteración se acompañó de una menor yoduria que en las mujeres que permanecieron normotiroideas (tabla;  $p$ :ns). No se observaron diferencias de edad ni de presencia de TGAb y TPOAb entre las mujeres que desarrollaron htSC y las que no lo hicieron. A los 6 meses de suprimir el raloxifeno, el htSC remitió en el 67% de las mujeres ( $n = 4$ ) y se acompañó de una recuperación de los niveles de la yoduria (de  $69 \pm 33$  a  $124 \pm 57$  mcg/L;  $p$ :ns).

**Discusión.** En nuestro medio, tanto el htSC en mujeres posmenopáusicas como el tratamiento con raloxifeno son frecuentes. En nuestra práctica clínica detectamos un posible efecto de este fármaco sobre la función tiroidea, que fue notificado como efecto adverso y que no se encuentra descrito en la evidencia científica disponible actualmente. El presente trabajo tiene la

Tabla 1 (O-1). Pruebas de laboratorio a los 24 meses de tratamiento con raloxifeno

Pacientes	N	Edad media ± SD (años)	TGAb positivos	TPOAb positivos	Yoduria media ± SD (mcg/L)	TSH media ± SD (mUI/mL)	T4 libre media ± SD (ng/dL)
Normo tiroideas	48	64±6	0%	2%	123±94	2,13±1,06	1,04±0,15
htSC	6	67±5	0%	20%	69±33	5,51±1,13	1,04±0,21
p		n. S.	n. S.	n. S.	n. S.	<0.001	n. S.

limitación del escaso número de pacientes incluidas, lo cual contribuye a que algunas de las diferencias encontradas no sean estadísticamente significativas. En nuestro estudio, la prevalencia de htSC en mujeres posmenopáusicas que toman raloxifeno fue la esperable, pero la remisión del htSC tras la retirada de raloxifeno fue el doble de la remisión espontánea descrita en mujeres posmenopáusicas. Ello sugiere que el tratamiento prolongado con raloxifeno podría asociarse al desarrollo de htSC. El mecanismo podría ser a través de una disminución reversible del pool de yodo.

**Conclusiones.** De confirmarse los datos aportados por este estudio, sería aconsejable valorar la retirada temporal o la sustitución del raloxifeno en mujeres hipotiroideas o, en caso alternativo, determinar la yoduria para considerar añadir suplementos de yodo, antes de plantearse el tratamiento sustitutivo con levotiroxina.

**Discusión.** El Síndrome Metabólico se caracteriza por insulinoresistencia y otros trastornos del metabolismo hidrocárbico, HTA, alteraciones lipídicas y obesidad. En este estudio se ha podido comprobar la mayor asociación de sus componentes con la HFC que con la HF lo que apunta a que la primera pueda tener un peor perfil cardiovascular.

**Conclusiones.** Los FRCV componentes del síndrome metabólico se asocian más a los pacientes con HFC que a aquellos con HF.

#### RV-106

#### ANOMALÍAS PERSISTENTES EN EL PERFIL DE LÍPIDOS EN PACIENTES TRATADOS CON ESTATINAS. ESTUDIO INTERNACIONAL DE DISLIPIDEMIA (DYSIS-ESPAÑA)

J. González Juanatey<sup>1</sup>, C. Guíjarro<sup>2</sup>, E. Alegría<sup>3</sup>, J. Lozano<sup>4</sup>, L. Cea Calvo<sup>5</sup>, G. Vitale<sup>5</sup>, B. González<sup>5</sup> y J. Millán<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela (A Coruña).

<sup>2</sup>Servicio de Medicina interna. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón (Madrid).

<sup>3</sup>Servicio de Cardiología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona/Iruña (Navarra).

<sup>4</sup>Atención Primaria. Centro de Salud Serrería 2. Valencia.

<sup>5</sup>Departamento Médico. Merck Sharp Dohme. Madrid.

<sup>6</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivos.** A pesar de la reducción del riesgo cardiovascular (CV) lograda con las estatinas, en un amplio rango de pacientes, incluso tratados con terapia intensiva, la incidencia de eventos CV es relativamente alta y persiste un riesgo CV considerable. Con frecuencia no se alcanza el objetivo terapéutico de c-LDL y alteraciones en otros parámetros lipídicos pueden incrementar el riesgo CV. El objetivo de este estudio fue evaluar la prevalencia de anomalías en los lípidos (c-LDL, c-HDL y TG) en pacientes tratados con estatinas.

**Material y métodos.** Análisis de 3703 pacientes españoles incluidos en el estudio transversal DYSIS (Dyslipidemia International Study), realizado con 22063 participantes de Europa y en Canadá, pacientes > 45 años en tratamiento con estatinas al menos durante 3 meses. Los datos se recogieron de la historia clínica del paciente. Se clasificó el riesgo CV según la guía NCEP ATP III y para valorar los lípidos se asumieron los objetivos o las concentraciones consideradas como óptimas según esta directriz.

**Resultados.** En 3703 pacientes (edad media 65 años, 47,3% mujeres, 18,6% fumadores, 35,0% con obesidad, 69,0% con hipertensión, 39,0% con diabetes mellitus, 23,8% con enfermedad cardiovascular [ECV]), 61,2% eran pacientes de alto riesgo. El 50,4% de los pacientes no tenía el c-LDL en objetivo (51,4% hombres y 49,1% mujeres, p = 0,19), siendo más frecuente en pacientes con riesgo alto (58,8% y 89,8% considerando un objetivo opcional de 70 mg/dl) y moderado (48,9%) que en pacientes de bajo

## RIESGO VASCULAR

#### RV-94

#### COMPARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR LIGADOS AL SÍNDROME METABÓLICO EN DOS GRUPOS DISTINTOS DE DISLIPEMIAS

E. Marcos-Blanco<sup>1</sup>, R. Bascompte<sup>1</sup>, A. Bea<sup>2</sup>, R. Mateo-Gallego<sup>2</sup>, E. Jaraúta<sup>2</sup> y F. Civeira<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

**Objetivos.** La hipercolesterolemia familiar (HF) y la hiperlipemia familiar combinada (HFC) son los dos trastornos hereditarios del metabolismo lipídico más frecuentes y suponen un riesgo cardiovascular aumentado. El objetivo primario de nuestro estudio fue averiguar si existe una diferente asociación de los factores de riesgo cardiovasculares (FRCV) implicados en el síndrome metabólico entre ambas.

**Material y métodos.** Se reclutaron los datos de 132 sujetos con HF diagnosticada genéticamente en aquellos con niveles de LDL > del percentil 95 ajustado por sexo y edad, y 66 sujetos con HFC diagnosticada por cifras de colesterol y TG > del percentil 90, niveles de Apo B > o iguales a 120 mg/dl y al menos un familiar de primer grado con hiperlipemia. Para los cálculos estadísticos se utilizó el SPSS software (v15.0), con un nivel de significación de p < 0,05, utilizando la prueba de T de Student para muestras independientes.

**Resultados.** Los pacientes con HFC presentaban de forma estadísticamente significativa, niveles mayores de glucemia, HbA1c, PAS, PAD, IMC y perímetro abdominal que los pacientes con HF (Ver tabla).

Tabla 1 (RV-94). Resultados (Estadísticos descriptivos y t de Student)

	Dislipemia	N	Media	Desviación típica	p (sig. bilateral)
Glucemia (mg/dl)	HF	131	92,20	12,08	0,00
	HFC	66	106,06	26,29	
HbA1c (%)	HF	113	5,34	0,53	0,02
	HFC	60	5,64	0,71	
PAS (mmHg)	HF	128	130,73	21,08	0,01
	HFC	66	139,35	23,57	
PAD (mmHg)	HF	129	79,50	11,67	0,00
	HFC	66	87,59	9,45	
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	HF	131	25,39	4,03	0,00
	HFC	66	28,91	3,73	
Cintura (cm)	HF	129	85,77	12,73	0,00
	HFC	63	96,21	10,62	

riesgo (21,3%) ( $p < 0,001$ ). Los valores de c-HDL se encontraban bajos en el 29,8% de los pacientes (25,0% en hombres y 35,1% en mujeres,  $p < 0,001$ ). La prevalencia de c-HDL bajo fue 34,8%, 37,1% y 2,1% en pacientes de riesgo alto, moderado y bajo respectivamente. Los TG eran elevados ( $> 150$  mg/dl) en 37,6% de los pacientes (41,4% en hombres y 33,8% en mujeres,  $p < 0,001$ ) siendo la prevalencia mayor en pacientes de riesgo alto (40,7%) y moderado (42,0%) frente a los de riesgo bajo (20,8%). El c-no HDL estaba por encima de los valores recomendados en el 50,4% de los pacientes (59,3%, 50,1% y 18,4% en riesgo alto, moderado y bajo respectivamente). Únicamente el 28,4% de los pacientes tenían los tres parámetros lipídicos en valores normales recomendados por la guía NCEP ATP III. El 36,8% mostraban dos o más parámetros lipídicos alterados (6,4% c-LDL elevado y c-HDL bajo, 13,1% c-LDL y TG altos y, 9,7% tenían los tres lípidos alterados).

**Conclusiones.** Las anomalías en el perfil lipídico (no sólo el c-LDL no en objetivo, sino también el c-HDL bajo y los TG altos) son comunes entre los pacientes tratados con estatinas, especialmente en los pacientes de alto riesgo cardiovascular. Sería interesante explorar nuevas terapias para reducir aún más los niveles de c-LDL y actuar sobre el perfil lipídico completo para reducir el riesgo de complicaciones cardiovasculares.

#### RV-119

### ESTUDIO DE LA PREVALENCIA DE SOBREPESO EN LA POBLACIÓN HOSPITALIZADA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL (PESALHO)

**M. Femenías<sup>1</sup>, M. Villalonga<sup>1</sup>, M. Alonso<sup>2</sup>, T. Sidawi<sup>1</sup>, F. Fanjul<sup>1</sup>, J. Ibáñez<sup>3</sup>, B. Burguera<sup>4</sup> y J. Forteza-Rey<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Formación e Investigación de Enfermería, <sup>3</sup>Unidad de Cuidados Intensivos, <sup>4</sup>Unidad Investigación. Servicio Endocrinología. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca (Illes Balears).

**Objetivos.** La obesidad es muy prevalente en nuestra población y sin embargo en muy pocos casos aparece recogido como código de diagnóstico al alta de los pacientes ingresados en nuestros hospitales. La falta de identificación de obesidad en la lista de diagnósticos de nuestros pacientes, tiene un impacto significativo en el cuidado que estos pacientes reciben tanto durante su ingreso como al alta. La obesidad también es responsable de un número importante de comorbilidades tales como diabetes mellitus, hipertensión, síndrome de apnea del sueño, insuficiencia cardiaca y cardiopatía isquémica. El objetivo principal del estudio es conocer la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población ingresada en nuestro hospital.

**Material y métodos.** Se identificaron a través del servicio de admisión los pacientes ingresados en el pabellón general de nuestro hospital durante un periodo de 48 hrs. A cada paciente y/o familiar se le entregó un consentimiento informado a primera hora de la mañana que fue recogido por la tarde. Cuando el paciente dio su autorización se realizó con una balanza electrónica de lectura digital en los pacientes que podían mantenerse en pie y una balanza específica para pesar pacientes encamados si no fue posible. A los 3 meses del alta se analizarán los informes codificados según CMBD para conocer la tasa de diagnóstico reflejado de obesidad, su relación con la comorbilidad, estancia y consumo de fármacos.

**Resultados.** Se identificaron 447 pacientes ingresados de los que se excluyeron 50 por que fueron dados de alta el mismo día. No se pudieron pesar por problemas técnicos 100 y 22 no firmaron el consentimiento. De los 275 pesados (70% de los candidatos a participar en el estudio), 220 se pesaron con bascula digital y 55 con bascula especial para encamados. Según el IMC, 2,5% estaban desnutridos, 33,8% tenían normo peso y sobrepeso-obesidad un 63,6% (sobrepeso 34,5, obesidad 29,1%). Los servicios médicos con mayor tasa de obesos fueron Psiquiatría, Neumología, Medicina Intensiva y Neurología. De los quirúrgicos fueron Neurocirugía y Cirugía Cardiaca. Un 62,5% de los ingresados eran varones mientras que la obesidad esta presente en un 40% de mujeres y en un 22,1% de varones.

**Discusión.** En nuestro medio hemos identificado solo un estudio sobre prevalencia de obesidad en hospitalizados (Carrasco FJ) que en 101 ingresados en un servicio de medicina interna en el año 2000 encontró una cifra similar a la nuestra (32,2%). Por otra parte en nuestro entorno (comunicación al XIII Congreso Catalano-Balear de Medicina Interna) en 21.112 altas codificadas según CMBD del año 2008 en nuestro hospital en solo un 3,4% figuraba en alguno de los campos los códigos 278.01 (obesidad mórbida) o 278.0 (obesidad sin especificar).

**Conclusiones.** Este estudio pone de manifiesto la importante prevalencia de sobrepeso-obesidad en la población de ingresados y la poca sensibilización de los profesionales de la salud y del entorno sanitario al no identificar en el informe de alta los códigos diagnósticos de un 88% de un factor de riesgo cardiovascular y de otras enfermedades, cuando actualmente la obesidad se encuentra entre las prioridades en salud de los organismos sanitarios internacionales (OMS) y con planes estratégicos del Ministerio de Sanidad y Consumo como NAOS (Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y

Prevención de la Obesidad) Estos resultados son preliminares estando pendientes los relacionados con la comorbilidad, estancias y consumo de fármacos.

## ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA

#### T-12

### UTILIDAD DEL D-DÍMERO Y DE LA TROMBOSIS RESIDUAL COMO MARCADORES DE RECIDIVA DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

**M. Mir Montero, S. Arponen, N. Ruiz Giménez, B. Rodríguez Rodríguez y V. Vilchez Aparicio**

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

**Objetivos.** Las guías actuales sobre tratamiento y seguimiento de los pacientes que han sufrido un primer episodio de TVP no determinan la duración óptima del tratamiento. La determinación de ciertos parámetros que puedan estimar la probabilidad de recurrencia del paciente es una herramienta muy útil para el clínico. El D-Dímero y la ecografía doppler son los parámetros más útiles de los que disponemos en la actualidad. Nuestro estudio investiga el valor pronóstico del valor del D-Dímero al finalizar el tratamiento anticoagulante y el de la exploración ecográfica en ese mismo momento en cuanto a la probabilidad de recidiva al año de seguimiento.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio piloto prospectivo, concurrente, observacional tipo cohorte en el que se incluyeron pacientes que fueron diagnosticados de primer episodio de TVP en el Servicio de Urgencias del Hospital de la Princesa entre los años 2004 y 2008. El número total de pacientes incluidos fue 36. Las variables principales estudiadas fueron el D-Dímero, determinado por técnica VIDAS y la trombosis residual valorada por ultrasonografía doppler de miembros inferiores un mes después de finalizar el tratamiento anticoagulante. La variable secundaria fue la recidiva de TVP definida como un nuevo episodio clínicamente compatible y con confirmación mediante ecografía en cualquier momento posterior a la finalización del tratamiento.

**Resultados.** Confirmamos hechos ya contrastados en la bibliografía, como es la mayor recurrencia de la TVP en pacientes del sexo femenino ( $p = 0,043$ ) y la mayor prevalencia en el grupo de mayores de 80 años ( $p = 0,001$ ). No hemos encontrado diferencias significativas en cuanto a las recidivas entre los grupos definidos por la diferente localización del trombo al diagnóstico, por el miembro inferior afectado y por el carácter idiopático de la trombosis. En el análisis del valor pronóstico del D-Dímero, hemos encontrado que este parámetro se relaciona con una mayor tasa de recidivas. El porcentaje de recidivas en el grupo de pacientes con D-Dímero normal al finalizar la terapia anticoagulante fue de 8,33% que representa un 5,56% del total de pacientes frente al 41,67% (13,89% en el total de pacientes) en los pacientes con D-Dímero elevado ( $> 1$ mcg/ml) y suponiendo un 71,43% de las recidivas totales. La diferencia entre ambos grupos fue estadísticamente significativa con una  $p$  de 0,012. Nuestro estudio confirma la evidencia ya existente en estudios anteriores (Cosmi et al, Sabine, Palareti). Con los resultados obtenidos, no hemos encontrado que la trombosis residual se correspondiera con una mayor tasa de recurrencias a lo largo de todo el seguimiento realizado: 3 recidivas en el grupo de pacientes que no tenían trombosis residual al finalizar el tratamiento (15,7% en ese grupo y 8,33% del total) y 4 recidivas entre los pacientes que presentaban hallazgos ecográficos compatibles con trombosis residual (23,53%, 11,11%) con una  $p$  entre ambos grupos del 0,431, no siendo por tanto estadísticamente significativa. Según nuestros resultados, los niveles de D-Dímero elevados no se deben a presencia de trombosis residual por ser el porcentaje de recurrencia similar en el grupo de D-Dímero elevado con y sin trombosis residual. El análisis mediante la ecuación de Chi-cuadrado las define como variables independientes (significación de la  $p$  para el D-Dímero es de 0,027 y de 0,428 para la trombosis residual). Sin embargo, nuestro objetivo era la interpretación de los resultados en cuanto a recidiva en el año posterior a la finalización del tratamiento, para identificar factores que puedan ser útiles a la hora de decidir la prolongación de la terapia anticoagulante. Debido al pequeño tamaño muestral conseguido, y al menor aún número de pacientes seguidos durante un año tras la finalización del tratamiento, la interpretación del RR atribuible al D-Dímero elevado y a la trombosis residual es difícil. Debemos continuar este estudio piloto iniciado y volver a analizar los resultados cuando tengamos un tamaño muestral mayor, sobre todo en el brazo de pacientes que han sufrido recidiva al año de seguimiento. Tal vez, con un estudio con mayor fuerza, podamos obtener resultados como los publicados por Piovella et al. y Prandoni et al. en los que demuestran que la trombosis residual también es factor de recurrencia de la TVP al año de seguimiento.

## T-20

**EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR SOMETIDOS A FIBRINOLISIS**

**S. Jordán Lucas<sup>1</sup>, I. Cabello Zamora<sup>1</sup>, P. Millat Martínez<sup>1</sup>, J. Gómez Junyent<sup>1</sup>, C. Navarro<sup>2</sup>, R. Barranco Pons<sup>3</sup>, A. Riera-Mestre<sup>1</sup> y R. Pujol Farríols<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Neumología, <sup>3</sup>Servicio de Angiorradiología. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

**Objetivos.** Describir las características de los pacientes sometidos a fibrinólisis por tromboembolismo pulmonar (TEP), así como su evolución.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo con inclusión de todos los pacientes sometidos a fibrinólisis por tromboembolismo pulmonar en un hospital universitario de tercer nivel, desde enero de 2004 hasta junio de 2009. Se recogieron datos demográficos, clínicos, tipo de fibrinólisis (sistémica, mecánica o local), tipo de complicaciones hemorrágicas, la mortalidad hospitalaria y durante el seguimiento hasta junio de 2009.

**Resultados.** Se analizaron un total de 39 pacientes. La edad media fue de 52 (rango 23-82) años. El 59% eran varones. De los pacientes estudiados, 29 (75%) presentaban algún factor de riesgo para enfermedad tromboembólica venosa, de los cuales el 51% se relacionó con una inmovilización o intervención quirúrgica recientes, el 31% con neoplasia y el 17% presentaban el antecedente de una enfermedad tromboembólica venosa (ETV) previa. El tipo de fibrinólisis realizada fue sistémica en 19 pacientes (48'7%), local en 11 pacientes (28'2%), mecánica en 6 pacientes (15'4%) y combinación de mecánica con local en 2 pacientes (5'1%) y con sistémica en 1 paciente (2'6%). Se registraron complicaciones hemorrágicas en 12 pacientes (30'8%), mayoritariamente hematomas de partes blandas (41'7%) y hemorragia pulmonar (25%), siendo menos frecuentes la hemorragia digestiva baja (16'7%), la hemorragia digestiva alta (8'3%) y la hematuria (8'3%). La mortalidad durante el ingreso fue del 33'3%. Se realizó seguimiento clínico de los supervivientes (26 pacientes), con una media de 22'6 (rango 1-56) meses por paciente, detectándose únicamente un nuevo exitus, con una mortalidad durante el seguimiento del 4'1%.

**Conclusiones.** El 75% de los pacientes con embolismo pulmonar tratados con fibrinólisis presentaban algún factor de riesgo para ETV, destacando la inmovilización o intervención quirúrgica reciente y la neoplasia. Una tercera parte de estos pacientes, presentaron complicaciones hemorrágicas, siendo las más frecuentes, el hematoma de partes blandas y la hemorragia pulmonar. La mortalidad durante el ingreso hospitalario fue elevada (33'3%).

## T-38

**TROMBOSIS VENOSA EN PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA**

**S. Nistal<sup>1</sup>, R. Barba<sup>2</sup>, J. Losa<sup>3</sup>, S. Plaza Cantelli<sup>4</sup>, J. Marco Martínez<sup>5</sup>, J. Canora<sup>6</sup>, J. Ruiz<sup>6</sup> y A. Zapatero<sup>6</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Sureste. Arganda (Madrid).

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina. Parla (Madrid).

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón (Madrid).

<sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid).

<sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

<sup>6</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada. Fuenlabrada (Madrid).

**Objetivos.** Pese a que los protocolos sobre profilaxis antitrombótica están claros en los pacientes ingresados en servicios médicos, diversos estudios han demostrado que en muchos casos la profilaxis no se usa de forma adecuada, lo que posiblemente derive en un número de episodios de enfermedad tromboembólica (ETV) como complicación superior al deseado. Nuestro objetivo era determinar cuantos episodios de ETV aparecen como complicación en pacientes ingresados en Medicina Interna (MI).

**Material y métodos.** Se estudiaron los episodios de alta de los pacientes atendidos en los servicios de MI de toda España durante los años 2005-7 codificados en el CMBD, una base de obligado cumplimiento, que fue cedida para este estudio por el MSC al Grupo de Gestión Clínica de la SEMI. En dicha base se recogen datos administrativos (edad, sexo, filiación) y clínicos (un diagnóstico principal y hasta 12 diagnósticos secundarios y 19 procedimientos clínicos según la versión 9-MC del CIE) de todos los pacientes ingresados en los hospitales públicos y privados. Se identificaron todos los individuos que presentaron un diagnóstico secundario de ETV, que llevaran más de 48 horas ingresados en el hospital y que no tuvieran un diagnóstico principal de esa patología. Se realizó un análisis descriptivo de los casos y un análisis multivariante con el fin de definir aquellas variables que se asociaran con más frecuencia la aparición de ETV durante el ingreso.

**Resultados.** Disponemos de datos válidos de 1,567,659 altas de MI, con una edad media de 70,8 años y un 46,4% de mujeres. Se analizaron 1.348.594

casos (excluimos 194.767 por alta precoz; 24.298 por diagnóstico principal de trombosis). Un 0,9% de los pacientes presentaron una trombosis como diagnóstico secundario, 12.699 casos. Los pacientes con ETV eran más mayores (72,7 vs 70,8), tenían una estancia mucho más prolongada (17,3 vs 9,9), un mayor coste (4830€ vs 3602) y un mayor gasto de recursos (peso GRD) (2.57 vs 1,74) que los pacientes que no hacen dicha complicación. La mortalidad fue significativamente superior en los pacientes con ETV (17,8% vs 9,9%) y la tasa de pacientes con neoplasia también fue significativamente mayor (18,6 vs 10,5%).

**Discusión.** La ETV es una complicación que aparece en uno de cada 100 pacientes ingresados en MI. En un estudio reciente del Ministerio de Sanidad, la incidencia de enfermedad tromboembólica en pacientes quirúrgicos (postoperatorios exceptuando pacientes obstétricas) era del 0,24%. Se da en pacientes complejos, implica ingresos prolongados, costes elevados y es más frecuente en pacientes con neoplasias. Dado que se trata de una complicación potencialmente prevenible y que sabemos que la profilaxis no se hace correctamente en muchos casos, es de suponer que la concienciación de los especialistas en MI y la aplicación adecuada de las guías podría reducir considerablemente esta complicación.

## VARIOS

## V-2

**MANEJO DEL ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITORIO DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS**

**J. Torres Macho<sup>1</sup>, G. Peña Lillo<sup>2</sup>, A. González Mansilla<sup>3</sup>, S. Mateo Álvarez<sup>2</sup>, T. González Alegre<sup>2</sup> y G. García de Casasola<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Urgencias-Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina. Parla (Madrid).

<sup>2</sup>Servicio de Urgencias-Medicina Interna, <sup>3</sup>Servicio de Cardiología. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

**Objetivos.** El riesgo de un nuevo evento cerebrovascular tras un accidente isquémico transitorio (AIT) es del 10-20% a los tres meses. El objetivo principal de este trabajo es analizar la posibilidad de realizar la evaluación de estos pacientes en el Servicio de Urgencias sin necesidad de ingreso hospitalario.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio observacional prospectivo en pacientes con diagnóstico de accidente isquémico transitorio o ictus menor de origen aterotrombótico (definido como un déficit neurológico focal isquémico de duración menor de 24 horas en el que se ha descartado razonablemente un origen cardioembólico). Se realizó en todos los pacientes una historia clínica, exploración física, electrocardiograma, radiografía de tórax, CT craneal, eco doppler de troncos supraaórticos (TSA) y observación clínica monitorizada de entre 24 y 48 horas de duración. Los pacientes debían tener al menos dos de los siguientes factores de riesgo cardiovascular: edad > 50 años, hipertensión, diabetes, tabaquismo o hipercolesterolemia y ausencia de datos sugerentes de una etiología cardioembólica. Los pacientes con recurrencia de los síntomas o con detección de una estenosis carótida severa eran ingresados. Se registraron variables demográficas, antecedentes personales, características clínicas del episodio y resultados de las pruebas complementarias realizadas. Se hizo un seguimiento de la aparición de un nuevo déficit neurológico y de la mortalidad en los tres meses siguientes.

**Resultados.** Se incluyeron 99 pacientes. El 58,8% eran varones. Durante el seguimiento 27 pacientes (27,8%) presentaron un nuevo episodio de déficit neurológico focal (23 AIT o ictus leves y 4 ictus severos). 5 pacientes (18,5%) presentaron el nuevo episodio en la primera semana (4 de ellos en las primeras 48 horas). 10 pacientes (37%) presentaron nuevos síntomas entre la primera semana y el primer mes y 12 pacientes (44,4%) más allá de un mes del primer episodio. 3 pacientes (3,1%) fallecieron por ictus. No se encontraron variables independientes asociadas a un nuevo episodio de AIT o ictus leve. Se encontró una asociación independiente entre la presencia de ictus severo y una duración de los síntomas mayor de 3 horas (OR 12,5; IC 95% 1,2-18,3; p = 0,03). 6 pacientes (6,2%) presentaban una estenosis carótida severa, siendo la presencia de disfasia el único marcador de riesgo independiente detectado (OR 7,4; IC 95% 1,25-23,2; p = 0,02). 20 pacientes (20,2%) fueron ingresados. De los pacientes manejados ambulatoriamente, ninguno presentó un ictus severo en los siguientes 7 días al alta y solamente 2 (2,5%) presentaron un nuevo AIT en las siguientes cuatro semanas.

**Discusión.** En las guías de actuación clínica no existe consenso acerca de si los pacientes con AIT deben ser ingresados para su valoración. Nuestro trabajo describe la experiencia en pacientes con AIT de probable origen aterotrombótico evaluados en el Servicio de Urgencias. Los porcentajes de recurrencia y mortalidad que hemos obtenido son similares a los descritos en la literatura previa. Consideramos que el protocolo expuesto podría ser

generalizable, aunque serían necesarios estudios con un tamaño muestral mayor para su validación. Es imprescindible, antes de plantear el alta, evaluar las circunstancias que pueden cambiar la historia natural o el tratamiento de la enfermedad y que se describen en las conclusiones.

**Conclusiones.** Los pacientes con AIT o ictus menor isquémico podrían ser seguidos de manera ambulatoria si se realiza una selección exhaustiva de los pacientes con probable etiología aterotrombótica, el déficit neurológico ha tenido una duración menor de 3 horas, se realiza una observación clínica de 24-48 horas y se realiza un doppler de TSA antes del alta.

### V-3 ELASTOGRAFÍA DE TRANSICIÓN Y SEVERIDAD DE LA CIRROSIS COMPENSADA

**A. Montero Rodríguez, F. Alegre, M. Iñárraiaegui, J. Quiroga, B. Sangro, J. Prieto e I. Herrero**

*Servicio de Medicina Interna- Hepatología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona/Iruña (Navarra).*

**Objetivos.** La elastografía de transición (Fibroscan®) permite determinar de forma no invasiva la rigidez hepática y estimar el grado de fibrosis en pacientes con hepatopatía no avanzada. Su utilidad en el estudio de los pacientes con cirrosis no está establecida.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo. Se incluyen un total de 180 pacientes con cirrosis hepática compensada diagnosticada clínicamente o por biopsia, a los que se realizó elastografía de transición. Se correlacionó la rigidez hepática medida por elastografía con variables analíticas relacionadas con la función hepática y con complicaciones de la cirrosis. Para el análisis estadístico de los datos se utilizaron métodos no paramétricos (correlación de Spearman, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney). Salvo indicación en contra, los datos se presentan como mediana; rango IQ.

**Resultados.** Se encontró una correlación estadísticamente significativa entre la rigidez hepática determinada por elastografía y las pruebas de función hepática: bilirrubina (Rho = 0.544,  $p < 0.001$ ), actividad de protrombina (Rho = -0.617,  $p < 0.001$ ) y albúmina (Rho = 0.378,  $p < 0.001$ ). También se encontró una correlación estadísticamente significativa con Child-Pugh (Rho = 0.498,  $p < 0.001$ ) y MELD (Rho = 0.494,  $p < 0.001$ ). Del mismo modo, se observaron diferencias significativas entre los distintos subgrupos de la clasificación de Child-Pugh (A: 21.4; 68.2 kPa – B: 38; 66.4 kPa – C: 70.6; 43.4 kPa.  $p < 0.001$ ) y MELD según cuartiles (Q1: 16.6; 62.3 kPa – Q2: 22.95; 63 kPa – Q3: 27; 66 kPa – Q4: 43; 68.2 kPa.  $p < 0.001$ ). Respecto a la etiología de la cirrosis, los pacientes con cirrosis de origen etílico tuvieron valores más elevados de rigidez hepática que los pacientes con cirrosis viral (35.05; 66 kPa frente a 20.6; 68.2 kPa.  $p < 0.001$ ). Esta diferencia se mantuvo cuando se realizó un análisis estratificado en función de estado funcional Child-Pugh (A: 27.35; 66 kPa en pacientes con cirrosis etílica frente a 17.3; 68.2 kPa en cirrosis viral con  $p = 0.003$  – B y C: 70.65; 57.4 kPa frente a 32.8; 66.4 kPa con  $p = 0.011$ ).

**Conclusiones.** Existe una correlación directa entre la rigidez hepática medida por elastografía de transición y la severidad de la cirrosis hepática compensada, siendo ésta más elevada en pacientes con cirrosis por alcohol que en cirrosis viral. Está justificado realizar estudios prospectivos que investiguen si la medición de rigidez hepática mediante elastografía de transición podría tener un valor pronóstico de descompensación y muerte en los pacientes con cirrosis compensada.

### V-16 CURSO SEMI-UAB-MENARINI DE FORMACIÓN CONTINUADA NO PRESENCIAL EN PACIENTE DE EDAD AVANZADA Y PLURIPATOLÓGICO. PRESENTACIÓN RESULTADOS Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

**A. San José<sup>1</sup>, J. Ortiz<sup>2</sup>, F. Formiga<sup>3</sup>, A. López Soto<sup>4</sup>, G. Tiberio<sup>5</sup>, M. Olle-ro<sup>6</sup>, J. Valero<sup>7</sup> y M. Ballarín<sup>8</sup>**

<sup>1</sup>Servicio Medicina Interna. Hospital General Vall d'Hebron - Área General. Barcelona.

<sup>2</sup>Servicio Geriátria. Hospital General Gregorio Marañón. Madrid.

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

<sup>4</sup>Servicio Medicina Interna. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

<sup>5</sup>Servicio Medicina Interna. Hospital Virgen del Camino. Pamplona/Iruña (Navarra).

<sup>6</sup>Servicio Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

<sup>7</sup>Mraediciones. Barcelona.

<sup>8</sup>Grupo Menarini S. A. Badalona (Barcelona).

**Objetivos.** El objetivo principal del curso fue ofrecer un instrumento de formación continuada no presencial a los asociados de la Sociedad Española

de Medicina Interna (SEMI) centrado en los avances y novedades de las patologías del paciente pluripatológico y de edad avanzada. Se presentan los resultados globales y la encuesta de satisfacción.

**Material y métodos.** Curso totalmente no presencial con un aprendizaje en línea a través de un Entorno Virtual de Aprendizaje (EVA). Curso de cinco módulos independientes con cinco lecciones cada uno. Cada lección contempló una revisión del tema, tres artículos científicos, un caso clínico, una prueba de autoevaluación y una prueba de suficiencia. Curso acreditado con 25 créditos ECTS por la Universidad Autónoma de Barcelona y 38,2 créditos por el Ministerio de Sanidad y Consumo. El periodo de realización fue del 1 de abril de 2008 a 31 de marzo de 2009. Al final del último módulo se realizó una encuesta de satisfacción de 19 preguntas. El curso fue financiado en su totalidad por el Grupo Menarini SA.

**Resultados.** De un total de 256 alumnos admitidos, 51 (19,9%) no finalizaron el primer módulo y fueron dados de baja. El resto de alumnos siguió el curso de forma muy mayoritaria y lo finalizaron con éxito 194 (94,6%). El acceso en línea a los diferentes recursos lectivos se caracterizó por un primer módulo de conocimiento del EVA con una altísima utilización y un equilibrio entre los siguientes cuatro. Las autoevaluaciones oscilaron entre 6,99 y 4,22 por alumno; las lecciones teóricas entre 2,93 y 1,56; las referencias bibliográficas entre 4,91 y 2,68; los comentarios a las referencias bibliográficas entre 5,06 y 2,92; y los casos clínicos entre 2,43 y 1,34. En los 194 alumnos que finalizaron con éxito el curso, la calificación media de la prueba de suficiencia en los diferentes módulos osciló entre 9,65 y 9,35. Se realizó al finalizar el curso una encuesta que respondieron 152 alumnos (80,4%). En ella destaca que el tiempo dedicado al curso fue provechoso o muy provechoso en 138 (90,8%) alumnos; la competencia del profesor fue considerada buena o excelente por 138 (90,8%) alumnos, la consecución de los objetivos fue alta o muy alta en 138 (90,8%) alumnos, el grado de aplicación de los conocimientos a la práctica diaria fue considerado como alto o total por 145 (95,5%) alumnos, el grado de adecuación del EVA fue considerado bueno o excelente por 139 (91,5%) alumnos, la imagen de la SEMI y Menarini SA mejoró para 139 (91,5%) y 130 (85,5) alumnos respectivamente.

**Conclusiones.** 1. El curso SEMI-UAB-Menarini de formación continuada no presencial en paciente de edad avanzada y pluripatológico ha conseguido en una gran mayoría de los alumnos un alto grado de satisfacción y cumplimiento de las expectativas depositadas a nivel docente 2. El entorno virtual de aprendizaje (EVA) diseñado ha sido valorado mayoritariamente como bueno o excelente 3. La mayoría de alumnos que finalizaron el primer módulo, completaron el curso en su totalidad 4. El rendimiento académico de los alumnos ha sido muy alto con una alta utilización del EVA y unas calificaciones muy altas.

### V-21

#### ¿EN QUÉ MEDIDA LOS MODELOS PROBABILÍSTICOS AYUDAN A PREDECIR QUÉ PACIENTES FALLECERÁN DURANTE EL INGRESO EN UNA SALA DE MEDICINA INTERNA?

**E. Francia Santamaría, A. Laiz, O. Torres, J. De Llobet y J. Casademont**  
*Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona).*

**Objetivos.** El pronóstico vital de los enfermos es un dato clave para la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas. Existen modelos probabilísticos que ayudan a establecer este pronóstico, pero no hay un consenso sobre cuál es el modelo más apropiado. Queremos evaluar la capacidad predictiva en el momento del ingreso de dos modelos publicados previamente: "Rapid Emergency Medicine Score" (REMS), basado en parámetros fisiológicos, y "Modelo probabilístico de mortalidad" (MPM), basado en antecedentes patológicos obtenidos de la historia clínica, analizando si la combinación de los dos mejora esta capacidad.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo de todos los enfermos ingresados en una sala convencional de Medicina Interna durante un año (Mayo 2008-Mayo 2009), excluyendo a los que provienen de áreas de críticos. Se recogió de cada enfermo en el momento del ingreso las siguientes variables: ingreso urgente o programado, edad, sexo; las señaladas en el REMS, que son presión arterial media, frecuencias cardíaca y respiratoria, saturación de oxígeno y escala de coma de Glasgow; las del MPM, que son los antecedentes patológicos de insuficiencia respiratoria y cardíaca, hepatopatía, cáncer y demencia, junto a cifras de hemoglobina y creatinina. Se utilizaron los modelos de regresión logística para identificar los factores independientes de mortalidad, se han construido las curvas ROC para cada modelo, comparándolos mediante el área bajo la curva (AUC).

**Resultados.** El número de casos introducidos ha sido de 865, con una mortalidad del 12.6%, siendo la mortalidad global de medicina interna del 8.8% (hay otras dos salas de medicina con enfermos con diferente perfil, una de estancia corta y otra de curas postagudas), y la esperada ajustada por el

riesgo del 9.4%. La edad media de los pacientes fue de 74 años, el 53% eran mujeres, y el 97% provenía de urgencias. Al aplicar los modelos de regresión logística, las variables que mantienen la capacidad predictiva son edad, demencia, creatinina, presión arterial media, frecuencias cardiaca y respiratoria y escala de Glasgow. Al analizar los dos modelos por separado según el AUC, se observa que el modelo fisiológico (0,730; IC: 0,677-0,783) es ligeramente más potente que el clínico (0,712; IC: 0,663-0,762), no siendo la diferencia estadísticamente significativa. Al combinar los dos modelos, mejora la capacidad predictiva (0,744; IC: 0,691-0,796), pero lo mejoría tampoco es estadísticamente significativa.

**Conclusiones.** Los modelos probabilísticos analizados pueden ayudar a diferenciar en el momento del ingreso a los pacientes con elevada probabilidad de morir. Ambos modelos tienen una capacidad predictiva subóptima, sin demasiadas diferencias entre un modelo basado en datos de historia clínica y otro basado en datos fisiológicos obtenidos por exploración física. Probablemente la introducción de otros parámetros, como el estado funcional previo y el estado nutricional, podrían mejorar la capacidad predictiva.

### V-36

#### MORTALIDAD POSTHOSPITALARIA EN LA EPOC: ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS ÍNDICES BODE, BOD, EBOD Y UTILIDAD DE UN NUEVO ÍNDICE (CEBOD)

T. Salvadó<sup>1</sup>, C. García-Vidal<sup>2</sup>, R. Mónica<sup>1</sup>, R. Costa<sup>3</sup>, N. Querol<sup>1</sup>, J. Heredia<sup>3</sup> y P. Almagro<sup>1</sup>

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

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

**Objetivos.** El índice BODE es un predictor de mortalidad útil en pacientes con EPOC. Tras su publicación, se han propuesto varias modificaciones del mismo buscando su simplificación al suprimir el test de marcha (BOD) o sustituirlo por las exacerbaciones en el año previo (eBODE). Todos ellos se han desarrollado en pacientes ambulatorios pero se desconoce su utilidad en los pacientes hospitalizados y ninguno de ellos contempla la comorbilidad. Se compara la utilidad de tres índices pronósticos ya descritos en pacientes ingresados por exacerbación de EPOC: BODE, BOD y eBOD, y se desarrolla un nuevo índice en el que se incorpora la comorbilidad medida por el índice de Charlson.

**Material y métodos.** Se incluyen 3 cohortes prospectivas constituidas por pacientes hospitalizados por exacerbación de EPOC en el Hospital Universitario Mútua de Terrasa. A todos ellos se les realizaron pruebas de función respiratoria y se les pasaron diferentes cuestionarios para valorar comorbilidad, dependencia funcional, depresión, valoración social, etc. Los pacientes de la 2ª y 3ª cohorte realizaron además un test de marcha de 6 x' al mes del alta. Se calculan retrospectivamente los índices BODE, BOD y eBOD como variables continuas o en los puntos de corte recomendados por los autores y se desarrolla un nuevo índice en el que se incorpora la comorbilidad medida por el índice de Charlson (ceBOD), estratificado en 3 puntos (1 = 0, 2 = 1, 3 ó más = 2). Los datos de mortalidad se recogieron a los 3 años. Se efectúa un análisis de supervivencia mediante regresión logística de COX introduciendo como cofactores los cuatro índices analizados y se calculan las curvas de Kaplan-Meier, comparándolas mediante la prueba del log-rank, el análisis de regresión logística de Cox y las curvas ROC para cada índice comparadas con el test de Hanley-McNeil.

**Resultados.** Se incluyeron 383 pacientes (94,5% hombres), con una edad media de 72 (9,4) años. Un total de 169 pacientes (44%) fallecieron a los 1150 días del alta hospitalaria. La mediana de seguimiento fue de 1083 días (1.150 para los vivos y 453 para los fallecidos). Tanto el índice BODE, como el BOD, eBOD y ceBODE demostraron significación estadística con la mortalidad en los 3 años posteriores. Al comparar entre sí las áreas bajo las curvas ROC mediante el test de Hanley-McNeil, no hallamos diferencias estadísticamente significativas, sin embargo el ceBODE presenta mejor capacidad predictiva que el resto de índices con una mayor área bajo la curva (BODE 0,64, BOD 0,63, eBOD 0,65, ceBOD 0,69) y es el único que conserva significación estadística independiente en el análisis de regresión de Cox (BODE p = 0,11; BOD p = 0,12; eBOD p = 0,57; ceBOD p = 0,01, OR: 1,57, IC 95%: 1,1-2,2).

**Conclusiones.** Tanto el índice BODE como sus derivados son buenos índices pronósticos en la población hospitalizadas. Estos últimos además permiten sustituir el test de marcha, por otras variables de más fácil medida. La adición a estos índices de la comorbilidad mejora su fiabilidad pronóstica.

### V-39

#### TIEMPO QUE TARDAMOS EN PASAR DE MONOTERAPIA A TRATAMIENTO COMBINADO, GRADO DE CONTROL Y CAMBIOS EN LA HbA1c Y ANTIDIABÉTICOS EMPLEADOS TRAS LA MONOTERAPIA, RESULTADOS DEL ESTUDIO DIAMOND: ESTUDIO OBSERVACIONAL, RETROSPECTIVO EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2

D. Orozco<sup>1</sup>, P. Conthe<sup>2</sup>, M. Mata<sup>3</sup>, F. Pajuelo<sup>4</sup>, C. Barreto<sup>4</sup> y R. Gomis<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Centro de Salud San Blas (Alicante).

<sup>2</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

<sup>3</sup>CAP La Mina (Barcelona).

<sup>4</sup>MSD España. MSD España (Madrid).

<sup>5</sup>Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

**Objetivos.** Primario: Conocer el grado de control de la Hemoglobina Glicosilada (HbA1c) en el momento del cambio de tratamiento de monoterapia a terapia combinada. Secundarios: 1) Calcular el tiempo desde que la cifra de HbA1c alcanza un valor mayor o igual a 7%, hasta que se produce el cambio de tratamiento. 2) Prevalencia de pacientes con buen control metabólico, definido como una HbA1c < 7%, tras un año de tratamiento con terapia combinada. 3) Combinaciones de fármacos antidiabéticos más habituales tras la monoterapia con antidiabéticos orales.

**Material y métodos.** Fundamentados en la hipótesis de que no se dispone de información previa sobre el grado de control de la población de pacientes que han cambiado de monoterapia a terapia combinada en el momento de dicho cambio, para el cálculo de la cantidad de pacientes necesarios para alcanzar el objetivo principal se asumió la hipótesis conservadora de que un 50% de los pacientes en el momento del cambio presentarían un control metabólico insuficiente. Estudio observacional, retrospectivo, entre julio y octubre de 2008 mediante revisión de historias clínicas en 280 Centros de Salud de todo el territorio español. Pacientes de ambos sexos con edad > 18 años y DM2 con mal control glucémico a pesar del tratamiento con monoterapia.

**Resultados.** Se evaluaron 1.202 pacientes con una edad media (valor ± desviación estándar) de 62,7 ± 10,9 años y con un tiempo medio de evolución de la DM2 de 7 ± 6 años. La media de HbA1c en el momento de cambio fue de 8,1 ± 1,2% [IC95% 8,0-8,2] y un año después del cambio 7,0 ± 1,1%. El tiempo medio desde el primer valor de HbA1c ≥ 7,0% hasta el cambio a terapia combinada, fue de 2,9 ± 3,4 años. Un año después de la adición el 51,6% de los pacientes alcanzó una HbA1c < 7%. La reducción media de HbA1c en la población estudiada al año del cambio fue de -1%, siendo superior con la insulinización (-1,3%; n = 116) que con fármacos orales (-1%; n = 1086; p < 0,05). La HbA1c se redujo en un 85,4% (n = 1026) de los pacientes, en los cuales la reducción media fue de -1,3 ± 1%, siendo superior en los tratados con > 2 fármacos -1,3 ± 1,3% que en los tratados con 2 fármacos -1 ± 1,3%. Los fármacos más empleados como monoterapia fueron metformina (52,4%) y sulfonilureas (39,8%). Las combinaciones más frecuentes fueron metformina+sulfonilureas (49,9%), metformina+glitazonas (15,1%), metformina+glinidas (7,0%).

**Conclusiones.** El cambio de tratamiento en España se realiza con valores de HbA1c un punto por encima de los recomendados en las guías clínicas (≤ 7%). Se constata un retraso de casi 3 años para abordar el segundo escalón terapéutico, cuando la recomendación del consenso ADA/EASD es de 3 meses. Al año del cambio de tratamiento alrededor del 50% de los pacientes alcanzaron el objetivo de control metabólico (HbA1c < 7%). Los resultados muestran que la intervención en el tratamiento resultó ser efectiva ya que al añadir un segundo fármaco al régimen de tratamiento la disminución media de la HbA1c estuvo alrededor de un 1%. El fármaco más empleado como monoterapia fue metformina y la combinación más frecuentemente empleada fue metformina+sulfonilureas.

### V-40

#### ASOCIACIÓN ENTRE DÉFICIT DE VITAMINA D Y MALABSORCIÓN INTestinal

P. Sánchez Moliní<sup>1</sup>, X. Salcedo Mora<sup>2</sup> e I. Jiménez Alonso<sup>2</sup>

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

**Objetivos.** Valorar si los pacientes con déficit de vitamina D3 (Vt D), detectados en nuestra consulta de Medicina Interna presentan sobrecrecimiento bacteriano intestinal positivo (SBI) y/o malabsorción de xilosa, planteando que dicha alteración puede influir en la deficiente absorción de dicha vitamina.

**Material y métodos.** Durante 18 meses (enero 2008-junio 2009) se realiza de forma prospectiva un estudio de malabsorción a los pacientes detectados con niveles < 20ng/ml de Vt D3, seguidos en consulta. La prueba de SBI se realiza por test de aliento con determinación de H2-CH4, basal y cada 15 minutos hasta un máximo de 90 minutos, tras la ingesta de 10gr de Lactitol (azúcar no absorbible). La prueba de malabsorción de xilosa se realiza por test de aliento con determinación de H2-CH4, basal y cada 30 minutos hasta un máximo de 240 minutos, tras la ingesta de 25 g de xilo-

sa. La lectura de H2-CH4 se realiza con un cromatógrafo de gases (Quintro Myrclyzer) considerando positivas dichas pruebas si eran > de 20 p. P. M (partes por millón) antes de los 90m en el caso de SBI y desde 90 a 240 minutos en la malabsorción de xilosa Grado I se considera de 20 a 50 p. P. M y Grado II de 50 a 100 p. P. M.

**Resultados.** Se estudian 69 pacientes, 60 mujeres (86.95%) y 9 varones (13.04%) con edad media de 51.5 años, rango de edad 18-85. A los 69 pacientes se les realizó determinación de SBI que resultó positivo en 26 (37.68%) y negativo en 43 (62.31%). De los 26 pacientes con SBI positivo, este fue valorado de Grado I en 19 (73.07%) y de Grado II en 7 (26.92%). De los 69 pacientes estudiados, en 30 (43.47%) se estudió también la malabsorción de xilosa resultando positiva dicha prueba en 19 (63.33%) y negativa en 11 (36.66%). De los 19 pacientes con malabsorción de xilosa positiva esta fue valorada de Grado I en 15 (78.94%) y de Grado II en 4 (21.05%)

**Discusión.** La deficiencia de Vt D tiene importantes efectos negativos tanto a nivel óseo como extraóseo. Aunque los niveles admitidos como normales varían de 20-75 ng/ml, se considera que cifras inferiores a 30 ng/ml son valores subóptimos, situándose en Europa los niveles inadecuados alrededor de un 54 %, cifra que se eleva en España a un 64%. La deficiencia puede producirse por producción endógena insuficiente (origen cutáneo), o por aporte dietético insuficiente y/o incapacidad intestinal de absorber las cantidades adecuadas. La Vt D es una vitamina liposoluble y su absorción se produce principalmente en la parte superior del intestino delgado, precisando para ello sales biliares y la secreción pancreática exocrina. Una absorción intestinal inadecuada puede justificarse por tanto, una deficiencia de dicha vitamina.

**Conclusiones.** En una elevada proporción de nuestros pacientes con unos niveles inadecuados de Vt D (inferiores a 20 ng/ml), existe una alteración en la absorción intestinal (Sobrecrecimiento bacteriano intestinal positivo en 37.68% de los 69 analizados) y (Malabsorción de xilosa en 63.33% de los 30 pacientes estudiados). Esto justificaría la realización de dichas pruebas (para su tratamiento y corrección posterior si es posible) en los pacientes con este déficit vitamínico.

#### V-55

#### INFECCIONES POR *PSEUDOMONA AERUGINOSA* EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

**M. Esquillor Rodrigo, R. Caballero Asensio, J. Valle Puey, K. González Rodríguez, A. Echeverría Echeverría, J. Gutiérrez Dubois, T. Rubio Obanos y A. Sampérez Legarre**

*Servicio de Medicina Interna. Hospitalización a Domicilio. Hospital Reina Sofía. Tudela (Navarra).*

**Objetivos.** Conocer el número de pacientes ingresados en la Unidad de hospitalización a domicilio (HAD) del Hospital Comarcal Reina Sofía de Tudela diagnosticados de infección por *Pseudomonas aeruginosa*, la procedencia de la muestra donde se aisló, los tratamientos antibióticos parenterales más utilizados, la procedencia de estos pacientes, y el destino final de los mismos.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de los episodios recogidos entre Noviembre de 2006 (fecha de creación de la Unidad) y Junio de 2009, de los pacientes ingresados con infecciones por *Pseudomonas aeruginosa* en la Unidad de HAD pertenecientes al área de salud de Tudela. Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, días de ingreso en la unidad, procedencia de los pacientes ingresados, destino al alta y tratamiento antibiótico recibido.

**Resultados.** De los 932 pacientes ingresados en la unidad de HAD, 40 fueron por infección por *pseudomonas aeruginosa*, de ellos 36 hombres y 4 mujeres, con una edad media de 75,3 años. La estancia media en la unidad fue de 12,6 días. En 33 casos la *Pseudomonas* se aisló en esputo, en 5 casos en exudados de heridas (2 en extremidad inferior en úlcera varicosa, 2 en sacro en úlceras por presión y 1 en herida quirúrgica tras intervención de muñeca) y en 2 casos en lavado broncoalveolar. En cuanto a la procedencia de los pacientes 22 provenían de la planta de hospitalización de medicina interna, 7 de la unidad de corta estancia de urgencias, 9 de consultas externas, 1 de cirugía general y 1 de traumatología. En cuanto a los antibióticos utilizados en monoterapia 8 de ellos se utilizó colistina inhalada, en 6 piperazilina-tazobactam, en 5 levofloxacino, en caso ciprofloxacino, en 2 ceftazidima en 1 caso ertapenem en 1 caso ceftriaxona. En cuanto a la asociación de antibióticos en 5 se uso amikacina con ceftazidima, en 4 casos levofloxacino con piperazilina-tazobactam, en 2 casos ciprofloxacino con amikacina, en 1 caso ciprofloxacino con ceftazidima y en 1 caso piperazilina-tazobactam con gentamicina. En cuanto al destino final de los pacientes el 96% fueron dados de alta por evolución clínica favorable.

**Discusión.** Las infecciones por *Pseudomonas aeruginosa* constituyen un motivo de ingreso frecuente en los hospitales pues en la mayoría de los casos precisan tratamiento antibiótico intravenoso. Con el desarrollo de las unidades de HAD es posible mantener a estos pacientes en sus domicilios, evitando así las complicaciones propias del ingreso y mejorando su calidad de vida.

**Conclusiones.** La infección por *Pseudomonas aeruginosa* es más frecuente en varones que en mujeres, con una edad media elevada, y co-morbilidad

asociada. En la mayor parte de los casos la infección fue de origen respiratorio aislándose en esputo, seguido de exudado de heridas y lavado broncoalveolar. En cuanto a los antibióticos más utilizados fueron aquellos en monoterapia, principalmente colistina inhalada, seguida de piperazilina-tazobactam y levofloxacino. La procedencia de los pacientes en su mayoría fue de la planta de hospitalización de medicina interna, y el destino final en la mayoría de los casos fue alta por evolución favorable.

#### V-62

#### ¿CÓMO VALORAN LOS RESIDENTES DE MEDICINA INTERNA SU APRENDIZAJE Y LA CALIDAD DOCENTE EN CADA UNA DE LAS ROTACIONES? UNA IDEA PARA LA ENTREVISTA ESTRUCTURADA

**M. González Anglada, L. Moreno Núñez, C. Garmendia, C. Rodríguez Leal, R. Barrena Puertas, M. Novillo, J. Losa y C. Guijarro Herraiz**  
*Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón (Madrid).*

**Objetivos.** Introducción: El sistema de formación de especialistas se basa en un "proceso de práctica profesional programada y supervisada a fin de alcanzar los conocimientos, habilidades y responsabilidades necesarios para ejercer la especialidad de forma eficiente". El seguimiento y la calificación de este proceso se lleva a cabo mediante la evaluación formativa con dos instrumentos fundamentales: las entrevistas periódicas de tutor y residente, el libro del residente y otros instrumentos que permitan una valoración objetiva del progreso. Las entrevistas deben ser estructuradas y que favorezcan la autoevaluación. En nuestro servicio hemos propuesto a nuestros residentes la realización de un sencillo cuestionario que cubra esta necesidad. **Objetivo:** 1. Conocer la valoración por parte del residente de Medicina Interna de su autoaprendizaje. 2. Conocer la percepción del grado de cumplimiento de los objetivos docentes en cada una de las rotaciones y la calidad docente.

**Material y métodos.** En la evaluación formativa del año 2008-2009 se han entregado a cada residente una encuesta por cada rotación. En nuestro servicio trabajan dos residentes por año desde R1 a R4 y 1 R5, en total 9 residentes. La encuesta se compone de una primera parte que valora aprendizaje de contenidos, capacidad diagnóstica y terapéutica en cada rotación que se puntúa como dominada, adquirida e insuficiente, y una segunda parte que pregunta por aspectos de la docencia: cumplimiento de objetivos, disposición equipo y discusión de temas, aproximación a búsquedas bibliográficas y propuesta de trabajos, que se califican como poco, regular o mucho. Finalmente existían dos campos de texto libre para reseñar los puntos positivos y a mejorar de cada rotación.

**Resultados.** De 9 residentes, 7 responden 30 encuestas. 23 encuestas corresponden a rotaciones en los distintos servicios del Área Médica y 7 a Medicina Interna. En cuanto al primer objetivo de valoración de autoaprendizaje de cada rotación a) aprendizaje de contenidos de la rotación: el 22,6% de los residentes lo considera dominado, 74,2% adquirido y ninguno insuficiente b) capacidad diagnóstica de la rotación: dominada 33,3%, adquirida 66,7%, c) tratamientos de la especialidad: 13,8% dominada, 79,3% adquirida y 6,9% insuficiente. Según el año de residencia se observa un aumento del% de dominados en los residentes mayores. En cuanto a la valoración de la docencia en cada rotación consideran que se han cumplido los objetivos satisfactoriamente el 67,7%, que ha habido excelente disposición del equipo el 74%, se ha enseñado a buscar bibliografía relevante y se ha discutido temas en 71% de forma satisfactoria y en 6,5% poco. Se ha ofrecido oportunidad de iniciar trabajos en 53,8%. En cuanto a los puntos que han considerado más frecuentemente positivos ha sido la disposición de los adjuntos y en los negativos la sobrecarga asistencial.

**Discusión.** Los residentes consideran adquiridas las competencias en las rotaciones de forma mayoritaria. La valoración de la docencia ha alcanzado un notable, siendo el punto mejor valorado el del adjunto y lo más negativo la sobrecarga asistencial.

**Conclusiones.** En la evaluación de los residentes y de la docencia es de utilidad el conocimiento que los residentes tienen de su propio aprendizaje y la valoración de la docencia en las distintas rotaciones.

#### V-77

#### DISTRIBUCIÓN DE LOS DISTINTOS PATRONES EN EL RECUENTO LEUCOCITARIO EN SANGRE DE PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA

**J. Polo Sabau<sup>1</sup>, F. Jiménez Morillas<sup>1</sup>, R. Serrano Morales<sup>1</sup>, M. Angelina García<sup>1</sup>, M. Arsuaga Vicente<sup>1</sup>, M. Asenjo Martínez<sup>2</sup>, A. Cabello Úbeda<sup>1</sup> y S. Vázquez Fernández<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Epidemiología. Fundación Jiménez Díaz-Ute. Madrid.

**Objetivos.** Analizar la prevalencia en nuestro medio de los diversos patrones posibles en el recuento de la serie blanca en el hemograma de pacientes

con apendicitis aguda, así como tratar de determinar los rasgos clínicos asociados a una mayor probabilidad de encontrar una cifra de leucocitos dentro del rango normal.

**Material y métodos.** Análisis retrospectivo de todos los pacientes con diagnóstico histológico de apendicitis aguda durante un período de 12 meses, detectados a partir de la base de datos del departamento de Anatomía Patológica de nuestra institución. Entre las variables registradas se incluyeron los resultados analíticos del hemograma y bioquímica básica, la presencia de infección por VIH o hepatopatía crónica y el tiempo de duración de los síntomas medido desde el inicio de los mismos hasta la primera atención en Urgencias. De acuerdo con los rangos de nuestro laboratorio, se consideró como leucocitosis un recuento superior a 11000 leucocitos totales por microlitro y como neutrofilia una proporción de neutrófilos superior al 75 %, estableciéndose de este modo cuatro grupos de pacientes: leucocitosis con y sin neutrofilia y leucocitos totales normales con y sin neutrofilia. Para el análisis estadístico también se reagruparon los pacientes en dos grandes grupos: Con y sin leucocitosis.

**Resultados.** Se detectaron un total de 171 pacientes con apendicitis aguda durante el período de estudio, de los cuales 105 (61.4%) eran varones, 4.1% tenían diabetes mellitus, 13.5% hipertensión arterial y 8.2% dislipemia. La media de edad fue de 35.1 años (IC 95% 32.3-37.9) y el 17.5% eran menores de 18 años. El 17% eran fumadores y únicamente dos (1.2 %) padecían hepatopatía crónica y cuatro (2.3%) infección por VIH. Con respecto al recuento leucocitario la distribución fue: Leucocitosis con neutrofilia en 135 pacientes (78.9%), leucocitosis sin neutrofilia en 17 (9.9%), leucocitos totales normales con neutrofilia en 13 (7.7%) y leucocitos totales normales sin neutrofilia en 6 (3.5%). El tiempo medio de evolución de los síntomas fue de 34.95 horas (IC 95% 28.3-41.6). El valor medio del recuento leucocitario y plaquetario fue significativamente superior en pacientes de menos de 18 años de edad (valor de  $p$  0.019 y 0.035 respectivamente), sin que existieran diferencias con respecto al tiempo de evolución de los síntomas. Comparando los cuatro grupos según patrones en el recuento leucocitario, no se apreciaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a edad, sexo y el resto de variables clínicas estudiadas. Con respecto al total de pacientes con leucocitos totales dentro del rango normal, se objetivó una mayor edad (42.7 vs 34.1 años) y un tiempo de evolución de síntomas inferior (26.6 vs 36.0 horas) en comparación con los pacientes con leucocitosis, si bien no se alcanzó significación estadística (valor de  $p$  0.057 y 0.38 respectivamente).

**Discusión.** Aunque existe una clásica tendencia a "confiar" en la cifra de leucocitos como apoyo en el diagnóstico en la práctica clínica diaria, nuestros resultados, en sintonía con estudios anteriormente publicados, revelan que en torno a uno de cada diez pacientes con apendicitis aguda presentan una cifra normal en el recuento leucocitario, si bien sólo el 3.5% muestran además una proporción normal de neutrófilos. De acuerdo con los datos de nuestro estudio, no se han encontrado variables clínicas o de laboratorio que ayuden a predecir qué pacientes con sospecha clínica de apendicitis aguda pueden carecer de alteraciones en el recuento leucocitario.

**Conclusiones.** Si bien la apendicitis aguda es una patología eminentemente quirúrgica, es en muchas ocasiones el internista quien establece el diagnóstico inicial. Se pone de manifiesto una vez más que debe prevalecer para el diagnóstico la información obtenida a partir de la historia clínica y la exploración física, independientemente de las pruebas complementarias.

### V-83

#### DEFECTO DE CÉLULAS T REGULADORAS EN EL ALCOHOLISMO CRÓNICO

M. Polvorosa<sup>1</sup>, J. Almeida<sup>2</sup>, C. Méndez<sup>2</sup>, J. Flores<sup>2</sup>, M. Pérez<sup>2</sup>, I. Pastor<sup>1</sup>, A. Orfao<sup>2</sup> y J. Laso<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna II. Hospital Universitario de Salamanca. H. Clínico. Salamanca.

<sup>2</sup>Centro de Investigación del Cáncer (IBMCC; USAL-CSIC). Universidad Salamanca. Salamanca.

**Objetivos.** Clásicamente el alcohol se asociaba con un estado de inmunodeficiencia, pero estudios recientes demuestran una activación de la respuesta inmune, en la que podría intervenir un trastorno de inmunorregulación. El objetivo de este estudio preliminar fue analizar en pacientes alcohólicos la distribución de las distintas subpoblaciones linfoides T y B circulantes, incluyendo la subpoblación de células T reguladoras. Estudio financiado por proyecto 2007/020 del Plan Nacional sobre Drogas.

**Material y métodos.** Se estudiaron 6 pacientes alcohólicos crónicos varones (consumo de alcohol > 90 g/día; edad: 54 ± 7 años) sin lesión hepática asociada y 8 controles sanos varones (consumo de alcohol < 20 g/día; edad: 59 ± 7 años). El análisis de la distribución de las subpoblaciones linfoides T y B de sangre periférica (SP) se realizó mediante citometría de flujo multiparamétrica, empleando combinaciones de 8 anticuerpos monoclonales dirigidos, por una parte frente a CD3, CD4, CD8, CD25 (IL2Ra),

CD45, CD45RA, CD127 (IL7Ra) y CD197 (CCR7), con el fin de identificar la subpoblación de linfocitos T reguladores (CD4+/CD25+/CD127-/-) y los distintos estadios madurativos (naïve, memoria y efectoras) dentro de cada subpoblación linfocitaria T de SP; y por otra parte, frente a CD10, CD19, CD20, CD27, CD38, CD45, IgM e IgA o IgG, para identificar los linfocitos B inmaduros, naïve, memoria -isotipos IgA, IgM e IgG- y linfoplasmocitos -isotipos IgA, IgM e IgG-. El estudio estadístico se realizó utilizando el test no paramétrico de la U Mann-Whitney. Los resultados se expresan en mediana y rango intercuartílico.

**Resultados.** Al analizar la distribución de las subpoblaciones de linfocitos T circulantes, detectamos un descenso de linfocitos Treg CD4+/CD25+/CD127-/- en los sujetos con alcoholismo crónico (3,68% ± [2,42%-4,79%] vs 4,16% [2,64%-4,40%] del total de linfocitos T en pacientes alcohólicos vs controles y 20,9 [15,1-73,9] x10<sup>3</sup>/mL vs 34,8 [24,7-50,8] x10<sup>3</sup>/mL en pacientes vs controles;  $p$  > 0,05); y una expansión significativa del compartimento de linfocitos T CD4+/CD8- de memoria central, respecto a los controles (48,2% [39,3%-51,6%] vs 38,1% [30,3%-42,7%] de los linfocitos T CD4+/CD8- en pacientes vs controles;  $p$  = 0,03). En los pacientes también se encontró un aumento estadísticamente significativo del número de linfoplasmocitos en relación con los controles, tanto en números relativos (2,1% [0,6%-5,2%] vs 0,6% [0,4%-0,8%] de los linfocitos B en pacientes vs controles;  $p$  = 0,05) como absolutos (1,96 [1,35-3,98] x10<sup>3</sup>/mL vs 0,69 [0,40-1,06] x10<sup>3</sup>/mL en pacientes vs controles;  $p$  = 0,03), sin diferencias en la distribución en función del isotipo de la inmunoglobulina de membrana.

**Discusión.** Los linfocitos T reguladores son una subpoblación dentro del compartimento de los T CD4+, cuya función es de inmunorregulación, inhibiendo las respuestas inmunitarias, y de mantenimiento de la autotolerancia. Estudios recientes han demostrado alteraciones numéricas y/o funcionales de los linfocitos Treg en diversas enfermedades de base inmunológica, pero hasta la fecha no se ha analizado su distribución en pacientes alcohólicos. Los resultados de este estudio preliminar ponen de manifiesto por primera vez la existencia de un defecto numérico de los linfocitos Treg circulantes en pacientes alcohólicos sin hepatopatía, y confirman la activación del sistema inmune característica de estos pacientes, al haberse detectado un aumento de las poblaciones memoria/efectoras B y T. Son necesarios nuevos estudios para profundizar en este hallazgo novedoso y conocer mejor los mecanismos a través de los cuales el descenso de los linfocitos T reguladores contribuiría a la activación del sistema inmune.

**Conclusiones.** Los pacientes con alcoholismo crónico muestran un defecto numérico de las células T reguladoras CD4+/CD25+/CD127-/- que podría estar relacionado con la activación inmune característica de estos pacientes.

### V-92

#### VISIÓN DE LOS MIR SOBRE SU FORMACIÓN PREVIA COMO MÉDICOS

P. Wikman<sup>1</sup>, P. Safont<sup>1</sup>, R. Andrés<sup>1</sup>, J. Fernández<sup>2</sup>, S. Bañón<sup>1</sup>, E. Calabuig<sup>1</sup> y J. Merino<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Sant Joan d'Alacant. Sant Joan d'Alacant (Alicante).

<sup>2</sup>Servicio de Alergia. Hospital General Universitario de Elche. Elche/Elx (Alicante).

**Objetivos.** La necesidad de unificar los procesos formativos para ser médico en la Unión Europea (Plan Bolonia) es una oportunidad importante para reflexionar sobre el nuevo modelo de médico que la sociedad necesita y cómo formarle. La incorporación de modelos de simulación, el desarrollo de las tecnologías informáticas y los resultados de formación del sistema MIR incorporando los médicos a la práctica diaria real podría ser componente de esa reflexión. Conocer cómo viven los MIR su incorporación al ejercicio real de la medicina, lo que han percibido como adecuado, carencias o excesos formativos podrían tener interés en este diseño. Eso es lo que aquí se recoge.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio descriptivo para el que hemos elaborado un cuestionario con 78 ítems de los cuales 40 se refieren a contenidos informativos, 19 a habilidades, 8 a actividades. Y de forma adicional se valora en la metodología de aprendizaje y la objetividad de los sistemas de validación en 5. Debían ser contestados de forma anónima mediante una escala de Likert con 5 opciones para los mires de los hospitales de San Juan de Alicante, Elche y Marina Baixa trabajando en los mismos durante los años 2008 y 2009. Los criterios de inclusión suponían haber estado en una Facultad de Medicina española y llevar como MIR entre 3 meses y 4 años. La información se transcribió al programa informático SPSS de Windows.

**Resultados.** En general, la mayoría de los ítems eran bien evaluados. Presentamos aquí los peor evaluados en la tabla 1. Daremos información más detallada.

**Discusión.** Hemos obtenido 57 respuestas todas ellas válidas. La edad media de los MIR fue de 25 años siendo el 66% de las encuestadas mujeres.

Tabla 1 (V-92).

Contenido	% escasa y muy escasa
Geriatría	76,2%
Medicina Interna y Cuidados Intensivos	89,3%
Cuidados Paliativos	82,1%
Gestión clínica	76,4%
Liderazgo, trabajo en equipo	82,5%
Inglés	75,4%
Tomar decisiones, ser líder	78,6%
Investigar	84,2%
Talleres de simulación, uso de robótica	78,9%

Se han estudiado el 65% de la Universidad Miguel Hernández, 10% en la de Murcia y 10% en la de Valencia y el restante en otras 8 universidades. La mayoría médicos de familia 66%, siendo de M. Interna 15%. Y los restantes de una forma diversa.

**Conclusiones.** Este tipo de abordajes es sencillo. Permite información importante a la hora de elaborar un nuevo Plan de Estudios. El trabajo tiene limitaciones respecto al número de participantes y situación controvertida respecto a la heterogeneidad de los mismos ya que a su vez aportan diferentes visiones sobre el tema lo que lo enriquece.

#### V-97

##### ASOCIACIÓN ENTRE EL GEN DE LA IL2-IL21 Y LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN PACIENTES ESPAÑOLES

J. Mendoza<sup>1</sup>, R. Lana<sup>2</sup>, A. Lérda<sup>3</sup>, A. Martínez<sup>4</sup>, E. G De La Concha<sup>4</sup>, E. Urcelay<sup>4</sup>, M. Fernández-Arquero<sup>4</sup> y M. Díaz-Rubio<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Digestivo, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>4</sup>Servicio de Inmunología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Viladecans. Viladecans (Barcelona).

**Objetivos.** Estudiar la asociación entre 8 polimorfismos del eje de la IL-2 (IL2, IL2RA e IL2RB) con la enfermedad inflamatoria intestinal en la población española.

**Material y métodos.** Se diseñó un estudio de casos-controles en el que se compararon 728 pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (356 con enfermedad de Crohn (EC) y 372 con colitis ulcerosa (CU)) y 549 controles sanos de la misma área geográfica. Los 8 polimorfismos fueron seleccionados por presentar asociación con otras enfermedades autoinmunes y se realizaron mediante PCR (Taqman). Las frecuencias genotípicas se compararon mediante el chi-cuadrado y la fuerza de la asociación con la OR y su intervalo de confianza del 95%.

**Resultados.** Los polimorfismos rs6822844 y rs11938795 de la IL2 predisponen a tener EC en nuestra población [p = 0,002; OR (95% CI) = 0,61 (0,44-0,84) y p = 0,006; OR (95% CI) = 0,73 (0,58-0,92), respectivamente]. Estos polimorfismos no se asociaron con ninguna característica fenotípica de la EC. Un efecto similar se encontró en los pacientes con CU [p = 0,03; OR (95% CI) = 0,72 (0,53-0,98)]. Ninguno de los otros 5 polimorfismos estudiados en la región de la IL2RA e IL2RB demostraron tener una asociación con la enfermedad inflamatoria intestinal.

**Discusión.** Recientemente se ha comunicado la asociación entre diferentes enfermedades autoinmunes (enfermedad celíaca, diabetes tipo I, artritis reumatoide y esclerosis múltiple) y los genes que codifican la interleucina IL-2-IL21. La IL-2 es una glicoproteína producida principalmente por los linfocitos T CD4+ activados por antígenos. Los ratones con déficit de IL-2 desarrollan una colitis muy similar clínica e histológicamente a la que presentan los humanos con colitis ulcerosa. En nuestra población dos polimorfismos del bloque de la IL2-IL21 que se encuentran en desequilibrio de ligamentos demuestran una asociación con la EC y la CU, apoyando los resultados de estudios realizados en otras enfermedades autoinmunes.

**Conclusiones.** Dos polimorfismos del bloque de la IL2-IL21 que se encuentran en desequilibrio de ligamentos demuestran una asociación con la EC y la CU en nuestra población.

#### V-105

##### FACTORES QUE SE ASOCIAN A LA MORTALIDAD EN LOS PACIENTES QUE INGRESAN POR EPOC EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA

B. Roca<sup>\*1</sup>, F. Cabrera<sup>2</sup>, L. Montero<sup>3</sup>, D. Morchón<sup>4</sup>, J. Díez<sup>5</sup>, F. De la Iglesia<sup>6</sup>, M. Fernández<sup>7</sup> y J. Castiella<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Castellón, Universidad de Valencia; \*en nombre del Grupo ECCO de la SEMI

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General Gregorio Marañón. Madrid.

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga).

<sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

<sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

<sup>6</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Juan Canalejo. A Coruña.

<sup>7</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

<sup>8</sup>Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Calahorra. Calahorra (La Rioja).

**Objetivos.** La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una causa frecuente de ingreso en los servicios médicos hospitalarios. Sin embargo no existe mucha información sobre la comorbilidad que acompaña a dicha enfermedad, y sobre los factores determinantes de la mortalidad de la misma. Pretendemos con este trabajo obtener información sobre los factores que influyen en dicha mortalidad.

**Material y métodos.** El presente trabajo se basa en el estudio ECCO de la SEMI, en el que participan 29 servicios de Medicina Interna de hospitales españoles. En la web <http://ecco.infodoctor.net/> existe información detallada sobre dicho proyecto. En este trabajo analizamos la posible influencia de los principales factores socioepidemiológicos y clínicos en la mortalidad de los pacientes que ingresan en servicios de Medicina Interna con el diagnóstico principal de EPOC.

**Resultados.** Incluimos un total de 398 ingresos correspondientes a 398 pacientes diferentes. La media (± la desviación estándar) de los siguientes parámetros son las siguientes: edad 74 (± 9) años; tabaquismo 44 (± 33) paquetes-años; hospitalizaciones previas totales 5 (± 4); hospitalizaciones previas por EPOC 3 (± 3); índice de la masa corporal 27 (± 5) kg/m<sup>2</sup>; índice de comorbilidad de Charlson 3 (± 2) puntos; FEV1 43 (± 12%); y temperatura axilar al ingreso 37,1 (± 0,8) °C. Un total de 353 pacientes (89 %) son varones; 68 (17%) son fumadores, 288 (72%) ex fumadores y 42 (11%) no fumadores; 56 (14%) son alcohólicos; 34 (8 %) han tenido previamente un síndrome coronario agudo; 146 (37%) estaban en tratamiento con O2 domiciliario antes del ingreso; 73 (18%) habían recibido la vacuna contra la infección por neumococo antes del ingreso; y 45 (11 %) estaban tomando corticoides antes del ingreso. Un total de 16 (4 %) son éxitus durante el ingreso. En una regresión logística múltiple encontramos una asociación de la mortalidad con los siguientes factores: edad avanzada (P = 0,019), alcoholismo (P = 0,028), FEV1 bajo (P = 0,035), y tratamiento con O<sub>2</sub> domiciliario antes del ingreso (P = 0,041). No encontramos asociación con el resto parámetros estudiados.

**Conclusiones.** La edad avanzada, el alcoholismo, y los datos clínico-terapéuticos indicativos de enfermedad avanzada se asociaron a un mayor riesgo de mortalidad en los pacientes que ingresan por EPOC en los servicios de Medicina Interna.

#### V-106

##### EL ALTA DE ENFERMERÍA COMO DOCUMENTO PRÁCTICO EN MEDICINA INTERNA

V. Jiménez Álvarez, V. Muñoz Ramón, A. Marques Lara, M. Montero Trujillo, F. Hortelano Peinazo, N. Benito Peña, M. Fernández Alonso y C. Menchen González

Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Tomelloso (Ciudad Real).

**Objetivos.** Generales: Asegurar la continuidad de los cuidados de enfermería en relación con el NIC y el NOC. Específicos: Identificar las necesidades concretas del paciente. Educación sanitaria al paciente y familia. Seguridad física y psíquica. Información a profesionales y comunidad. Desarrollo del PAE \* Colaboración en la reducción de ingresos. Adquisición de responsabilidades en enfermería. Fomentar la investigación en enfermería.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo realizado en junio-julio de 2009. Breve cuestionario cerrado con 10 ítems Población diana: pacientes, familiares, enfermería hospitalaria, enfermería de primaria

**Resultados.** Elaboración de un documento de alta de enfermería práctico, de fácil manejo, que aporte información precisa de las necesidades del paciente durante el ingreso y al alta, tanto a otros profesionales como a la familia y al propio paciente.

**Discusión.** 1. Garantizar junto con el alta médica una información precisa del estado y necesidades del paciente al alta hospitalaria. 2. Asegurar la continuidad de los cuidados, tanto en los diferentes niveles asistenciales, como en la comunidad. 3. Asumir responsabilidades por parte de la familia y profesionales.

**Conclusiones.** Gracias a la participación de los diferentes actores sociales (pacientes, familiares y personal sanitario de diferentes niveles asistenciales), se consigue un documento de alta de enfermería práctico que asegura la continuidad de los cuidados.

## V-112

**MANEJO DE LOS PACIENTES CON DIVERTICULITIS AGUDA EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO**

**M. Rodríguez Cerrillo, A. Poza Montoro, A. Iñurrieta Romero, E. Fernández Díaz, A. Álvarez de Arcaya Vicente y A. Fernández-Cruz Liñán**

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

**Objetivos.** La diverticulitis aguda es una patología tratada, habitualmente, en el Hospital. Sin embargo, la infraestructura de la Hospitalización a Domicilio (HAD) puede permitir tratar a pacientes con esta patología sin necesidad de ingreso hospitalario. En este estudio analizamos la eficacia y seguridad del tratamiento de pacientes con diverticulitis aguda tratados en HAD.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de diverticulitis aguda Hinchey I en el Servicio de Urgencias durante dos años. A todos los pacientes se les realizó TAC abdominal. Los pacientes que cumplen criterios de HAD (existencia de cuidador 24 horas al día, aceptación del traslado a domicilio, estabilidad clínica) fueron ingresados en HAD desde el Servicio de Urgencias. El resto permaneció en el Hospital. Los pacientes trasladados al domicilio recibían la visita diaria del equipo de HAD. Se realizó tratamiento con ertapenem IV hasta mejoría de la sintomatología, continuándose después con antibioterapia oral.

**Resultados.** 112 pacientes presentaron una diverticulitis Hinchey I. El 33.7% de estos pacientes fueron tratados en HAD. La edad media fue de 58.5 años. El 100% de los pacientes presentaba dolor abdominal y el 38.7% fiebre. El 25% de los pacientes había tenido un episodio previo. El 6.5% eran diabéticos. Todos los pacientes evolucionaron favorablemente. No fue preciso trasladar a ningún enfermo al Hospital. El 98% de los pacientes tratados e HAD expresaron su satisfacción con este tipo de tratamiento.

**Conclusiones.** El tratamiento de pacientes con diverticulitis aguda en situación clínica estable es Hospitalización a Domicilio es segura y eficaz.

## V-115

**DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)**

**J. Barquero-Romero y C. García Rodríguez**

*Servicio de Medicina Interna. Complejo H. Universitario de Badajoz. Badajoz.*

**Objetivos.** La EPOC es una enfermedad que afecta a múltiples órganos y sistemas del organismo. En los últimos años hemos conocido que los trastornos emocionales en los pacientes con EPOC son frecuentes y que puede jugar un importante papel en la morbilidad y en la calidad de vida de estos pacientes. Hemos querido conocer la frecuencia con la que los pacientes con EPOC ingresados en nuestro servicio de Medicina Interna son diagnosticados y tratados de trastornos emocionales, tomando los valores como una referencia de la sensibilidad que los clínicos pueden tener por este tipo de trastornos en estos pacientes.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo sobre informes de alta. Se incluyen pacientes con diagnóstico de EPOC y espirometría. Se obtienen 500 registros (aprox. 50 meses de asistencia). Se extrae muestra de 50 registros mediante aleatorización 10:1. Se recogieron datos epidemiológicos básicos (edad, sexo), datos de función pulmonar, hábito tabáquico, oxigenoterapia crónica domiciliar y presencia de depresión o ansiedad (diagnóstico o tratamiento). Las variables cualitativas se presentan con su distribución de frecuencias. Las variables cuantitativas se resumen en su media, desviación estándar y rango intercuartílico. Se realizó chi-cuadrado o prueba exacta de Fisher para variables cualitativas y test de la "t" de Student para cuantitativas. Programa G-stat.

**Resultados.** 50 pacientes. Hombres 44 (88%). Edad: media 67 ± 11, (rango intercuartílico p25-p75: 61-75). FEV1 (%) medio 42,4 ± 11; rango intercuartílico p25-p75: 30-51. FEV1 (mL) medio 1300 ± 60; p25-p75: 949 -1660. Estancia media (días) 8,9 ± 4; p25-p75: 6-12. Fumadores activos: 13 (26%) OTD 16 (32%). Diagnóstico de depresión: 4 (8%). Diagnóstico de ansiedad: 4 (8%). Diagnóstico de depresión y ansiedad: 1. (2%). Diagnóstico de depresión o ansiedad: 7 (14%). Encontramos diferencias para las variables principales (diagnóstico de trastorno emocional) por género (mujeres 2 de 6 (33%) vs hombres 5 de 44 (11%)), para la variable Oxigenoterapia domiciliar (3 de 16 (18%) vs 4 de 30 (11%)), para la gravedad de la obstrucción (FEV1 > 50%, 7%; FEV1 50-70%, 12%; FEV1 < 30%, 28%), hábito tabáquico activo (3 de 13 (23%) vs 4 de 37 (11%)), aunque no son estadísticamente significativas, probablemente por tamaño muestral insuficiente. Cuando comparamos el grupo con trastorno del ánimo con el grupo sin este diagnóstico encontramos una peor función pulmonar (FEV1 (mL) 1.050 vs 1.400) y una estancia media (en días) mayor (10,2 vs 8,7).

**Discusión.** Coincidiendo con datos publicados, los trastornos emocionales son frecuentes en nuestros pacientes con EPOC, aún asumiendo un infra-diagnóstico más que probable por las características del estudio. Parece que las mujeres y los pacientes con más afectación (peor FEV1 y necesidad de OTD) tendrían con más frecuencia trastornos emocionales. Variables de gestión sanitaria que la estancia media serían mayores en los pacientes con estos diagnósticos.

**Conclusiones.** Como en otros aspectos de la EPOC es necesario profundizar en el conocimiento de todas sus manifestaciones y comprobar su repercusión en el terreno clínico-asistencial.

## V-116

**MEJORANDO LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES: IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE TERAPIA SECUENCIAL PRECOZ**

**J. Ferrando Vela<sup>1</sup>, A. Bandrés Liso<sup>2</sup>, P. Lambán Aranda<sup>1</sup>, E. Trillo<sup>1</sup> y J. Gomes<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Farmacia. Hospital Royo Villanova. Zaragoza.*

**Objetivos.** Valorar el impacto de la instauración de un protocolo de terapia secuencial (TS) en Medicina Interna.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo y comparativo, para evaluar el impacto de la implantación de un protocolo de TS en pacientes que ingresan en una planta de Medicina Interna. El estudio se lleva a cabo mediante la realización de dos cortes transversales, evaluando a todos los pacientes ingresados en un día en la planta de Medicina Interna susceptibles de TS. El primer corte, en fase observacional, se realizó antes de la implantación del protocolo en diciembre de 2008. En este mismo mes se elaboró y difundió el protocolo mediante la realización de sesiones, folletos informativos y recordatorios incluidos en las hojas de tratamiento de los pacientes. Se establecieron los criterios para la aplicación de la TS: criterios de inclusión de pacientes según indicaciones, contraindicaciones y situación clínica y fármacos subsidiarios de aplicación (fármacos con bioequivalencia oral demostrada: levofloxacino, amoxicilina, amoxicilina-clavulánico e inhibidores de la bomba de protones). El segundo corte se realizó a los 6 meses de la implantación, con el fin de valorar los resultados. Variables estudiadas: número de pacientes en tratamiento intravenoso con estos fármacos, número de pacientes susceptibles de TS y el porcentaje de estos en los que la conversión no se realizó correctamente según el protocolo. Se valora el ahorro económico anual que podría significar la instauración del protocolo. Para ello se extrapola el impacto obtenido tras la implantación y que corresponde a los ingresos de un día al total de los ingresos en un año (2008). En el cálculo de los costes se tienen en cuenta tanto costes directos (material fungible, costes de adquisición de medicamentos) como indirectos (tiempo en la preparación y administración de medicamentos).

**Resultados.** Antes de la implantación del protocolo, de los 31 pacientes que estaban en tratamiento con antibióticos intravenosos, 11 de ellos cumplían los criterios clínicos para la conversión a vía oral de forma precoz. En 4 de ellos (36%) la conversión no se realizó correctamente. Tras la implantación del protocolo, de los 17 pacientes que estaban en tratamiento con estos antibióticos intravenosos, 11 eran susceptibles de TS precoz y solo en 1 (10%) no se realizó correctamente. Respecto a los inhibidores de la bomba de protones, de los 20 pacientes que se encontraban en tratamiento en diciembre 2008, 11 (55%) eran susceptibles de TS y en 9 (72%) no se realizó correctamente. Tras la instauración del protocolo, el porcentaje de pacientes en los que la conversión no se realizó correctamente disminuyó a 3 (16.6%). El ahorro económico anual que supone la instauración del protocolo si se extrapolan los resultados obtenidos en cada uno de los cortes (que corresponden a los pacientes ingresados en un día) al total de ingresos anuales (año 2008) alcanzaría los 18.998 euros.

**Discusión.** La administración de medicamentos por vía intravenosa consigue niveles plasmáticos de forma inmediata por lo que es la vía de elección en el tratamiento de las infecciones graves y en aquellas que requieren la hospitalización del paciente. La posibilidad de completar la pauta terapéutica mediante la conversión del tratamiento a oral supone además de un menor coste del tratamiento, menores riesgos para los pacientes tal como se ha demostrado en numerosos estudios observacionales y ensayos clínicos. En nuestro servicio se detectó una importante oportunidad de mejora antes de la instauración del protocolo, ya que en un porcentaje importante de pacientes la conversión a la vía oral no se realizaba a tiempo. La elaboración, instauración y monitorización del protocolo, realizada por un equipo multidisciplinar ha conseguido aumentar el número de pacientes que se benefician de la TS y supone también un ahorro económico para el hospital.

**Conclusiones.** La instauración de un protocolo de TS, llevado a cabo de forma multidisciplinar, ha permitido que las terapias intravenosas no se prolonguen innecesariamente, evitando los riesgos que comportan para los pacientes y consiguiendo además disminuir los costes.

### V-117 ESTEATOHEPATITIS EN LA INFECCIÓN CRÓNICA POR VIRUS C

**M. Sánchez Pérez, E. González Reimers, J. Viña Rodríguez, R. Ros Vila-majó, J. López Prieto, M. Alemán Valls, R. Pelazas González y C. Martín González**

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

**Objetivos.** La esteatohepatitis no alcohólica se relaciona fundamentalmente con el síndrome metabólico y la diabetes tipo II, pero otras entidades, como la infección crónica por virus C, cursan también con depósito de grasa intrahepatocitaria e inflamación. La patogenia de la esteatohepatitis no alcohólica es objeto de estudio y controversia: la obesidad –especialmente visceral– guarda relación, pero a su vez el propio tejido adiposo puede ser fuente de citocinas (más el abdominal), y otros factores, como el propio virus C de forma directa, pueden jugar un papel. Las citocinas activarían al sistema de Kupffer y provocarían peroxidación lipídica, lo que a su vez generaría mayor liberación de citocinas.

**Material y métodos.** En el presente trabajo analizamos la relación entre grasa hepática (cuantificada por histomorfometría) y grasa corporal (tronco y subcutánea (perímetro de cintura (PC), índice cintura/cadera, pliegue cutáneo del tríceps), IMC), y de ambas con citocinas proinflamatorias como IL-6, TNF-alfa, IL-8, IFN-gamma, IL-4; adiponectina y TIMP-1, y malondialdehído sérico y antioxidantes como GPX y SOD, y la relación de todos ellos con la progresión histológica de la infección por virus C en 40 pacientes no alcohólicos.

**Resultados.** Encontramos relaciones significativas entre grasa hepática y perímetro de cintura e IMC, y entre TIMP-1 y grasa hepática ( $\rho = 0.43$ ,  $p = 0.008$ ), pero no entre ninguno del resto de parámetros y grasa hepática. Los niveles de TIMP-1 se relacionaron con la grasa corporal, mientras que IL-6 e IFN-gamma lo hicieron con la inflamación histológica. Los pacientes con un PC mayor de 102 cm (hombres) u 88 cm (mujeres) tenían más grasa hepática.

**Conclusiones.** Todos estos datos sugieren la existencia de un vínculo entre grasa visceral, esteatosis y TIMP-1. No obstante, en 38.8% de pacientes sin obesidad seguía habiendo intensa esteatosis, lo que sugiere que, en al menos algunos casos, otras factores diferentes del mero depósito de grasa juegan un papel patogénico en el depósito de grasa en el hígado.

### V-142 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES REMITIDOS EN RÉGIMEN DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (HADO) DESDE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DURANTE UN AÑO

**P. Fanlo Mateo<sup>1</sup>, J. Escudero Berasategui<sup>2</sup>, B. Salmón García<sup>2</sup>, B. Llorente Díaz<sup>2</sup>, M. Acha Arrieta<sup>1</sup>, M. Ruiz Castellano<sup>1</sup>, M. Cia Lecumberri<sup>1</sup> y G. Tiberio López<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Hospitalización a Domicilio. Hospital Virgen del Camino. Pamplona/Iruña (Navarra).*

**Objetivos.** Realizar una evaluación de los pacientes ingresados en HADO desde el Servicio de Medicina Interna del Hospital Virgen del Camino en Pamplona desde 1 agosto del 2008 hasta 30 de junio del 2009.

**Material y métodos.** Se analizaron retrospectivamente todas las historias clínicas de los pacientes remitidos desde el Servicio de Medicina Interna del Hospital Virgen del Camino en régimen HADO desde el 1 de agosto del año 2008 al 30 de junio del año 2009. Se evaluó el número de pacientes aceptados, la edad media, el sexo, los días de estancia en régimen HADO, el porcentaje de reingresos y sus causas así como el número de éxitos.

**Resultados.** Se valoraron por parte del Servicio de Hospitalización a Domicilio (HADO) un total de 87 pacientes del Servicio de Medicina Interna siendo desestimados el 11.5% de los pacientes (10) y siendo aceptados en HADO el 88.5% (77). La principal causa de no inclusión en régimen de HADO fue la no indicación médica 70% (7), el rechazo familiar, los problemas con el cuidador y la negativa del paciente constituyeron un 10% (1) cada uno de las causas de desestimación. Dentro de los paciente aceptados el 88.5% de los pacientes (77), la edad media era de 75.92 años el paciente más joven aceptado tenía 20 años y el más anciano 98 años. El 59.74% de los pacientes (46) eran varones y el 40.25% (31) eran mujeres. Los principales motivos de ingreso en régimen HADO fueron por infección respiratoria 29.87% (23), EPOC descompensado 11.68% (9), ITU 11.68% (9), neumonía 11.68% (9), bacteriemia 5.14% (4), insuficiencia cardiaca 2.59% (2), TVP 2.59% (2), celulitis 2.59% (2) y otras 22.07% (17) entre los que se encontraban artritis no infecciosa, colangitis, aspergillosis pulmonar... La estancia media en hospitalización a domicilio fue de 9.33 días con una estancia mínima de 1 día y una estancia máxima de 43 días. El por-

centaje de altas definitivas a domicilio fue del 84.41% (65) con un porcentaje de reingresos del 9.09% (7), el porcentaje de fallecidos fue del 5.19% (4) y 1.29% (1) se encontraba todavía ingresado. Los principales motivos de reingreso fueron el empeoramiento clínico 28% (2) y la insuficiencia respiratoria 28% (2), el resto de las causas que motivaron los reingresos fueron el síncope 14.28% (1), el desbordamiento familiar 14.28% (1) y la rectorragia 14.28% (1).

**Discusión.** La Hospitalización a Domicilio es una fórmula alternativa a la hospitalización clásica, que según los estudios realizados mejora la calidad asistencial, reduce costes, aumenta la disponibilidad de camas y reduce las estancias, además consigue una mayor integración entre el paciente, su familia y el personal sanitario. El Servicio Navarro de Salud-OSASUNBIDEA inauguró en julio del año 2008 el Servicio de Hospitalización a Domicilio (HADO) en Pamplona capital y en su cuenca, que cubre un área de 280.000 habitantes. En concreto, atiende a pacientes de Pamplona, Burlada, Villava, Barañáin, Zizur y valle de Aranguren. En la actualidad dispone de un total de 20 camas y 3 facultativos. Las condiciones que el paciente debe reunir son las siguientes: -Su enfermedad debe poder tratarse en domicilio. -Debe vivir o tener un domicilio temporal en el área de cobertura. -Debe existir un cuidador en el entorno del paciente que colabore en los cuidados requeridos durante el ingreso. -El paciente debe encontrarse en situación clínica estable. -Los pacientes deben ser adultos.

**Conclusiones.** 1. Casi el 90% de los pacientes valorados en el Servicio de Medicina Interna de nuestro hospital por la unidad de HADO fueron aceptados. 2. La mayoría de los pacientes aceptados eran ancianos y varones. 3. El principal motivo de ingreso en HADO fue la infección respiratoria. 4. La estancia media fue de 9 días. 5-El 85% de los pacientes fueron dados de alta definitiva a domicilio. 6. El bajo porcentaje de reingresos 9% cuya principal causa fue el empeoramiento de su patología que motivó el ingreso.

### V-180 EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL POR PARTE DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD HOSPITALARIA DE MEDICINA INTERNA

**M. Vázquez Jiménez, M. Araque López, M. Díaz Suárez, M. Jiménez Alaminos, A. Izquierdo Muñoz y J. Barberá Farré**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).*

**Objetivos.** Evaluar la percepción de la calidad asistencial prestada por el colectivo de enfermería en una unidad de ingreso hospitalario de Medicina Interna. Estimar el impacto mediante un diseño antes-después del protocolo de mejora en la percepción por el paciente de la calidad asistencial prestada por el colectivo de enfermería.

**Material y métodos.** Se seleccionaron aquellos pacientes ingresados un mínimo de tres días en la planta de Medicina Interna. Durante dos periodos de 6 meses (agosto 07 – febrero 08 pre-intervención, y agosto 08 - febrero 09 post-intervención) se recogieron los datos demográficos, nivel de dependencia y escala de satisfacción (LaMonica-Oberst Patient Satisfaction Scale). Las variables se resumieron con descriptivos de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar) para las variables cuantitativas y con frecuencias absolutas y relativas las cualitativas. Las comparaciones antes-después de los periodos preintervención-postintervención se realizaron con pruebas t-test para datos independientes. Se utilizó un nivel de significación de  $p < 0,05$ .

**Resultados.** Se realizaron 155 encuestas en el periodo pre intervención, y 160 en el periodo post-intervención. La edad media fue de 65,5 y 72.5 años respectivamente. De forma global, la escala LOPPS no fue significativamente diferente en ambos periodos: la puntuación media en la escala LOPPS fue de 32 puntos (DE 14, 5; rango de 12 a 75 puntos) en el periodo pre-intervención y de 33 puntos (DE 12,8; rango 12 a 66 puntos) en el periodo post-intervención. Los cambios en la escala LOPSS fueron estadísticamente significativos para los ítems: L1 – “Me ayudaron a comprender mi enfermedad”; L3 – “Daban la impresión de que ocuparse de mí era lo primero”; L7 – “Daban consejos útiles”, L8- “Podía compartir con ellas mis sentimientos”, y L10 – “Me comprendían cuando les contaba mis problemas”, con puntuaciones más altas en el periodo post-intervención que en el de preintervención. También mejoró significativamente el grado de conocimiento de las enfermeras que le atendieron (30,5% vs. 54,5%;  $< 0,001$ ) y de las auxiliares de enfermería que le atendieron (22,3% vd. 36,5%;  $p = 0,007$ ).

**Conclusiones.** En este estudio hemos podido identificar aspectos deficientes en el proceso asistencial y comprobar como hay factores mejorables, principalmente del trato percibido y de la competencia profesional. Es una propuesta muy recomendable para todas las unidades de enfermería.

## V-187

**ALTERACIONES ELECTROCARDIOGRÁFICAS Y QT PROLONGADO EN PACIENTES CON SÍNDROME DE ABSTINENCIA ALCOHÓLICA**

**D. García Rosado, F. Santolaria Fernández, E. González Reimers, E. Martín Ponce, J. Alvisa Negrín, J. Medina García, C. Fernández Rodríguez y O. Elvira Cabrera**

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

**Objetivos.** Estudios retrospectivos han relacionado un QT prolongado con alteraciones del ritmo en pacientes con síndrome de abstinencia alcohólica. El objetivo del presente estudio es analizar de forma prospectiva las características del QT en alcohólicos y comparar aquellos que ingresan por síndrome de abstinencia alcohólica (SAA) con los que lo hacen de forma programada en una unidad hospitalaria para desintoxicación (UHTD).

**Material y métodos.** Se incluyen 126 alcohólicos (104 varones y 22 mujeres), que ingresan, 53 por síndrome de abstinencia y 73 para desintoxicación programada, que se comparan entre sí y con 49 controles. Se analizan durante 3 días consecutivos los siguientes parámetros electrocardiográficos: PQ, QRS, QT Y QT corregido (QTc) según la fórmula de Bazett, así como la frecuencia y el ritmo.

**Resultados.** En el primer día del ingreso están aumentados de forma significativa, la frecuencia cardíaca ( $p < 0,001$ ) y los espacios QRS ( $p = 0,002$ ) y QTc ( $p < 0,001$ ). Encontramos diferencias significativas en la frecuencia cardíaca ( $p < 0,001$ ) siendo más alta en el grupo de alcohólicos en síndrome de abstinencia. Si consideramos 460ms en la mujer y 440ms en el varón el límite del intervalo QTc, encontramos que está alargado en el 34% de los alcohólicos con SAA, en el 11,3% de los de la UHTD y en el 12,2% de los controles. Los alcohólicos en síndrome de abstinencia tienen un QT corregido más largo con respecto a los sujetos control y a los pacientes de la UHTD ( $p < 0,001$ ). Para cualquier valor de frecuencia cardíaca los pacientes con SAA tienen un QT (sin corregir) más prolongado que los controles ( $p < 0,001$ ) y que aquellos que ingresan en la UHTD para deshabitación ( $p = 0,001$ ) sin que haya diferencias entre estos dos últimos. En 5 de los 35 pacientes con síndrome de abstinencia encontramos arritmias supraventriculares (2 taquicardias supraventriculares y 3 fibrilaciones auriculares rápidas). No hemos encontrado relación entre el intervalo QT y la intensidad del consumo de alcohol, el estado de nutrición, ni con las concentraciones de electrolitos, Na, K, Mg, Ca y P.

**Conclusiones.** La prolongación del QT en el paciente con síndrome de abstinencia alcohólico es frecuente y con riesgo de arritmias cardíacas. Consideramos necesaria la vigilancia y monitorización de aquellos pacientes con síndrome de abstinencia que presenten alargamiento del QT.

## V-202

**ANÁLISIS DE LOS NIVELES DE VITAMINA D ENTRE LOS RESIDENTES DE PRIMER AÑO DE UN HOSPITAL TERCIARIO**

**M. Martínez Martín<sup>1</sup>, E. Díaz Guardiola<sup>1</sup>, A. Díaz<sup>3</sup>, D. Serrano<sup>3</sup>, M. Almodóvar<sup>2</sup>, C. Suárez Fernández<sup>1</sup> y J. Hurtado Santos<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Preventiva, <sup>3</sup>Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

**Objetivos.** Todos los años se incorporan a los hospitales docentes de la geografía española un nuevo grupo de residentes de todas las especialidades. Cada vez está cobrando mayor importancia los niveles de vitamina D, no sólo como determinantes en el metabolismo óseo sino también por su gran asociación con patologías crónicas prevalentes (patología cardiovascular, autoinmune, infecciosa y neoplásica). Además, se propugnan valores algo más altos de los clásicos como objetivo ( $> 30$  ng/ml). El objetivo de este trabajo es el análisis en una población joven y sana de los niveles de vitamina D.

**Material y métodos.** Se solicita consentimiento a todos los residentes (n: 71) que se presentan al reconocimiento médico que se practica en el Hospital (4 no se presentan), para realizar la determinación de niveles de vitamina D y de PTH en la analítica que se practica dentro del reconocimiento. Ninguno rechaza el análisis. Se utiliza la técnica de electroquimioluminiscencia con analizador ELECSYS 170 (Roche) en su medición. Se realiza análisis estadístico de los valores mediante el programa SPSS 13.0.

**Resultados.** En total se realizan mediciones de vitamina D y de PTH a 71 residentes voluntarios. 13 son hombres y 58 mujeres. La edad media es de 25.9 años (DE: 2.41). El nivel medio de vitamina D es de 27.9 ng/ml (DE: 5.8). En hombres el nivel medio es de 26.8 ng/ml, menor que en mujeres, que es de 28.2 ng/ml. Según niveles de vitamina D, consideramos con déficit severo a los que presenta niveles menores de 20 ng/dl (4, el 5.6% de la muestra), entre 20-30 ng/dl moderado (62%) y normales los que tienen  $> 30$  ng/ml (32.4%). El déficit moderado o severo ( $< 30$  ng/ml) es similar en mujeres que en hombres (67% y 69% respectivamente). Por edades, sólo el grupo de residentes de 26 años tiene una media de vitamina D en el nivel deseado (media de 31.1) De los cuatro voluntarios con nivel de vitamina D  $< 20$  ng/dl,

sólo uno eleva la PTH compensadoramente a nivel de hiperparatiroidismo (a 72.69), manteniendo niveles de calcio normales. La media de PTH aumenta según los grupos de nivel de vitamina D, existiendo correlación entre ambas variables (no estadísticamente significativa:  $p = 0,06$ ). Es de 45.3 en el grupo de vit. D  $< 20$ , de 43.3 en el de 20 a 30 y de 38.7 en el de  $> 30$ .

**Discusión.** En ambos grupos (hombres y mujeres), independientemente de la edad, se observan claramente unos niveles de vitamina D infraóptimos. En total, el 67.6% de la muestra se encuentra con vitamina D por debajo de los deseables 30 ng/dl. Además los niveles se extraen durante la última semana y la primera de Junio, periodo primaveral de periodo diurno bajo el sol prolongado. No se observa un hiperparatiroidismo compensador analítico asociado (PTH  $> 72$ ) salvo en uno de los pacientes de la muestra, y la tendencia de la PTH es de aumentar conforme los niveles de vitamina D son más bajos.

**Conclusiones.** Hemos elegido esta población por su aparente condición de "sana" y joven, con una disponibilidad de exposición a la luz solar adecuada (antes de incorporarse a realizar la residencia) y que no ha llegado todavía a su pico de masa ósea. Pese a ello, los niveles de vitamina D son claramente inferiores a los deseados. Si extrapolásemos los valores encontrados en nuestra muestra a la población general similar en edad y sexo, encontraríamos una prevalencia alarmante de déficit de vitamina D. Quizá estemos ante una situación en la que la prevención de este déficit vitamínico pueda aportar grandes beneficios futuros, siendo imperativo la corrección de la causas que producen este déficit conocidas (falta exposición a luz solar, uso de cremas solares protectoras y baja ingesta de alimentos ricos en vitamina D) y el estudio de las causas no conocidas.

## V-203

**¿CONTINUAN BEBIENDO ALCOHOL LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LAS CONSULTAS MÉDICAS?**

**I. Díaz Penelas<sup>1</sup>, E. Mouriz Fernández<sup>2</sup>, C. Vilariño García<sup>1</sup> y E. Casariego Vales<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Urgencias. Hospital da Costa. Burela (Lugo).

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo.

**Objetivos.** El alcoholismo es un problema de salud que en España alcanza proporciones muy importantes. En encuestas como EDADES hasta el 14,9% de la población adulta entre 15 y 64 años afirma que ha consumido alcohol a diario el último mes. En Galicia el problema puede ser más importante ya que esta cifra alcanza el 24,3%. El alcohol es la droga más relacionada con los ingresos hospitalarios y que motiva más interconsultas, tanto en las salas de hospitalización como en Urgencias. Sin embargo desconocemos si los pacientes que acuden a revisarse en las consultas médicas consumen alcohol y en que grado lo hacen.

**Material y métodos.** Estudio de prevalencia de consumo de alcohol entre pacientes de Consultas Médicas que acuden a un Hospital. El tamaño de la muestra se calculó para una prevalencia esperada del 7%, aceptando un error máximo del 3,5% y realizando un muestreo sistemático entre los días 18 y 28 de mayo de 2009. Una enfermera del servicio, especialmente entrenada, entrevistó a la totalidad de los pacientes citados en consultas de revisión. Tras la obtención del consentimiento informado se realizó una encuesta que incluía variables demográficas y la estimación del hábito, mediante la autodeclaración y la valoración por unidades de alcohol consumidas al día. En la valoración del grado de dependencia se utilizó el test de Cage. En el análisis estadístico se utilizaron las medidas descriptivas habituales así como la T de Student en la comparación de dos variables cuantitativas (previa valoración de la homocedasticidad) y test ji al cuadrado en la comparación de variables cualitativas.

**Resultados.** De un total de 205 pacientes encuestados, 204 (99,5%) aceptaron participar (53,2% mujeres y siendo la edad media global 61,4 -DS 16,7- años). De forma espontánea se declararon abstemios o ex bebedores 150 pacientes (73,1%), bebedores esporádicos 49 (23,9%) y bebedores todos los días 5 (2,4%). Sin embargo en un interrogatorio dirigido, 55 de los 150 (36,7%) declarados inicialmente como abstemios reconocieron beber alcohol en diferentes cantidades. Así 109 (53,4%) de los pacientes mantienen diferentes grados de ingesta alcohólica, siendo significativamente mayor la proporción de varones (67,4% vs 41,3%) ( $p < 0,001$ ). La edad media de los bebedores (58,8 años, DS 16) fue significativamente más baja que la de los no bebedores (64,3 años, DS16,9) ( $p < 0,001$ ). El hábito fue significativamente más frecuente entre pacientes solteros o separados ( $p = 0,01$ ) y parados ( $p = 0,007$ ). Se realizó el test de Cage en 119 pacientes; 13 (6,3% de los 204 encuestados) reconocieron que en los últimos meses "le ha molestado la gente criticándole su forma de beber" y otro "se ha sentido culpable por su forma de beber".

**Discusión.** La frecuencia de consumo de alcohol entre los pacientes que acuden a consultas médicas es elevada y claramente superior al reconocido de manera espontánea. Más de la tercera parte de los que inicialmente se declaran abstemios reconocen ser bebedores, en cantidad no determinada, si se les pregunta en más de una ocasión. Por tanto, la declaración

por el paciente no es fiable con respecto al alcohol, ya que infravalora de una manera muy importante el problema. De la misma forma, la anamnesis dirigida no permite estimar las cantidades consumidas. Para valorar esta circunstancia hemos de tener en cuenta que hasta el 6,3% de los estudiantes relata que, en los últimos meses, han recibido críticas sobre su forma de beber. El perfil del bebedor (varón, de edad media, que no trabaja y que vive solo) es similar a los parámetros reconocidos en otros estudios realizados en poblaciones muy distintas. En resumen, es preciso establecer nuevos sistemas que permitan detectar a los bebedores entre los pacientes que acuden a consultas médicas y poner programas capaces de disminuir la magnitud del problema.

**Conclusiones.** 1. El 53,4% de los pacientes que acuden a un Consulta de Medicina Interna continúan consumiendo alcohol. 2. La declaración del paciente no es un sistema adecuado ni para conocer su situación de bebedor o no bebedor ni para estimar la cantidad consumida.

#### V-212

### INDICACIONES DE LA RADIOGRAFÍA SIMPLE DE ABDOMEN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

**J. Benítez Macías, F. Brun Romero, R. Gámiz Sánchez y D. García Gil**  
Sección de Urgencias Hospitalarias. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).

**Objetivos.** La radiografía simple de abdomen (Rx Abd) es una prueba complementaria que irradia 35 veces más que una radiografía de tórax y que se solicita con frecuencia para implementar una rutina diagnóstica. Recientemente se han publicado recomendaciones acerca de las indicaciones para efectuar esta prueba en los servicios de urgencias: 1) dolor abdominal y sospecha de íleo; 2) sospecha de cuerpo extraño esofágico; 3) sospecha de cuerpo extraño tóxico o cortante. Hemos diseñado un estudio para conocer las indicaciones usadas para solicitar una Rx Abd en nuestra Sección de Urgencias, así como la adecuación de éstas a las arriba sugeridas.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo y descriptivo realizado en la Sección de Urgencias del Hospital Universitario "Puerto Real", que abarca a una población de 285.000 habitantes y atendió 85.685 urgencias en 2008. De entre el total de Rx abd solicitadas por nuestra Sección durante el mes de febrero de 2009, se seleccionaron de manera aleatoria 140 pacientes. Se recogieron datos epidemiológicos, el síntoma fundamental por el que se requiere la prueba, los hallazgos obtenidos, el diagnóstico final y el destino del paciente. Las variables cuantitativas se expresan como frecuencia absoluta (porcentaje).

**Resultados.** Durante el periodo estudiado se atendieron 6.468 urgencias, con una media diaria de 231. Se realizaron 751 Rx abd (27 exploraciones diarias). La edad media de la población seleccionada era 45 años, con un 49% de hombres. En el grupo de pacientes seleccionados, el síntoma que con más frecuencia incitó a solicitar una Rx abd fue el dolor abdominal inespecífico 75 (54), seguido del dolor lumbar-flanco 18 (13), vómitos 10 (7), malestar general 10 (7) y diarrea 9 (6). Sesenta y dos (83) de las Rx abd solicitadas por dolor abdominal inespecífico no mostraban alteraciones relevantes y sólo 2 (3) resultaron útiles para el enfoque diagnóstico (íleo y perforación). En los casos de dolor lumbar-flanco, 13 (72) fueron diagnosticados de crisis renoureteral y en 1 (8) se apreció una imagen radiológica compatible con litiasis en la vía urinaria. En un paciente (10) que presentaba vómitos se apreció una imagen radiológica compatible con íleo. El destino más frecuente fue el alta a domicilio (71) y 6 pacientes (4) fueron intervenidos con carácter urgente.

**Conclusiones.** En el área de urgencias la Rx abd tiene un papel muy limitado. A pesar de esto se abusa de ella de manera indiscriminada con el fin de orientar el diagnóstico de síndromes, como el dolor abdominal indiferenciado o el dolor lumbar-flanco, sin que aporte en la mayoría de las ocasiones información de relevancia clínica.

#### V-223

### 2 AÑOS DE MONOTERAPIA CON LIRAGLUTIDA, UN ANÁLOGO HUMANO DE GLP-1 PARA EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES TIPO 2, PROVEE UNA REDUCCIÓN SOSTENIDA DE LA HbA1C Y EL PESO CORPORAL EN COMPARACIÓN CON GLIMEPIRIDA

**X. López<sup>1</sup>, B. Bode<sup>2</sup> y A. Garber<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Departamento Médico. Novo Nordisk A/S, Bagsvaerd, Denmark

<sup>2</sup>Diabetes Unit. Atlanta Diabetes Associates, Atlanta, GA, USA.

<sup>3</sup>Diabetes and Endocrinology Unit. Baylor College of Medicine, Houston, TX, USA.

**Objetivos.** Liraglutida es un análogo humano de GLP-1 de administración una vez al día, recientemente aprobado por la EMEA (Julio del 2009), para

el tratamiento de la diabetes tipo 2 (DT2). Ensayos clínicos de larga duración son necesarios para evaluar la eficacia sostenida y la seguridad de los tratamientos para la DT2. En un ensayo clínico de fase 3 a 2 años, se comparó la eficacia y la seguridad de liraglutida (con dos dosis diferentes, 1.8 y 1.2 mg ambas una vez al día), en comparación con glimepirida (8 mg una vez al día), dentro del programa de ensayos clínicos LEAD (Liraglutide Effect and Action in Diabetes).

**Material y métodos.** Este es un estudio multinacional, multicéntrico y randomizado en pacientes con DT2: doble ciego durante 1 año, seguido de un periodo de extensión abierta de un año (2 años de seguimiento en total).

**Resultados.** El 99% de los sujetos (440 pacientes) que completaron el estudio a un año, iniciaron el periodo de extensión y 321 sujetos (el 73% de éstos), completaron el estudio a 2 años. Características (media) de los sujetos (que completaron el estudio a 2 años): edad 54 años, IMC 33 kg/m<sup>2</sup>, HbA1C 8.2%; duración media de diabetes 3.3 yrs; en dieta y ejercicio como único tratamiento previo (36%); con un ADO como tratamiento previo (64%). Dos años de monoterapia con liraglutida (1.8 y 1.2 mg), redujo la HbA1c más que glimepirida, -1.1% y -0.9% vs. -0.6% (ANCOVA, p = 0.0016 y p = 0.0376 respectivamente). Más sujetos alcanzaron una HbA1c < 7.0% tras 2 años con liraglutida 1.8 y 1.2 mg vs. glimepirida, 58% y 53% vs. 37% (p = 0.0054 y p = 0.0269 respectivamente). La pérdida de peso corporal con liraglutida y por otro lado, la ganancia de peso con glimepirida, fueron sostenidas a lo largo de los 2 años, -2.7 kg y -2.1 kg vs. +1.1 kg (p < 0.0001). La hipoglucemia (< 56mg/dL) fue 6 veces más frecuente con liraglutida 1.8 y 1.2 mg vs. glimepirida (p = 0.0001 y p < 0.0001). Las diferencias de HbA1c entre tratamientos fueron comparables al analizarse como ITT (LOCF) y por sujetos que completaron el estudio.

**Conclusiones.** En conclusión, 2 años de monoterapia con liraglutida provee una mejoría significativa y sostenida en el control glucémico y el peso corporal en comparación con glimepirida, con menor riesgo de hipoglucemia.

#### V-232

### POLIMORFISMOS GENÉTICOS EN ABCG5/G8 Y SU INTERACCIÓN CON EL TABACO MODULAN LAS CONCENTRACIONES DE LÍPIDOS PLASMÁTICOS EN PACIENTES CON HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR

**J. Alcalá Díaz<sup>1</sup>, A. García Ríos<sup>1</sup>, B. García Ollid<sup>1</sup>, A. Ortiz Morales<sup>1</sup>, A. Gómez<sup>1</sup>, A. Rodrigo<sup>2</sup>, P. Mata<sup>2</sup> y F. Pérez Jiménez<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

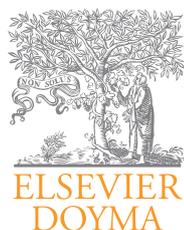
<sup>2</sup>Unidad de Lípidos. Fundación Jiménez Díaz-Ute. Madrid.

**Objetivos.** Antecedentes: La hipercolesterolemia familiar (HF) es un trastorno autosómico dominante asociado a enfermedad cardiovascular prematura. Recientemente, se ha demostrado que polimorfismos genéticos en ABCG5/G8 modulan las concentraciones de HDL-c en fumadores, pero este efecto no ha sido estudiado en pacientes con HF. Objetivo: Investigar la asociación de cuatro polimorfismos de nucleótido único (SNPs) en ABCG5 (i7892A > G, i18429C > T, Gln604GluC > G, i11836G > A) y cinco en ABCG8 (5U145T > G, Tyr54CysA > G, Asp19HisG > C, i14222T > C, y Thr400LysG > T) con las concentraciones de lípidos plasmáticos y explorar la interacción entre estos SNPs y el tabaquismo en pacientes con HF.

**Material y métodos.** ABCG5/G8 SNPs fueron genotipados en 500 pacientes con el diagnóstico genético de HF. Medidas clínicas y bioquímicas fueron determinadas por los procedimientos habituales.

**Resultados.** Los portadores del alelo A en el ABCG5\_i1183G > A SNP muestran concentraciones significativamente mayores de HDL-c (p = 0.023) que lo sujetos G/G. Además, los portadores del alelo G en el ABCG5\_Gln604GluC > G SNP tienen menor concentración de VLDL (p = 0.011) y menores niveles de triglicéridos (p = 0,017) respecto a los homocigotos C/C. Curiosamente, se encontró una importante interacción entre genes y tabaquismo, en la que los portadores de alelos minoritarios en ABCG5/G8 SNPs (i7892A > G, i18429C > T, i11836G > A, 5U145T > G) mostraron significativamente menores concentraciones de HDL-c (p = 0.042), mayores de CT (p = 0.040), mayores TG (p = 0.035) y mayores VLDL-c (p = 0.044) respectivamente, sólo en fumadores. Por otro lado, los no fumadores portadores de alelos minoritarios en ABCG5 (i18429C > T y Gln604GluC > G) SNPs mostraron concentraciones significativamente menores de TG (p = 0.012 y p = 0.035) comparados con homocigotos para el alelo mayoritario.

**Conclusiones.** Nuestros datos apoyan la noción de que las variantes genéticas ABCG5/G8 modulan las concentraciones de lípidos plasmáticos en pacientes con HF y confirman que este efecto puede estar influenciado por el tabaquismo. Estos resultados sugieren que las interacciones entre genes y medio ambiente podrían afectar al fenotipo clínico de la HF.



## COMUNICACIONES PÓSTERS

### ENFERMEDADES INFECCIOSAS

#### A-1

#### PALUDISMO: ¿UNA PATOLOGÍA DE INMIGRANTE O DE TURISTA?

L. Mérida Rodrigo, J. De la Torre Lima, A. Del Arco Jiménez, J. Olalla Sierra, J. Prada Pardal, M. Noureddine López, M. Villena Ruiz y A. Aguilar López

Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga).

**Objetivos.** Conocer las características terapéuticas y evolutivas de pacientes ingresados con el diagnóstico principal de paludismo, en un Hospital general de la costa del Sol, donde hay un elevado número de inmigrantes procedentes de zonas endémicas de paludismo.

**Material y métodos.** Tipo de estudio: descriptivo retrospectivo. Criterios de inclusión: todos los pacientes con el diagnóstico de paludismo ingresados en un hospital general. Número de camas 350. Periodo de inclusión: desde 1-1-1992 hasta 31-12-2008 Variables del estudio: demográficas, clínicas, analíticas, microbiológicas, terapéuticas y evolutivas.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 20 casos, de los que el 80% eran varones. La edad media fue de 35,7 años (21,9-49,5, DS). Procedencia: 35% Europa, 15% Sudamérica, 5% Asia, 45% África (77,7% África subsahariana, 22,3% África no subsahariana). Viajes previos: 68,4% realizó algún viaje el mes previo al diagnóstico, siendo África el destino más visitado en el 65,1% de los casos, Centroamérica en el 15,4% y a otras regiones en el 23,5%. Ningún paciente realizó profilaxis para malaria. Manifestaciones clínicas: 95% fiebre, astenia 15%, 5% polialgias, 5% diarrea, 10% vómitos. Laboratorio: creatinina 1,61 mg/dl ( $\pm$  1,27 DS), GOT 75,39 U/l ( $\pm$  72,6 DS), GPT 85,2 U/l ( $\pm$  96,6), Hb 11,2 g/dl ( $\pm$  2,3), plaquetas 67550 ( $\pm$  40526)/mm<sup>3</sup>. Frotis 95% positivo. Tipo *Plasmodium*: 80% *falciparum*, 20% ovale. Tratamiento: 42,1% Sulfato quinina, 57,9% mefloquina, 60% Doxiciclina. Analítica al alta. GOT 33,2 U/l ( $\pm$  27 DS), GPT 41,4 U/l ( $\pm$  42,2 DS), Hb 12,09 g/dl ( $\pm$  2,07 DS), Creatinina 0,76 mg/dl ( $\pm$  0,21 DS), plaquetas 151090/mm<sup>3</sup> ( $\pm$  85426) Estancia media: 5,32 días ( $\pm$  4,12 DS) Solo un paciente falleció a causa de la malaria durante nuestro período de estudio.

**Conclusiones.** En nuestro medio la malaria sigue siendo una patología principalmente del inmigrante, aunque está incrementándose la tasa de malaria en pacientes que realizan viajes a lugares exóticos. *Plasmodium falciparum* es el parásito más frecuentemente visualizado, siendo el tratamiento con mefloquina y doxiciclina el más usado. Llama la atención la ausencia de quimioprofilaxis en los pacientes europeos.

#### A-2

#### EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL ACTUAL. SEGUIMIENTO DURANTE UN AÑO

L. Mérida Rodrigo, J. De la Torre Lima, J. Prada Pardal, A. Del Arco Jiménez, J. Olalla Sierra, M. Noureddine López y A. Aguilar López y M. Villena Ruiz

Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga).

**Objetivos.** Conocer la evolución de la terapia HAART durante un año, en una cohorte de pacientes de un hospital de segundo nivel. Conocer adversos más frecuentes y los cambios asociados a ellos.

**Material y métodos.** Estudio de observacional prospectivo de los pacientes infectados por el VIH en nuestra área sanitaria. Se incluyeron 369 pacientes. Seguimiento desde julio de 2007 a julio de 2008. Se realizó un análisis descriptivo de la situación de la TARGA al final del año. Analizamos los efectos adversos más frecuente secundaria a TARGA y su asociación con determinados antirretrovirales.

**Resultados.** se incluyeron un total de 369 pacientes en el estudio con una edad media de 42,3 años y basalmente la mediana de CD4 era 606 con solo un 4% por debajo de 200 cel/mm<sup>3</sup> y CV < 50 copias/mL en el 75% de los casos. Los factores de riesgo de VIH fueron en el 30.5% de los casos ser ADVP, en el 35.1 ser heterosexual, en el 24.2% homosexual y en el 10.3% de los casos no se conocía factores de riesgo. El 5% de nuestros pacientes estaban coinfectados por VHB y el 39% por VHC. Un 85% (313 pacientes) recibía TARGA en el momento del inicio del estudio. De los 56 sin TARGA 5 pacientes lo iniciaron durante el año. Al año continuaba con el mismo TARGA 302 pacientes (81.8%). Cambiaron por fracaso virológico 29 pacientes (9.2% del total de pacientes con TARGA), de los cuales 14 era el primer fracaso, 7 el segundo y 8 multifracasos, y cambiaron algún fármaco del TARGA que venían realizando por efectos secundarios precoces o tardíos un total de 37 pacientes (11%) (15 pacientes era la primera TARGA, 15 la segunda, 6 la tercera y 1 la cuarta). Los efectos adversos más frecuentes fueron lipotrofia en 15 pacientes asociada fundamentalmente a AZT y a DDI, deterioro de la función renal en 4 pacientes en relación con TDF, alteración gastrointestinal en 4, fundamentalmente por IPs, rash en 3 y polineuropatía en 2, implicando todos cambio en la TARGA. En 2 pacientes se simplificó el TARGA (Se pasó de Sust+Truv a Atripla). En global al año continuaban con CV < 50 copias/mL el 77% de pacientes con TARGA.

**Conclusiones.** Las nuevas combinaciones de TARGA permiten en el momento actual que las cohorte de pacientes VIH en la vida real, al año de seguimiento, aproximadamente el 81% continúa con la misma TARGA. El 77% de pacientes con TARGA mantiene la CV indetectable y solo requieren cambio por toxicidad algo más de un 10%. La lipotrofia, el deterioro de la función renal, las alteraciones gastrointestinales y el rash cutáneo son las reacciones adversas causa de cambio de medicación más frecuentes al año de seguimiento. Generalmente la TARGA que más se ha asociado a RAM ha sido aquella basada en terapias con combo AZT+3TC.

#### A-3

#### FIEBRE Q: 54 CASOS EN LA ZONA NORTE DE LA COMUNIDAD DE MADRID

M. Ruiz Seco<sup>1</sup>, M. López<sup>2</sup>, M. Estébanez<sup>1</sup>, F. Zamora<sup>2</sup> y F. Barbado<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Residente de Medicina Interna, <sup>2</sup>Adjunto de Medicina Interna, <sup>3</sup>Jefe de Sección Medicina Interna. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

**Objetivos.** Describir las características epidemiológicas y clínicas de la Fiebre Q en la zona Norte de la Comunidad de Madrid y analizar el adecuado diagnóstico, seguimiento y tratamiento.

**Material y métodos.** Estudio observacional de cohorte histórica de los casos de Fiebre Q en el Hospital La Paz desde Enero 2001 hasta Diciembre 2008. Se recogieron parámetros demográficos, clínicos, analíticos, microbiológicos, pruebas complementarias realizadas, tratamiento y evolución. El diagnóstico de fiebre Q aguda se realizó mediante la detección de anticuerpos frente a antígenos fase II por técnica de ELISA e IFI

a título aislado IgG mayor a 1/80 o cuando se demostró seroconversión o serorrefuerzo. El diagnóstico de fiebre Q crónica se realizó mediante anticuerpos frente antígenos fase I por técnica IFI con valor positivo si IgG mayor 1/800.

**Resultados.** De los 54 pacientes, 51 presentaban fiebre Q aguda y 3 fiebre Q crónica, con predominio en varones mayores de 50 años y procedentes de medio urbano. La clínica más frecuente fue neumonía (54%, de mayor predominio en lóbulo inferior, seguida de afectación intersticial y derrame), insuficiencia renal (33%), hepatitis y síndrome febril (25% ambas). Se ha observado infección concomitante en el 37% de los casos y ausencia de seguimiento clínico y serológico en la mayoría de los pacientes tanto para diagnóstico fase aguda como en la evolución a la cronicidad. El tratamiento fase aguda de mayor respuesta fue la doxiciclina, aunque en 10% de los pacientes con una duración de tratamiento inferior a 15 días y en un 30% sin especificar. De los 3 pacientes con diagnóstico de cronicidad, todos han sido tratados con pautas de larga duración.

**Discusión.** Hay mayor tendencia a la infección en pacientes de medio urbano que no están en contacto con animales, aunque hay que destacar que muchos de estos datos no están recogidos en las historias clínicas. En contraposición con lo esperado en la zona centro de España, donde es más frecuente el síndrome febril, hallamos un elevado número de casos con neumonía. No se ha encontrado ninguna diferencia estadísticamente significativa en las características epidemiológicas entre los pacientes con y sin hepatitis, ni se ha podido comprobar menor inmunidad en los pacientes que cursan con neumonía, lo que resta importancia a la vía de adquisición de la fiebre Q. El grado de sospecha de esta enfermedad por parte de los clínicos es elevada (excepto si el hallazgo es exclusivamente hipertransaminasemia) y se solicita de forma sistemática serología de fiebre Q ante todo caso de neumonía extrahospitalaria. Sin embargo, sólo se realiza seguimiento serológico y clínico en el 20% de los pacientes para conocer la fase de la enfermedad y vigilar posible cronificación de la fiebre Q, y no se realiza seguimiento a las 2-4 semanas de aquellos pacientes con títulos de fase II no elevados en momento en el que se ha realizado la serología y con clínica sugestiva de fiebre Q. Los 2 pacientes que han resultado positivos para Legionella tienen títulos altos de fase II, lo que hace poco probable la reacción cruzada. En cuanto al tratamiento en fase aguda, muchos pacientes fueron tratados con doxiciclina a pesar de mantenerse asintomáticos en el momento del diagnóstico, y otros fueron tratados durante menos de 15 días (ambas actuaciones incorrectas). En el 70% de pacientes con fiebre Q crónica, se realiza seguimiento indefinido, aunque no con la frecuencia adecuada ni tratamiento con pauta correcta.

**Conclusiones.** El patrón clínico habitual no se cumple en la zona norte de Madrid. Para un diagnóstico y seguimiento adecuado, siempre se deberán solicitar serologías en la fase aguda y en la fase de convalecencia teniendo en cuenta la seroprevalencia de su zona y los criterios diagnósticos a la hora de diagnosticar la infección aguda. Para establecer el riesgo de cronicidad se debería contar no sólo con la historia del paciente (valvulopatía de base o contactos) sino también con los niveles de titulación beneficiándose de un seguimiento clínico y ecográfico.

#### A-4 USO DE LA DAPTOMICINA EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

**J. Irurzun Zuazábal, A. Basterretxea Ozamiz, B. Vázquez Vizcaíno, J. Sallan Puebla, A. Larrazábal Arbaiza, A. Landa Fuentes, M. García Domínguez y M. De Damborenea González**

*Hospitalización a Domicilio. Hospital de Cruces. Barakaldo (Vizcaya).*

**Objetivos.** Analizar los tratamientos con daptomicina aplicados, el tipo de infecciones tratadas y los resultados obtenidos en un servicio de hospitalización a domicilio en el período de 2 años comprendido entre mayo del 2007 y mayo del 2009.

**Material y métodos.** Extraemos de nuestra base de datos los de los pacientes que han recibido en su domicilio tratamiento antibiótico intravenoso con

daptomicina. Analizamos la edad, sexo, dosis y días de tratamiento, patología que motivó la indicación, filiación microbiológica, así como estancias hospitalarias evitadas y resultados obtenidos.

**Resultados.** En el período indicado se han tratado 44 pacientes con daptomicina de los cuales 23 eran varones y 21 mujeres. La edad media fue de 60 años (R15-86). Las dosis utilizadas variaron entre 4-8 mgrs/kg y la media de días de tratamiento fue de 16 (R1-86). Las patologías tratadas fueron en 14 casos (32%) infección de malla quirúrgica, siguiendo las pautas de actuación de un protocolo conjunto con el servicio de cirugía para el tratamiento de estos enfermos; en 10 casos (22%) infección de piel y tejidos blandos; en 9 casos (20%) bacteriemia; en 5 casos (11%) abscesos intraabdominales; en 3 casos (7%) endocarditis y otras patologías en los 5 casos restantes (11%). Se obtuvo filiación microbiológica en 23 pacientes (52%): 21 eran *Estafilococo aureus* (y de ellos 12 SAMR) y otros 2 eran SCN. Tras el tratamiento 37 enfermos (84%) fueron dados de alta por curación/mejoría y 7 (13%) precisaron reingreso, 4 de ellos por fracaso en el tratamiento y 3 por causas ajenas. No tuvimos complicaciones por efectos secundarios del tratamiento. En una valoración posterior tras 6 meses del alta otros 4 enfermos con infección de malla quirúrgica habían precisado reingreso para cirugía programada por mala respuesta al tratamiento antibiótico.

**Discusión.** DAPTOMICINA es el primero de una nueva clase de antibióticos activos contra las bacterias grampositivas incluyendo SAMR, que fue aceptado para su comercialización en España en enero-2006 y cuyas indicaciones de uso son: infecciones complicadas de piel y tejidos blandos que están habitualmente causadas por *S. aureus* (SA), enterococos y estreptococos; endocarditis derecha por SA en función de la sensibilidad y resistencias y bacteriemia por SA con IPTB y Endocarditis derecha. A pesar del protocolo establecido en la infección de malla quirúrgica no se muestra muy efectivo por lo que podría replantearse su uso, no así en otro tipo de infecciones en los que el tratamiento con daptomicina se mostró altamente efectivo.

**Conclusiones.** Daptomicina es un antibiótico muy útil para administrar en hospitalización a domicilio por su cómoda posología, rápida acción bactericida, amplio espectro de acción que incluye gram positivos (incluidos SAMR) y alto perfil de seguridad y tolerabilidad.

#### A-5 INFECCIÓN CUTÁNEA INVASIVA POR *STREPTOCOCCUS PYOGENES* M. Moreno Azofra<sup>1</sup>, L. Hurtado Carrillo<sup>1</sup>, R. Daroca Pérez<sup>2</sup>, J. Peña Somovilla<sup>2</sup> y J. Pinilla Moraza<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Santiago Apóstol. Miranda de Ebro (Burgos).

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital San Pedro. Logroño (La Rioja).

**Objetivos.** Descripción de las características clínicas de tres casos de celulitis por *Streptococcus Pyogenes* con evolución agresiva.

**Material y métodos.** Se muestran 3 casos de celulitis por *Streptococcus Pyogenes*, atendidos entre mayo y julio de 2007 en el Servicio de Medicina Interna del Hospital San Pedro de Logroño.

**Resultados.** Caso 1: Mujer de 40 años con antecedentes de infección por VIH estadio C3 y Hepatitis C crónica. Tras sufrir pequeña herida incisa en pie derecho en unos días presentaba inflamación de la pierna hasta el muslo con lesión ampollosa de contenido sanguinolento extensa en el maleolo externo y en la cara tibial interna con esfacelos y tejido de granulación. Fue tratada con Penicilina G, Ceftriaxona y Clindamicina. Caso 2: Varón de 36 años con alcoholismo crónico presenta dolor e inflamación del antebrazo derecho tras sufrir los días previos contusión con excoriación en el dorso de la mano de dicho brazo. Localmente presentaba inflamación, edema, linfangitis, secreción purulenta y ampollas necróticas. La profundidad alcanzaba hasta la fascia. Fue tratado penicilina G y clindamicina. Caso 3: Varón de 63 sin antecedentes de interés presenta tras pequeña herida en mano derecha dolor e inflamación en región pectoral derecha que se extendió rápidamente hasta alcanzar todo hemicuerpo derecho hasta ingle con la presencia de

Tabla 1 (A-5)

Paciente	Enfermedad subyacente	Afectación sistémica	Profundidad	Extensión (superficie corporal)	Progresión	Tratamiento antibiótico	Desbridamiento quirúrgico
1	VIH	Sí	Fascia	12%	7 días	Penicilina G Ceftriaxona Clindamicina	Sí
2	Alcoholismo	Sí	Fascia	9%	4 días	Penicilina G Clindamicina	Sí
3	No	Sí	Tejido subcutáneo	18%	4 días	Penicilina G Cloxacilina	No

flictenas y necrosis cutánea. 48 horas después de iniciar tratamiento con Penicilina G y Cloxacilina desapareció la fiebre deteniéndose la expansión con buena evolución posterior. En los 3 casos se produjo afectación sistémica con fiebre, hipotensión y deterioro de la función renal, se aisló *S. pyogenes* en el exudado de herida. En los 2 primeros se realizó desbridamiento quirúrgico. La evolución fue favorable.

**Discusión.** Mostramos 3 casos de infección cutánea invasiva por *S. pyogenes* que siguieron un curso evolutivo rápido con extensión local invasiva y afectación sistémica. La evolución fue favorable, probablemente en relación con la rapidez de instauración del tratamiento antibiótico adecuado, medidas de soporte y desbridamiento quirúrgico temprano.

**Conclusiones.** La celulitis es una forma de infección aguda que afecta a la piel y se extiende al tejido subcutáneo. La celulitis por *S. pyogenes* es una entidad importante por su incidencia creciente y por su evolución rápida y agresiva. Ante una celulitis que evoluciona a una rápida destrucción de estructuras cutáneas debemos sospechar la existencia del *S. pyogenes* en su origen e iniciar lo antes posible tanto el tratamiento antibiótico como el quirúrgico en los casos de fascitis.

#### A-6

### CARACTERÍSTICAS DE LA ENDOCARDITIS SOBRE VÁLVULA PROTÉSICA (EVP) POR *S. AUREUS*: DIFERENCIAS EN EL PERÍODO PRECOZ Y TARDÍO

B. Rodríguez Rodríguez<sup>1</sup>, C. Sarria Cepeda<sup>1</sup>, I. Vilacosta<sup>2</sup>, J. San Román<sup>3</sup>, E. Del Pozo<sup>3</sup>, A. Revilla<sup>3</sup>, C. De las Cuevas<sup>1</sup> y J. San Martín<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Instituto Cardiológico. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

<sup>3</sup>ICICOR. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

**Objetivos.** Describir las características de la endocarditis protésica por *S. aureus* y las diferencias entre la endocarditis precoz y la tardía, así como relacionar las características en función del retraso diagnóstico.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo observacional y multicéntrico realizado en 4 hospitales terciarios de referencia para cirugía cardíaca. Se incluyeron los episodios atendidos desde el 1 de Enero de 1996 hasta el 31 de Diciembre de 2007 que cumplían criterios definitivos (clasificación de Duke). Se dividieron en dos grupos según el tiempo desde la cirugía hasta el diagnóstico: EVPP precoz (< 1 año) y EVPT tardía (> 1 año). Se analizó la clínica en 3 períodos: Presentación inicial, síntomas y signos al ingreso diagnóstico, y en la evolución hospitalaria.

**Resultados.** Hubo 31 episodios: 48.4% EVPP y 51.6% EVPT; 51.6% fueron mujeres frente al 48.4% de hombres. Las presentaciones clínicas en la EVPP frente a la EVPT fueron: síndrome constitucional 0 vs 18.8% (p 0.039), cardíaca 18 vs 11%, neurológica 20 vs 25%, reumatológica 13.3 vs 18.8%, fiebre 73.3 vs 75%, renal 26.7 vs 25%, cutánea 13.3 vs 31.3% y abdominal 20 vs 18.8%. Los signos y síntomas al ingreso en la EVPP frente a la EVPT se distribuyeron así: nuevo soplo 26.7 vs 25%, insuficiencia cardíaca 40 vs 37.5%, shock séptico 13.3 vs 12.5, tiritona 46 vs 31.3%, alteraciones en la conducción 20 vs 8.8% y presencia de embolismos sistémicos 28.6 vs 18.8%. En la evolución clínica, en la EVPP frente a la EVPT se objetivó: embolismos sistémicos 28.6 vs 31.3%, shock séptico 28.6 vs 43.8%, infección metastásica 0 vs 6.3%, ACV isquémico 14.3 vs 25% y hemorragia intracraneal 7.1 vs 25%. La distribución de los hallazgos ecocardiográficos (EVPP vs EVPT) fueron: presencia de vegetación 25.8% vs 42%, dehiscencia valvular 20% vs 43.8%, extensión perivalvular 33% vs 12.5% de las EVPT. Los tamaños de las vegetaciones fueron mayores en las EVPT: 5 episodios con vegetaciones ≤ 10 mm, 7 entre 10-20 mm y 1 > 20 mm. Dentro del grupo de las EVPP, 3 tenían vegetación ≤ 10 mm, y 5 entre 10 y 20 mm. Hubo retraso diagnóstico en el 9.7% de las EVPP y en el 22.6% de las EVPT. Fue menor en aquellos pacientes con diabetes mellitas (p = 0.012), presentación reumatológica (p = 0.037), nuevo soplo (p = 0.006), tiritona (p = 0.056), shock séptico (p = 0.06) y presencia de SARM (p = 0.06). En las EVPP, el 25.3% fue por SARM frente al 6.6% de las EVPT (p = 0.03). Recibieron tratamiento médico exclusivamente el 45% de EVPP y el 50% de las EVPT. Se hizo cirugía programada (EVPP vs EVPT) en: 32% vs 8% y urgente en 20% vs 37.5%. La mortalidad (EVPP vs EVPT) fue 46.7% vs 68.8%, teniendo relación en 26.7% vs 56.3 y respectivamente. La mortalidad en los episodios de SARM fue 75% vs al 53% en SARM.

**Conclusiones.** El perfil epidemiológico de la EVP por *S. aureus* es nosocomial en la EVPP Clínicamente puede debutar con sintomatología muy abigarrada periférica y sin síntomas cardíacos, apareciendo éstos posteriormente. Hasta en un 25% de los pacientes no hubo fiebre inicialmente. No hubo diferencias en la clínica entre los dos períodos a excepción de una mayor presencia de síndrome constitucional en la EVPT. El retraso diagnóstico de la EVPT fue elevado. La ausencia de retraso diagnóstico se asoció con síntomas que indicaban gravedad de la enfermedad en el huésped o con la presencia de nuevo soplo. Ecocardiográficamente, hasta en un tercio

no hubo vegetaciones y no hubo diferencias en las manifestaciones entre los dos períodos. La aparición de complicaciones se incrementa a lo largo de la evolución hospitalaria. Esto, junto con la mortalidad elevada, sugiere la necesidad de un diagnóstico y tratamiento quirúrgico más precoces.

#### A-7

### NEUMONÍA POR *CHLAMYDOPHILA PSITTACI*: UNA ENFERMEDAD DE AMANTES DE MASCOTAS

B. Rodríguez<sup>1</sup>, A. Seijó<sup>2</sup>, J. Monroig<sup>2</sup> e Y. Romer<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna-Infecciosas. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

<sup>2</sup>Zoonosis. H. Francisco Muñiz, Buenos Aires, Argentina.

**Objetivos.** Descripción de las características epidemiológicas, clínicas, radiológicas y terapéuticas de las infecciones causadas por *Chlamydophila psittaci* en los pacientes atendidos en la consulta de zoonosis del H. Francisco Muñiz durante el año 2008 y enero-febrero de 2009. Conocer los factores que condicionan su aparición y describir las formas de presentación clínica más frecuentes para realizar un diagnóstico precoz con el consiguiente tratamiento.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes atendidos en la consulta de zoonosis del H. Francisco Muñiz durante el año 2008 y enero-febrero de 2009. Se recogen los antecedentes epidemiológicos, las características clínico-radiológicas, los diagnósticos serológicos y el tratamiento y profilaxis recibidos por los pacientes, así como la presentación clínica y mortalidad en los animales involucrados.

**Resultados.** Se registraron un total de 11 casos de psitacosis, siendo la edad media de 40.5 años y la distribución por sexos del 45% de hombres y del 55% de mujeres. En el 100% de los casos se refería el contacto con una mascota doméstica, tipo loro o cotorra, adquiridos en ferias en la vía pública con control veterinario dudoso. De los animales, murieron el 50%, el 30% enfermaron siendo el síntoma común apatía y anorexia y el 20% estaba asintomático en el momento del diagnóstico. La media de período de incubación para los pacientes fue de 25 días. Los síntomas se distribuyeron de la siguiente manera: en el 82% apareció fiebre, en el 73% cefalea, en un 36% tos seca de forma tardía y en el 10% tos con expectoración purulenta. Sólo un 20% referían disnea grado II y en un 10% se manifestó con sensación de mareo, astenia, síndrome confusional autolimitado, diarrea y artralgias. En cuanto al diagnóstico, en el 100% se disponía del antecedente epidemiológico y la serología fue diagnóstica en el 27%. El 73% presentaba alteraciones radiográficas, de las que el 75% presentaban un patrón alveolar, un 16% intersticial y un 19% alveolointersticial. En el 70% de los casos había discordancia clínico radiológica. Todos los pacientes recibieron tratamiento adecuado y siguieron una buena evolución clínica, con resolución del cuadro y sin secuelas. El 71% de los pacientes recibieron tetraciclinas (doxiciclina 200mg al día durante 10 días), un 27% macrólidos siendo la causa principal la corta edad de los pacientes y uno de ellos recibe en un principio betalactámicos, con mala la evolución clínica lo que lleva a cambiarlo a tetraciclinas. Otro de los pacientes es tratado con levofloxacino con buena evolución. El síntoma que con más frecuencia persistía, con una media de 45 días, fue la astenia. Todos los individuos del entorno de los pacientes, en contacto con el ave infectada reciben profilaxis, excepto un 1% que consulta pasados 15 días de la muerte del pájaro y se decide no administrar. No desarrolla la enfermedad ninguno de ellos.

**Conclusiones.** La neumonía por *Chlamydophila psittaci* es una entidad con una importante y creciente prevalencia debido fundamentalmente al aumento de aves exóticas como mascotas. Es esencial el antecedente epidemiológico para hacer un diagnóstico temprano y un adecuado tratamiento, más incluso que realizar otros métodos complementarios, como la serología. La clínica de presentación se define por la inespecificidad, si bien el cuadro más reconocido es el de una neumonía atípica con importante disociación clínico-radiológica. Son fundamentales las medidas de prevención principalmente en el control del tráfico ilegal de aves, así como el conocimiento de los propietarios de mascotas de esta enfermedad.

#### A-8

### SEPSIS FULMINANTE POR *CLOSTRIDIUM PERFRINGENS*

M. Liñán Alonso, M. Ledo Laso, M. Vázquez del Campo, S. Pérez Andrada, I. Muñelo Voces, E. Fernández Pérez y F. Nistel de Paz

Servicio de Medicina Interna. Hospital de León. León.

**Objetivos.** Presentar 2 casos de sepsis fulminante por *Clostridium perfringens* en el servicio de Medicina Interna del Complejo Asistencial de León.

**Material y métodos.** CASO 1: Varón de 82 años, antecedentes de DM tipo 2 y C. isquémica. Presenta malestar general, sensación distérmica y dolor en ambos hipocondrios de 3 días de evolución. Al ingreso presenta PA 100/60

mmHg, Tª 38 °C y exploración sistémica normal. En analítica Hb 11,3 g/dl, 13.800 Le (81% N, 13% C), 136.000 plaquetas, urea 34, creatinina 1,2, iones y coagulación normal y sistemático y sedimento de orina patológico. Se extraen 3 hemocultivos, urinocultivo y se inicia antibioterapia empírica con cefotaxima. CASO 2: Mujer de 84 años, antecedentes de DM tipo 2, síndrome mielodisplásico y cirrosis hepática por virus C. Presenta dolor abdominal suprapúbico, fiebre y quebrantamiento del estado general de 2 días de evolución. Ingresa por shock séptico en relación a foco urinario (urinocultivos positivos) con evolución inicial favorable. Al ingreso presenta Hb 9,8 g/dl, 17.400 Le (69% N, 20% C), 148.000 plaquetas, TP% 26%, INR 1,94, urea 86, creatinina 1,9, iones normales.

**Resultados.** CASO 1: A las pocas horas presenta desorientación, ictericia cutánea franca y dolor intenso en HCD. En analítica; Hb 7,4 g/dl, 26.500 Le (75% N, 9% C), 90.000 plaquetas, creatinina 5,3, GOT 1023, GPT 1168, FA 656, GGT 327, BT 23, BD 4.95, PCR 163 y Ac. láctico 19, resto anulado por intensa hemólisis. En ecografía abdominal colecistitis aguda litiasica. Deterioro hemodinámico progresivo, falleciendo a las 7 horas de ingreso. Posteriormente se reciben resultados de hemocultivos (3 muestras) positivos para *Clostridium perfringens*. CASO 2: Tras varios días presenta disminución del nivel de conciencia, fiebre y empeoramiento analítico, Hb 8,8 g/dl, 18.000 Le (80/ Ne, 20% C), 90.000 plaquetas, urea 92, creatinina 2,3, BT 2, BD 0,7 y LDH 200. Evolución desfavorable causando exitus. Se reciben posteriormente 2 hemocultivos positivos para *Clostridium perfringens*.

**Discusión.** La sepsis por *Clostridium* es una enfermedad rara pero casi siempre mortal. Su agente etiológico más habitual es el *C. perfringens*, bacilo G+, anaerobio y esporulado, ubicado en la naturaleza, se encuentra formando parte de la flora anaerobia del colon y tracto genital femenino. Saprofito en condiciones normales, sólo en circunstancias especiales se convierte en patógeno. Sus factores de virulencia más importantes son las toxinas que produce, siendo la alfa la causante de la hemólisis intravascular. El 50% de las infecciones graves son secundarias a traumatismos y la otra mitad ocurren en pacientes con factores predisponentes; cirugía abdominal, neoplasias, abortos sépticos, enfermedades hepatobiliares o diabetes mellitus, habiendo casos descritos en pacientes sanos. Es de extrema importancia un diagnóstico y tratamiento precoces, si bien es eficaz en una minoría de los casos. Ambos pacientes expuestos presentan factores predisponentes para sepsis por *C. perfringens*, siendo esta la causa final del fallecimiento en los 2 casos. El caso 1 es más llamativo por presentar una hemólisis masiva por dicho germen, complicación muy rara y muchas veces infradiagnosticada de la sepsis por *C. perfringens*, con una tasa de mortalidad muy elevada a pesar del tratamiento agresivo.

**Conclusiones.** 1. El *C. perfringens* es una causa infrecuente pero letal de bacteriemia en pacientes con factores predisponentes. 2. La hemólisis masiva intravascular, esferocitosis y el shock séptico en un paciente crítico, debe hacer sospechar la sepsis por *C. perfringens*, incluso en ausencia de factores predisponentes. 3. La hemólisis intravascular diseminada y el fallo renal son otras 2 severas manifestaciones de la sepsis por *C. perfringens* producidas por la hemólisis y la hemoglobinuria. 4. La antibioterapia empírica precoz con Penicilina G y Clindamicina, o ambas son efectivas en una minoría de pacientes

#### A-9 ESTUDIO SOBRE ADHERENCIA DE PACIENTES VIH MAYORES DE 50 AÑOS

**M. Arenas Miras, C. Hidalgo Tenorio, P. Baños Piñero, J. Vargas Hitos, M. Zamora Pasadas, V. Manzano Gamero y F. Nebrera Navarro y J. Pasquau Liaño**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

**Objetivos.** Se estima que en el año 2015 el 50% de las personas infectadas por el VIH serán mayores de 50 años (1). Recientemente han sido publicados estudios (2,3) que analizan la adherencia y respuesta a la terapia HAART en jóvenes vs mayores de 50 años, encontrando mayor grado de adherencia en los pacientes añosos. Nuestro objetivo era analizar las características de esta población, incluida la adherencia. A continuación presentamos nuestra experiencia.

**Material y métodos.** Se realizó un análisis prospectivo de una cohorte de 347 pacientes VIH+ atendidos entre junio de 2007 y junio de 2008 en la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. El período de seguimiento incluye desde enero de 1998 a junio de 2008. Los pacientes se clasificaron en mayores de 50 años, y entre 18 y 50 años. Se analizaron variables epidemiológicas, tiempo de exposición al TAR, motivos de cambio y datos de laboratorio determinados en la última visita. La adherencia fue facilitada por el Servicio de Farmacia. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 15.0 para Windows.

**Resultados.** De 347 pacientes, 236 fueron hombres y 111 mujeres. El 15,85% (55/347) mayores de 50 años con edad media de 57,73 ± 6,71 años

siendo el 30,9% (17/55) mujeres y 69,09% (38/55) hombres (p = 0,49); sus CD4 basales eran de 376,63 ± 295 células/mL (p = 0,85) y CD4 actuales 523,05 ± 343,4 células/mL, p = 0,75; los años desde el diagnóstico de la infección VIH fueron 11,87 ± 9,69 años (p = 0,09) y solo a un 29,09% (16/55) se le realizó el diagnóstico con más de 50 años. Las diferencias significativas entre los pacientes VIH mayores vs menores de 50 años encontradas fueron la edad al diagnóstico de la Infección VIH (46,82 ± 8,98 vs 29,61 ± 7,08, p = 0,001); vía de adquisición (sexual 72,72% vs 55,8%; ADVP 18,18% vs 55,8%, otros 9,1% vs 5,13%, p = 0,01), porcentaje de pacientes naive (1,8% vs 14,7% p = 0,03); carga viral indetectable con TAR: 87,75% (43/49) vs 78,66% (177/225), p = 0,042; hepatopatía crónica por VHC (23,64% vs 41,48%, p = 0,01); tabaquismo (43,63% vs 64,72%, p = 0,003); hiperlipemia: 16,36% (9/55) vs 4,45% (13/292), p = 0,03; hipertensión arterial (30,9% vs 4,1%, p = 0,001); enfermedad cerebrovascular (7,3% vs 1%, p = 0,01); cardiopatía isquémica (5,5% vs 1,03%, p = 0,05); filtrado glomerular 79,03 ± 16,13 vs 102,95 ± 11,85 ml/min, p = 0,001, insuficiencia renal 28/55(50,9%) vs 33/292 (11,30%), p = 0,001; cifras de colesterol total (200,1 ± 41,9 mg/dL vs 178,9 ± 50,6 mg/dL, p = 0,04); y LDL-Colesterol (122,5 ± 32,5 vs 104,9 ± 46,5 mg/dL, p = 0,008). No encontramos diferencias en cuanto a adherencia al tratamiento (18-50 años: 82,11 ± 23,62, > 50 años: 84,70 ± 23,78 con p = 0,441), en el estado inmunológico, progresión a SIDA en el tiempo de seguimiento, tasas de abandono, efectos adversos del TAR; nivel educacional; otras infecciones como hepatopatía crónica por VHB, sífilis, tuberculosis latente, tratada o activa; presencia de diabetes mellitus, neoplasias, cifras de leucocitos, plaquetas, glucosa basal, HDL colesterol o triglicéridos.

**Conclusiones.** En nuestra experiencia no existen diferencias en la adherencia al tratamiento entre mayores y menores de 50 años. Esto puede estar relacionado con el hecho de que en nuestra cohorte no encontramos diferencias significativas entre ambas poblaciones en cuanto a efectos adversos del TAR (ya que su predominio en uno u otro grupo condicionaría una mayor tasa de abandono y por tanto menor adherencia al tratamiento) y nivel educacional (condición importante para comprender la necesidad de un tratamiento continuado y controlar la enfermedad). (1) Jonson CJ, Heckman TG, Hansen NB et al. Adherence to antiretroviral medication in older adults living with HIV/AIDS: a comparison of alternative models. AIDS Care. 2009 May; 21 (5): 541-51. (2) Ettenhofer ML, Hinkin CH, Castellon SA et al. Aging, neurocognition, and medication adherence in HIV infection. Am J Geriatr Psychiatry. 2009 Apr; 17 (4): 281-90. (3) Brañas F, Berenguer J, Sánchez-Conde M, López-Bernaldo de Quirós JC et al. The eldest of older adults living with HIV: response and adherence to highly active antiretroviral therapy. Am J Med 2008 Sep; 121 (9): 820-4.

#### A-10 MORBI-MORTALIDAD EN PACIENTES COINFECTADOS (VIH - VHC) EN LA ERA TARGA

**E. Bermejo, M. Geijó, C. Rosa y A. Ruiz Chicote**

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

**Objetivos.** Objetivo principal: estudiar si la morbi-mortalidad en nuestros pacientes VIH coinfectados con VHC podía estar relacionada con una situación basal de inicio más deteriorada (nadir de CD4, valor de CV o CD4 al inicio, coinfección por VHB o edad) o a la asociación de factores de mal pronóstico como alcoholismo o ausencia de TARGA. Objetivo secundario: estudiar si existen diferencias de mortalidad entre coinfectados con o sin tratamiento para VHC.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo, transversal, observacional y descriptivo de pacientes VIH positivos en seguimiento en la Consulta MI-Infecciosas en nuestro Hospital desde enero de 1997 a Marzo de 2008. Las variables recogidas fueron datos epidemiológicos, clínicos y relacionadas con VIH y VHC. Realizamos el estudio estadístico mediante el paquete informático SPSS 11.5. Se realizó estudio descriptivo y de contraste de hipótesis (utilizando los test de Fisher, t Student y chi-cuadrado), considerando significativos valores  $p \leq 0,05$ .

**Resultados.** Se incluyeron un total de 262 pacientes VIH. El 22% eran mujeres. La media de edad fue 40,7 ± 6,6 años. El 82,8% estaban en tratamiento con TARGA. Un 11,5% de los pacientes presentaban ingesta alcohólica, con criterios de alcoholismo activo el 1,1%. Los mecanismos de adquisición del VIH fueron: UDVP 77,5%, heterosexual 16,4%, homo-bisexual 3,8%, transfusión de hemoderivados 0,8%, UDVP y homosexualidad 0,4% y no conocida 1,1%. La mediana de los valores de CD4 y CV al diagnóstico fueron de 322 (rango, 2-1.600) y 28.659,5 (rango, 49-13.200.000) respectivamente. La frecuencia de coinfección fue del 81,7% para VHC y del 3,4% para el VHB (en 20 pacientes se desconocía su situación respecto a la infección por VHB). Un 3,3% presentaron coinfección por ambos virus (VHC y VHB). Se realizó el estudio genotípico del VHC en un 20,6% de los pacientes observándose un porcentaje del 79,6% para los genotipos 1 y 4 y del 20,4% para genotipos 2 y 3. Un 10,3% de los pacientes coinfectados fueron tratados

con RBV e IF peg, de estos un 55% presentó respuesta viral precoz y un 40% respuesta viral sostenida; con un 27% de recaídas y sin ningún éxito. La mortalidad de la cohorte global de pacientes VIH estaba aumentada en aquellos pacientes con menor valor Nadir de CD4 (117 vs 261 cel/μL) y en aquellos pacientes sin TARGA. El 87% de los fallecidos eran VHC +, independientemente de si se trataron con RBV e IF peg o del genotipo (NS). No se encontraron diferencias en la mortalidad por ingesta de alcohol, coinfección por VHB ó conducta de riesgo (NS). Un 35,7% de los 224 pacientes en que se conocía evolución clínica, evolucionaron a SIDA; de estos el 87% eran VHC+. De los pacientes coinfectados, 37% evolucionaron a SIDA independientemente de realizar tratamiento VHC (NS).

**Conclusiones.** 1) Hemos encontrado una mayor mortalidad en pacientes coinfectados ante valores nadir de CD4 menores, pero no en relación con valor de CV o CD4 al inicio, presencia de coinfección por VHB o edad. 2) Podemos considerar un factor de mal pronóstico la ausencia de tratamiento TARGA, sin embargo no hemos podido demostrar la influencia negativa de la ingesta alcohólica asociada. 3) No hemos encontrado diferencias en la mortalidad ni en la evolución a SIDA en los pacientes coinfectados entre los pacientes tratados con RBV e IF peg con respecto a los no tratados.

#### A-11

### ANÁLISIS DE LAS BACTERIEMIAS POR *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* DURANTE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS EN UN HOSPITAL COMARCAL

L. Sarmiento<sup>1</sup>, M. Sánchez<sup>1</sup>, M. Bastida<sup>2</sup> y M. Javaloyas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Microbiología. Hospital de l'Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet (Barcelona).

**Objetivos.** Conocer la evolución y características epidemiológicas de las bacteriemiias por *Staphylococcus aureus* (SA) en nuestro medio para valorar la necesidad de un cambio de actitud en el tratamiento antibiótico empírico de las mismas.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo en un hospital de 160 camas, carente de UCI, trasplante y hemodiálisis, en el período 2004-2008 a partir de los aislamientos en sangre de SA (BACTEC 9000). Para determinar la sensibilidad de las cepas aisladas se utilizó el método de difusión en placa (Kirby Bauer) y en placas de Mueller Hinton. El estudio de la sensibilidad a la oxacilina y penicilina se complementó con la siembra de placas con concentraciones límites de oxacilina o cefoxitina y la detección de la beta-lactamasa, respectivamente. En los casos de bacteriemia por SARO con mala evolución, se calculó la CMI a través del método E-test. Se analizaron la procedencia de los aislamientos, el foco de origen, el tratamiento antibiótico empírico, el antibiograma y los factores de riesgo intrínseco y extrínseco asociados, así como la mortalidad.

**Resultados.** Se aislaron 47 bacteriemiias por SA (26 varones), de los cuales el 21,3% (10) eran SARO. Un caso (2,1 %) correspondió a *Staphylococcus aureus* VISA (*Staphylococcus aureus* con resistencia intermedia a vancomicina). La mediana de edad fue 71 años. Los focos de origen más frecuentes fueron la piel (27,7%), catéter periférico (21,3%) y la bacteriemia primaria (21,3%). En 2 casos se diagnosticó endocarditis. Entre los factores de riesgo asociados, destacaron diabetes mellitus (34%) y ser portador de vía periférica (42,6%). El antibiótico empírico más usado fue amoxicilina-clavulánico (31,9%). 10 pacientes (21,3%) fallecieron. La tasa de éxito fue superior entre los pacientes con bacteriemia por SARO (40% vs 16,2%). Se ha observado un aumento en el aislamiento de SARO del 0% en 2004 al 41,7% en 2008 (p = 0.016). Mientras en 2005 la única cepa aislada de SARO fue nosocomial, en 2008 lo fue el 60%, y el 40% se relacionó con el ambiente sanitario.

**Conclusiones.** 1. Se ha producido un aumento significativo de las bacteriemiias por SARO desde el año 2004 al 2008, a expensas de los casos relacionados con el ámbito sanitario. 2. Esta observación podría modificar el manejo empírico de pacientes con sospecha de bacteriemia por SA que procedan del hospital o del ámbito sanitario de nuestro medio. 3. La aparición del primer caso de VISA, obliga a seguir realizando vigilancia epidemiológica para optimizar el tratamiento empírico de las bacteriemiias por SA en nuestro medio.

#### A-12

### ARTRITIS SÉPTICA POR *S. PNEUMONIAE* EN PACIENTES VIH

P. Calderón<sup>1</sup>, J. Hermida<sup>2</sup>, F. Dronda<sup>2</sup>, S. Moreno<sup>2</sup>, M. Mañas<sup>1</sup>, M. Sidahi<sup>1</sup>, A. Sáenz<sup>1</sup> y M. León<sup>3</sup>

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

<sup>2</sup>Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Santa Bárbara. Soría.

**Objetivos.** Describir las características clínicas, microbiológicas, diagnósticas y terapéuticas de los pacientes con antecedentes de infección por el vi-

rus de la inmunodeficiencia humana (VIH), diagnosticados de artritis séptica por *Streptococcus pneumoniae*.

**Material y métodos.** Revisión de las historias clínicas de los pacientes con antecedente de VIH, diagnosticados de artritis séptica por neumococo en el Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Ramón y Cajal entre 1999 y 2009. Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos y microbiológicos.

**Resultados.** Durante el período de estudio sólo se identificaron 2 casos. Se trata de dos pacientes varones de 44 y 51 años respectivamente, con infección por VIH en estadio C3 y abandono del tratamiento antirretroviral. El primero de ellos acudió a urgencias por presentar dolor en rodilla izquierda de seis días de evolución. Refería además malestar general, tos leve, expectoración amarillenta y sensación febril. El segundo paciente presentaba disnea progresiva, tos y expectoración purulenta. En ambos casos destacaba en la exploración física un aumento de temperatura, enrojecimiento y dolor a la palpación de la rodilla izquierda con derrame articular. En las pruebas de laboratorio se objetivó leucocitosis con neutrofilia, siendo el resto de los parámetros normales. Se detectaron cargas virales superiores a 100.000 copias/ml y cifras de 42 y 100 CD4/μl respectivamente. Los dos casos presentaron infiltrados alveolares en la radiografía de tórax. Se realizaron hemocultivos y artrocentesis de rodilla con obtención de líquido articular muy purulento que se envió para cultivo. En ambas pruebas se aisló *Streptococcus pneumoniae* sensible a penicilina. Uno de los pacientes precisó drenaje y lavado de la articulación bajo anestesia. Los dos fueron diagnosticados de neumonía, bacteriemia y artritis séptica de rodilla por neumococo. Se realizó tratamiento antibiótico con ceftriaxona presentando evolución clínica favorable y desaparición de la clínica articular y respiratoria.

**Discusión.** Las infecciones por *S. pneumoniae* son causa frecuente de bacteriemia y neumonía en pacientes con infección por VIH. La afectación osteoarticular, sin embargo, es inusual y existen pocos casos descritos en la literatura. La incidencia es mayor en pacientes con inmunosupresión severa pero puede aparecer en cualquier estadio de la enfermedad. La articulación que se afecta con mayor frecuencia es la rodilla, al igual que en las artritis sépticas producidas por otros microorganismos. En un 75% de los casos la infección es monoarticular. El cuadro clínico es similar al de cualquier artritis séptica. La fiebre y el dolor articular son los síntomas más frecuentes. En la mayoría de los casos se identifica otro foco de infección concomitante. La asociación con neumonía ocurre en un 70-75% de los casos. En estos pacientes es también fundamental descartar la afectación meníngea y la endocarditis. Los síntomas pueden aparecer antes, al mismo tiempo o después de la infección primaria. El diagnóstico se basa en la realización de una tinción de Gram y cultivo del líquido articular los cuales suelen ser positivos en mas de un 75% de las muestras. Hasta la fecha los casos descritos son causados por microorganismos sensibles a B-lactámicos por lo que la penicilina G o cefalosporinas de 3ª generación como la ceftriaxona por vía intravenosa son el tratamiento de elección. Si se realiza un tratamiento antibiótico adecuado la evolución suele ser favorable.

**Conclusiones.** La artritis séptica por *S. pneumoniae* es poco frecuente. En pacientes con infección por VIH hay que tenerla presente sobre todo en aquellos casos con otro foco de infección concomitante. En estos pacientes es importante la vacunación antineumocócica cada cinco años como medida preventiva. La mayoría de los casos evolucionan favorablemente con tratamiento antibiótico, pero el incremento de resistencias en estos microorganismos podría presentar un problema serio en el futuro.

#### A-13

### MENINGITIS NEUMOCÓCICAS EN ADULTOS. ¿QUÉ HEMOS APRENDIDO?

G. Muñoz<sup>1</sup>, Q. Jordano<sup>1</sup>, A. Jaén<sup>2</sup>, M. Riera<sup>3</sup>, M. Xercavins<sup>4</sup> y J. Garau<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Estadística, <sup>3</sup>Servicio de Epidemiología Clínica, <sup>4</sup>Servicio de Microbiología. Hospital Mutua de Terrasa. Terrasa (Barcelona).

**Objetivos.** Describir las características clínicas de los episodios de meningitis neumocócicas (MN) en adultos mayores de 18 años e identificar posibles factores relacionados con la mortalidad o con la aparición de secuelas.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de los episodios de MN registrados en nuestro centro desde 1995 a 2008. Se recogieron características epidemiológicas (edad, sexo), comorbilidad (escala de Charlson), presencia de algún factor de inmunosupresión (alcoholismo, diabetes, tratamiento inmunosupresor, cirrosis, esplenectomía, infección por VIH, neoplasia activa), foco de la infección, clínica de presentación, gravedad (presencia de shock, coagulopatía, fallo multiorgánico, insuficiencia respiratoria), aparición de complicaciones intracraneales (edema, hidrocefalia, hemorragia, vasculitis, encefalitis, mielitis), características del líquido cefalorraquídeo (LCR) y evolución (secuelas neurológicas y mortalidad). Para el análisis estadístico se utilizó el programa STATA. La comparación de variables se realizó mediante

el test chi-cuadrado de Pearson o prueba t de Student, según las variables fueran cualitativas o cuantitativas.

**Resultados.** Se analizaron 41 episodios de MN, en 40 pacientes. El 51.55% fueron hombres y la media de edad fue de 62.85 años (DE 15.27). La media de la escala de Charlson fue de 0.83 (DE 1.33) y el 34% de los pacientes presentó algún factor de inmunosupresión. El foco de la infección fue secundario a patología ORL en 17 episodios (41%), a fístula de LCR en 8 (20%) y no se identificó ningún foco en 17 (41%). La tríada de fiebre, cefalea y rigidez nuca se registró en 9 episodios (22%) y en otros 9 (22%) los pacientes presentaron convulsiones. En 12 episodios (29%) se objetivó alguna alteración radiológica compatible con complicación intracraneal, entre ellas, 3 episodios de meningoencefalitis (2 de ellos, en el mismo paciente). El gram y el cultivo de LCR fue positivo en > 90% de los casos y el 76% de las MN fueron bacteriémicas. La mortalidad relacionada fue del 22% y en 10 episodios (24%) se registraron secuelas neurológicas. La probabilidad de presentar secuelas fue mayor entre los varones (80% vs 20%,  $p = 0.06$ ). Los niveles de hipoglucorraquia y de hiperproteínorraquia se relacionaron con una mayor gravedad clínica ( $p = 0.004$  y  $p = 0.07$ , respectivamente). Ninguno de los parámetros comparados para mortalidad fue estadísticamente significativo.

**Conclusiones.** En nuestra población, la tercera parte de los pacientes con MN presenta algún factor de inmunosupresión, pero el índice de comorbilidad es bajo. En casi la mitad de los pacientes no se identifica un foco primario de infección y la tríada clásica se presenta en menos de una cuarta parte de los casos. Aunque la presencia de alguna complicación intracraneal es frecuente, la meningoencefalitis es rara. Encontramos una relación entre las características del LCR y la gravedad de la MN. Sin embargo, no hemos podido documentar diferencias en cuanto a la evolución y gravedad del episodio en función de la positividad de los hemocultivos y la identificación de un foco primario de la infección.

#### A-14 ¿SEGUIMOS LAS GUÍAS CLÍNICAS ACTUALES AL SOLICITAR LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN LA NAC?

S. Olivera González, M. Bucar Barjud, M. Herrero Torrús, V. Garcés Horna, B. Amores Arriaga, M. Martín Fortea, M. Torralba Cabeza y J. Pérez Calvo

Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

**Objetivos.** Las manifestaciones de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) son inespecíficas, por lo que es necesario realizar pruebas complementarias para establecer su diagnóstico, localización, gravedad, y etiología. El objetivo de nuestro estudio ha sido determinar la adecuación de las pruebas complementarias en pacientes con NAC ingresados en un Servicio de Medicina Interna, con respecto a las guías de actuación clínica actuales. Asimismo, determinar el esfuerzo para alcanzar el diagnóstico etiológico, y el rendimiento de estas pruebas en caso de haber sido solicitadas.

**Materiales y métodos.** Estudio transversal, en el que se han revisado las historias clínicas de 106 pacientes con NAC ingresados en el Servicio de Medicina Interna del HCU "Lozano Blesa" de Zaragoza, a lo largo del año 2008, recogiendo las pruebas complementarias solicitadas. Los resultados se han presentado como porcentajes (variables nominales). El análisis de los datos se ha realizado con el programa estadístico SPSS 11.5.

**Resultados.** Se solicitó gasometría arterial a 74 pacientes (69.8%), y radiografía de tórax y analítica general a todos los pacientes. En cuanto a las pruebas complementarias microbiológicas, se realizaron hemocultivos a 24 pacientes (22.6%), determinación de antígeno de Legionella y *S. pneumoniae* a 59 pacientes (55.7%), cultivo de esputo a 31 (29.2%), y serología de neumonías atípicas a 33 (31.1%). Sólo en 7 pacientes (6.6%) se solicitaron conjuntamente hemocultivos, cultivo de esputo y determinación en orina de antígenos de Legionella y *S. pneumoniae*. El rendimiento de las pruebas microbiológicas fue de: hemocultivos 4.17%, gram/cultivo de esputo 22.58%, y 15.25% en el caso de los antígenos en orina de *S. pneumoniae* y Legionella.

**Discusión.** En todos los pacientes revisados se realizaron analítica general y radiografía de tórax, pero en casi un tercio no se realizó gasometría arterial, que debe realizarse en toda neumonía que llegue al hospital para evaluar su gravedad y la necesidad de ingreso. Existe discrepancia sobre la necesidad de solicitar pruebas microbiológicas para intentar alcanzar un diagnóstico etiológico, pero si éste se realiza de forma precoz el pronóstico puede ser mejor, así como por el contrario puede ser peor en caso del uso de un antibiótico inadecuado. En conjunto todas estas pruebas microbiológicas son no invasivas y sencillas de realizar, por lo que en todo paciente ingresado deberían solicitarse, cosa que en nuestro estudio sólo ocurre, observando las determinaciones por separado, en alrededor de un tercio de los pacientes, alcanzando la mitad de los pacientes en el caso de los antígenos de Legionella y *S. pneumoniae* en orina. Si determinamos en cuántos pacientes se han investigado el conjunto de las 3 pruebas, sólo ha ocurrido

en el 6.6% de los pacientes, lo que indica un porcentaje muy reducido del esfuerzo para intentar alcanzar un diagnóstico etiológico, y por tanto conocer el antibiótico más adecuado a utilizar en cada paciente.

**Conclusiones.** Las pruebas complementarias realizadas en el caso de la NAC en nuestro medio no se ajustan a las directrices de las guías clínicas actuales. En un porcentaje importante de pacientes no se realiza gasometría arterial, que es fundamental para establecer la gravedad de la NAC. Debería intentarse alcanzar un diagnóstico etiológico, y por tanto la sensibilidad antibiótica del germen implicado, para administrar el tratamiento más adecuado en cada caso.

#### A-15 PAUTAS DE TRATAMIENTO Y CALIDAD DE INFORME DE ALTA EN LA NAC: ¿CUMPLIMOS LOS DOCUMENTOS DE CONSENSO?

C. Gómez del Valle, M. Matía Sanz, S. Olivera González, M. Bucar Barjud, M. Herrero Torrús, P. Serrano Herrero, L. Herrera y M. Torralba Cabeza  
Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

**Objetivos.** Describir las pautas de tratamiento empleadas en pacientes con neumonía adquirida en la comunidad (NAC) que han requerido ingreso hospitalario, su evolución durante el ingreso y al alta hospitalaria, así como valorar la calidad de nuestros informes de alta.

**Materiales y métodos.** Se han revisado las historias clínicas de 100 pacientes ingresados con NAC en el Servicio de Medicina Interna del HCU "Lozano Blesa" de Zaragoza a lo largo del año 2008. Los resultados se expresan en forma de media (variables numéricas) y porcentajes (variables nominales).

**Resultados.** Los antibióticos utilizados en orden decreciente de frecuencia fueron Levofloxacino (46%), Amoxicilina-Clavulánico (16%), Levofloxacino + Cefalosporina 3ª (14%), Carbapenem (14%), Amoxicilina-Clavulánico + Macrólido (6%), Cefalosporina 3ª + macrólido (2%) y otros (2%). La media de la duración del tratamiento fue de 12.4 días (rango 6-27 días). La respuesta fue favorable en la mayor parte de los pacientes, falleciendo el 14% (el 50% de los mismos se produjo en las primeras 24 horas) El 13% de los pacientes fueron revisados en consultas de Medicina Interna, siendo el 87% restante derivados a su Médico de Atención Primaria para control. El 4% de los pacientes reingresaron por la misma causa en los 30 días sucesivos al alta. En el informe de alta, se consigna el antibiótico utilizado en el 59% de los pacientes con buena evolución y en el 35% de los pacientes fallecidos. La duración del tratamiento sólo aparece en el 32%.

**Discusión.** Destaca el amplio uso de Levofloxacino como elección de tratamiento, frente al escaso empleo de otras alternativas propuestas (SEPAR-SEMI) como el uso concomitante de Amoxicilina-Clavulánico o Cefalosporina 3ª junto con Macrólido. La duración de tratamiento recomendada es de 10-14 días según las guías; llama la atención la variabilidad de la duración en nuestra serie, que oscila entre 1 y 4 semanas. La cifra de mortalidad es algo superior a la cifra estimada para este diagnóstico (10%), quizá en relación con la mayor edad y comorbilidad del paciente ingresado en Medicina Interna. La gran mayoría de nuestros pacientes fueron controlados posteriormente por su Médico de Atención Primaria, que sólo dispone del informe de alta para conocer cómo ha sido tratado. En muchas ocasiones, no dispone de la información sobre qué tratamiento ha llevado el paciente ni la duración del mismo.

**Conclusiones.** El tratamiento empírico utilizado así como su duración no se ajusta a las recomendaciones existentes. Debemos mejorar el informe de alta no solo como medio de comunicación con Atención Primaria, sino como medio para conocer la política antibiótica seguida previamente en caso de ingreso. Como proceso de mejora nos planteamos realizar e implantar una vía clínica para evitar la variabilidad en el tratamiento.

#### A-16 INFECCIONES DE PARTES BLANDAS EN EL ÚLTIMO AÑO M. Galindo Andújar<sup>1</sup>, R. Molina Cano<sup>1</sup>, M. Martínez Gabarrón<sup>1</sup>, J. Castellanos Monedero<sup>1</sup>, C. Madrid Muñoz<sup>2</sup>, A. Escalera Zalvide<sup>1</sup>, M. Franco Huerta<sup>1</sup> y L. González Sánchez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>M. Interna, <sup>2</sup>Servicio de Radiología, <sup>3</sup>Servicio de Alergología. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

**Objetivos.** Estudiar las infecciones de partes blandas durante el año 2008 en el Hospital General La Mancha Centro (Alcázar de San Juan).

**Materiales y métodos.** Estudio retrospectivo en el que se realizó la búsqueda de todos los casos ocurridos durante el 2008 a través de los CMDB. Revisión de las Historias Clínicas incluyendo datos clínicos, servicio responsable, datos epidemiológicos (puerta de entrada, mordedura animales, etc.), antibioterapia recibida, pruebas realizadas, días de ingreso, destino final. Análisis con el paquete estadístico SPSS 12.0.

**Resultados.** Se recogieron 34 pacientes, 11 varones y 23 mujeres, con edades comprendidas entre los 9 y los 88 años (mediana 72; sólo 10 de ellos tenían menos de 60 años), con una media de 8,5 días de ingreso (con mínimo de 3 y máximo de 19). Dos pacientes fallecieron por sepsis. La distribución por especialidades fue: Medicina Interna 18 (53%), Cirugía 9 (27%), Geriátrica 3 (9%), Traumatología 2, Oncología 1, Pediatría 1. De los pacientes, 10 tenían obesidad (siendo grave en 7 casos, de los que 3 asociaban SAOS), 12 pacientes sufrían insuficiencia venosa crónica (IVC) con importantes cambios tróficos en miembros inferiores (MMII), y 6 habían ingresado en el último año por el mismo motivo. El período con mayor número de ingresos fue de junio a agosto con 16 casos (47%). La localización fue: MI 15 casos, MID 16 (uno de ellos en muslo en vez de pierna), 1 bilateral, 1 en MSD, y 1 caso en el que no consta. Se identificó factor predisponente en 18 casos (53%): lesiones previas por IVC en 6, úlcera venosa en 2, úlcera arterial en 2, erosiones tras caídas en 2, mordedura por animales en 2 casos (1 por un perro y 1 por un gato), 1 herida por soldadura, 1 con psoriasis (diagnosticada durante el ingreso), 1 con cirugía reciente y 1 picadura mosquito que se complicó por rascado. Sólo 7 casos (20,6%) presentaron fiebre antes del ingreso siendo el síntoma más habitual el calor y edema local, seguido de eritema y aumento del diámetro. Se realizaron cultivos en 19 casos (56%); los microorganismos hallados fueron: SAMS (4 casos, 1 de ellos asociaba S. Agalactiae y otro con *P. mirabilis*), otro caso con S. haemolyticus y otro coinfectado por *P. aeruginosa* y *E. faecalis*. Se solicitó una prueba de imagen en 16 casos (47%), siendo la más solicitada el doppler de MMII (12 casos de los 16, en ninguno se apreció TVP asociada). La distribución por especialidades fue: MI solicitó pruebas en 10 casos: 8 doppler, 1 ecocardiografía, y 1 TAC pelvis en un varón de 63 años con paciente con celulitis extensa en muslo derecho; Cirugía sólo pidió un doppler en un paciente con celulitis tras rascado por picadura mosquito; Geriátrica solicitó 2 doppler MMII (un paciente con IVC grave y otro con úlcera arterial distal); Traumatología pidió una RMN en un paciente con liposarcoma rodilla previo; Oncología sólo tuvo un caso en el que se solicitó doppler y TAC abdomen (mujer de 67 años con tumor ovario y sospecha recidiva), y en el caso de Pediatría se solicitó una ecografía articular en un niño de 9 años cuya puerta de entrada fue una caída con inflamación rodilla.

**Discusión.** El factor de riesgo más importante es la presencia de una insuficiencia venosa previa, siendo mucho más prevalente entre los pacientes con mayor obesidad y con reingresos por el mismo motivo, y justificando la mayor incidencia durante los meses más calurosos. La mayoría de pruebas de imagen (doppler MMII) se solicitaron en pacientes con IVC grave en los que resultaba difícil evaluar la presencia de TVP asociada.

**Conclusiones.** Los cuidados locales en pacientes con IVC pueden ayudar a prevenir las infecciones de partes blandas en este grupo de pacientes. También se debería intentar evitar la aparición de complicaciones.

#### A-17 FIEBRE Q AGUDA EN GRAN CANARIA. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE UNA SERIE

R. Daryanani Daryanani<sup>1</sup>, J. Gil Reyes<sup>1</sup>, R. Estévez Domínguez<sup>1</sup>, M. Travieso Aja<sup>2</sup>, M. Fernández Tagarro<sup>3</sup> y C. Monzón Moreno<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Diagnóstico por la Imagen, <sup>3</sup>Análisis Clínicos, <sup>4</sup>Servicio de Microbiología. Clínica de San Roque, S.A. Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos.** Presentar una serie retrospectiva de 14 casos de Fiebre Q atendidos en una clínica privada de Las Palmas de Gran Canaria (Septiembre de 2006 a Diciembre de 2008).

**Material y métodos.** Se recogieron las 14 historias clínicas de pacientes con Fiebre Q aguda. Se revisó sintomatología inicial, necesidad de ingreso hospitalario, días de estancia, seroconversión y evolución clínica.

**Resultados.** De 14 pacientes, 10 fueron hombres y 4 mujeres. Dos casos fueron importados, de Suiza y Marruecos. La edad media fue de 52 años (35-83). Cinco pacientes (35%) recibieron antibioterapia diferente a tetraciclinas hasta el momento de la consulta. Todos los casos se presentaron entre los meses de mayo a septiembre, excepto dos, en febrero y octubre. Trece (92%) tuvieron fiebre al diagnóstico, con una media de 14 días de evolución de fiebre hasta la hospitalización ó valoración en consulta. La hipertransaminasemia (niveles > 2 GOT ó GPT), la presentaron 9 pacientes (64 %). Hubo un caso de colestasis importante con BT 2.5 g/dl y GGT 695 U/L y un caso de neumonía. Precizaron ingreso hospitalario 11(78 %), con una estancia media de 7.6 días, siendo la fiebre persistente y mal tolerada, la principal causa de ingreso. En 4 pacientes (28%), se requirió una segunda tanda de serología diagnóstica. Recibieron tratamiento con doxiciclina 100 mg/12 horas durante 14 días, siendo la evolución clínica satisfactoria en todos ellos.

**Discusión.** La Fiebre Q es una zoonosis causada por la bacteria *Coxiella burnetii*. Afecta más a hombres, con distribución geográfica mundial y diferentes prevalencias según zonas. En 2003 se estimaba su incidencia en Gran Canaria en 5 casos/100.000 hab./año (1) inferior a la descrita en La Palma (1986-1988) (2) y en Lanzarote (1985-1992) (3) con 15 y 9 casos,

respectivamente. Gran variedad de animales son su reservorio y la transmisión a humanos resulta fundamentalmente de la inhalación de aerosoles contaminados. En Europa, se presenta frecuentemente en primavera o inicio del verano, su presentación clínica es variada, desde una infección subclínica (> 50%) hasta cuadros muy severos, incluso mortales. La infección aguda se presenta habitualmente en tres patrones característicos: 1) Síndrome febril con sintomatología general de una a tres semanas de duración 2) Hipertransaminasemia (hepatitis), 3) Neumonía, especialmente en pacientes mayores o inmunocomprometidos. Otras manifestaciones menos frecuentes son rash cutáneo, pericarditis/miocarditis o meningo-encefalitis. La infección puede cronicarse en el 1-5% de los casos, generalmente como endocarditis infecciosa, seguida de aneurismas vasculares, hepatitis granulomatosa o enfermedad pulmonar intersticial difusa. El diagnóstico se realiza por pruebas serológicas de inmunofluorescencia, siendo más complejo aislar el microorganismo en cultivos habituales. La seroconversión se puede detectar a los 7-15 días del comienzo de los síntomas, y un título Ig G > 1:200 o Ig M > 1:50, en fase II, indican infección aguda. La persistencia de los anticuerpos en fase I ó su elevación después de 6 meses del tratamiento indica cronicación. El tratamiento de elección en fase aguda es Doxiciclina durante 14 días, en pacientes sintomáticos. En los casos de endocarditis debe añadirse hidroxiquinona durante al menos 18 meses.

**Conclusiones.** En nuestra serie la fiebre Q se manifiesta en general como un síndrome febril asociado a hipertransaminasemia. Creemos que es una entidad infradiagnosticada, tanto por la baja sospecha clínica como por lo tardío de la seroconversión, en nuestro serie 4 casos (28%) se diagnosticaron en una segunda tanda de serología. Destacamos el alto porcentaje de pacientes hospitalizados, en relación con otras series. En búsqueda PubMed no hemos hallado comunicaciones de otros casos por centros sanitarios privados en Canarias. (1) Enferm Infecc Microbiol Clin 2003;21(1):20-3 (2) An Medicina Interna 1989;6: 527-30 (3) P. Velasco. Tesis doctoral: estudio epidemiológico de la Fiebre Q en la Isla de Lanzarote.

#### A-18 ESTUDIO RETROSPECTIVO DE NEUMONÍA VARICELOSA: PERIODO 1992-2009

C. Calleja Subirán, O. Abdallaoui, E. Rodríguez Beltrán, C. Sánchez Sánchez, L. Andrés Urioste, J. Barragán Casas, D. Sánchez-Fuentes y C. Martín Muñoz

Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila.

**Objetivos.** Estudio de neumonía varicelosa en nuestro hospital en los últimos 17 años.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de casos de neumonía varicelosa; datos obtenidos a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) desde Enero de 1992 hasta Mayo de 2009. Se realizó la búsqueda del código específico de neumonía varicela (052.1), recogidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9-MC, 6ª edición-Enero de 2008). Se han considerado los casos cuyo diagnóstico principal o secundario lo incluye. Recogiéndose los siguientes datos: edad, sexo, servicio, mes y año de ingreso, factores epidemiológicos, hábitos tóxicos, enfermedad de base, curso clínico, afectación de otros órganos, analítica (plaquetas, pO<sub>2</sub>), radiografía torácica, evolución y tratamiento.

**Resultados.** Casos: 9 (6V, 3M). Edad media: 34 años. Servicio de ingreso: 89% (Medicina Interna) y 11% (Neumología). Frecuencia: < 1/año, desde el año 2006 no ingresos. Mes predominante Junio. El 78% eran fumadores, un caso de SIDA. Ninguna de las pacientes estaba embarazada. En el 67% contacto previo con niño afectado de varicela y en un 33% tras revisar la historia clínica no aporta ningún dato, pero tampoco en contra de contacto previo. La sintomatología respiratoria más frecuente: tos y disnea progresiva (78%), hemoptisis (28%) y fiebre elevada (67%). La gasometría arterial evidenció hipoxemia (67%). Trombocitopenia leve al ingreso (78%). La radiografía torácica: patrón intersticial bilateral en todos los casos con variaciones en cuanto a predominio lobar. Se instauró terapia con Aciclovir iv en el 100% de los pacientes y en un 67% se asoció uno o varios antibióticos. Todos los pacientes evolucionaron satisfactoriamente excepto uno que ingresó en UCI por agudización de su insuficiencia respiratoria aunque finalmente no precisó intubación mecánica. No casos de mortalidad. Estancia media hospitalaria: 9 días.

**Discusión.** La neumonía varicelosa fue descrita por primera vez en 1942 por J. J. Waring, pudiéndose presentar con un amplio espectro clínico, desde formas banales y asintomáticas diagnosticadas únicamente a partir de hallazgos radiológicos, hasta formas con severa insuficiencia respiratoria, que pueden requerir ventilación mecánica e ingreso en UCI; constituye la complicación más grave y frecuente en la edad adulta, con una mortalidad variable pudiendo ser en el adulto sano entre un 10-30%. Los factores de riesgo que implican una mayor gravedad pronóstica tenemos: la edad, hábito tabáquico (78% en nuestro estudio), embarazo, inmunodepresión (un caso de SIDA). Todos nuestros pacientes presentaron sintomatología res-

piratoria tos, disnea y fiebre. En relación a las complicaciones hematológicas, si bien los fenómenos hemorrágicos asociados a la varicela son muy infrecuentes, la trombocitopenia suele ser la norma en un alto porcentaje de casos como así sucedió en nuestro estudio (78%). La gasometría arterial puede mostrar desde valores dentro de la normalidad hasta severa hipoxemia en las formas no necesariamente más graves. Los hallazgos radiológicos más frecuentes son los infiltrados bilaterales, difusos, reticulonodulillares que pueden confluir dando condensaciones. Esta imagen radiológica no se correlaciona bien con la severidad de la enfermedad. Con respecto al tratamiento se sugiere la efectividad del Aciclovir iv, siempre y cuando se inicie de manera precoz, observándose una respuesta clínica en 24-48 horas como así se objetivó en nuestros casos. La vacunación iniciada en niños desde el año 2001-2002 aunque no sistemática, puede que esté comenzando a tener una repercusión en la ausencia de ingresos en estos últimos años; solo el tiempo y estudios posteriores lo confirmarán.

**Conclusiones.** Los pacientes adultos con neumonía varicelosa y que presentan insuficiencia respiratoria deben recibir precozmente Aciclovir iv. Destaca la elevada asociación con antibióticos, quizás aunque en el contexto del contacto previo, en muchos casos no se puede descartar una neumonía de origen bacteriano. Probablemente la vacunación de la varicela y su incorporación al calendario vacunal esté iniciando cambios en las características epidemiológicas de la infección así como en los ingresos hospitalarios.

#### A-19

### INTERLEUKINA 6 COMO MARCADOR DE INFLAMACIÓN EN PACIENTES SÉPTICOS. SU VALOR DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO Y PREDICTIVO DE FRACASO MULTIORGÁNICO

L. Pallás Beneyto, E. Casanoves Laparra, O. Rodríguez Luis, L. Bellver Bosch, C. Lloret Ruiz, L. Martín Osorio, V. Gascón Sánchez y V. Miguel Bayarri

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

**Objetivos.** Estudiar la Interleukina 6 (IL-6) en pacientes críticos con Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SIRS) y Sepsis comprobando su valor diagnóstico, pronóstico de mortalidad y valor predictivo de Fallo Multiorgánico (FMO)

**Material y métodos.** Cohorte de 121 pacientes ingresados en UCI. Determinación al ingreso, 3º y 7º día de evolución el Apache II y SOFA; niveles de interleukina 6, PCR y lactato sérico. Se compararon al ingreso, 3º y 7º día variables cuantitativas mediante análisis univariado (A. U.) con el test U de Mann-Whitney entre pacientes con SIRS y los que no desarrollaron. En pacientes con SIRS; entre los que fallecieron y los que sobrevivieron; entre SIRS de etiología infecciosa (sepsis) y no infecciosa; entre pacientes que desarrollaron FMO y los que no lo hicieron. Se realizó un análisis multivariante (A. M.) tipo regresión logística al ingreso, 3º y 7º día en pacientes con SIRS, teniendo en cuenta como variables dependientes éxitus, sepsis y desarrollo de FMO e independientes edad, sexo, Apache II, SOFA, IL-6, PCR y Lactato. De las variables independientes significativas en el A. M. se hizo curva ROC, calculando su área, punto de corte óptimo (po), Sensibilidad (S) y Especificidad (E). Así mismo se realizó una ANOVA de medidas repetidas de IL-6 entre pacientes con FMO y sin él.

**Resultados.** El A. U. y el ANOVA se expresan como media y desviación estándar. El A. M. con su O. R. e I. C. al 95%. El A. U. entre éxitus y vivos, presentan grandes diferencias al ingreso y 3º día del Apache II y SOFA ( $p < 0,001$ ); también de la IL-6 en el 3º y 7º día ( $p < 0,001$ ). La PCR solo en el 7º día ( $p = 0,002$ ). El lactato al 3º y 7º día ( $p < 0,001$ ). El A. U. entre SIRS de etiología infecciosa y no infecciosa solo muestra diferencias en el SOFA, IL-6, PCR y lactato; fundamentalmente en el 3º y 7º día ( $p = 0,01$ ). La comparación entre los pacientes con FMO y sin él mostró diferencias significativas ( $p < 0,001$ ) con el Apache II, SOFA, IL-6, PCR y lactato; fundamentalmente en el 3º y 7º día. El A. M. con variable dependiente éxitus el Apache II fue la variable independiente significativa al ingreso (O. R. 1,16; IC 95% 1,07-1,26;  $p < 0,001$ ); 3º día (O. R. 1,24; 1,10-1,40;  $p < 0,001$ ); 7º día (O. R. 1,29; I. C. 95% 1,10-1,51;  $p = 0,001$ ); la IL-6 fue significativa también al 3º día (O. R. 1,02; I. C. 95% 1-1,01;  $p = 0,008$ ); la PCR fue significativa al 7º día (O. R. 1; I. C. 95% 1-1,01;  $p = 0,01$ ). Con variable dependiente sepsis fue el SOFA al ingreso (O. R. 1,43; I. C. 95% 1,14-1,78;  $p = 0,002$ ) y 3º día (O. R. 1,17; I. C. 95% 1,03-1,34;  $p = 0,01$ ). Con variable dependiente FMO fue el SOFA la variable significativa tanto al ingreso como al 3º y 7º día (O. R. 1,78; I. C. 1,31-2,43;  $p < 0,001$ ). Se realizó curva ROC entre la IL-6 y el Apache II al 3º día en relación con el éxitus obteniendo para la IL-6 un área 0,81; Po de 124,15 S (69%) y E (86%). El Apache II obtuvo área 0,83 con un Po 15,5; S (62%) y E (89%). ANOVA de medidas repetidas de la IL-6 en relación con el FMO muestra que la IL-6 estaba más elevada a lo largo de la evolución en pacientes que desarrollaron FMO ( $p = 0,01$ ).

**Discusión.** La (IL-6) es un mediador de inflamación, que actúa como una citokina proinflamatoria fundamentalmente en el SIRS y Sepsis. Ese efecto proinflamatorio puede ser muy intenso y prolongado, de manera que evo-

lucione y desencadene un FMO que conduzca incluso a la muerte del paciente. Por tanto, se plantea la hipótesis de que la determinación plasmática precoz de la IL-6 en el SIRS y sepsis puede ser útil como herramienta diagnóstica en los procesos infecciosos severos que desarrollen sepsis, también podría ser útil como marcador pronóstico de fallecimiento, así como marcador predictivo de FMO grave.

**Conclusiones.** 1. La IL-6 no es un marcador diagnóstico de sepsis. 2. Sí tiene valor pronóstico de mortalidad, a partir del 3º día de evolución. 3. Los pacientes que desarrollan FMO, muestran una IL-6 más elevada a lo largo de su evolución.

#### A-20

### ESPONDILODISCITIS BACTERIANAS AGUDAS

J. Cabrerizo García<sup>1</sup>, B. Zalba Etayo<sup>2</sup>, M. Calleja<sup>1</sup> y M. Aibar<sup>1</sup>

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

**Objetivos.** La espondilodiscitis indica un proceso inflamatorio, generalmente infeccioso, del espacio intervertebral y los cuerpos vertebrales adyacentes. Los objetivos son valorar la diferentes formas de presentación, etiología, posibles dificultades y tratamientos empleados.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo prospectivo observacional de 4 casos de espondilodiscitis diagnosticados entre junio de 2008 y junio de 2009 en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico de Zaragoza.

**Resultados.** Caso 1: Varón de 37 años, antecedentes: fumador, bebedor, obeso y esófago de Barret. Clínica: dolor dorsal, fiebre y parestesias en extremidades inferiores. Puerta de entrada vía esofágica tras endoscopia. Rx tórax: derrame pleural bilateral. Gammagrafía: osteomielitis D 6-7. TAC: burbuja aérea D6-7. RMN: Colección paravertebral, estenosis D5-7. VSG 83, Hemocultivos +: *Gemella morbilorum*. Anemia y leucocitosis. Tratamiento: ampicilina+gentamicina. Estancia 65 días. Caso 2: Varón de 58 años, antecedentes: cirrosis, fumador, dislipemia y HTA. Clínica: dolor dorsal progresivo y paraplejía. Vía entrada desconocida. Rx tórax: derrame pleural. TAC: destrucción C8-9. RMN: Invasión canal medular D8-9. Germen: *Streptococo viridans*. Anemia con neutrofilia. Tratamiento: Cloxaciclina+cefepime. Laminectomía. Evolución: Descompensación hepática y éxitus a los 27 días. Caso 3: Varón de 79 años, antecedentes de HTA e HBP. Clínica: Lumbalgia y síndrome constitucional. Puerta de entrada: vía urinaria-sepsis. Gammagrafía: captación L4-L5. TAC: disminución espacio L4-5, discitis. RMN: degeneración vertebral con estenosis del canal. VSG 71. *Klebsiella pneumoniae* en urocultivo. Leucocitosis con neutrofilia. Tto: meropenem+levofloxacino. Estancia 2 meses. Caso 4: Varón 71 años. HTA, dislipemia, IAM, MCP Dilatada, I Renal, aneurisma aorta abdominal y prótesis vascular ilio-femoral. Clínica: dolor lumbar y fiebre. Puerta de entrada: por contigüidad de absceso en prótesis vascular. Rx tórax: degeneración espacios D11. Gammagrafía: captación D12-L2. Anemia y leucocitosis. VSG 54. Shock séptico por neumonía. Tratamiento: meropenem+linezolid. Estancia 3 meses.

**Conclusiones.** 1. La espondilodiscitis es una entidad poco frecuente lo que hace el diagnóstico difícil y tardío por la inespecificidad de la clínica que suele ser dolor local y fiebre. 2. La puerta de entrada puede ser desconocida. 3. La RMN es la prueba diagnóstica de elección. 4. Suele cursar con anemia, leucocitosis, elevación de VGS y PCR. 5. Las complicaciones y secuelas neurológicas son las más temidas. 6. El tratamiento suele ser médico. La antibioticoterapia se inicia por vía intravenosa durante un período de 4-6 semanas y, posteriormente, se completa por vía oral. Los antibióticos deben seleccionarse según antibiograma y penetración ósea, pero la duración definitiva del tratamiento sigue siendo objeto de debate. La cirugía queda supeditada a la presencia abscesos paravertebrales voluminosos, compromiso mielorrádicular o grave inestabilidad vertebral.

#### A-21

### FACTORES ASOCIADOS A UN PEOR PRONÓSTICO EN PACIENTES CON NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD POR *LEGIONELLA PNEUMOPHILA*

C. García-Vidal, D. Viasus, C. Gudiol, J. Adamuz, R. Verdaguer, F. Gudiol y J. Carratalá

Enfermedades Infecciosas Hospital Universitari de Bellvitge. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

**Objetivos.** Analizar los factores asociados a un peor pronóstico en pacientes con neumonía adquirida en la comunidad (NAC) causada por *Legionella pneumophila*.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo observacional de adultos no inmunodeprimidos hospitalizados por NAC entre 1995 y 2008. Aquellos pacientes que fallecieron en los 30 primeros días, precisaron ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o tuvieron una estancia media hospitalaria

muy prolongada (> 15 días) fueron incluidos en el grupo de pacientes con peor pronóstico. Este grupo se comparó con el resto de pacientes con NAC por *L. pneumophila*.

**Resultados.** De un total de 3421 pacientes consecutivos ingresados por NAC, 207 tenían NAC por *L. pneumophila*. El diagnóstico se estableció por uno o más de los siguientes métodos: antígeno en orina (184), seroconversión (94), y/o cultivo de esputo positivo (54). Ciento ochenta y tres pacientes (88,4%) recibieron un tratamiento empírico adecuado, que incluyó levofloxacino en 103 casos y macrólidos en los 80 restantes. 55 (26,6%) pacientes fueron clasificados en el grupo de pacientes con peor pronóstico al cumplir uno o más criterios: 11 (5,3%) de pacientes fallecieron, 35 (16,9%) precisaron de ingreso en UCI y 38 (18,3%) presentaron una estancia media prolongada. Los pacientes con peor pronóstico presentaron al ingreso más frecuentemente insuficiencia renal (10,9% vs 2,6%;  $p = .014$ ) y en su mayoría fueron clasificados en las categorías de mayor severidad del IPG (74,5% vs 34,4%;  $p < .001$ ). Este grupo tuvo también más fallo respiratorio al ingreso (69,1% vs 48,0%;  $p = .008$ ), neumonía multilobar (55,6% vs 35,8%;  $p = .015$ ), derrame pleural (14,5% vs 4,6%;  $p = .029$ ) y shock (5,6% vs 0,7%;  $p = .026$ ). Los pacientes con peor pronóstico recibieron menos frecuentemente tratamiento con levofloxacino comparados con el resto (29,1% vs 57,2%;  $p < 0.001$ ). En el estudio multivariado, el tratamiento con levofloxacino fue el único factor independiente protector de un peor pronóstico (OR 0,24; 95% CI, 0,11-0,53).

**Discusión.** El manejo de la NAC por *L. pneumophila* sigue presentando algunos puntos de controversia el más relevante de los cuales es en la elección del tratamiento antibiótico. Este estudio identifica aquellos pacientes con neumonía por *L. pneumophila* que presentaron un peor pronóstico y permite relacionar el tratamiento con quinolonas con un mejor pronóstico.

**Conclusiones.** La neumonía por *L. pneumophila* se asocia a una elevada morbi-mortalidad. Según nuestros datos, el tratamiento con levofloxacino es el único factor protector de un peor pronóstico.

## A-22

### ANÁLISIS DE LOS MICROORGANISMOS AISLADOS EN URINOCULTIVOS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS DURANTE DOS AÑOS

A. Vizuete Calero<sup>1</sup>, F. Marcos Sánchez<sup>1</sup>, T. Gil Ruiz<sup>2</sup>, M. Albo Castaño<sup>1</sup>, M. Vázquez Ronda<sup>1</sup>, M. Vivas Del Val<sup>1</sup>, M. Izusqui Mendoza<sup>1</sup> y S. Casallo Blanco<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Análisis Clínicos. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo).

**Objetivos.** La infección de la vía urinaria, constituye la infección de mayor frecuencia. En la gran mayoría de los casos están causadas por bacterias. *Escherichia coli* es el microorganismo que se aísla con mayor frecuencia, representando cerca del 75% del total de aislamientos en las infecciones urinarias no complicadas. Otros microorganismos aislados son: *Klebsiella* spp, *Pseudomonas aeruginosa* spp, *Proteus* spp, *Enterococcus* spp, *Staphylococcus aureus*. En la mayoría de los casos debe realizarse un tratamiento empírico lo antes posible, siendo por lo tanto imprescindible conocer los microorganismos más frecuentemente aislados en nuestra área de trabajo. El objetivo de nuestro estudio fue analizar todos los microorganismos aislados en urinocultivos de pacientes hospitalizados, exceptuando los ingresados en la unidad de cuidados intensivos, durante el período de dos años (2006 y 2007), en un hospital del grupo 2. Posteriormente comprobábamos si nuestro espectro de aislamientos era similar al observado en hospitales de un tamaño similar.

**Material y métodos.** Estudio observacional retrospectivo. Se analizaron todos los microorganismos aislados en urinocultivos, extraídos de pacientes hospitalizados, salvo los ingresados en la UVI, durante dos años (2006 y 2007), en un hospital del grupo 2.

**Resultados.** Durante esos dos años, se solicitaron un total de 3703 urocultivos a pacientes hospitalizados, resultando positivos un total de 892, lo que representa el 24,09%. El microorganismo que se aisló con mayor frecuencia fue *Escherichia coli*, con un total de 445 aislados, lo que representa el 49,88% del total; fue seguido en frecuencia por *Enterococcus faecalis* con 66 aislamientos, lo que representa un 7,3%, *Candida* spp, con 62 (6,95%), *Pseudomonas aeruginosa* con 58 aislamientos, lo que representa un 6,50%, *Klebsiella pneumoniae* con 53 aislados (5,9%), *Proteus mirabilis* con 33 aislados (3,69%), *Staphylococcus epidermidis* con 21 (2,3%) y *Staphylococcus aureus* con 18 aislados, lo que representa un 2%.

**Discusión.** Nuestros resultados son similares a los reportados en otros estudios. *Escherichia coli* fue el microorganismo más frecuentemente aislado, encontrándose en cerca del 50% del total de casos. También nos llama la atención el número relativamente elevado de aislamientos de *Candida* spp, lo que se podría explicar teniendo en cuenta que un número apreciable de urocultivos habían sido extraídos tras haber recibido tratamiento antibiótico en los días previos. Resulta muy escaso el porcentaje de aislamientos de *Pseudomonas aeruginosa*, representando únicamente el 6,50% de los casos, lo que indica que se tratan de infecciones urinarias no excesivamente

te complicadas. Las infecciones por *Proteus* y *Klebsiella* representaron el 9,6% de aislamientos. *Staphylococcus aureus* y *epidermidis* se han aislado en el 4,3% de los casos.

**Conclusiones.** Como en todas las series, los aislamientos de *Escherichia coli* han tenido el máximo porcentaje, alcanzando en nuestra serie el 50% del total. También nos gustaría enfatizar que tenemos un número relativamente reducido de infecciones urinarias complicadas, pues los aislamientos de *Pseudomonas aeruginosa* han constituido únicamente el 6,50% del total; *Klebsiella pneumoniae* y *Proteus mirabilis*, han representado el 16% de los casos. Asimismo el 7% de aislamientos positivos a *Candida* puede explicarse al considerar que un número relativamente elevado de urinocultivos ha sido realizado tras efectuar un tratamiento antibiótico en los días previos.

## A-23

### LEISHMANIASIS LARÍNGEA Y NASAL

E. Sánchez Maganto, R. Labra González, A. Alguacil Muñoz, V. Cano Llorente, M. Salas Cabañas, M. Díaz Sotero, T. Núñez Gómez-Álvarez y P. Toledano Sierra

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

**Objetivos.** Valoración de los casos de leishmaniasis en el área otorrinolaringológica (O. R. L.) diagnosticados en nuestro hospital en los últimos años. Revisión de las características epidemiológicas, clínico-diagnósticas y terapéuticas.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de pacientes diagnosticados de leishmaniasis en el área O. R. L. en el Servicio de Medicina Interna desde enero de 1995 a junio de 2009.

**Resultados.** Se localizaron 5 pacientes diagnosticados de leishmaniasis en el área O. R. L. en los últimos años en nuestro hospital. De los cinco, cuatro presentaban afectación laríngea y uno nasal. Todos ellos fueron varones con edades comprendidas entre 41 y 72 años. Tres de ellos tenían o habían tenido contacto con perros. Ninguno refirió viajes al extranjero en los últimos meses. En cuanto al estado inmune de los pacientes, todos eran VIH negativo, dos de ellos eran bebedores, al menos, moderados y dos recibían tratamiento con corticoides inhalados por patología pulmonar de base. Sólo en uno de ellos no se diagnosticó un estado de inmunodepresión previo que justificara la infección por leishmania. La manifestación clínica más frecuente en la afectación laríngea fue la disfonía, presente en el 100% de los casos. Otros síntomas fueron odinofagia y tos seca. En cuanto a la afectación nasal, se presentó con dolor local y edema en hemicara. La serología (IgG) fue positiva en cuatro de los cinco casos. En tres casos se analizó antígeno de leishmania en orina, siendo negativo. En todos ellos se descartó afectación visceral y sólo uno presentaba lesiones cutáneas pendientes de filiar. En cuanto al tratamiento, tres se trataron con anfotericina B liposomal, uno con antimoniales y en otro se decidió actitud expectante tras resección, con control evolutivo. La evolución de todos los pacientes fue satisfactoria.

**Discusión.** La leishmaniasis es una infección producida por un protozoo del género Leishmania, que puede presentarse como un síndrome visceral, cutáneo o mucocutáneo. De todas las especies conocidas, resultan especialmente patógenas para el hombre cuatro: *L. donovani*, *L. trópica*, *L. mexicana* y *L. braziliensis*. *L. donovani* es especialmente viscerotropa, mientras que las otras afectan fundamentalmente a piel y mucosas. El principal reservorio de la enfermedad lo constituyen los perros y otros cánidos salvajes. El vector de transmisión de los perros al huésped humano es la hembra de una mosca hematófaga del género *Phlebotomus* spp. La afectación de órganos de la esfera O. R. L. por esta infección es muy poco frecuente en el mundo occidental. La mucosa nasal es la que más se afecta de forma aislada, representando un 90% de los casos. La afectación de la mucosa del tracto respiratorio y digestivo superior se considera especialmente rara. La sintomatología inicial es inespecífica, siendo la disfonía el síntoma más frecuente en el caso de la leishmaniasis laríngea. La leishmaniasis mucosa puede ser primaria por inoculación directa de leishmania en la mucosa o bien secundaria a una infección parasitaria en otra localización. Las reactivaciones de lesiones cutáneas primarias pueden ser debidas a diversas situaciones entre las que se encuentran los estados de inmunodepresión sistémica, como en la infección por VIH, que no presentó ninguno de nuestros pacientes, o el tratamiento prolongado con esteroides inhalados que sí se presentó en dos de nuestros pacientes. El diagnóstico diferencial debe hacerse principalmente con procesos tumorales y con tuberculosis en el área O. R. L. El diagnóstico de certeza se establece por el estudio anatomopatológico con la visualización directa de la leishmania en el interior de los macrófagos. El tratamiento médico es a base de antimoniales pentavalentes o anfotericina B.

**Conclusiones.** La leishmaniasis es una enfermedad endémica de la cuenca mediterránea. En algunos casos excepcionales pueden darse afecciones mucosas de leishmaniasis, como en los cinco casos que presentamos. Ante una infección por leishmania debe descartarse una infección por VIH y otros procesos que producen inmunosupresión, ya que favorecen la aparición de enfermedades oportunistas.

## A-24

**PREVALENCIA DE HTA ENMASCARADA EN PACIENTES CON VIH**

**A. Gómez Berrocal, D. Abad Pérez, M. Manzano Luque, J. Sanz Sanz y C. Suárez Fernández**

*Servicio de Medicina Interna-Infeciosas. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.*

**Objetivos.** Determinar la prevalencia de Hipertensión Arterial enmascarada (HTAE) mediante Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial (MAPA), en una cohorte de pacientes VIH seguidos en la consulta de infecciosas.

**Material y métodos.** Estudio transversal, piloto, realizado en 30 pacientes VIH, normotensos (media triple toma de PA en consulta < 140/90 mmHg), atendidos consecutivamente, a los que se les ha realizado una MAPA. Variables recogidas: analítica (CD4, carga viral, colesterol, triglicéridos, HDL, LDL, albúmina, glucemia, urea, creatinina, filtrado glomerular); antropométricas (raza, sexo, peso, talla, perímetro abdominal e IMC); y clínicas (PA sistólica y diastólica, triple toma), en consulta (Omron M6Comfort®) y por MAPA (Spacelabs 9007®) medidas cada 20 minutos durante el día y cada 30 minutos durante la noche, así como diagnóstico de diabetes y dislipemia, tabaquismo y consumo de sustancias presoras. Se define diagnóstico de HTA si media de PA de 24 horas > 130/80 y/o diurnas > 135/85 y/o nocturnas > 120/70. Se recogen patrones de la MAPA, definidos como: Dipper: si descenso en sueño > 10%; Extreme Dipper: si > 20%; No dipper: si < 10% o Riser: cuando existe ascenso durante sueño. El análisis estadístico se realiza mediante el programa SPSS 13.0. Los resultados se presentan como media ± Desviación Estándar (valores mínimo y máximo) y Porcentajes.

**Resultados.** La edad media fue de 47.43 ± 8.14, 90% varones. Sólo uno de los pacientes estaba en tratamiento con verapamilo para control de la frecuencia cardíaca. Cuatro pacientes (13%) eran diabéticos, 14 (47%) dislipémicos, 11 (37%) fumadores y 3 (10%) consumidores habituales de alcohol. Los resultados de los valores analíticos fueron: colesterol total 195.87 ± 28.4. LDL 108.57 ± 30.06, HDL 55.2 ± 16.55, TG 166.1 ± 95.49, filtrado glomerular 98.52 ± 27.85, glucemia 106.8 ± 18.74. Un total de 10 pacientes (33%) presentaron registros diagnósticos de HTA: 5 en media de 24 horas y/o diurna y 5 por media nocturna; los valores medios de PA por MAPA entre los hipertensos fueron de: PAS de 24 horas: 125.87 ± 10.25, PAD de 24 horas 83.51 ± 9.4; PAS actividad 129.44 ± 10.96, TAD actividad 87.13 ± 10.36, PAS descanso 127.05 ± 12.02, TAD descanso 74.65 ± 11.22. Entre los no hipertensos PAS de 24 horas: 111.21 ± 9.04, PAD de 24 horas 75.47 ± 5.96, PAS actividad 116.05 ± 10.51, PAD actividad 75.01 ± 7.43, PAS descanso 102.09 ± 7.99, PAD descanso 71.39 ± 4.75. De los 10 pacientes con HTAE, 3 presentaron patrón Dipper, 1 Extreme Dipper, 1 Riser y 5 No Dipper. Del total, 8 tenían en consulta PA en el Límite alto de la Normalidad (PAS 130-139 y/o PAD 85-89), 6 de ellos fueron diagnosticados de HTA por MAPA.

**Discusión.** La presencia de HTAE, (9% en población general) conlleva un riesgo cardiovascular próximo al de los pacientes con HTA establecida, aunque con el agravante de que es desconocida para médico y paciente. Los avances en el tratamiento para la infección por VIH han conseguido un estado de cronificación del proceso que conlleva la aparición de otras comorbilidades, como la enfermedad arterioesclerótica. La prevalencia de HTAE en pacientes VIH es alta en nuestro estudio (33%), siendo además elevada la incidencia de otros factores de riesgo cardiovascular, principalmente dislipemia (47%) y tabaquismo (36%). Por ello, el tratamiento de todos estos factores de riesgo cardiovascular puede incidir muy positivamente en su pronóstico.

**Conclusiones.** La prevalencia HTAE en los pacientes VIH estudiados es alta, fundamentalmente en el grupo que presentó cifras de presión arterial en el Límite alto de la Normalidad en la consulta. Este dato (pendiente de confirmar en estudios más extensos), junto a la frecuente coexistencia de otros factores de riesgo, apoya el despistaje de esta patología mediante la realización de MAPA de forma sistemática en la población VIH.

## A-25

**RENTABILIDAD DE LOS CULTIVOS Y ANTIBIOTERAPIA EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS CON NEUTROPENIA FEBRIL**

**M. López Veloso<sup>1</sup>, S. Raposo García<sup>1</sup>, N. Carracedo Falagán<sup>1</sup>, J. Guerra Laso<sup>2</sup>, L. De Sande<sup>3</sup>, A. Morán Blanco<sup>4</sup> y F. Mourad<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Oncología Médica. Hospital de León. León.

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Monte San Isidro. León.

<sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León).

**Objetivos.** Analizar la rentabilidad de los cultivos y los diferentes abordajes terapéuticos de todos los episodios diagnosticados de neutropenia febril en el Servicio de Oncología del complejo Asistencial de León durante el año 2008. **Material y métodos.** Recogida de datos de forma retrospectiva según un protocolo previamente determinado de todos los casos de NF diagnosticados entre Enero-Diciembre del 2008. Los criterios de inclusión eran: diag-

nóstico confirmado de neoplasia sólida, tratamiento activo con QT, fiebre de > 38,3° en una toma o > 38° en dos tomas separadas por una hora y recuento de neutrófilos absolutos < 500/ml o 1000/ml con predicción de descenso a < 500/ml en las 48 horas siguientes.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 67 casos (9% del total de los ingresos), con edad media de 61 años (21-82), el 64,28% varones. Las neoplasias de base más frecuentes fueron pulmón 42% del total de los casos, mama 22,4%, gastrointestinal 16,4%. En el momento del ingreso un 40% presentaban un foco infeccioso evidente. Se objetivó bacteriemia en un 8,9% de los casos (83% grampositivos) e infección urinaria en el 24% (71% gramnegativos). El 52% de los pacientes recibieron tratamiento monoterápico (43% piperacilina-tazobactam, 40% otros betalactámicos, 14% flouroquinolonas) y el 46% tratamiento combinado (cefalosporinas + aminoglucósido 68%, piperacilina-tazobactam + aminoglucósido 19%), un 12% de los casos necesitaron cambio de pauta antibiótica (50% se asociaron antifúngicos) y la duración media del tratamiento antibiótico fue de 9,75 días. La estancia media hospitalaria fue de 8 días y la mortalidad de 1,5%.

**Discusión.** En todo paciente que cumple criterios de neutropenia febril es necesario buscar un foco de infección y obtener cultivos de las muestras necesarias, aunque observamos que la rentabilidad de estos es escasa (< 9%). Sin embargo, la sospecha del foco infeccioso nos va a permitir la toma de decisiones a la hora del manejo terapéutico y la recogida de cultivos nos permite conocer la microbiología del cuadro, además de permitirnos modificar el tratamiento en caso de mala evolución o análisis de sensibilidades. En los hemocultivos de nuestra muestra se aislaron un 83% de gram positivos, datos similares a los citados en la literatura. Al inicio del cuadro debemos de instaurar la antibioterapia empírica precoz, ya sea con monoterapia o politerapia, en función del foco de infección sospechado, del riesgo del paciente y de los gérmenes habituales en nuestra área. En la serie llama la atención la elevada frecuencia en la utilización de penicilinas antipseudomónicas, las cuales se asocia a una buena respuesta pero no existen estudios comparativos con otros regímenes y no están incluidos en las guías como tratamiento de primera opción. El cambio en el tratamiento la marca la evolución del paciente o la presencia de un antibiograma según la sensibilidad del germen, sin olvidar que en ocasiones es necesario asociar un antifúngico ante la persistencia del cuadro febril. Debemos de evitar prolongaciones terapéuticas innecesarias y aparición de resistencias. Es llamativa la mortalidad escasa observada, consecuencia del seguimiento estricto del protocolo ante la aparición de esta complicación.

**Conclusiones.** La incidencia de neutropenia febril en el Servicio de Oncología Médica es del 9% del total de ingresos, cifra que se puede considerar baja en relación con el elevado número de ciclos de quimioterapia administrados. Aunque la rentabilidad de los cultivos es baja, los resultados siguen demostrando la mayor frecuencia de la bacteriemia por gram positivos y de infecciones urinarias por gram negativos. La mortalidad observada es baja.

## A-26

**MENINGITIS POR LISTERIA MONOCYTOGENES**

**M. Chimen Viñas, G. García Benito, P. García Carbo, V. Vela García, L. Arribas Pérez, E. Martínez Velado, P. Sánchez Junquera y A. De la Vega Lanciego**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Concha. Zamora.*

**Objetivos.** *Listeria monocytogenes* es un bacilo grampositivo anaerobio facultativo que afecta con mayor frecuencia a niños menores de un año, adultos mayores de 60, mujeres embarazadas, pacientes con depresión de la inmunidad celular, hemocromatosis y cirrosis hepática. Produce infecciones en el sistema nervioso central y afectación focal en la práctica totalidad de órganos. Nuestro objetivo fue conocer la realidad de esta entidad en nuestra Área de Salud.

**Material y métodos.** Estudio transversal, observacional. Revisión de las historias clínicas de nuestra Sección de Medicina Interna desde 1 de Noviembre 2008 a 1 de Abril de 2009 con el diagnóstico de meningitis por *L. monocytogenes*. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, antecedentes patológicos, síntomas, signos meníngeos, fiebre, características del LCR, crecimiento de cultivos, tratamiento y evolución.

**Resultados.** En el período de estudio, tres pacientes (dos varones y una mujer) habían sido diagnosticados de meningitis por *L. monocytogenes*. Sólo uno de ellos presentó signos de irritación meníngea. En los tres se objetivó fiebre y debutaron con un cuadro infeccioso inespecífico. El primer caso recibió tratamiento con ampicilina y gentamicina, el segundo se le pautó también cotrimoxazol y el tercero recibió ceftriaxona y levofloxacino. Ver tabla de resultados.

**Discusión.** La listeriosis es una zoonosis poco frecuente en humanos pero extremadamente grave. Tiene una mortalidad del 20-30%, que en el caso de grupos sensibles se eleva aun más. *L. monocytogenes* se considera actualmente uno de los agentes más importantes de transmisión alimentaria. En general, afecta a pacientes con procesos infecciosos con foco inicialmente

Tabla 1 (A-26). Resultados

	Enfermedad previa	Glucosa LCR/sangre	Leucocitos LCR	Proteínas LCR	Crecimiento cultivos	Evolución
Caso 1 (varón, 78 años)	Neo pulmón	40/174	50 (3%PM/97% L)	384	Sangre y LCR	Favorable
Caso 2 (mujer, 72 años)	No	55/167	720 (76%PMN/24% L)	720	Sangre y LCR	Favorable
Caso 3 (varón, 81 años)	FA. ICC. PMR (tto esteroideo)	79/144	104 (72% PMN/28% L)	470	Sangre y LCR	Exitus

no evidente que presentan un deterioro del nivel de conciencia acompañado o no de focalidad neurológica. La rigidez de nuca no es constante y las características del LCR pueden ser muy variables, pudiendo ser indistinguibles de una meningitis tuberculosa o viral. *L. monocytogenes* se aísla fácilmente de muestras orgánicas habitualmente estériles como sangre, líquidos cefalorraquídeo y amniótico, placenta y tejido fetal. Generalmente, este microorganismo es sensible a una amplia gama de antibióticos como penicilina, ampicilina, gentamicina, eritromicina, tetraciclinas, rifampicina, cotrimoxazol y vancomicina.

**Conclusiones.** Dado que la letalidad de este proceso es prácticamente del 100% sin tratamiento, requiere un alto grado de sospecha clínica a fin de realizar un diagnóstico precoz. Esto es muchas veces difícil debido a la variedad de síntomas que puede presentar esta entidad.

#### A-27

##### PROTOCOLO DE ALTA PRECOZ DE PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA POR NEUMONÍA EXTRAHOSPITALARIA BAJO CONTROL POSTERIOR POR HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (HAD)

L. Merino García<sup>2</sup>, M. Pérez Gutiérrez<sup>1</sup>, S. Juarros Martínez<sup>3</sup>, E. González Sarmiento<sup>4</sup>, C. Sabadell Zaramona<sup>2</sup>, R. Sanz Paredes<sup>2</sup>, B. Ubierna Gómez<sup>2</sup> y S. Calzada Simón<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Hospitalización a Domicilio, <sup>3</sup>Servicio de Neumología, <sup>4</sup>Instituto de Endocrinología y Nutrición. Facultad de Medicina. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

**Objetivos.** Presentar un protocolo para la valoración del alta precoz de los pacientes ingresados por neumonía adquirida en la comunidad (NAC) con seguimiento posterior por Hospitalización a Domicilio (HaD), que permitirá conocer los siguientes datos, en líneas generales: pacientes más beneficiados de esta modalidad asistencial y pacientes con mayor riesgo de presentar complicaciones y por tanto necesitan un control más estrecho, incluso pudieran no ser candidatos a esta modalidad asistencial.

**Material y métodos.** 1. Datos de filiación del paciente: edad, sexo, tabaquismo (paquetes-año), medicación habitual y enfermedades crónicas-debilitantes o comorbilidad. 2. Datos de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) y valoración de los criterios de ingreso 2.1 Datos de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC): -Días transcurridos desde el inicio de los síntomas hasta la fecha de consulta -Tratamiento empírico realizado en el domicilio. 2.2. Valoración de los criterios de ingreso: edad avanzada (> 60 ó 70 años), comorbilidad, presencia de criterios de gravedad de NAC (tabla 1), falta de respuesta al tratamiento empírico ambulatorio, signos radiológicos de patógeno no habitual (cavitación), sospecha de aspiración, presentación inicial muy grave (tabla 2), dudas sobre la cumplimentación del tratamiento ambulatorio. 3. Clasificación de la NAC al ingreso, según su gravedad: -No grave: sin criterios de gravedad (tabla 1) -Grave: uno o varios criterios de gravedad (tabla 1) -De presentación inicial muy grave (tabla 2). 4. Evolución hospitalaria: Valoración a las 72 horas del ingreso y si deja de cumplir criterios de gravedad, alta a domicilio con posterior control por HAD 5. Seguimiento en el domicilio: -Tratamiento domiciliario - Colaboración familiar y con Atención Primaria - Evolución clínica y radiológica -Nº de avisos/semana: Nº de visitas/semana: -Nº de visitas totales hasta el alta - Si reingreso, motivo del mismo

**Resultados.** La exposición de resultados queda pendiente de la finalización de recogida de datos.

**Conclusiones.** Como se puede comprobar se coteja un amplio número de variables (tanto relativas al paciente, características de la neumonía como de la evolución hospitalaria y domiciliaria), lo cual permite realizar comparaciones entre estas dos modalidades asistenciales y poder obtener resultados estadísticamente significativos. Por tanto, conocería a los pacientes mejor candidatos a HaD y a las neumonías adquiridas en la comunidad subsidiarias de esta modalidad asistencial, basándose en unos criterios médicos objetivos con rigor científico.

#### A-28

##### TUBERCULOSIS EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA EN CARTAGENA: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 13 CASOS

A. Rodríguez Pavía, N. Cobos Trigueros, E. Peñalver González, G. Tornel Sánchez, J. Vega Cervantes, R. Vilaplana García, F. Vera Méndez y V. Herrero Sagastume

Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Área Santa María del Rosell. Cartagena (Murcia).

**Objetivos.** Conocer las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes de edad avanzada diagnosticados de tuberculosis en Cartagena entre los años 2004 y 2009.

**Material y métodos.** Análisis descriptivo retrospectivo de los casos de tuberculosis diagnosticados en Cartagena entre los años 2004 y 2009. Se revisaron los casos diagnosticados de tuberculosis en dicho período, a través de la base de datos del Hospital Universitario Santa María del Rosell, utilizando como criterios de búsqueda tuberculosis y edad mayor de 64 años. Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos y diagnósticos de las historias clínicas. Se analizaron formas de presentación, tiempo de retraso en el diagnóstico y factores predisponentes para el desarrollo de tuberculosis.

**Resultados.** Se identificaron 144 pacientes diagnosticados de tuberculosis entre los años 2004 y 2009, de los cuales 13 tenían edad superior a 64 años. Diez de ellos eran varones. El motivo de ingreso más frecuente fue fiebre y el tiempo medio ente el inicio de los síntomas y el momento del diagnóstico fue 72.2 días. La prueba de la tuberculina fue positiva en seis de trece de los pacientes. Entre los factores predisponentes el más frecuente fue la presencia de insuficiencia renal crónica (5), neoplasia (4), EPOC (4) y diabetes (3). Prácticamente la totalidad de los pacientes presentaban niveles bajos de albúmina y proteínas. Ocho pacientes presentaron formas extrapulmonares de la enfermedad, entre ellas las más frecuentes fueron tuberculosis genitourinaria y ganglionar. Dos de los pacientes presentaron complicaciones relacionadas con el tratamiento, en forma de toxicidad hepática.

**Discusión.** Las características particulares que presentan los pacientes de edad avanzada hacen de ellos una población susceptible de padecer tuberculosis. Un elevado número de personas ancianas han estado en contacto con la tuberculosis en su juventud, y pueden presentar formas de reactivación de la enfermedad. Muchos de ellos además viven en residencias o en instituciones donde el riesgo de contagio aumenta. En muchas ocasiones los síntomas no sugieren la presencia de infección por *Mycobacterium tu-*

Tabla 1 (A-27). Criterios de gravedad

Inestabilidad hemodinámica	Trabajo respiratorio importante (Fr > 30)	Desorientación/estupor
Insuficiencia renal aguda	Afectación multilobar	Leucopenia o leucocitosis severa
Insuficiencia respiratoria (pO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> < 30)	Derrame pleural significativo	Anemia
Hipoalbuminemia	Bacteriemia	Afectación metastásica

Tabla 2 (A-27). Presentación inicial muy grave (primeras 24 horas)

Insuficiencia respiratoria muy severa, que obliga a VM	Shock
Meningitis	Fracaso renal que obliga a diálisis
Coma	

berculosis lo que conlleva retrasos en el diagnóstico, y las pruebas diagnósticas pueden ofrecer resultados contradictorios, debido entre otros factores a la alteración del sistema inmune que suelen presentar estos pacientes. La prueba de la tuberculina puede dar un resultado negativo en pacientes de edad avanzada, por lo que sería conveniente repetir en 7-10 días (efecto booster). Además, la presencia de otras enfermedades y con elevada frecuencia el estado de desnutrición facilita la presencia de esta enfermedad en sus manifestaciones extrapulmonares.

**Conclusiones.** 1) La población de edad avanzada es una población de riesgo para presentar tuberculosis debido a sus características particulares. 2) En nuestro estudio observamos una mayor frecuencia de formas de presentación extrapulmonares. 3) El diagnóstico suele retrasarse debido a lo atípico de los síntomas y a la presencia de datos analíticos discordantes. 4) Si la prueba de la tuberculina es negativa, sería conveniente repetir en 7-10 días, para detectar el efecto booster. 5) En estos pacientes destaca la presencia de desnutrición proteica. 6) No se observa una mayor aparición de complicaciones relacionadas con el tratamiento respecto a otros grupos de edad.

#### A-29 GAMMAPATÍA MONOCLONAL TRANSITORIA EN PACIENTES CON INFECCIÓN AGUDA POR VIRUS DE EPSTEIN BARR

R. Longueira Suárez, B. Sopena Pérez-Argüelles, M. Pérez Rodríguez, J. Lamas Ferreiro, I. Vaqueiro Rodríguez, L. González González, A. Rivera Gallego y C. Martínez-Vázquez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Xeral de Vigo. Vigo (Pontevedra).

**Objetivos.** El virus de Epstein-Barr (VEB) pertenece a la familia de los herpesvirus. Es el agente causal de la mononucleosis infecciosa, caracterizada por fiebre, faringitis, adenopatías y linfocitosis atípica. En muy pocos casos se ha descrito su asociación con gammapatía monoclonal hasta la fecha, sobre todo en pacientes trasplantados. Nuestro objetivo es comunicar dos casos diagnosticados recientemente en nuestro servicio con infección aguda por el VEB en los que se asoció una gammapatía monoclonal transitoria.

**Material y métodos.** Se realizó una revisión de las historias clínicas de estos pacientes. Ambos presentaban infección aguda por VEB con clínica compatible y confirmación serológica, además de una banda monoclonal en el proteiograma, confirmada en dos determinaciones.

**Resultados.** Caso clínico 1: Varón de 25 años con cuadro de una semana de evolución de fiebre de predominio vespertino, cefalea y odinofagia. En la exploración tenía múltiples adenopatías submandibulares y látero-cervicales subcentimétricas, con hepatoesplenomegalia en la exploración abdominal. Durante su ingreso desarrolló una amigdalitis bilateral. Presentaba una marcada linfocitosis atípica, hipertransaminasemia (GOT 520 UI/L, GPT 717 UI/L), plaquetopenia (97000/uL) y una gammapatía monoclonal IgG tipo Kappa. Las serologías confirmaron el diagnóstico de infección aguda por el VEB. El paciente fue tratado con corticoides con progresiva mejoría clínica y desaparición de la banda monoclonal que presentaba en los primeros 2 meses tras el diagnóstico. Caso clínico 2: Varón de 50 años sin antecedentes de interés que consulta por fiebre de 2 semanas de evolución y odinofagia. En la exploración física destacaba únicamente hepatoesplenomegalia. En las analíticas presentaba una linfocitosis atípica, hipertransaminasemia (GOT 73 UI/L, GPT 111 UI/L) y una gammapatía monoclonal IgM tipo Kappa. Las serologías confirmaron el diagnóstico de infección aguda por VEB, con progresiva corrección de las alteraciones analíticas y desaparición de la banda monoclonal al mes de seguimiento.

**Discusión.** Entre las manifestaciones clínicas de la infección aguda por VEB se encuentran las alteraciones hematológicas, clásicamente con linfocitosis atípica, plaquetopenia y neutropenia. Las gammapatías monoclonales, caracterizadas por la proliferación clonal de células plasmáticas que producen inmunoglobulinas (proteína M), puede tener en algunos casos un carácter transitorio, sobre todo ante estímulos inmunes agudos tales como infección, reacciones de hipersensibilidad causadas por fármacos y período postrasplante (renal, médula ósea). De entre las causas infecciosas, se ha descrito en hepatitis víricas o infecciones por citomegalovirus o mycoplasma, coxiella, bartonella, rickettsias y VEB (este último en pacientes trasplantados). En estos casos el pico monoclonal suele ser de escasa cuantía, no exigiendo de entrada la realización de otras pruebas complementarias aunque sí un seguimiento que suele mostrar resolución de las alteraciones en el proteiograma en los primeros meses de seguimiento.

**Conclusiones.** El VEB puede comportarse como estímulo antigénico y desencadenar una respuesta inmune aberrante con aparición de una gammapatía monoclonal. En los casos en los que aparece es preciso realizar un seguimiento clínico, sin otras pruebas complementarias de entrada, ya que suele tener un carácter transitorio y desaparecer en los primeros meses de seguimiento, una vez desaparecido el estímulo.

#### A-30

#### ENFERMEDAD DE WEIL ¿PENSAMOS EN ELLA?

R. Longueira Suárez, B. Sopena Pérez-Argüelles, J. Lamas Ferreiro, M. Pérez Rodríguez, I. Villaverde Álvarez, M. Alonso Parada, J. Grandes Ibáñez y C. Martínez-Vázquez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Xeral de Vigo. Vigo (Pontevedra).

**Objetivos.** La leptospirosis es una entidad de distribución mundial, a excepción de los polos, con predominio en zonas tropicales. Las manifestaciones clínicas, variables e inespecíficas, dificultan el diagnóstico. Presentamos dos casos de leptospirosis en su forma más severa (fiebre ictero-hemorrágica o enfermedad de Weil), destacando sus manifestaciones clínicas y los distintos métodos que pueden ser precisos para su diagnóstico.

**Material y métodos.** Se presentan los casos de dos pacientes diagnosticados recientemente en nuestro servicio de Síndrome de Weil, confirmados por serología y/o PCR positivas para leptospira. Se revisaron las historias clínicas y se recogieron sus manifestaciones clínicas, las pruebas diagnósticas realizadas y el tratamiento recibido, así como la evolución clínica.

**Resultados.** CASO CLÍNICO 1: Varón de 36 años, sin antecedentes de interés, con cuadro de 3 días de evolución de malestar general, mialgias, cefalea y fiebre. Presentaba una ictericia marcada, adenopatías latéro-cervicales y axilares, conjuntivitis bilateral, hepatomegalia dolorosa y esplenomegalia. En las analíticas destacaba plaquetas 82000/uL, hemoglobina 9.1 g/dl, CPK 844 UI/L, creatinina 2.6 mg/dl y una bilirrubina total de 15.1 mg/dl (a expensas de directa). La aglutinación en látex para leptospira fue positiva, confirmando el diagnóstico de sospecha de enfermedad de Weil. Se inició tratamiento con penicilina G sódica, con evolución clínica satisfactoria hasta la completa resolución del cuadro. CASO CLÍNICO 2: Varón de 45 años que consulta por debilidad generalizada, mialgias, dolor abdominal e ictericia de 15 días de evolución. El paciente padecía coinfección por VIH-VHC y había sido usuario de drogas por vía parenteral. En la exploración física detectaba marcada ictericia cutáneo-mucosa y hepatoesplenomegalia. Analíticamente presentaba una plaquetopenia intensa (16000/uL) con hiperbilirrubinemia a expensas de directa (22.60 mg/dl) e insuficiencia renal aguda (creatinina 5.20 mg/dl). Ante la sospecha de leptospirosis se instauró tratamiento con ceftriaxona, con evolución clínica excelente. Las serologías para leptospira resultaron negativas, por lo que se solicitó PCR en sangre y orina, siendo esta última positiva y confirmando así el diagnóstico.

**Discusión.** El antecedente epidemiológico puede sugerir esta entidad, siendo los roedores el reservorio principal que condiciona la infección en humanos. Nuestro segundo paciente vivía en una casa abandonada en la que convivía con ratas. Las manifestaciones clínicas y analíticas de entrada, aunque sugestivas, no son específicas de esta enfermedad, por lo que la alta sospecha clínica sigue siendo fundamental para el diagnóstico. Para su confirmación la técnica de elección es la serología, siendo la técnica de MAT la de mayor sensibilidad y especificidad, aunque sólo se halla disponible en centros de referencia. Nosotros utilizamos la técnica de ELISA que, resultó positiva en el primer caso pero no en el segundo. En este caso fue necesaria la PCR para leptospira en orina para confirmar el diagnóstico. Hasta el momento actual sólo se han descrito seis casos de leptospirosis en pacientes infectados por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), ninguno de ellos en España. Al igual que los pocos casos descritos hasta la fecha de coinfección con VIH, en nuestro caso las manifestaciones clínicas no fueron distintas a las descritas en pacientes inmunocompetentes y la evolución clínica con antibioterapia fue buena.

**Conclusiones.** En conclusión, creemos que la leptospirosis es una enfermedad que debemos tener en mente ante un síndrome febril con ictericia y/o fracaso renal. Ante serologías negativas con sospecha clínica alta la PCR para leptospira es obligada para el diagnóstico. La coinfección VIH- Leptospira, aunque se expresa como enfermedad de Weil, responde de manera satisfactoria al tratamiento convencional.

#### A-31

#### VALORACIÓN DE PARÁMETROS ANALÍTICOS SEGÚN EL GRADO DE FIBROSIS HEPÁTICA MEDIDO POR TRES MÉTODOS NO INVASIVOS: FIBROSCAN, APRI Y FORNS

J. Grandes Ibáñez<sup>1</sup>, R. Longueira Suárez<sup>1</sup>, J. Lamas Ferreiro<sup>1</sup>, T. Pérez Rodríguez<sup>1</sup>, A. Ocampo Hermida<sup>1</sup>, A. Ribera Gallego<sup>1</sup> y J. Díaz Peromingo<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Fundación Pública Hospital da Barbanza. Ribera (A Coruña).

**Objetivos.** En pacientes coinfectados VIH-VHC, la hepatitis crónica por virus C representa en nuestro medio la principal causa de morbimortalidad. La prevalencia de coinfección VIH-VHC en los pacientes VIH+ es del 60%, y llega al 90% en los que la adquirieron por vía parenteral. La historia natural de la hepatitis crónica por virus C en pacientes coinfectados es mucho mas

Tabla 1 (A-31).

	Plaquetas	GOT	GPT	GGT	Colesterol	Albúmina
FS alto	165.4	72.5	80	141.5	173.8	4.24
FS bajo	210.5	42	32.2	68.3	191.2	4.4
APRI alto	105.8	126.3	124.8	222.5	152.5	4
APRI bajo	240	30.8	32	68.3	191	4.39
Forns alto	96.25	97.7	95.3	184	152.2	4.09
Forns bajo	250.9	39.2	41	53.9	201	4.39

agresiva que en seronegativos, con mayor rapidez de evolución a estadios avanzados de fibrosis, cirrosis e incluso hepatocarcinoma. El grado de fibrosis hepática es primordial para la toma de decisiones terapéuticas y pronóstico del paciente. Su medición de forma no invasiva mediante FibroScan (FS) y métodos bioquímicos está muy introducida en nuestros días. Analizar las diferencias entre distintos parámetros analíticos que habitualmente se utilizan para el cálculo de métodos bioquímicos entre pacientes con altos y bajos grados de fibrosis hepática.

**Material y métodos.** Se seleccionaron 331 pacientes VIH+/VHC+ que acuden a la consulta de VIH. Se les realiza FS y se hallan los índices APRI y Forn's a partir de analíticas actuales. Se clasifican en grado alto y bajo de fibrosis según los siguientes parámetros: FS: F0, F1 < 6,25 kPa; F2-F4 > 6,26 kPa (Sandrin et al. Ultrasound Med Biol 2003); APRI < 0,5; > 1,5 (Wai et al Hepatology 2003); Forn's < 4,2, > 6,9 (Forns et al Hepatology 2002). La comparación se llevó a cabo mediante la prueba de t Student. Los análisis se realizaron SPSS 15.

**Resultados.** 331 pacientes, 241 (72,8%) varones y 90 (27,2%) mujeres. La edad media de 42,2 (DS 5,54); 42,7 (DS 1,41) para varones y 40,8 (DS 3,49) para mujeres. Para el análisis de grados altos se analizaron 225 pacientes por FS, 68 por APRI y 76 por Forn's. Para grados bajos 106 en FS, 91 en APRI y 71 en Forn's. Los resultados se reproducen en la tabla adjunta. Todas las variables resultaron estadísticamente significativas.

**Discusión.** La diferencia en el número de pacientes en cada prueba es debida a que un importante grupo de ellos presenta un índice de APRI o Forn's en niveles intermedios, y por tanto no clasificables como grado alto o bajo, mientras que en FS todos los pacientes están en grado bajo o alto. Tras analizar los datos analíticos de pacientes VIH+/VHC+, se observa que aquellos con grados más altos de fibrosis medidos de forma no invasiva mediante FS, APRI y Forn's, presentan niveles más altos de GOT, GPT, GGT, y más bajos de plaquetas, colesterol y albúmina. Estos datos son estadísticamente significativos.

**Conclusiones.** Los pacientes VIH+/VHC+ con grado alto de fibrosis medido por varios métodos no invasivos presentan niveles más altos de GOT, GPT, GGT y más bajos de plaquetas, colesterol y albúmina.

### A-32 ENFERMEDAD POR CITOMEGALOVIRUS EN 3 TRASPLANTADOS RENALES

I. Frago Marquín<sup>1</sup>, I. Gimeno Martín<sup>2</sup>, J. Portu Zapirain<sup>1</sup>, L. Ceberio Hualde<sup>1</sup>, S. San Miguel López de Uralde<sup>1</sup>, G. Arroita González<sup>1</sup>, E. Sáez de Adana Arróniz<sup>1</sup> y P. Tarabini-Castellani Ciordia<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Nefrología. Hospital Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz (Álava).

**Objetivos.** Describir tres casos de enfermedad por citomegalovirus (CMV) en postrasplantados renales. Enfatizar en la sospecha clínica de CMV en pacientes trasplantados a pesar de serologías para CMV positivas previo al trasplante. Valorar la necesidad de profilaxis postrasplante.

**Material y métodos.** Descripción de 3 casos de pacientes trasplantados de riñón en inmunosuprimidos con tacrolimus, prednisona y ácido micofenólico/micofenolato mofetil/everolimus respectivamente, que desarrollaron enfermedad por citomegalovirus a los 2, 7 y 13 meses postrasplante.

**Resultados.** 1º caso: Varón de 68 años seropositivo previamente para CMV, que a los 2 meses del 2º trasplante por insuficiencia renal crónica de origen no filiado, comienza con cuadro de fiebre, diarrea, disfga y aftas en lengua, siendo diagnosticado de esofagitis por CMV, tras realización de gastroscopia que muestra úlceras esofágicas compatibles con infección viral y antigenemia > 200/200.000 leucocitos y carga viral de 9.017.535 copias/ml. Presenta evolución favorable tras tratamiento con ganciclovir. 2º caso: Mujer de 43 años seropositiva previamente para CMV, que 7 meses después del 2º trasplante renal por insuficiencia renal 2ª a glomerulonefritis membranosa proliferativa tipo 1, comienza con cuadro de diarrea y leucopenia, siendo diagnosticada de enfermedad por CMV con antigenemia CMV > 50/200.000 leucocitos y carga viral de 160.000 copias/ml. Durante el tratamiento con ganciclovir, presenta también neumonía, pero evoluciona favorablemente.

3º caso: Varón de 33 años, seronegativo previamente para CMV que 13 meses después de trasplante renal por insuficiencia renal 2ª a glomerulonefritis lúpica proliferativa focal y segmentaria y 3 meses después del diagnóstico de linfoma de Hodgkin de células grandes en esófago que precisa quimioterapia tipo CHOP, ingresa por malestar general, astenia y pérdida de peso, siendo diagnosticado de enfermedad por CMV (antigenemia negativa pero carga viral 27.238 copias), aspergilosis pulmonar, sepsis por estreptococo y estafilococo, aplasia postquimioterapia, rechazo agudo del órgano trasplantado e insuficiencia renal precisando diálisis de nuevo.

**Discusión.** La infección por citomegalovirus es la infección oportunista más frecuente en pacientes con un trasplante de órgano sólido, sobre todo entre el 1º y 6º mes. Lo más frecuente es que curse de forma asintomática. Cuando se desarrolla enfermedad por CMV se manifiesta habitualmente con fiebre, leucopenia y linfopenia. Puede haber trombopenia y afección orgánica: hepatitis, neumonía, ulceraciones gastrointestinales ... La infección por CMV además tiene efecto inmunomodulador y puede contribuir al rechazo del injerto, a originar neoplasias y predispone a la sobreinfección por otros microorganismos oportunistas tales como *Pneumocystis jirovecii*, *Aspergillus fumigatus* o *Listeria monocytogenes*. El diagnóstico puede realizarse mediante la antigenemia y carga viral. En el período postrasplante está indicada la monitorización de la replicación de CMV para el diagnóstico de infección asintomática con el fin de instaurar el tratamiento anticipado. Actualmente con las pautas de tratamiento (ganciclovir y en caso de mala respuesta o intolerancia, con foscarnet) y profilaxis (valganciclovir oral) utilizadas, el desarrollo de formas invasivas severas es poco frecuente. Por eso describimos estos tres casos.

**Conclusiones.** -Los primeros 6-12 meses postrasplante interesa hacer de manera protocolaria antigenemia CMV mensual a todos los pacientes para poder diagnosticar CMV en fase asintomática e instaurar el tratamiento anticipado. -Ante la presencia en un postrasplantado de fiebre sin foco, leucopenia o linfopenia, solicitar siempre antigenemia de CMV. -Es importante realizar profilaxis frente a CMV

### A-33 SEROPREVALENCIA DE LA INFECCIÓN POR *TRYPANOSOMA CRUZI* EN MUJERES LATINOAMERICANAS EMBARAZADAS EN LAS CONSULTAS PRENATALES PERTENECIENTES AL HOSPITAL DE CRUCES (VIZCAYA)

O. Ávila Arzanegui<sup>1</sup>, A. Sebastián Leza<sup>1</sup>, T. Martínez Astorquiza<sup>2</sup> y M. Egurbe Arberas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital de Cruces. Barakaldo (Vizcaya).

**Objetivos.** Introducción: en la actualidad la enfermedad de Chagas es un potencial problema de salud pública debido a la creciente inmigración procedente de las zonas endémicas, formada en su mayoría por mujeres en edad fértil que pueden introducir la enfermedad en zonas no endémicas por la vía de la transmisión vertical. La población extranjera en el País Vasco se ha multiplicado por 8 en los últimos 10 años, siendo Bolivia, que es el país más afectado por la enfermedad de Chagas, el grupo de inmigración mayoritario en Vizcaya. Objetivos: 1. Estimar la seroprevalencia de infección por *T. cruzi* en mujeres embarazadas provenientes de áreas endémicas 2. Estimar la tasa de transmisión madre- feto de la infección por *T. cruzi* en estas mujeres

**Material y métodos.** Estudio transversal de un año (Diciembre del 2008 a Diciembre del 2009) para estimación de la prevalencia de la infección por *Trypanosoma cruzi*. A las mujeres embarazadas latinoamericanas que acuden de forma rutinaria a la consulta prenatal que forma parte de la atención al embarazo de los ambulatorios pertenecientes al Servicio de Ginecología del Hospital de Cruces (Hospital de referencia del País Vasco), se les propone unirse al estudio. Después de firmar el consentimiento informado se les extrae dos muestra de sangre. Una para serología donde se determina el título de anticuerpos frente a *Trypanosoma* mediante inmunofluorescencia. La otra muestra se emplea para amplificación y detección de *Trypanosoma* mediante PCR. A los recién nacidos de las madres seropositivas se les

evalúa siguiendo el protocolo de asistencia pediátrica del recién nacido expuesto por parte del Servicio de Pediatría del Hospital

**Resultados.** En 5 meses hemos realizado screening a 77 mujeres. El grupo más numeroso son las Bolivianas (37 mujeres, 48.05%), a continuación 13 mujeres de Paraguay (16.88%), 12 Colombianas (15.58%) y seguidas posteriormente por las Ecuatorianas, Peruanas, Brasileñas, Venezolanas, Mexicanas y Argentinas. De estas 77 pacientes 15 fueron positivas, lo que supone un 19.48% de las mujeres cribadas. De estas positivas la mayoría (11 pacientes, el 73.33%) son Bolivianas, con una prevalencia entre las mujeres cribadas Bolivianas del 29.729%, dos son de Paraguay (una prevalencia del 13.33%, 2/13), una colombiana (8.33%, 1/12) y una ecuatoriana (25%, 1/4). Han nacido hasta fecha de hoy 8 niños, siendo todos negativos

**Conclusiones.** La prevalencia de la infección por T. Cruzi en las consultas prenatales de nuestra área es del 19.48%. De momento el proyecto no ha finalizado, aunque los datos nos orientan a que la prevalencia entre la población cribada es más alta de lo esperado. Por esto creemos que es necesario realizar un screening prenatal en este colectivo para interrumpir la transmisión vertical de la enfermedad de Chagas

#### A-34

### FACTORES ASOCIADOS AL DETERIORO DE LA FUNCIÓN RENAL EN UNA COHORTE DE PACIENTES VIH

**L. Mérida Rodrigo, J. De la Torre Lima, M. Noureddine Lope, J. Olalla Sierra, A. Del Arco Jiménez, J. Prada Pardal, M. Marcos Herrero y J. García Alegria**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga).*

**Objetivos.** Conocer la evolución de la función renal en una cohorte de pacientes con infección por el VIH, así como valorar los factores asociados a su deterioro.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo de una cohorte de pacientes con infección por el VIH. Período de seguimiento desde julio/07 a julio/08. Estimación del filtrado glomerular (FG) basal y al año mediante la fórmula MDRD-4, clasificándose la guía de la National Kidney Foundation. Variables: epidemiológicas, HTA, DM, dislipemia, evento cardiovascular previo, CD4 y carga viral (CV) y existencia de SIDA. En el análisis bivariante, la variable dependiente fue la caída del FG mayor a 10 ml/hora al año y la variación del FG como variable cuantitativa continua. Para variables continuas se ha usado la U de Mann-Whitney y T-student, y para cualitativas Chi-Cuadrado.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 365 pacientes, de los cuales un 74% eran varones. Edad media de 44 ± 8. La conducta de riesgo fue ADVP 35%, heterosexuales 30%, homosexuales 24% y desconocida 10%. Coinfectados por VHC 39% y por VHB un 5%. Presentaban enfermedad definitoria de SIDA un 40%. 4 pacientes (1%) habían tenido evento cardiovascular y tratamiento para DM 3%, HTA 5% y dislipémicos un 15%. En el momento basal 313 (85%) pacientes estaban con TARGA siendo más habituales abacabir+lamivudina+efavirenz y tenofovir+emtricitabina junto a efavirenz. Basalmente, la mediana de CD4 era 606 cel/mm<sup>3</sup> (292-920, DS) y solo un 4% estaba por debajo de 200 cel/mm<sup>3</sup> y la carga viral (CV) era indetectable (< 50 copias/ml) en el 75%. Al año, se objetivó caída del FG medio de 9.7 ml/h y siendo FG > 10 ml/h en 80 pacientes (21.8%) de los cuales 20,8% estaban con TARGA, y > 30 ml/h en 20 pacientes (5.8%). En el estudio bivariante (tabla 1) se encontró asociación estadísticamente significativa con la edad y el sexo masculino (p = 0.04 y p = 0.001 respectivamente). No se encontró asociación con otras variables. Se aprecia una tendencia protectora estar con TARGA si bien no alcanza significación (p = 0.019, - 0.8 - 15.9, IC 95%).

**Conclusiones.** En un año de seguimiento se constata un deterioro del FG superior al 10 ml/h en algo más de un 20% de casos y mayor de 30 ml/h en un 5%, y se asocia significativamente con la edad y sexo masculino. El TARGA parece ejercer un papel protector y no encontramos ningún fármaco asociado a dicho deterioro, si bien el seguimiento son necesarios estudios a más largo plazo para confirmar estos resultados

Tabla 1 (A-34). Relación entre VIH y fracaso renal

	OR	IC 95%	U-Man Withney	P
HTA	0,99	0,77-1,27		NS
Dislipemia	1,068	0,82-1,3		NS
DM	1,027	0,88-1,18		NS
Tenofovir	1,004	0,89-1,13		NS
CD4 (cel/mm <sup>3</sup> )			633,06	NS
Peso (kg)			70,16	NS
Edad (años)			41,15	p < 0,005
VHC	1,16	0,75-3,16		NS
Sexo varón			23,22	< 0,0001
TARGA	0,84			NS

#### A-35

### MASAS PULMONARES CON DIAGNÓSTICO BENIGNO: ACTINOMICOSIS BRONCOPULMONAR

**M. Martín-Toledano, J. Bayona, M. García Butenegro, R. Rubio, P. Toledano, T. Núñez, R. Labra y E. Sánchez Maganto**

*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo.*

**Objetivos.** Descripción de dos casos de actinomicosis broncopulmonar y revisión comparativa de los casos descritos en la bibliografía.

**Material y métodos.** Historias clínicas, estudios de imagen y hallazgos anatomopatológicos de dos casos de actinomicosis pulmonar diagnosticados y tratados en el Complejo Hospitalario de Toledo en el último año.

**Resultados.** Casos1: varón de 78 años que ingresa para estudio de disnea progresiva, tos seca, sibilancias, dolor pleurítico en costado izquierdo y síndrome constitucional. Ex-fumador de 20-30 cig/día y ex-bebedor, criterios clínicos de bronquitis crónica, con neumonía basal izquierda hace un año. A la exploración destacaba una auscultación pulmonar con leves crepitantes en base izquierda. Entre las pruebas complementarias se realiza un TC Torácico en el que se observa imagen de condensación del espacio aéreo con broncograma en LSI y componente de pérdida de volumen, ante la sospecha de neoplasia se realiza fibrobroncoscopia observándose en biopsia bronquial presencia de restos vegetales y Actinomyces. Caso 2: Mujer de 71 años con antecedentes de hipertensión arterial que ingresa para estudio de tos seca y disnea de un mes de evolución sin mejoría tras distintos regímenes antibiótico. A la exploración destacaba una boca séptica y una auscultación pulmonar con sibilancias dispersas en ambos campos pulmonares. La radiografía de tórax muestra una atelectasia de LMD y en TC torácico una estenosis segmentaria en bronquio lateral de LMD y atelectasia del parénquima pulmonar correspondiente. Ante la sospecha de neoplasia se realiza fibrobroncoscopia con imagen estenótica bronquial completa con toma de biopsia en la que se observan Actinomyces. Al inicio se trató con Tavanic y cefditoren durante 14 días cambiándose el tto al diagnóstico por Doxiciclina y posteriormente para evitar fotosensibilidad al llegar la época estival se cambia por amoxicilina-clavulanico. La paciente fue tratada con antibioterapia durante 6 meses. El control con fibrobroncoscopia al mes de iniciar antibioterapia era normal.

**Discusión.** La actinomicosis pulmonar es una entidad poco frecuente, siendo el 10-15% de los casos de actinomicosis descritos, mucho menos frecuente que la forma cervicofacial y abdominopelvica. Presenta un pico entre la 4ª y 5ª década, más frecuente en varones (2:1) y tiene mayor incidencia en pacientes con patología pulmonar previa. Como factores de riesgo destacan una pobre higiene bucal, alcoholismo, tabaco, presencia de cuerpos extraños en tracto respiratorio inferior y hernia de hiato. La clínica más frecuente es la tos con o sin expectoración, disnea, hemoptisis, dolor costal de características pleuríticas, síndrome constitucional y en ocasiones fiebre. En las pruebas de imagen se suelen observar imágenes de consolidación pulmonar, broncograma aéreo y neumonía cavitada que en la mayoría de las ocasiones sugieren patología neoplásica de base, siendo el diagnóstico de Actinomicosis frecuentemente accidental en la toma de biopsias o tras la resección quirúrgica de la zona afectada. Para el diagnóstico se requiere correlación clínica y radiológica, cultivos positivos y/o granos de azufre en la biopsia y respuesta al tratamiento antibiótico. El tratamiento clásico es penicilina intravenosa durante 2-6 semanas y posteriormente amoxicilina vía oral 6-12 meses existiendo actualmente pautas alternativas de menor duración.

**Conclusiones.** La actinomicosis broncopulmonar por su clínica y hallazgos radiológicos se ha de considerar en el diagnóstico diferencial de neoplasias pulmonares. El diagnóstico inicial en las series revisadas es de neoplasia pulmonar, confirmándose la actinomicosis con material de biopsia o quirúrgico. En la actualidad existen pautas de tratamiento que permiten reducir el tiempo de antibioterapia parenteral y oral, no recomendándose tratamientos menores a tres meses por riesgo de recidivas.

#### A-36

### ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE NEUMONÍA COMUNITARIA BACTERIÉMICA Y NO BACTERIÉMICA: ANÁLISIS DE 608 EPISODIOS CONSECUTIVOS QUE REQUIEREN INGRESO

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

<sup>1</sup>Servicio de Urgencias. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

<sup>2</sup>Departamento de Medicina. Hospital de Sant Boi. Sant Boi de Llobregat (Barcelona).

**Objetivos.** Analizar las diferencias existentes entre los pacientes con neumonía de adquisición comunitaria bacteriémica (NACB) y no bacteriémica (NACnB) que requieren ingreso en una unidad de hospitalización convencional.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo mediante revisión de informes de alta de hospitalización de pacientes con NAC atendidos durante 18 meses

consecutivos (noviembre 2005 - abril 2007). Se excluyen del análisis ingreso de entrada en UCI, neumonía aspirativa, empiema, inmunodepresión, diálisis o infección por el VIH. Variables analizadas: edad, género, procedencia, clasificación pronóstica (Fine, CURB 65), microbiología (esputo, antigenuria, hemocultivos), tratamiento antibiótico, días de ingreso, destino al alta y reconsulta a UCIA (30 días). El análisis estadístico se realiza con el programa SPSS 15.0, con tablas de contingencia con tests de Chi cuadrado o exacto de Fisher para comparar variables categóricas y t de Student para comparar medias (variables continuas). Un valor de  $p < 0.05$  se considera estadísticamente significativo.

**Resultados.** Durante el periodo de estudio, 608 pacientes  $> 18$  años con NAC ingresaron en el hospital, 65 (10,7%) NACB y 543 (89,3%) NACnB. Al comparar ambos grupos, las NACB respecto a las NACnB son más jóvenes (edad media  $65.8 \pm 17.1$  vs  $71.4 \pm 14.7$ ,  $p = 0.005$ ), menos frecuentemente de sexo masculino (55,4% vs 65,4%,  $p = 0.132$ ), con igual procedencia en ambos grupos (95,4% domicilio, 4,6% residencia). Atendiendo a las clasificaciones pronósticas, no obtenemos diferencias significativas ( $p > 0.05$ ) entre ambos grupos: NACB vs NACnB, 20% vs 19,9% Fine de bajo grado, 29,2% vs 31,1% Fine III, 44,6% vs 41,6% Fine IV y 6,2% vs 6,6% Fine V; y 32,3% vs 37,6% CURB 1, 35,4% vs 34,8% CURB 2 y 10,8% vs 10,5% CURB 3 respectivamente. En las NACB respecto las NACnB la antigenuria es positiva en el 64,6% vs 40,5% ( $p < 0.001$ ), 20% vs 18,2% ( $p = 0.73$ ) el cultivo de esputo y antigenuria y/o esputo 76,9% vs 51,4% ( $p < 0.001$ ) respectivamente. El 100% de pacientes recibió tratamiento antibiótico empírico, siendo en las NACB respecto las NACnB significativamente mayor el uso de ceftriaxona en monoterapia (49,2% vs 24,3%,  $p < 0.001$ ) y menor el de levofloxacino (sola o combinada) (36,9% vs 54,7%,  $p = 0.008$ ) y amoxicilina-clavulánico (7,7% vs 17,7%,  $p = 0.051$ ). La estancia media global en las NACB respecto las NACnB fue de  $7.67 \pm 5.44$  vs  $6.37 \pm 5.55$  ( $p = 0.075$ ), con 3,1% vs 2,6% ( $p = 0.68$ ) exitus y ambos grupos utilizaron un segundo recurso (hospitalización domiciliar, centro subagudos) un 7,9%. La revisita al servicio de urgencias a los 30 días del alta fue mayor en las NACB que las NACnB (15,9% vs 7,6%,  $p = 0.05$ ).

**Discusión.** La NAC es una patología de alta prevalencia, siendo la que cursa con bacteriemia de especial importancia por la mayor morbimortalidad que puede comportar. En nuestro estudio comparativo, cabe reseñar la edad media más joven en el grupo de NACB, si bien a la hora de analizar los datos según las escalas pronósticas no hemos observado diferencias significativas. En la identificación del agente causal, la rentabilidad de la antigenuria es muy alta, pero la espera del resultado no debe demorar el inicio de un tratamiento antibiótico empírico precoz.

**Conclusiones.** 1. Las NACB representan más del 10% de NAC atendidas en el servicio de urgencias que requieren ingreso en una unidad de hospitalización convencional. 2. En nuestro estudio, las NACB se observan en pacientes más jóvenes, con valores similares en las escalas pronósticas respecto las NACnB y en más del 75% de casos logramos la identificación causal (además del hemocultivo). 3. La mortalidad global en nuestra serie es baja, siendo la revisita a los 30 días en las NACB más alta que las NACnB debido probablemente a una estancia media baja.

### A-37

#### INFECCIONES EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA

A. Martínez Baltanás, M. Segarra Soria, J. Calduch Broseta, M. Díaz Castellanos y L. Andréu Giménez

Unidad Médica de Corta Estancia - Servicio de Medicina Interna. Hospital de Elda Virgen de la Salud. Elda (Alicante).

**Objetivos.** Analizar las características de los pacientes que ingresan en la Unidad Médica de Corta Estancia del Hospital de Elda por infecciones de cualquier foco.

**Material y métodos.** Se recopilaron los datos de los pacientes ingresados en la Unidad de Corta Estancia del Hospital de Elda durante Mayo y Junio de 2009, basándonos en los siguientes datos del informe de alta: edad, sexo, antecedentes, motivo de ingreso, datos analíticos, radiológicos y microbiológicos, tratamiento, evolución, destino al alta y tiempo de ingreso. Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS.15.

**Resultados.** Se estudió a 62 pacientes: 32 mujeres y 30 hombres, entre 20 y 99 años (media 72,3). Presentaban HTA el 61,3%, DM el 30,6% y DLP el 24,2%. 9,7% eran fumadores. La EPOC fue la patología respiratoria más frecuente (24% del total), 20% tenía gastropatía, 9% cardiopatía isquémica, 8% fibrilación auricular, 9,7% hepatopatía, y 6,5% ictus. Dos pacientes tenían neoplasias. El 24% eran dependientes. El motivo de consulta fue: fiebre (29%), disnea (29%), malestar general (14,5%), diarrea (11,3%), dolor pleurítico (6,5%), disuria (3,2%), tos (3,2%), ictericia (1,6%) y dolor en miembros inferiores (1,6%). Pruebas complementarias: promedio de Hb 12, creat 1,5, PCR 144 y procalcitonina 5,3. La radiografía de tórax fue normal en el 50% y mostraba condensación en el 27%. Muestras microbiológicas: Hemocultivos: se cursaron en 22 pacientes, siendo positivos sólo 2 (SAMS y

*S. agalactiae*). Coprocultivo, recogido en 7 de 8 pacientes con GEA, siendo 2 negativos, 3 positivos para salmonella sp, 1 para *Campylobacter* sp y 1 para *Shigella* sp. Esputo: se cursó en 5 de 6 pacientes con EPOC agudizado, en 1 de 10 infecciones respiratorias y en 5 de 15 neumonías, se aisló flora mixta en 4 muestras, en el resto 1 *M. catharralis*, 1 *E. cloacae*, 1 *E. coli* blea, 1 *S. aureus*, 1 *H. influenzae*, 1 *P. aeruginosa* y 1 *S. pneumoniae*+*E. coli* blea. Sedimento de orina: se recogió en 25 pacientes, mostrando datos de infección en 4. Urocultivo: se realizó en 3 de 4 pacientes con ITU, aislando *E. coli* en 2. Se solicitó toxina *C. difficile* en 1 de 8 pacientes con diarrea siendo negativa.7) Serologías para FOD se solicitaron en 2 pacientes. Los diagnósticos fueron: neumonía adquirida en la comunidad 24%, infección respiratoria 16,1%, PNA 14,5%, gastroenteritis aguda en el 13%, EPOC agudizado 9,7%, infección urinaria 6,5%, neumonía aspirativa en el 4,8%, celulitis de miembro inferior 3,2%. Hubo un caso de cada uno de los siguientes: sepsis de foco cutáneo, colangitis, primoinfección por CMV, endocarditis infecciosa. Relacionando las variables foco y germen causal lo más frecuente fue infección respiratoria con germen causal desconocido (42%) e infección urinaria de etiología desconocida (16%). El antibiótico más prescrito durante el ingreso fue levofloxacino (22,6%), seguido de amoxicilina-clavulánico (17,7%) y cefuroxima (9,7%). Sólo había un caso de resistencia del germen al tratamiento prescrito durante el ingreso, que fue cambiado al alta. El tiempo medio de ingreso fue de 4,05 días (mínimo 1, máximo 15). La evolución fue favorable en el 95,2%, siendo el destino al alta el domicilio (75,8%), UHD (22,6%) y traslado a otro centro en el 1,6%.

**Discusión.** Una muestra considerable fue recogida en un corto periodo de tiempo. La percepción de los médicos de la UMCE es que la toma de hemocultivos no es escasa (aunque es llamativo la frecuente negatividad), si falla la toma de urocultivos y de esputos. La mayor parte de los pacientes que ingresan por infecciones en la UMCE lo hace por infecciones respiratorias o urinarias, pero hemos constatado la variedad de infecciones que se tratan en nuestra unidad. Es importante la actividad conjunta con UHD para que la estancia media de nuestro servicio sea de 1-4 días, pudiendo tratar en domicilio patologías como una endocarditis infecciosa.

**Conclusiones.** Nuestra unidad atiende a un gran número de pacientes consiguiendo estancias medias cortas. La patología infecciosa que atendemos es variada. Es necesario insistir al Servicio de Urgencias en la toma de muestras microbiológicas en pacientes que ingresan con sospecha de infección.

### A-38

#### ADECUACIÓN DE LOS INGRESOS POR NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD SEGÚN CRITERIOS DE GRAVEDAD DE FINE

M. Matia Sanz, C. Gómez del Valle, S. Olivera González, M. Aibar Aguerri, M. Herrero Torrus, M. Torralba Cabeza, B. Amores Arriaga y J. Pérez Calvo

Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

**Objetivos.** Existen dos sistemas de clasificación pronóstica de un paciente con neumonía adquirida en la comunidad (NAC): escala de Fine y CURB-65. Ambos son útiles en la valoración inicial de la gravedad de este proceso y por tanto para decidir su lugar de tratamiento. El objetivo de este estudio es determinar la adecuación de los ingresos en un servicio de Medicina Interna desde el servicio de Urgencias según la clasificación de Fine.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de 96 pacientes, seleccionados al azar, ingresados en el servicio de Medicina Interna del HCU "Lozano Blesa" durante el año 2008, con diagnóstico principal de NAC. Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas, analíticas, radiológicas y de gestión de camas para su estudio y se utilizó para su análisis el programa estadístico SPSS.

**Resultados.** De los 96 casos, 3 pertenecían al grupo I de la clasificación de Fine (3,12%), 4 al grupo II (4,16%), 20 al grupo III (20,83%), 43 al grupo IV (44,79%) y 26 al grupo V (27,08%). Las características epidemiológicas en cada grupo en cuanto a edad media, estancia media y mortalidad se pueden observar en la tabla 1 anexa. Se analizaron también las circunstancias que determinaron el ingreso en los grupos de bajo riesgo (Fine I, II y III) obteniendo los siguientes resultados: 14 casos (51,85%) por insuficiencia respiratoria, 3 (11,1%) por afectación bilobar, 2 (7,40%) por presencia de derrame pleural, 2 por sospecha de masa pulmonar, 2 por edad avanzada, 2 por incapacidad de tratamiento oral, 1 (3,7%) por descompensación DM y 1 por descompensación de arritmia cardíaca.

**Discusión.** La NAC es una causa frecuente de morbimortalidad en nuestro medio que consume gran número de recursos económicos. Con el fin de adecuar los ingresos por este tipo de patología se han creado sistemas de clasificación pronóstica como la escala de Fine para decidir la ubicación más apropiada donde atender a estos pacientes. Al observar los resultados de nuestro centro se ve como existe un porcentaje importante de pacientes ingresados con una puntuación inferior a la estimada para recibir tratamiento hospitalario. Si sumamos los grupos I, II y III de la clasificación de Fine

Tabla 1 (A-38). Características epidemiológicas por grupos

	N, (%)	Edad (Años)	Estancia media (Días)	Mortalidad (%)
FINE I	3, (3,1)	32,6 (DE 15)	6,3 (DE 4,9)	0
FINE II	4, (4,1)	58 (DE 8,3)	6,7 (DE 2,7)	0
FINE III	20, (20,8)	76,9 (DE 8,5)	13,6 (DE 7)	0
FINE IV	43, (44,8)	82,5 (DE 6,7)	12 (DE 7,6)	9,3
FINE V	26, (27)	82 (DE 11,6)	14,2 (DE 13,9)	34,6
Total	96, (100)	78,6 (DE 13,1)	11 (7,2-15)	13,5

se situaría en torno al 28,12%. Si analizamos las causas de ingreso en estas clases con bajo riesgo de muerte observamos que son múltiples con predominio de insuficiencia respiratoria. De estos datos se pueden extraer las limitaciones que tiene dicha escala, en las que sobretodo se infravalora la gravedad en sujetos jóvenes y olvidan factores sociales o circunstancias personales que por sí solos ya serían criterios de ingreso.

**Conclusiones.** La escala pronóstica de Fine para la valoración inicial de la gravedad de NAC puede ayudarnos a la adecuación de los ingresos por este proceso, pero debido a las limitaciones que presenta, en la decisión final debe prevalecer el juicio clínico y la individualización ante cada paciente.

### A-39 IMPACTO DEL ESTADIO DE FIBROSIS HEPÁTICA SOBRE LA EVOLUCIÓN CLÍNICA A LARGO PLAZO DE UNA COHORTE DE 363 PACIENTES COINFECTADOS VIH/VHC

R. Sanmartín, E. Martínez, E. De Felipe, A. Sanvisens, R. Muga, C. Rey-Joly, J. Tor y C. Tural

Servicio de Medicina Interna. H. Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona).

**Objetivos.** 1) Evaluar la evolución clínica, inmunológica y virológica de una cohorte de 363 pacientes coinfectados VIH/VHC desde el momento en que se realiza una biopsia hepática. 2) Evaluar los factores independientes de mortalidad global en esta cohorte.

**Material y métodos.** Entre 1997 y 2006 se practicó una biopsia hepática percutánea dirigida por ecografía a 363 pacientes coinfectados. Los principales criterios para la selección de estos pacientes fueron: CD4 > 200 células/mm<sup>3</sup>, la ausencia de comorbilidades que contraindicaran el tratamiento con interferón, tener una infección controlada por el VIH, ausencia de hepatopatía descompensada y la abstinencia de drogas de abuso. Se determinaron los niveles de CD4 y RNA del VIH cada 6 meses a partir de la biopsia hepática. Las características basales se obtuvieron de la base de datos de la unidad clínica de VIH de nuestro centro. Los datos sobre mortalidad se obtuvieron directamente de las historias clínicas y mediante el registro autonómico de mortalidad. Se utilizó la t de Student y el test de chi-cuadrado para evaluar las diferencias basales y la evolución de los niveles de CD4 y RNA. Se utilizaron curvas de Kaplan-Meier para estimar la supervivencia de acuerdo al grado de fibrosis durante el seguimiento. Se empleó regresión logística multivariante para evaluar los predictores de mortalidad global.

**Resultados.** Características basales: 73% varones; edad 38 años ( $\pm$  5,5); 84% ex-adictos por vía parenteral; 90% recibían tratamiento antirretroviral; CD4 556 ( $\pm$  264); 70% con RNA VIH < 200 cp/mL; 53% genotipo 1 VHC; 29% tenía fibrosis hepática avanzada (F3-F4). El tiempo medio de seguimiento fue de 4,5 ( $\pm$  2,7) años. Se encontraron diferencias significativas entre F0-F2 y F3-F4 en la edad [38 ( $\pm$  5) vs 39 ( $\pm$  6); p = 0,005] y la cifra de CD4 [581 ( $\pm$  268) vs 496 ( $\pm$  246); p = 0,005]. Ciento catorce pacientes recibieron tratamiento con interferón (IFN), de los cuales el 23,6% presentó respuesta viral sostenida. No hubo diferencias significativas en los cambios de carga viral del VIH y de la cifra de CD4 entre los pacientes con F3-F4 y F0-F2 a lo largo del seguimiento. La principal causa de muerte fue la cirrosis (7/23), seguida de neoplasia sólida (5/23). La tasa de mortalidad global fue de 1,41\*100 p-a. Los pacientes con F3-F4 presentaron una tasa de mortalidad significativamente superior que los pacientes con F0-F2 (2,86\*100 p-a vs 0,85\*100 p-a; p = 0,002). La tasa de mortalidad fue mayor en los pacientes no tratados con IFN (1,77\*100 p-a vs 0,89\*100 p-a; p = 0,14). El único factor independiente asociado a muerte global fue el estadio de fibrosis (F3-F4: RR: 3,48; IC 95%: 1,43-8,4, p = 0,006; pacientes tratados con IFN: RR: 0,42; IC 95%: 0,158-1,136, p = 0,08).

**Discusión.** Llama la atención la elevada proporción de hombres de la cohorte, el hecho que la mayoría de pacientes hayan sido usuarios de drogas por vía parenteral y el hecho que la mayoría de pacientes estuviera bajo tratamiento antirretroviral. Cabe destacar la baja proporción de pacientes en estadio avanzado de fibrosis y la baja respuesta viral sostenida después de tratamiento con interferón en los pacientes tributarios a ello. Sorprende que la principal causa de muerte ha sido la cirrosis hepática (siempre en

pacientes con grados evolucionados), seguida de muy cerca por muerte de causa neoplásica.

**Conclusiones.** Los pacientes con coinfección VIH/VHC estable presentan una baja tasa de mortalidad, que se asocia únicamente con la presencia de estadios avanzados de fibrosis en el momento de la biopsia hepática. La cirrosis y las neoplasias sólidas son las principales causas de muerte de estos pacientes. El estadio de fibrosis basal no está asociado con la evolución inmunológica o virológica. Se precisan estudios más amplios para evaluar realmente el impacto del estadio de fibrosis hepática sobre la evolución clínica a largo plazo de los pacientes coinfectados VIH/VHC.

### A-40 ESTUDIO PROSPECTIVO DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: INCIDENCIA CRECIENTE DE CASOS NOSOHUSIALES

R. Núñez Aragón<sup>1</sup>, B. Revollo<sup>1</sup>, L. Mateu<sup>1</sup>, N. Sopena<sup>1</sup>, M. Pedro-Botet<sup>1</sup>, M. Giménez<sup>2</sup>, L. Serés<sup>3</sup> y C. Rey-Joly<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología, <sup>3</sup>Servicio de Cardiología. H. Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona).

**Objetivos.** La Endocarditis Infecciosa (EI) es una enfermedad multidisciplinar, con una elevada morbimortalidad. En los últimos años la práctica de procedimientos invasivos ha aumentado y con ello el riesgo de bacteriemia y de EI. El objetivo de nuestro estudio fue conocer la epidemiología, los factores de riesgo y la evolución de la EI, sobre todo en los casos adquiridos en relación al ambiente hospitalario.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo observacional, comparativo, realizado en el H. Germans Trias i Pujol de Badalona. Se incluyeron pacientes diagnosticados de EI (criterios de Duke), registrados entre enero'03 y enero'09. **Resultados.** Se incluyeron 178 episodios de un total de 170 pacientes diagnosticados de EI. El 67,4% fueron hombres, con una edad media de 62,5  $\pm$  14,3 años, y un índice de Charlson mayor de 3 en un 24,2%. El 68,2% de los casos de EI fueron sobre válvula nativa (aórtica 64,6% y mitral 39,4%). *S. aureus* (20,8%), *S. viridans* (19,7%) y estafilococos plasmocoagulasa negativa (12,9%) fueron los microorganismos causales más frecuentes. Las complicaciones más frecuentes fueron: insuficiencia valvular grave en un 58,4%, insuficiencia cardiaca en un 37,6%, absceso perivalvular en el 20,2%, ictus en 16,9% y shock en 15,2% de los casos. La cirugía estuvo indicada en el 74,2% de los casos, pero sólo el 54,5% fueron intervenidos, 21,9% de forma precoz (< 7 días). La mortalidad directamente relacionada fue del 27,5%. 40 (22,4%) de los episodios fueron de origen nosohusial, con un incremento significativo de estos en los últimos años (32,6% 2006-2009 vs. 12,4% 2003-2005). Estos pacientes fueron mayores (65,1  $\pm$  11,7 vs. 61,8  $\pm$  14,9 años), tuvieron mayor comorbilidad (índice de Charlson mayor o igual a 3 en 56,4% vs. 15,3%). *S. aureus* (35% vs. 16,7%) y *Enterococcus faecalis* (20% vs. 7,2%) causaron con mayor frecuencia casos de origen nosohusial y tuvieron una mayor mortalidad directamente relacionada (50% vs. 21%) que los de origen comunitario.

**Conclusiones.** La EI de origen nosohusial, ha aumentado en los últimos años y tiene una mayor mortalidad. Hemos de estar alerta y pensar en esta etiología ante un paciente ingresado sobre el que se han realizado diversos procedimientos invasivos.

### A-41 ANÁLISIS DE CASOS ENFERMEDAD DE WHIPPLE INGRESADOS EN LA ÚLTIMA DÉCADA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

B. Díaz Pollán, B. González Casanova, C. Granda Paris y C. Gómez Sánchez-Biezman

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

**Objetivos.** La Enfermedad de Whipple es extraordinariamente rara; de hecho sólo se diagnosticaron 696 casos entre los años 1907 y 1987, lo que supone al año una incidencia no superior a 30 casos en todo el mundo. Es

por tanto difícil saber cual es la incidencia real en nuestro área. A raíz de la sospecha diagnóstica en un paciente ingresado en nuestra unidad, nos planteamos conocer la prevalencia en nuestro medio, y sus características. **Material y métodos.** Se solicitó al servicio de documentación clínica de nuestro hospital mediante el código de la clasificación de enfermedades internacionales CIE-9 modificada, el registro de pacientes que presentaban dicho diagnóstico al alta (O40.2). Dado que la frecuencia de dicha patología es baja, posteriormente se procedió a la revisión de las historias clínicas de dichos pacientes.

**Resultados.** Sobre un total de 287.839 ingresos registrados en los últimos 10 años, 5 pacientes fueron diagnosticados de Enfermedad de Whipple. A continuación describimos las características de estos pacientes. 1. Mujer de 33 años que consulta por S. constitucional, artralgias y fiebre de un mes de evolución. Al ingreso presentó crisis comicial. Tras realizarse TAC-RMN cerebral se observa lesión frontal izquierda con realce en anillo; se determinó serología de VIH que fue positiva. La Biopsia cerebral sugiere E. Whipple. Recibió tratamiento con Cotrimoxazol oral durante 1 año; sin recidiva posterior. 2. Varón de 58 años que consulta por 2 años de evolución de S. constitucional y diarrea con malaabsorción. Se realizó ECO- TAC abdominal y Gastro-colonoscopia sin alteraciones. Cápsula endoscópica que visualiza Linfangiectasias en intestino delgado. La biopsia yeyunal observa lesiones sugerente E. Whipple. Recibió tratamiento con Ceftriaxona durante 2 semanas y Cefixima 1 año. No ha presentado recidiva. 3. Varón de 66 años que presenta S. constitucional, artralgias migratorias, serositis, hepatomegalia y Gammapatía de significado incierto Ig G kappa de un año de evolución. El TAC Abdominal presentó adenopatías mesentéricas. La biopsia de una adenopatía es compatible con E. Whipple. Se trató con Ceftriaxona durante 2 semanas y Cotrimoxazol, retirado por reacción cutánea, sustituido por Doxiciclina y Cefixima durante 1 año. No recidivó. 4. Mujer de 50 años que consultó por obstrucción intestinal. Se realizó TAC Abdominal que evidencia hernia interna, con torsión de asa intestinal. El resultado anatomo-patológico obtenido tras la cirugía observó granulomas hipofágicos, sugerente E. Whipple. Recibió Cefixima durante 1 año, sin recidiva. 5. Varón de 55 años con clínica de 10 años de evolución de diarrea con malaabsorción, serositis, hepatomegalia, artralgias migratorias y lesiones cutáneas evanescentes. Se realizó Gastro-colonoscopia que objetivó lesiones inespecíficas a nivel del duodeno con biopsia duodenal sugerente de E. Whipple. Se pautó Ceftriaxona 2 semanas y cotrimoxazol oral. Reingresó por crisis comicial y pseudotumor orbitario, en la RMN cerebral se observa lesión en área pericallosa frontal izquierda. Se modificó el tratamiento con Penicilina G sódica 24 millones y 1 gramo de Estreptomina, pautándose como mantenimiento Doxiciclina y Cefixima oral. Posteriormente el paciente se recuperó hasta la normalidad. **Discusión.** Según los resultados de nuestro estudio comprobamos que la incidencia es poco frecuente, en nuestro medio 1 caso cada dos años. Su forma de presentación es muy abigarrada, en pocas ocasiones sólo como cuadro de malaabsorción clásico, por lo que dificulta su diagnóstico y precisa de un número importante de pruebas diagnósticas y consultas antes de su sospecha. Una vez diagnosticada el tratamiento antibiótico es eficaz, aunque en uno de los casos su afectación, presentó recidiva clínica al paso del tratamiento a oral. Varios de los pacientes sufrieron reacciones adversas con el tratamiento oral con cotrimoxazol.

**Conclusiones.** 1. La enfermedad de Whipple es muy poco común, 1 caso diagnosticado cada 2 años. 2. La sospecha clínica no debe plantarse sólo por malaabsorción; debemos sospechar su diagnóstico en muchas otras ocasiones, incluso en VIH. 3. El tratamiento prolongado es eficaz, y además tiene buen pronóstico una vez diagnosticada; ninguno de nuestro pacientes ha fallecido por esta patología.

#### A-42

### LISTERIOSIS INVASIVA (LI) EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ESPAÑA: 1984-2009

**B. Revollo<sup>1</sup>, M. Pedro-Botet<sup>1</sup>, S. Blanco<sup>1</sup>, M. Giménez<sup>2</sup>, L. Mateu<sup>1</sup>, J. Modol<sup>1</sup>, N. Sopena<sup>1</sup> y C. Dávila<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas, <sup>2</sup>Departamento de Microbiología. H. Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona).

**Objetivos.** Describir las manifestaciones clínicas y la evolución de las infecciones invasivas por Listeria en el tiempo y caracterizar cepas de *L. monocytogenes* de origen clínico mediante serotipaje y PFGE.

**Material y métodos.** Se revisaron todos los casos de infección invasiva por *L. monocytogenes* detectados en el Departamento de Microbiología de este hospital desde 1984 hasta febrero de 2009. Los pacientes fueron clasificados en dos grupos: 1 (1984-1996) y 2 (1997-2009). Las cepas aisladas fueron sero (ST) y genotipadas mediante restricción enzimática por Apa I, según método del CDC.

**Resultados.** 83 pacientes (21 del grupo 1; 62 del grupo 2) con un predominio de varones (59%) fueron incluidos en el estudio. La edad media de 54,5 años (0-87), fue significativamente mayor en el grupo 2. 9,8% fueron

de origen nosocomial, siendo el porcentaje mayor en los del grupo 1. El 83,1% de los pacientes presentaba alguna enfermedad de base de las que destacaron la hepatopatía crónica (32,5%) y el cáncer (30,1%). Se observó un incremento de cardiopatas y de pacientes con cáncer, así como una disminución de infectados por el VIH en el grupo 2. 31,3% y 30,1% estaban recibiendo corticoides e inmunosupresores respectivamente, con un incremento de ambos en el grupo 2. El 9,9% eran mujeres embarazadas, 82,3% presentaba una sepsis, 41,8% meningocelalitis y 25% infecciones focales. El 22,2% requirieron UCI y la mortalidad fue del 24,1%. Los hemocultivos fueron positivos en 79,1% de los casos y los cultivos de LCR en 37,3%. El ST 4 fue el más prevalente en ambos grupos, aunque existieron casos causados por ST 1 en el grupo 2. Se estudiaron 20 cepas (1995-2009) mediante PFGE y se identificó 7 genotipos que permitieron descubrir 4 brotes, 1 de los cuales incluyó 13 casos clínicos ocurridos entre 2000 y 2008.

**Discusión.** Las infecciones invasivas por Listeria son adquiridas principalmente por la ingestión de comida contaminada y han sufrido un incremento importante en los últimos años, debido al uso frecuente de comida precocinada. La diversidad genética de Listeria es notoria y el estudio genotípico de este microorganismo mediante Electroforesis en Campo Pulsado (PFGE) ha permitido descubrir brotes no sospechados previamente.

**Conclusiones.** Asistimos a un aumento progresivo de la incidencia y mortalidad de la listeriosis invasiva. El análisis molecular de Listeria permite descubrir brotes inaparentes. La vigilancia epidemiológica de la listeriosis es necesaria.

#### A-43

### INFECCIÓN URINARIA NOSOCOMIAL EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA

**M. García Viejo<sup>1</sup>, A. Noguera Asensio<sup>2</sup> y Grupo de estudio ITU-GTEI (SEMI)**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Sofía. Madrid.

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

**Objetivos.** El objetivo de este estudio es el análisis de las características de pacientes ingresados en Servicios de Medicina Interna de diversos hospitales de España con el diagnóstico de ITU de adquisición intrahospitalaria.

**Material y métodos.** Subestudio de pacientes con ITU intrahospitalaria dentro de un estudio principal observacional, descriptivo y retrospectivo, de pacientes con ITU como diagnóstico principal o secundario al alta hospitalaria (Octubre-Diciembre 2.007). Se registraron variables de filiación, criterios utilizados en el diagnóstico, presencia de factores de riesgo para ITU complicada, resultados microbiológicos.

**Resultados.** El estudio fue realizado sobre 992 pacientes, reclutados en un total de 57 centros hospitalarios. La edad media fue de 75,3 años (DS 16,5), con predominio en mujeres (61,8%) y con dependencia total o parcial en el 53,5%. El 18,1% procedían de Residencia y el 23% (n: 214) adquirió la ITU en el hospital. El subanálisis de pacientes con ITU intrahospitalaria, respecto a pacientes con ITU de la comunidad, mostró diferencias significativas (p < 0.05) en las siguientes variables. La edad media fue de 78,77 vs 74,35 años. Los factores de riesgo para ITU complicada fueron más frecuentes en la ITU intrahospitalaria: sondaje o manipulación (50,5% vs 16,2%), antibioterapia previa (30,8% vs 20,4%), inmunosupresión (18,7% vs 11,2%), Infección en sondado (23,8% vs 6,6%). Los diagnósticos de ITU más frecuente fueron "ITU no especificada (45,3% vs 35,2%) e infección en paciente sondado (23,8% vs 6,6%). Se asociaron otras infecciones en el 34,1% vs 16,9% de los pacientes. Desde el punto microbiológico, *Enterococcus* spp fue más frecuente en ITU intrahospitalaria (8,9% vs 4,2%) y *E. coli* en las ITUs de la comunidad (48,8% vs 39,7%). Demoras al alta fueron más frecuentes en ITU nosocomial (26,2% vs 10,3%). No se objetivaron diferencias en la mortalidad entre ambos grupos.

**Conclusiones.** Los pacientes con ITU nosocomial, en los servicios de medicina interna, son de edad más avanzada, con mayor frecuencia de factores de riesgo para ITU complicada. El diagnóstico más frecuente es ITU no especificada, seguido infección en paciente sondado, y siendo *Enterococcus* spp significativamente más frecuente que en la ITU de la comunidad. Pacientes con ITU nosocomial presentan más frecuentemente demora del alta pero no mayor mortalidad.

#### A-44

### MENINGITIS AGUDA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN ADULTOS

**M. López Cano, P. Laguna, P. García, A. Castañeda, M. Agud y C. García**  
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

**Objetivos.** La meningitis aguda (MA) es una enfermedad grave, tanto por su incidencia como por causar la MA bacteriana (MAB) mortalidad y secuelas neurológicas. Las series de MA que analizan sólo enfermos adultos son

relativamente escasas. El objetivo de este trabajo es describir las características de la MA adquirida en la comunidad en adultos.

**Material y métodos.** Revisión de las historias de pacientes de edad > 14 años diagnosticados de MA comunitaria en nuestro hospital entre 1982 y 2006, incluyendo sólo aquellos que cumplieron unos criterios diagnósticos preestablecidos.

**Resultados.** Se incluyen 159 casos de MAB y 76 de MA aséptica (MAA). La edad fue un rasgo diferencial entre ambas ( $50 \pm 21$  vs.  $25 \pm 9$  años,  $p < 0,001$ ; 28% vs. 82% se diagnosticaron a pacientes de 14-33 años), pero no se observaron diferencias estacionales. Existieron factores predisponentes en el 59% de MAB, siendo los más frecuentes la otitis media (19%) y la fístula de LCR (14%). La fiebre (91% vs. 78%,  $p = 0,004$ ), la rigidez de nuca (77% vs. 57%,  $p = 0,001$ ), el exantema cutáneo (14% vs. 1%,  $p = 0,003$ ) y la reducción del nivel de conciencia (67% vs. 1%,  $p < 0,001$ ) ocurrieron más frecuentemente en MAB, y la cefalea (85% vs. 100%,  $p < 0,001$ ) en MAA. El 18% y 16% de MAB desarrollaron complicaciones neurológicas y sistémicas, respectivamente. El 66% de MAB cursaron con la triada en LCR de pleocitosis neutrofilica, hipoglucoorraquia y proteínas elevadas; el recuento de leucocitos fue normal en 2,5% de casos, la cuantificación de proteínas en 5,7% y la glucosa en 27%; la tinción de Gram fue positiva en el 45% y el cultivo en el 57%. Presentaron pleocitosis linfocítica, glucosa normal y proteínas normales o elevadas el 89% de las MAA, observándose pleocitosis neutrofilica en el 8%. Se identificó la etiología en 63% de MAB, siendo las más frecuentes *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis* y *Listeria monocytogenes* (40%, 21% y 12% del grupo de etiología conocida, respectivamente). Se aisló *N. meningitidis* en el 64% de MAB con exantema, no identificándose la etiología en las restantes. Se hizo TC craneal con más frecuencia en MAB (73% vs. 18%,  $p < 0,001$ ): los hallazgos más comunes fueron las alteraciones sugestivas de solución de continuidad en meninges, el edema cerebral y la ventriculomegalia, siendo normal en MAA. Fallecieron el 10,7% de MAB y ninguna de las MAA.

**Discusión.** La evaluación diagnóstica en pacientes con MA tiene inicialmente dos objetivos: diferenciar entre MAB y MAA, e iniciar el tratamiento inmediato en la primera. El análisis microbiológico de LCR (Gram y cultivo) es básico, pero puede ser negativo en MAB. La edad, la presencia de factores predisponentes de MAB, la sintomatología y el patrón analítico de LCR permiten entonces su diferenciación.

**Conclusiones.** 1) En un tercio de MAB comunitarias no se identifica la etiología, siendo los agentes aislados más frecuentemente *Strep. pneumoniae*, *N. meningitidis* y *L. monocytogenes*. 2) En ausencia de diagnóstico microbiológico, los principales rasgos diferenciales entre MAB y MAA son clínicos (edad superior, presencia de factores predisponentes, fiebre, alteración del nivel de conciencia y exantema cutáneo sugieren origen bacteriano) y de análisis de LCR (aunque es frecuente que no cursen con el patrón característico). 3) La MAA tiene un curso benigno, mientras que el 11% de pacientes con MAB fallecen.

#### A-45 MENINGITIS AGUDA BACTERIANA SECUNDARIA A ANALGESIA ESPINAL

**A. Castañeda Pastor, P. Laguna del Estal, P. García Montero, M. López-Cano Gómez, R. García Madero y M. Gil Navarro**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.*

**Objetivos.** La analgesia por vía espinal (epidural o intratecal) tiene un creciente campo de aplicación en el tratamiento tanto del dolor agudo postoperatorio como del dolor crónico (neoplásico o de otro origen). Las complicaciones más graves de la técnica son los hematomas epidurales y las infecciones profundas: absceso epidural y paraespinal, y meningitis aguda bacteriana (MAB). El objetivo del trabajo es la descripción de 8 casos de MAB asociados a analgesia por vía espinal atendidos en nuestro hospital.

**Material y métodos.** Se revisaron las historias clínicas de los pacientes de edad mayor o igual a 14 años diagnosticados de MAB en un hospital entre 1982 y 2006, incluyendo en el estudio los casos en los que el factor predisponente para la infección fue el ser portador de un dispositivo para analgesia por vía espinal.

**Resultados.** Se diagnosticaron 8 casos en 239 MAB (3,3%), de edad comprendida entre 35-80 años, 6 hombres. Los dispositivos implantados para tratamiento del dolor (no neoplásico en todos los enfermos) fueron: catéter epidural (4 casos), electrodo epidural (1) y catéter intratecal (3). Se desarrolló la infección entre 7 y 101 días del implante. Clínicamente cursaron con fiebre (8 casos), cefalea (7), alteración de conciencia (3), vómitos (2) y rigidez de nuca (4), diagnosticándose tras 1-20 días de sintomatología. Sólo un paciente mostró signos de infección a nivel cutáneo. Ninguno desarrolló absceso epidural o paraespinal (se descartó por TC o RM en 4 casos). En LCR se observó pleocitosis (8 casos) con predominio de neutrófilos (7), proteínas elevadas (8) e hipoglucoorraquia (5). La etiología de la meningitis fue: *Staphylococcus epidermidis* (2 casos), *Staphylococcus aureus* (2), *Enterococcus faecalis* (1), *Streptococcus milleri* (1) y flora mixta (*Staph. epidermidis* y

*Pseudomonas fluorescens*) (1); los cultivos resultaron negativos en un caso. Además de la administración de antibióticos según antibiograma (vancomicina y ciprofloxacino en el paciente con etiología no identificada) durante 14-21 días, se retiró el dispositivo en todos los pacientes como parte del tratamiento. El cultivo del catéter retirado resultó positivo en 4 de 5 casos. Curaron sin secuelas 7 pacientes, falleciendo uno con infección por *Staph. aureus*.

**Discusión.** La tasa de complicaciones infecciosas profundas secundarias al uso de catéteres intraspinales es de 0-0,7%, muy inferior a la de infecciones superficiales, que oscila entre 4,3-43%. Como factores de riesgo para la infección se han propuesto factores del paciente (comorbilidad como diabetes o inmunodepresión), la localización del catéter (más riesgo a nivel torácico), las dificultades técnicas durante su inserción y el tiempo prolongado de permanencia del mismo, entre otras. El cuadro clínico en infecciones meníngeas es el clásico de la MAB, y si asocia absceso epidural el paciente puede presentar también dolor local y sintomatología neurológica dependiente de su localización. Los agentes etiológicos más frecuentes son *Staphylococcus* spp. El tratamiento incluye antibióticos, la retirada del catéter (para asegurar la curación y evitar recidivas de la infección) y, en caso de absceso, valoración neuroquirúrgica para drenaje y descompresión.

**Conclusiones.** Aunque la analgesia por vía espinal constituye el factor predisponente para la infección en un reducido número de MAB, la considerable morbilidad de la enfermedad obliga a considerarla en el diagnóstico diferencial del síndrome febril que afecta a pacientes portadores de dispositivos para analgesia epidural o intratecal.

#### A-46 TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO PARENTERAL EN DOMICILIO (TAPD) EN LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA (EI). SITUACIÓN EN 2008

**K. Leizaola Arregui, M. Iburguren Pinilla, A. Eguluz Pinedo, A. Azkune Galparsoro, M. Bustinduy Odriozola, N. Pérez Fernández, A. Cuende Garcés y M. Goenaga Sánchez**

*UEI-MI-HAD. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea. Donostia-San Sebastián (Guipúzcoa).*

**Objetivos.** Evaluar el resultado del TAPD en pacientes diagnosticados de EI en un Hospital terciario durante un año.

**Material y métodos.** Se identificaron todos los casos de EI diagnosticados en el Hospital de Donostia durante el año 2008. Para ello se utilizó un registro prospectivo de los casos. En todos los casos el TAPD se realizó por la Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHAD) del centro.

**Resultados.** De 25 casos de EI (criterios de Duke), 11 casos (44%) fueron tratados con TAPD. 82% varones, 18% mujeres. Rango de edad 37-83 años, media 61 años. Todos los pacientes fueron evaluados por un internista o infectólogo en el hospital y presentaban estabilidad clínica, 3 pts requirieron IQ. Las válvulas afectadas fueron: mitral natural (4), aórtica (4- 2 protésicas, 2 naturales-), tricúspide (2), pulmonar y en cable de marcapasos (1). En un caso hubo afectación de 2 válvulas (Ao p +MI n). Los microorganismos aislados fueron *S. epidermidis* (3), *S. bovis* (3), *G. morbillorum*, *S. gallolyticus*, *S. oralis*, *Enterococcus* sp y negative (1). En todos los casos el tratamiento se inició en el hospital. Los antibióticos utilizados inicialmente fueron ceftriaxona (4-con gentamicina in 3 casos), ampicilina/gentamicina (4), vancomicina/gentamicina (3). En 4 casos el tratamiento fue cambiado a daptomicina. La vía iv utilizada fue VP (5), CCIP (5) and CC (1). La media de estancia en el hospital fue de 16 d (rango 3-40 d) y en domicilio 23 d (rango 2-49 d). De media el 57% (rango 11-90%) del tratamiento se realiza en el domicilio. En 8 casos (73%) se realizó el tratamiento completo en el domicilio con buena respuesta clínica. 3 pacientes tuvieron que reingresar (días 2, 20, 21), dos con problemas de acceso venoso (trombosis e infección relacionada con el catéter) y uno (día 2) por una hemorragia intracerebral (paciente anticoagulado). En el seguimiento (rango 2-9 meses) 10 pacientes curaron y uno ha fallecido (hemorragia intracerebral).

**Conclusiones.** Tras una cuidadosa selección y seguimiento de los pacientes y con una UHAD bien preparada, las EI pueden ser tratadas en el domicilio con seguridad. Además de las infecciones por *S. viridians* otros microorganismos pueden ser tratados sin, por ello, empeorar los resultados.

#### A-47 TOXICIDAD ASOCIADA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN UNA COHORTE DE PACIENTES INMIGRANTES CON INFECCIÓN POR EL VIH (PERÍODO 1998-2008)

**J. Vega Cervantes, F. Vera Méndez, G. Tornel, E. Peñalver y A. Rodríguez Pavia**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Área Santa María del Rosell. Cartagena (Murcia).*

**Objetivos.** Identificar y describir la toxicidad asociada al tratamiento antirretroviral (TARV) en una cohorte de pacientes VIH+ e inmigrantes que residen en el área sanitaria de Cartagena (Murcia).

**Material y métodos.** Estudio de cohortes en el que se incluyeron todos aquellos pacientes inmigrantes que fueron diagnosticados de infección por el VIH desde el 1 de Enero de 1998 hasta el 31 de Marzo de 2008. En la evaluación del tipo de toxicidad se diferenciaron tres tipos: toxicidad específica de clase, inespecífica e individual.

**Resultados.** De los 95 pacientes incluidos, 80 pacientes tuvieron experiencia con TARV y en ellos se identificaron durante el tiempo de seguimiento clínico (127,2 ± 111 semanas) 36 episodios de toxicidad en 25 (31.2%) pacientes. Los principales episodios de toxicidad fueron de clase o familia (N = 17; 47.2%) y destacaron: lipoatrofia por Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos (ITIAN) (N = 3); toxicodermia por Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos (ITINN) (N = 1) y toxicidad metabólica asociada a Inhibidores de la proteasa (IP) [hipertriglicidemia (N = 6), hipercolesterolemia (N = 4), hiperglucemia (N = 2) y lipohipertrfia (N = 1)]. Los principales episodios de toxicidad no específica de clase o familia (N = 11; 30.5%) le siguieron en frecuencia: hepatotoxicidad (N = 4), leucopenia (N = 3), diarrea (N = 3) y vómitos (N = 1). Los principales eventos de toxicidad específicos de fármaco (N = 8; 22.2%) fueron: hiperbilirrubinemia por Atazanavir (N = 2), rash cutáneo por Abacavir (N = 1), insuficiencia renal por Tenofovir (N = 2) e Indinavir (N = 1), anemia central por Zidovudina (N = 1) y neurotoxicidad (mareos/vértigos) mediada por Efavirenz (N = 1).

**Conclusiones.** 1) La toxicidad clínica y analítica fue frecuente en el colectivo inmigrante. 2) Predominaron los efectos adversos de clase de antirretrovirales de grado leve y moderado, destacando las alteraciones metabólicas asociadas a IP.

#### A-48

##### CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DE LAS PIELONEFRITIS QUE PRECISAN INGRESO HOSPITALARIO

R. Serrano, E. Muñoz, I. Cantero, M. Pacheco, S. Pérez y R. Pascual

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Elda Virgen de la Salud. Elda (Alicante).

**Objetivos.** Analizar los aislamientos de los urocultivos de las pielonefritis agudas (PNA) que precisan ingreso hospitalario. Comparar el patrón de sensibilidad de los aislados en mujeres, hombres y niños con los aislados del total de urocultivos del área.

**Material y métodos.** Análisis retrospectivo descriptivo de las PNA ingresadas en el hospital durante el período comprendido entre mayo del 2006 y mayo del 2008. Se elaboró una ficha de recogida de datos que incluía variables demográficas, epidemiológicas, datos clínicos, bioquímicos, microbiológicos.

**Resultados.** Se analizaron 201 PNA, 151 mujeres, media de edad 41,89 y 50 hombres, media de edad 52,16. 32 (15,9%) eran menores de 14 años. Resultaron + el 64,61% de los urocultivos. Se aislaron: *E. coli*, 84 %, *K. pneumoniae* 2,3%, *Proteus mirabilis* 2,3%, *P. aeruginosa* 0,8%, *Candida* spp. 0,16%, polimicrobiana 12,3%, otras bacterias 4,7%. Las sensibilidades de *E. coli* en los diferentes grupos se reflejan en la tabla 1, expresados en % y número. Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las sensibilidades de las mujeres > y < de 50 años y entre los aislados en las PNA respecto al total de los urocultivos (76% de sensibilidad a ciprofloxacino). Se aislaron 3 *E. coli* productoras de BLEEs en 3 mujeres (media de edad 76 años, 2 con antecedentes de ITU y bacteriuria asintomática previas, que habían recibido tratamiento antibiótico anterior).

**Discusión.** En nuestro medio existen diferencias sustanciales en los patrones de sensibilidad de las PNA respecto al total de los urocultivos del área y de Atención Primaria, con un mejor perfil en el caso de las PNA excepto para las mujeres mayores de 50 años. El carácter retrospectivo y el pequeño tamaño muestral de algunos de los grupos son las dos principales limitaciones del estudio. Al haberse incluido sólo las PNA ingresadas no podemos extrapolar los resultados a aquellas que no precisan ingreso. A pesar de todo los resultados son importantes de cara a adoptar pautas antibióticas en las PNA que ingresan en nuestro hospital.

**Conclusiones.** *E. coli* es el germen más frecuente en las PNA con un patrón de sensibilidad más favorable respecto a los aislados en el total de los urocultivos. En nuestra área, ciprofloxacino podría incluirse en el tratamiento empírico inicial de la PNA del adulto, excepto en las mujeres > de 50 años.

#### A-49

##### ASLAMIENOS MICROBIOLÓGICOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL DE MEDIA-LARGA ESTANCIA: GÉRMESES MÁS PREVALENTES Y PERFIL DE RESISTENCIA A ANTIBIÓTICOS

A. Pardo Cabello<sup>1</sup>, S. Bermudo Conde<sup>1</sup>, C. Gracián Alcaide<sup>1</sup>, T. Pedrosa Rivas<sup>2</sup>, P. Jiménez Fernández<sup>2</sup> y A. García Águila<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Laboratorio. Hospital de San Rafael de Granada. Granada.

**Objetivos.** Describir los microorganismos más frecuentemente aislados en orina, esputo y exudados de úlceras/heridas de pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna de un hospital de media-larga estancia así como su perfil de resistencia a antibióticos.

**Material y métodos.** Se revisaron 180 muestras de pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital San Rafael de Granada. Este Centro recibe pacientes procedentes de hospitales de segundo y tercer nivel de la provincia de Granada para rehabilitación (principalmente neurológica y traumatológica), continuación de cuidados medios, cuidados paliativos y problemática social. Del total de las muestras estudiadas (n = 180), 109 procedían de urocultivo, 36 de esputo/broncoaspirado (BAS) y 35 de exudados de úlceras por presión (UPP)/herida que fueron recogidas a lo largo de tres meses (24/3/09 al 24/6/09).

**Resultados.** En relación a los urocultivos (n = 109), los gérmenes más prevalentes fueron *E. coli* en 52 casos (48%), *K. pneumoniae* en 12 (11%) y *E. faecalis* en 6 (6%). Con respecto a la sensibilidad antibiótica en urocultivos, el 88% de los *E. coli* eran sensibles a imipenem, el 77% a fosfomicina y el 62% a amikacina, mientras que sólo el 40% lo eran a ciprofloxacino y el 37% a amoxicilina-clavulánico. Los aislamientos de *K. pneumoniae* mostraron mayor sensibilidad a imipenem (92%) seguido de amikacina, cefepime y fosfomicina (67%) mientras que *E. faecalis* mostró mayor sensibilidad a vancomicina, teicoplanina y ampicilina (50%). Los microorganismos más frecuentes en cultivos de esputo/BAS (n = 36) fueron *P. aeruginosa* en 8 casos (22%), *K. pneumoniae* en 6 (17%) y *E. coli* en 3 (8%). La sensibilidad de *P. aeruginosa* en esputo fue del 38% a meropenem y piper/tazo y del 25% a aztreonam y ceftazidima. *K. pneumoniae* mostró una importante multiresistencia con una sensibilidad del 17% a carbapenemes, cefalosporinas de 3ª generación, ciprofloxacino y aztreonam. *E. coli* en esputo fue sensible a meropenem en el 100% de los casos y a piper/tazo y cefalosporinas en un 67% respectivamente. En cuanto a los exudados (n = 35), se aislaron *P. mirabilis* en 11 casos (31%), *E. coli* en 9 (26%) y *K. ascorbata* en 3 (9%). *P. mirabilis* fue sensible en un 91% de los casos a meropenem, en un 82% a imipenem y en el 64% a piper/tazo. *E. coli* mostró una sensibilidad del 89% a amikacina y piper/tazo, del 78% a imipenem y del 75% a meropenem. *K. ascorbata* presentaba una sensibilidad del 67% a carbapenemes, cefalosporinas de 4ª generación, amikacina y piper/tazo respectivamente.

**Discusión.** En relación a los urocultivos, nuestros datos coinciden con los publicados en la encuesta EPINE 2007 donde los microorganismos más prevalentes fueron *E. coli* (34%), *P. aeruginosa* (10%), *E. faecalis* (8.6%) y *K. pneumoniae* (8.5%). Con respecto a los cultivos de esputo/BAS, se detectaron algunas diferencias respecto a EPINE pues, aunque *P. aeruginosa* fue la más prevalente en nuestro centro (coincidiendo con EPINE), nosotros presentamos mayor prevalencia de *K. pneumoniae* y *E. coli* frente a *Acinetobacter* (10%) y MRSA (8.7%) descritos en EPINE. Dicha diferencia podría radicar en la características de nuestros pacientes junto a la ausencia de UCI en nuestro centro. En referencia a los cultivos de UPP, nuestros datos coinciden con los de SEIMC que sitúan los BGN como gérmenes más prevalentes a ese nivel. En referencia a la sensibilidad, los gérmenes de nuestra serie presentaron una resistencia mayor a la descrita por EPINE: *E.*

Tabla 1 (A-48). Porcentaje de sensibilidades de *E. coli* en los diferentes grupos

Antibiótico	Total (128)	Hombres (25)	Niños < 14 (28)	Total mujeres (79)	Mujeres > 50 (28)	Mujeres < 50 (51)
Ampicil.	39,5(49)	36(9)	25.9(7)	41,3(31)	33,3(9)	45,8(22)
Amoxi-clavu	90,2(111)	92(23)	92.6(25)	92(69)	88,9(24)	93,8(45)
Cefazol-Cefalex	91,1(112)	92(23)	93,1(27)	94,7(71)	85,2(23)	100(48)
Cefuroxi.	91.9(114)	96(24)	96.4(27)	94,7(72)	85,2(23)	100(49)
Cefotaxi.	95,2(118)	100(25)	100(28)	96,1(73)	88,9(24)	100(49)
Trimetro-sulfam.	71,2(89)	80(20)	67.9(19)	67,1(51)	51,9(14)	75.5(37)
Fosfom.	97,6(122)	100(25)	100(27)	100(76)	100(28)	100(48)
Ciproflo.	85,6(107)	92(23)	92.6(25)	85.5(65)	71,4(20)	93,8(45)
Nitrofur.	95,2(119)	86,2(25)	100(27)	86,7(72)	78,1(25)	92,2(47)

*coli* presentó una resistencia del 62 y del 50% a ciprofloxacino y cefotaxima respectivamente frente al 17 y 8% descritos en EPINE; *K. pneumoniae* presentó una resistencia del 56% a ciprofloxacino y cefotaxima frente al 14% del EPINE; *P. aeruginosa* presentó una resistencia del 100% a cefotaxima, del 73% a ciprofloxacino y del 52% a carbapenemes frente al 7, 11 y 3% respectivamente descritos en EPINE.

**Conclusiones.** A la vista de los resultados obtenidos, creemos necesario insistir en el uso racional de antibióticos así como sustentar dichos tratamientos en cultivo y antibiograma dado el alto índice de resistencias.

#### A-50 PACIENTES INGRESADOS CON NEUMONÍA EN MEDICINA INTERNA. INFLUENCIA DE LA ACTIVIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

**J. Barquero-Romero, M. Beltrán Pérez y A. Amador Rando**  
*Servicio de Medicina Interna. Complejo H. Universitario de Badajoz. Badajoz.*

**Objetivos.** Introducción: la asistencia sanitaria de calidad tiene como eje central al paciente, lo que exige un esfuerzo de coordinación entre los actuales niveles asistenciales. Objetivos: hemos querido conocer qué factores diferenciales existen, en la población ingresada por neumonía en Medicina Interna, entre los pacientes que fueron ingresados tras ser atendidos en Atención Primaria de aquellos que acudieron al hospital sin haber pasado por el primer nivel asistencial.

**Material y métodos.** Entre los meses de Enero a Mayo de 2009, se recogieron prospectivamente los pacientes ingresados por neumonía adquirida en la comunidad (cuadro respiratorio clásico mas condensación radiológica) excluyendo los pacientes en situación terminal o con disfunción sensorial que imposibilitara la valoración. Mediante un cuestionario diseñado al efecto se entrevistó a los pacientes durante el ingreso. Recogimos datos epidemiológicos básicos, datos socio-sanitarios, comorbilidad y test de Fine. Análisis estadístico con programa G-stat.

**Resultados.** Cumplieron los criterios de inclusión 76 pacientes (H 48(63%)/M28(37%)), con una edad media de  $77 \pm 1,4$ . Estancia media  $10,6 \pm 0,8$  días. Por la clasificación de Fine para la gravedad de la neumonía encontramos: Grupo I 1(1%), Grupo II 7 (9%); Grupo III 19 (25%); Grupo IV 33 (43%); Grupo V 16 (21%). Mortalidad 8%. Entre los procesos patológicos recogidos encontramos: Enf respiratoria crónica 37 (48%); Enf neoplásica 10 (13%), HTA 51 (67%), Diabetes 23 (33%); Dislipemia 18 (23%); Insuf cardiaca 20 (26%); cardiopatía isquémica 10 (13%); Insuf renal 16 (21%); Insuf hepática 2 (2%); Enf cerebrovascular 12 (16%). Vivían solos 23 pacientes (30%). Respecto de la calidad de vida eran independientes para sus actividades básicas de la vida diaria 44 (58%), en régimen cama-sillón 13 (17%); encamados 19 (25%). Encontramos que el grupo ingresado con atención previa en AP tenían mayor edad ( $78$  vs  $72$  años), vivía solos con mas frecuencia (26% vs 17%) y tenían un peor estado funcional encamados 28% vs 10%; cama sillón 19%-vs 11%; independiente 52% vs 76%). No encontramos diferencias en la carga de comorbilidad ni en la estratificación del riesgo de Fine. La distancia al CS no influyó en el hecho de ser o no valorado en AP. Sí encontramos que en el paciente valorado en AP había un porcentaje menor de pacientes con ingresos previo (83 vs 94%). Los pacientes con valoración previa en AP tuvieron una estancia media menor (10 vs 12 días) y una mortalidad mayor (8,7% vs 6% días), aunque sin diferencias estadísticamente significativas.

**Conclusiones.** La asistencia sanitaria de la Atención Primaria en los pacientes ingresados por neumonía recae sobre pacientes muy mayores, incapacitados, que viven solos. Estas diferencias pueden explicar diferencias en resultados asistenciales hospitalarios como la estancia media y la mortalidad.

#### A-51 UTILIZACIÓN DE ERTAPENEM EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

**F. Antón Botella, N. Martín Blanco, M. Zabalza Azparren y M. Gómez García**  
*Hospitalización a Domicilio. Hospital San Pedro. Logroño (La Rioja).*

**Objetivos.** Describir la utilización de ertapenem en la Unidad de Hospitalización a Domicilio del Hospital San Pedro de Logroño en lo relativo a indicación clínica y microbiológica y a seguridad del fármaco.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de las historias clínicas de los pacientes tratados con ertapenem en los cinco años de funcionamiento de la Unidad, desde marzo de 2004 a marzo de 2009.

**Resultados.** Desde marzo de 2004 a marzo de 2009 se iniciaron 220 tratamientos con ertapenem. De ellos, 123 fueron en varones y 97 en mujeres, con una media de edad de 76,2 años. Las indicaciones clínicas eran:

neumonía con sospecha de broncoaspiración en 79 casos, infecciones intraabdominales en 52 casos, neumonía adquirida en la comunidad en 9 casos, infección de pie diabético en 4 casos, otras indicaciones guiadas por aislamiento microbiológico y antibiograma en 31 casos, y otras indicaciones sin antibiograma en 47 casos. En 52 casos se alcanzó un diagnóstico microbiológico, con un total de 58 aislamientos. Los gérmenes aislados más frecuentemente fueron *E. coli* productor de BLEE en 20 casos, *E. coli* en 18 y *E. cloacae* en 4. La duración media del tratamiento administrado en el domicilio fue 9,14 días. Completaron satisfactoriamente el tratamiento domiciliario 159 pacientes (72,3%). Presentaron complicaciones que pudieron ser resueltas en el domicilio 18 pacientes (8%): en 11 casos por fracaso terapéutico y en 7 por efectos adversos. Precisaron reingreso hospitalario 30 pacientes (13,6%): 9 por fracaso terapéutico, 1 por efectos adversos y 20 por otros motivos. Trece pacientes (5,9%), con una edad media de 91 años, fallecieron en el domicilio. Se presentaron efectos adversos significativos en 16 pacientes (7,3%): en 8 casos hipertransaminasemia, en 1 colostasis, en 3 hipernatremia, en 1 anemia, en 1 leucopenia y trombopenia, en 1 candidiasis vaginal, en 2 diarrea y en 2 crisis convulsivas.

**Discusión.** El objetivo de esta comunicación es presentar datos de utilización de ertapenem en Hospitalización a Domicilio, y su diseño no permite analizar diferencias entre grupos. La indicación de tratamiento se hizo según indicaciones clínicas aprobadas o con diagnóstico microbiológico en un 76,6% de los casos. El 86,2% de los tratamientos se completan en el domicilio de forma parecida a como se haría en el hospital. Del 15,8% restante, el 4,5% necesitan reingreso hospitalario por mala evolución del proceso que determinó el ingreso, y el 11,3% por otras causas no relacionadas, entre las que se incluye la solicitud del paciente o sus cuidadores. Los efectos secundarios fueron en general leves, excepto los dos casos de crisis convulsivas, que ocurrieron en pacientes con patología neurológica previa.

**Conclusiones.** La utilización de ertapenem en Hospitalización a Domicilio puede realizarse de forma segura y eficaz. Debe prestarse especial atención a la correcta indicación clínica y microbiológica, y a las posibles contraindicaciones, especialmente en pacientes con patología neurológica previa. Deben tenerse en cuenta las limitaciones no estrictamente clínicas de ingreso en Hospitalización a Domicilio, que pueden determinar con frecuencia la necesidad de reingreso hospitalario.

#### A-52 COMPARACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLOGICAS DE LAS ENDOCARDITIS BACTERIANAS DIAGNOSTICADAS EN UN HOSPITAL COMARCAL DURANTE LOS PERIODOS 1986-2000 Y 2001-2008

**R. Bravo, L. Pesce, R. Vidal, I. Cantero, A. Belso y R. Pascual**  
*Servicio de Medicina Interna. Hospital de Elda Virgen de la Salud. Elda (Alicante).*

**Objetivos.** Analizar las características clínico-epidemiológicas de los pacientes diagnosticados de endocarditis bacteriana (EB) durante el periodo 2001-2008 y compararlos con las diagnosticadas en el periodo 1986-2000. Determinar si existen diferencias en la incidencia, epidemiología, clínica y diagnóstico entre los dos periodos.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo, basado en el análisis de las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de EB durante los años 2001 a 2008, comparando los datos obtenidos con los observados previamente en el análisis del periodo 1986-2000. Se registraron datos epidemiológicos, clínicos, ecocardiografía transtorácica (ETT) y transesofágica (ETE), tratamiento y la evolución clínica. Las endocarditis se clasificaron en definitivas o posibles siguiendo los criterios de Dukes.

**Resultados.** Las principales características se muestran en las tablas 1 y 2. Los gérmenes aislados en los hemocultivos se distribuyeron (periodo 1986-2000/2001-2008): *S. viridans* 17/10, *S. epidemidis*: 4/8, *S. aureus* 13/5, *S. coagulans* negativo 0/7, *S. agalactiae* 1/3, enterococo 1/9, hemocultivo -: 2/4, otros 6/3.

Tabla 1 (A-52). Características epidemiológicas de las EB del periodo 1986-2000, 2001-2008

	1986-2000	2001-2008	p
Número	41	49	
Hombres/Mujeres	26 (63,63%)	24 (49%)	
	15 (36,58%)	25 (51%)	
Incidencia por 100.000 habitantes/año	1,4	3,06	
Media de edad	47,67	61,49	
UDVP	12 (29,2%)	8 (16,3%)	0,2030
VIH	10 (24,3%)	2 (4,1%)	0,0101

Tabla 2 (A-52). Características clínicas de las EB

	1986-2000	2001-2008	p
Prótesis	11 (26,8%)	17 (36,2%)	0.4963
Valvulopatía reumática	7 (17,07%)	8 (16,3%)	1.0000
Marcapasos	1 (2,43%)	8 (16,3%)	0.0362
ETT patológico	26 (63,4%)	40 (85%)	0.0597
ETE patológico	100%	85,7%	0.2317
IC	12 (26,6%)	6 (12,24%)	0.0636
Mortalidad	9 (21,95%)	4 (8,16%)	0.0772

**Conclusiones.** El patrón clínico epidemiológico de las EB ha variado en los últimos años. Ha aumentado la incidencia, han disminuido los pacientes VIH, los pacientes son de edad más avanzada, con mayor número de prótesis y marcapasos, ha mejorado el diagnóstico y ha disminuido la mortalidad.

#### A-53

### INFECCIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO. RELACIÓN CON LA ADECUACIÓN DE LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA

E. Muñoz<sup>1</sup>, A. Fleitas<sup>2</sup>, V. Vals<sup>1</sup>, M. Pacheco<sup>1</sup>, S. Pérez<sup>1</sup> y R. Pascual<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Preventiva. Hospital de Elda Virgen de la Salud. Elda (Alicante).

**Objetivos.** Analizar las características de las infecciones de sitio quirúrgico (ISQ) Establecer la relación entre el uso apropiado de la profilaxis antibiótica preoperatoria y la posterior aparición de ISQ. Determinar los factores de riesgo para ISQ.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo casos y controles, que analiza las ISQ ocurridas en los Servicios de Cirugía General, Urología y Traumatología durante un período de 9 meses. Se revisaron las historias clínicas de pacientes que habían presentado ISQ a los que se consideró casos. Los controles fueron pacientes intervenidos en el mismo servicio, en la misma fecha y con el mismo procedimiento, de la misma edad y sexo. Análisis estadístico: Para la comparación entre pacientes con y sin ISQ se utilizó la t de Student para variables continuas y ANOVA. El cálculo del riesgo de ISQ se realizó mediante la razón de Odds. Valores de p < 0.05 se consideraron estadísticamente significativos.

**Resultados.** Se analizaron 91 pacientes. 65 presentaron ISQ, 29 varones, 36 mujeres. La mayoría de los casos eran mayores de 70 años. Recibieron antibióticos en las dos semanas previas 12. 19 casos estaban recibiendo antibióticos distintos de profilácticos en el momento de la intervención. Las variables analizadas fueron: Karnofsky al ingreso (media ± DT) 70, 62 ± 13,793, Mc Cabe al ingreso 1,34 ± 0,477, Índice ASA 2,52 ± 0,850, Tipo de intervención: abdominal 35 (53,8%), urológica 3 (4,6%), traumatológica 27 (41,8%), urgente 19 (29,2%), programadas 46 (70,8%), limpia 25 (38,5%), limpia contaminada 32 (49,2%), contaminada 7 (10,8%), sucia infectada 1 (1,5%). 49 pacientes recibieron profilaxis quirúrgica según protocolo. La comparación entre casos y controles no mostró diferencias significativas excepto para los valores de glucemia, superiores en los casos (p: 0,026) y la duración de la hospitalización (p: 0,015). La no adecuación de la profilaxis antibiótica fue el único factor de riesgo para el desarrollo de ISQ (Odds ratio. 0,09 IC: 0,0105-0,8104).

**Conclusiones.** La ISQ fue mas frecuente en mujeres, pacientes de edad avanzada y pluripatológicos. La duración de la hospitalización y la hiperglucemia son más frecuentes en los pacientes con ISQ. Estar recibiendo tratamiento antibiótico en el momento de la intervención y la no adecuación de la profilaxis son factores de riesgo para el desarrollo de ISQ. Este dato resalta la importancia del cumplimiento de los protocolos de profilaxis antibiótica en los servicios quirúrgicos.

#### A-54

### ESTRATEGIAS ÓPTIMAS PARA LA PREVENCIÓN DE TUBERCULOSIS EN PACIENTES TRATADOS CON TERAPIAS BIOLÓGICAS

C. García-Vidal<sup>1</sup>, E. Calabuig<sup>3</sup>, S. Teijón<sup>2</sup>, S. Rodríguez<sup>2</sup>, M. Rodríguez-Carballeira<sup>2</sup>, J. Garau<sup>2</sup> y M. Salavert<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Mutua de Terrasa. Terrassa (Barcelona).

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

**Objetivos.** Desarrollar un protocolo de prevención de la tuberculosis (TB) en pacientes candidatos y/o en tratamiento con terapias biológicas (TeBi).

**Material y métodos.** Estudio prospectivo observacional en dos hospitales universitarios españoles (2002-2006). Los pacientes del estudio se dividie-

ron en dos grupos. En el grupo 1 se aplicó el protocolo a los pacientes que ya tomaban TeBi, y a partir de abril de 2002 se aplicó a todo paciente antes de iniciar las TeBi (grupo 2). El protocolo se desarrolló en 3 pasos: 1) Detección de la infección latente tuberculosa (ILT) por anamnesis dirigida a los factores de riesgo de TB, realización de prueba de PPD y radiografía (Rx) de tórax; 2) Tratamiento de la ILT (con isoniacida [INH] durante un período de 6-9 meses, siempre que fuera posible) y observación de los casos de toxicidad; y 3) Inicio precoz de TeBi en pacientes en tratamiento de la ILT.

**Resultados.** Se incluyeron 186 pacientes (edad media 49,1; DE 14,6), 63 del grupo 1 (mediana de 20 meses entre inicio de TeBi y la realización del protocolo; rango 3-75) y 123 del grupo 2. Las indicaciones más frecuentes de la TeBi fueron: artritis reumatoide (92 casos; 49,5%), enfermedad de Crohn (34; 18,3%), espondilitis anquilosante (32; 17,2%), artritis psoriásica (17; 9,1%) y otros (11; 6%). El 84% de los pacientes (157) habían recibido inmunosupresores previos, en su mayoría metotrexato (61%) y corticoides (59%). Después de realizar el protocolo de detección de ILT, 155 (83,3%) pacientes iniciaron TeBi con infliximab, 18 (9,7%) etanercept y 13 (7%) adalimumab. Ciento dos pacientes (54%) realizaron tratamiento de la ILT. La prueba de PPD fue positiva en 91 pacientes (14 del grupo 1 y 77 del grupo 2). Dos pacientes estaban previamente vacunados con BCG. Cuatro presentaron alteraciones en la Rx de tórax y se realizó búsqueda de TB activa que fue descartada. Diez pacientes tenían antecedentes de TB y 2 historia clara de contacto previo con TB. El tratamiento de la ILT se inició con INH 9 meses en 85 casos, con rifampicina 4 meses (RIF) en 13, y con otras pautas en 4. Los pacientes del grupo 1 que necesitaron tratamiento para la ILT no interrumpieron el uso de la TeBi. En el grupo 2 el inicio de TeBi se demoró según las características clínicas del paciente: en el 20% de los pacientes se administró en el primer mes, en el 41% antes de los 3 meses, y el en 39% más allá de los 3 meses. Sólo un paciente, que tenía un cribado positivo, desarrolló TB y presentó toxicidad hepática a la INH, finalizando el tratamiento de la ILT con RIF.

**Discusión.** El estudio de la ILT en los pacientes que precisan TeBi presenta diferentes puntos de controversia: 1) Diagnóstico de la ILT en pacientes que a menudo son inmunodeprimidos, 2) Pautas de tratamiento en pacientes polimedicados y riesgo de hepatotoxicidad, 3) Tiempo que se debe esperar entre el comienzo del tratamiento de la ILT y el inicio de la TeBi. En nuestro estudio presentamos los resultados de la implantación de nuestro protocolo.

**Conclusiones.** La detección de ILT en pacientes candidatos a uso de TeBi se puede basar en la anamnesis y la realización de prueba de PPD y de Rx tórax. El tratamiento con INH en los pacientes con ILT que van a recibir TeBi es efectiva y segura. La indicación y el inicio del tratamiento con TeBi no debe demorarse en relación al tratamiento de la ILT, dependiendo de las necesidades clínicas del paciente según su enfermedad de base.

#### A-55

### ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 64 CASOS DE NEUMONÍA VARICELOSA EN ADULTOS

M. Campoamor Serrano, G. López-Colina Pérez, R. Fernández Regueiro, J. Noval Menéndez, M.L. García-Alcalde Fernández, B. De la Fuente García, D. Galiana Martín y J. Moris de la Tassa

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

**Objetivos.** Estudio retrospectivo de las características clínico-epidemiológicas, tratamiento y evolución de 64 adultos con neumonía varicelosa (NV) ingresados en nuestro hospital.

**Material y métodos.** Se incluyeron en el estudio todos los pacientes > 18 años ingresados en nuestro hospital en el período comprendido entre el 1 de Enero de 1992 y el 1 de Junio del 2009, con el diagnóstico de NV. El diagnóstico se estableció mediante criterios clínico-radiológicos en el transcurso de una varicela, definida por la aparición de un exantema vesiculoso en el contexto de un síndrome febril. Se recogieron datos demográficos, síntomas de inicio y tiempo hasta el desarrollo de la NV, factores de riesgo, clínica, analítica, serología, patrón radiológico, ingreso y tiempo de estancia en UCI, tratamiento y sus complicaciones, sobreinfecciones bacterianas y mortalidad.

**Resultados.** Se estudiaron 64 enfermos, 34 varones (53%) y 30 mujeres (47%), con una edad media de 32,9 años (rango: 16-57). La estancia media global fue de 13,17 días (rango: 3-90). Cincuenta y seis pacientes eran fumadores (87%), cinco eran inmudeprimidos (7,8%) y 5 mujeres estaban embarazadas (7,8%). La media en días entre la aparición del exantema y el inicio de los síntomas respiratorios fue de 3,35 días (rango:1-10). Los síntomas respiratorios más frecuentes fueron por orden de frecuencia: la disnea en el 71%(46), seguido de la tos en el 67% (43) y del dolor torácico 35% (23). El 82% (53) tenían fiebre a su ingreso. El 39% (25) tenían hipoxemia (pO<sub>2</sub> < 60 mmHg) al diagnóstico. Las alteraciones analíticas asociadas más frecuentes fueron: alteración de pruebas de función hepática (PFH) en el 64% (41), plaquetas por debajo de 15000/mm<sup>3</sup> en el 57% (37) e

hiponatremia < 135 mEq/L en el 21% (14). Se solicitó serología al 42% (27). Todos los pacientes tenían afectación radiológica bilateral, siendo el patrón intersticial el más frecuente (78%). Se les realizó Tc torácico al 9% (6). Todos recibieron tratamiento con aciclovir (5-10 mg/kg/8 horas) sin que presentasen complicaciones al mismo. El 35% de los pacientes (23) ingresaron en UCI (4 de las 5 embarazadas), precisando 7 (12%), ventilación mecánica. La estancia media en UCI fue de 20,9 días (rango: 1-90). 7 de los ingresados en UCI (12%) desarrollaron sobreinfecciones bacterianas. Falleció 1 paciente (1,56%).

**Discusión.** La neumonía es la complicación más grave y frecuente de la infección en adultos, tanto sanos como inmunodeprimidos, con una incidencia entre el 10-50% y una mortalidad entre 10-30% en inmunocompetentes pudiendo llegar al 50% en inmunodeprimidos. El embarazo, el hábito tabáquico, la inmunosupresión, el sexo masculino, la edad avanzada, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el carácter hemorrágico de las lesiones cutáneas son factores de riesgo para sufrir neumonía. El patrón radiológico más común es la neumonitis nodular ó intersticial. La imagen radiológica no se correlaciona con la severidad de la enfermedad. Las alteraciones analíticas asociadas con mayor frecuencia son la trombopenia, hiponatremia leve y discreta alteración de las pruebas de función hepática. El tratamiento recomendado es el aciclovir intravenoso 5-10 mg/kg/ 8 horas entre 7-10 días.

**Conclusiones.** 1-En nuestra serie se confirma que el hábito tabáquico es un factor de riesgo para padecer NV. En contraposición no encontramos asociación entre edad avanzada, inmunosupresión y mayor incidencia de neumonía. 2- El embarazo se asoció a una mayor gravedad del cuadro clínico. 3- Un alto porcentaje de casos se asociaron a alteración de las PFH y a trombopenia. 4- En contraposición con otras series revisadas, en la nuestra no se han descrito complicaciones asociadas al tratamiento con aciclovir y la supervivencia fue muy alta.

#### A-56 ENFERMEDAD DE CHAGAS IMPORTADA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS

**E. Vilalta Castel<sup>1</sup>, M. Calderón<sup>1</sup>, V. Amiano<sup>1</sup>, M. Ferrer Civeira<sup>2</sup>, D. Salor<sup>2</sup>, O. Marín<sup>2</sup>, M. Villalva<sup>2</sup> y P. Martín Rabadán<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Consulta de Enfermedades del Viajero, <sup>2</sup>Unidad de Medicina Interna. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivos.** Describir las características clínico-epidemiológicas de los pacientes con Enfermedad de Chagas en nuestra consulta

**Material y métodos.** Se han revisado las historias clínicas de los pacientes atendidos en la Consulta de Medicina Tropical en el período de 1/01/08 a 31/05/09. Los criterios diagnósticos microbiológicos fueron: dos tests serológicos (ICT,ELISA) positivos y/o PCR positivo. A los seropositivos asintomáticos, se practicó: RX tórax, ECG y ecocardiograma. Si síntomas digestivos: estudio digestivo baritado. Se consideró que los seropositivos se encontraban en estadio intermedio cuando en ausencia de síntomas, las pruebas mencionadas fueron normales; y, estadio crónico, el resto (síntomas cardiológicos y/o digestivos y alteración de cualquiera de las pruebas mencionadas). Se propuso T<sup>3</sup> con benznidazol a todos aquéllos que se encontraban en estadio intermedio y no iban a retornar a su lugar de origen de forma permanente, en los próximos años

**Resultados.** Se han testado 116 latinoamericanos, siendo seropositivos 27. Bolivia (n = 24/74 %), Ecuador (n = 2/13 %) y Argentina (n = 2/13 %) países de procedencia más frecuentes. Edad media 27 años (R. I. 24a, R. S. 36a), relación V/M 1:1, tiempo medio de permanencia en España 32 meses. Sintomáticos 4 pacientes (15,8%): 3 formas crónicas (cardiopatía chagásica n = 2: ICC en un caso, ACVA cardioembólico con secuelas en otro; así como, chagoma de SNC en varón VIH+). Un caso de reactivación de la enfermedad con parasitemia (forma aguda) en mujer boliviana sometida a Transplante cardíaco y tratamiento inmunosupresor. En el resto, no se encontraron alteraciones en la RX tórax, ECG, ecocardiograma; ni en los estudios baritados. Aceptaron iniciar T<sup>3</sup> con benznidazol un tercio de los pacientes (n = 9/33 %). La única reacción adversa, que no condicionó la retirada del T<sup>3</sup>, reacción urticariforme leve y transitoria. Hubo un fallecimiento (Mortalidad directamente relacionada), varón con afectación de SNC y VIH, pese a haber completado 60 días de Benznidazol en el contexto de síndrome de reconstitución inmune.

**Discusión.** La enfermedad de Chagas es endémica en Latinoamérica, Bolivia es el país con mayor prevalencia. El 80% de seropositivos en España proceden de allí. Se transmite principalmente por vía vectorial en las regiones endémicas, en países no endémicos, por transfusión sanguínea, transplante de órganos y materno-fetal. Presenta tres fases: aguda (buena respuesta terapéutica) y crónica (4 formas clínicas: indeterminada o asintomática, cardíaca, digestiva y neuronal-más frecuente en pacientes VIH-). La forma asintomática afecta al 50-70%. El 30-50% restante, tras 20-30 años evoluciona a formas sintomáticas. En nuestra serie, 15,8% de pacientes

presentaron formas crónicas sintomáticas, ninguna digestiva, lo que podría explicarse por las variaciones geográficas en la expresión de los síntomas. Resto de casos (el 84,2%), forma asintomática o indeterminada. Estudios recientes han demostrado que el uso de benznidazol o nifurtimox puede reducir la frecuencia de evolución a formas severas. Ofertado a todos nuestros pacientes sólo un tercio, 9/27, aceptaron, pese a los pocos efectos adversos, todos ellos urticaria leve (no impide completar T<sup>3</sup>).

**Conclusiones.** 1) La mayoría de los testados son adultos jóvenes de origen boliviano, en estadios intermedios y candidatos a recibir benznidazol para evitar la progresión de la enfermedad. 2) Es una enfermedad a tener en cuenta si: fiebre sin foco, miocarditis y/o afectación neurológica en pacientes latinoamericanos inmunodeprimidos o en el grupo de inmunocompetentes con síntomas cardiológicos y/o digestivos. 3) El principal efecto adverso observado en nuestra serie durante el tratamiento con benznidazol ha sido urticaria leve. 4) La alta prevalencia en individuos procedentes de Bolivia, obliga a realizar los tests serológicos de screening de *T. cruzi* (ICT), pese a estar asintomáticos.

#### A-57 ANTIBIOTERAPIA INTRAVENOSA DOMICILIARIA DEL ABSCESO HEPÁTICO: SEGURIDAD, EFICACIA Y FACTORES PRONOSTICOS DE REINGRESO HOSPITALARIO

**J. Pardos-Gea, A. San José Laporte, J. Pérez López y M. Vilardell Tarres**

Unidad de Hospitalización a Domicilio, Servicio de Medicina. Hospital General Vall d'Hebron - Área General. Barcelona.

**Objetivos.** Existen pocos datos en la literatura sobre el tratamiento antibiótico intravenoso de abscesos hepáticos en unidades de hospitalización a domicilio (UHD). Nuestros objetivos fueron analizar las características de los pacientes con abscesos hepáticos ingresados en nuestra UHD, la eficacia y seguridad de la antibioterapia intravenosa y los factores de riesgo de reingreso hospitalario.

**Material y métodos.** Se incluyeron en el estudio todos los pacientes ingresados en nuestra UHD para tratamiento antibiótico intravenoso por absceso hepático desde marzo del 2006 hasta junio 2009.

**Resultados.** Un total de 30 pacientes fueron incluidos. Cinco pacientes (16,6%) presentaron flebitis durante el tratamiento y no tuvimos ningún efecto secundario mayor que obligara a finalizar la antibioterapia. La reducción media del tamaño durante ingreso en UHD fue del 49,3% (36,6%). En 16 pacientes (53,3%) se consiguió una reducción mayor al 50% del tamaño inicial del absceso. El número de reingresos totales fueron 9 (30%), 6 (20%) durante el período de ingreso en UHD y 3 (10%) el año posterior. Cuatro pacientes (13,3%) fueron exitos durante el seguimiento, 3 de ellos por colangiocarcinoma avanzado. Los pacientes que reingresaron tuvieron un tamaño medio del absceso al alta de UHD mayor respecto de los que no lo hacían (3,8 vs 1,5 cms P = 0,001), así como un menor porcentaje de disminución de su tamaño durante ingreso en UHD (19% vs 64% P = 0,001). Las mujeres reingresaban más que los hombres (77,8% vs 28,6% P = 0,02), pero estas presentaron una menor puntuación de Barthel (75 vs. 92 P = 0,01), a igual edad, Charlson y resto de variables.

**Conclusiones.** La antibioterapia intravenosa domiciliaria en el tratamiento del absceso hepático parece presentar unas tasas de seguridad y eficacia suficientes como para proseguir usando este recurso extrahospitalario en el futuro.

#### A-58 INFECCIONES DE PARTES BLANDAS EN EL 2008: TRATAMIENTO ADECUADO SEGÚN GUÍAS

**M. Galindo Andúgar<sup>1</sup>, R. Molina Cano<sup>1</sup>, L. González Sánchez<sup>2</sup>, J. Castellanos Monedero<sup>1</sup>, S. Angulo Díaz-Parreño<sup>3</sup>, C. García Llorente<sup>4</sup>, M. Franco Huerta<sup>1</sup> y A. Escalera Zalvide<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Alergología, <sup>4</sup>Servicio de Cirugía. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

<sup>3</sup>Facultad de Medicina. Universidad San Pablo CEU (Madrid).

**Objetivos.** Analizar el tratamiento antibiótico recibido en pacientes con infección de partes blandas ingresados en el Hospital General La Mancha Centro durante el 2008, y comprobar su indicación adecuada.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo en el que se realizó la búsqueda de casos ocurridos durante el 2008 a través de los CMBD. Revisión de las Historias Clínicas, incluyendo especialidad de ingreso, datos clínicos, analíticos, tratamiento recibido, destino final. Para valorar la correcta indicación del tratamiento antibiótico se consideraron los Protocolos Clínicos de las Infecciones Osteoarticulares y de Partes Blandas de la S. E. I. M. C. Análisis con el paquete estadístico SPSS 12.0.

**Resultados.** Se recogieron 34 pacientes, 11 varones y 23 mujeres, con edades comprendidas entre los 9 y los 88 años (mediana 72; sólo 10 de ellos tenían menos de 60 años), con una media de 8,5 días de ingreso (con mínimo de 3 y máximo de 19). Dos pacientes fallecieron por sepsis. La distribución por especialidades fue: Medicina Interna 18 (53%), Cirugía 9 (27%), Geriátrica 3 (9%), Traumatología 2, Oncología 1, Pediatría 1. Seis de los pacientes habían ingresado en el último año por el mismo motivo. La fiebre estaba presente al ingreso en 7 casos (20.6%). Se realizaron cultivos en 19 casos (56%), siendo negativos en 13, y en el resto se aislaron: SAMS (4 casos, 1 de ellos asociaba *S. agalactiae* y otro con *P. mirabilis*), otro caso con *S. haemolyticus* y otro coinfectado por *P. aeruginosa* y *E. faecalis*). Todos fueron aislados en exudados herida excepto un SAMS que creció en cultivo líquido articular. Se extrajeron hemocultivos en 4 casos que debutaron con fiebre, y en dos casos sin fiebre con sospecha de sepsis. Se realizó un urocultivo en un paciente sin fiebre con malestar general y disuria. El resto de cultivos realizado fue exudado. El tratamiento antibiótico más utilizado fue Amoxiclavulánico (30%) seguido de cloxacilina (2) y levofloxacin (2). En 14 casos se usaron combinaciones, siendo la más frecuente ciprofloxacino+clindamicina (3), seguida de clindamicina+levofloxacin, cloxacilina+levofloxacin, cloxacilina+gentamicina y amoxiclavulánico+ciprofloxacino (todas ellas en dos casos). Respecto al manejo adecuado según guías, fue correcto en 22 casos (64.7%); según especialidades, los pacientes tratados adecuadamente fueron: M. Interna 12 (66,7%), Cirugía 5 (55,6%), Oncología 1 (100%), Trauma 1 (50%), Pediatría 1 (100%), Geriátrica 2 (66,7%). Todos los casos que no se trataron según los Protocolos Clínicos recibieron Amoxiclavulánico sin estar recomendado como primera elección, y sin presentar alergias medicamentosas que lo justificaran; casi todos eran pacientes sin puerta de entrada o con lesiones por IVC. En aquellos casos en los que se aisló microorganismo, el tratamiento se ajustó correctamente en función del antibiograma.

**Discusión.** Cuando la puerta de entrada son mordeduras de animales el ingreso se realiza habitualmente en Cirugía, mientras que los pacientes con IVC o comorbilidad importantes ingresan en M. Interna/Geriátrica, exceptuando los casos con úlceras arteriales o venosas. La fiebre fue un síntoma poco habitual; la rentabilidad de los cultivos es baja en general. El manejo antibiótico es correcto en la mayoría de los casos, apreciándose un abuso de Amoxiclavulánico, especialmente en los pacientes sin claro desencadenante o con IVC.

**Conclusiones.** El manejo de las infecciones de partes blandas es similar entre M. Interna y Cirugía, apreciándose en ambos servicios una tendencia al abuso del Amoxiclavulánico en las celulitis en MMII y/o por insuficiencia venosa.

#### A-59

### INFECCIONES RESPIRATORIAS POR *PSEUDOMONA AERUGINOSA* EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO. EXPERIENCIA DE UN AÑO

**B. Llorente Díez, B. Salmón García y J. Escudero Berasategui**

Unidad de Hospitalización Domiciliaria. Área de Pamplona. Servicio Navarro de Salud (Navarra).

**Objetivos.** Conocer determinados aspectos epidemiológicos, microbiológicos, de tratamiento y evolutivos de pacientes con diagnóstico de infección respiratoria por *Pseudomonas aeruginosa* ingresados en una Unidad de Hospitalización a Domicilio en un período de un año.

**Materiales y métodos.** Se trata de un estudio retrospectivo descriptivo de 22 pacientes tratados de infección respiratoria por *Pseudomonas aeruginosa* durante un año (julio 2008 – junio 2009) en la unidad de Hospitalización a Domicilio. Se analizó la edad y el sexo del paciente, antecedentes personales, antibiograma, tratamiento y cultivo de control del ingreso en nuestra unidad, además de episodios previos tratados (desde 2006) y atenciones posteriores y por último el número de pacientes tratados con Colimicina inhalada. Todo ello se analizó mediante el programa estadístico SPSS.

**Resultados.** De los 22 pacientes analizados, 14 eran varones y 8 mujeres. La media de edad fue 71.18 años. En los antecedentes personales, el 54.54% presentaban bronquiectasias aisladas o asociadas a EPOC y asma bronquial, el 36.4% era EPOC y el 22.7% tenía asma bronquial. El cultivo de esputo fue en el 100% positivo para *Pseudomonas aeruginosa*. El antibiograma mostró un bajo nivel de resistencia a Piperacilina/ Tazobactam (4.5%); Ceftazidima (4.5%); Amikacina (9.1%); Imipenem (13.6%) y más alto para el resto Ciprofloxacino (45.5%); Levofloxacin (40.9%); Gentamicina (22.7%) y Tobramicina (18.2%). En el 81.81% se utilizaron dos antibióticos y las combinaciones más utilizadas fueron Ceftazidima y Amikacina (18.18%) y Piperacilina /Tazobactam y Amikacina (18.18%), estando ésta última presente en el 54.54%, Piperacilina/ Tazobactam en el 50% y Ceftazidima en el 31.81%. La duración del tratamiento fue en el 86.36% de 14 días. Se realizó cultivo de control al alta en 17 pacientes (77.27%), siendo de nuevo positivo para *Pseudomonas aeruginosa* en 4 (23.52%). Ocho de

los pacientes (36.4%) habían presentado episodios previos tratados, que en dos pacientes (9.1%) habían sido hasta 4. Diecisiete pacientes requirieron atenciones posteriores (ingreso - 40.9% - y consulta - 36.4% -). Volvió a aparecer *Pseudomonas aeruginosa* en nuevos cultivos en 8 pacientes (36.4%) y en 3 pacientes (13.6%) tuvieron 2 cultivos posteriores positivos. De ellos fueron tratados 6 con un único antibiótico (Ciprofloxacino/Levofloxacin). En 6 (27.3%) se inició tratamiento con Colistina inhalada en algún momento de la evolución.

**Discusión.** La colonización-infección por *P. aeruginosa* incide sobre todo en pacientes con enfermedades bronquiales crónicas y severas complicando su evolución, lo que supone la necesidad de ingresos hospitalarios y genera un gran número de estancias hospitalarias para la aplicación de tratamientos antibióticos intravenosos. Las Unidades de Hospitalización a Domicilio constituyen una buena alternativa a la hospitalización convencional ya que disponen de personal especializado y recursos adecuados para garantizar el manejo de la terapia intravenosa de estos enfermos en domicilio, pudiendo evitar en ocasiones el ingreso hospitalario, y así disminuir el riesgo de infecciones nosocomiales y retornarlos progresivamente a sus actividades diarias.

**Conclusiones.** La totalidad de los pacientes con infección por *Pseudomonas aeruginosa* atendidos en la Unidad de Hospitalización Domiciliaria tenía patología concomitante predisponente. Conocer los patrones de sensibilidad fue importante para la elección del tratamiento antimicrobiano adecuado para cada caso. Las bombas de infusión electrónicas programables aumentaron las posibilidades terapéuticas al permitir pautas de administración de varias dosis diarias. La historia clínica informatizada permite el seguimiento de los pacientes para valorar resultado de cultivo de esputo de control, la atención del paciente en consulta externa o nuevos ingresos, así como la obtención de datos con respecto a episodios previos tratados. Se hizo además un seguimiento de los pacientes en los que se utilizó Colistina inhalada en algún momento de su evolución.

#### A-60

### ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA EN ONCOLOGÍA

**M. Peris Sifre<sup>1</sup>, M. Cubedo Bort<sup>2</sup>, M. Beltrán Salvador<sup>1</sup>, A. Climent Radiu<sup>1</sup>, J. Llopis Barrés<sup>1</sup>, C. Lloret Sos<sup>3</sup>, L. Facila Rubio<sup>4</sup> y R. De Las Peñas Batale<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Críticos, <sup>3</sup>Servicio de Microbiología, <sup>4</sup>Servicio de Cardiología, <sup>5</sup>Servicio de Oncología. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón. Castellón de la Plana (Castellón).

**Objetivos.** 1 Describir la epidemiología de endocarditis infecciosa (EI) en una población de pacientes oncológicos en un Hospital de referencia en Oncología. 2 Valorar la probable etiopatogenia de EI en estos pacientes. 3 Determinar medidas de prevención primarias aplicables. 4 Establecer una política antibiótica en pacientes oncológicos.

**Materiales y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de EI durante 1 año en un Hospital de referencia en Oncología. Presentamos 5 casos de EI en 5 pacientes con enfermedad oncológica activa. La edad media de los pacientes es de 58.4 años (44-68). 3 son mujeres y 2 varones. Las neoplasias son: 3 ADC colon, 1 ginecológico y 1 fibrohistiocitoma óseo. El diagnóstico del tumor fue entre 6m y 4 años antes. Requirieron intervención quirúrgica en el último año 4. Son portadores de port-cath 4, implantados entre 6m-2 años previos. La ecocardiografía ha sido positiva en los 5 casos con la presencia de vegetaciones en todos ellos. Las válvulas afectadas han sido: 2 mitral, 1 aórtica y 2 tricuspídea. En 4 ocasiones ha sido sobre válvula nativa (1 caso válvula reumática) y 1 en válvula protésica. Los hemocultivos han sido positivos en 3 ocasiones y en 2 negativos. Los gérmenes aislados han sido: *S. epidermidis*, *S. aureus* y *S. bovis*. Las complicaciones que hemos encontrado han sido: 1 rotura valvular que requirió intervención quirúrgica urgente, 1 aneurisma micótico cerebral, 1 infarto esplénico y 3 embolismos periféricos.

**Resultados.** Los 5 casos han presentado buena respuesta terapéutica consiguiéndose curación de la EI. De ellos 1 falleció por la progresión de la enfermedad y el resto se encuentran asintomáticos a nivel cardiológico/infeccioso y en tratamiento oncológico activo. Se inició antibioterapia empírica según protocolos establecidos en las guías clínicas. Precisaron cambio de pauta por mala respuesta terapéutica en 4 ocasiones, requiriendo antibióticos con cobertura de MR, presentando posteriormente buena evolución y respuesta clínica. En todos los casos las complicaciones se resolvieron correctamente con el tratamiento sintomático y antibiótico no precisando otras medidas.

**Discusión.** Aunque presentamos una muestra pequeña, debemos de considerar estos 5 casos como una muestra representativa de EI en la población oncológica y tener en cuenta que es posible que la prevalencia estimada esté infradiagnosticada. Alertarnos ante la presencia de fiebre de evolución tórpida en un paciente oncológico y pensar en la posibilidad de una EI para poder realizar diagnóstico precoz, aplicar tratamiento adecuado y evitar las complicaciones que son más frecuentes en estos pacientes así como la comorbilidad asociada. Valorar la necesidad de implantación de proyectos

encaminados a una mejora del cuidado y manejo de catéteres centrales. Establecer una política antibiótica correcta en estos pacientes para evitar al máximo gérmenes multirresistentes.

**Conclusiones.** 1 La enfermedad oncológica podría considerarse factor de riesgo de endocarditis infecciosa debido a la patogenia de la propia enfermedad con una mayor predisposición de endocarditis trombótica no infecciosa (ETNI); a las largas estancias hospitalarias; a la mayor instrumentalización y a la necesidad habitual de vías centrales permanentes en estos pacientes. 2 Las bacteriemias primarias encuentran un medio de cultivo idóneo en las ETNI convirtiéndolas en EI. 3 Valorar estudio cuantitativo de vías centrales permanentes después de finalizar el tratamiento activo, deben considerarse como factor de riesgo de EI en paciente oncológico. 4 Incidir en el cuidado y manejo de las vías centrales. 5 Valorar profilaxis antibiótica en pacientes con válvulas protésicas en cada proceso en el que se manejen estas vías. 6. Probable contribución del uso frecuente de antibióticos ante procesos febriles en estos pacientes proporciona alta incidencia de hemocultivos negativos y dificulta la pauta antibiótica empírica ante la sospecha diagnóstica.

#### A-61 SÍNDROME ANTICOLINÉRGICO POR ALIMENTOS ENLATADOS. CAUSAS Y DISCUSIÓN DEL TRATAMIENTO

**M. Sánchez Ledesma, A. Iglesias, I. Cruz González, M. Cordero y A. Sánchez Rodríguez**

*Sección de Enfermedades Infecciosas. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. H. Clínico. Salamanca.*

**Objetivos.** Incidencia de intoxicación por *Clostridium botulinum* en el Hospital Clínico Universitario de Salamanca en 2009.

**Material y métodos.** Valoración clínica y estudios complementarios de 2 pacientes ingresados de urgencia que plantearon importantes problemas de diagnóstico diferencial (Intoxicación por *Clostridium botulinum* vs intoxicación por *Amanita muscaria*).

**Resultados.** La incidencia fue de 2 casos clínicos en un año. Paciente nº1: Varón de 31 años, sin antecedentes de interés, sin tratamiento habitual ni consumo de tóxicos, que presentó tras tres días del consumo de alimentos enlatados (setas y pimientos), cefalea, visión borrosa, ptosis palpebral derecha, anhidrosis y xerostomía. Paciente nº 2: Mujer de 25 años en época de lactancia sin antecedentes de interés, sin tratamiento habitual ni consumo de tóxicos, que cinco días tras el consumo de alimentos enlatados similares presenta midriasis bilateral arreactiva, con diplopía que condiciona inestabilidad de la marcha, alteración del reflejo nauseoso que facilita atragantamientos, xerostomía y posteriormente clínica de estreñimiento y retención urinaria. Las pruebas complementarias no tuvieron hallazgos patológicos en ninguno de los dos casos descartándose otras posibles causas de afectación neurológica. Ante la sospecha diagnóstica se retira la lactancia materna y se realiza detección en suero y en leche materna de toxina de *Clostridium botulinum*. Los pacientes permanecieron afebriles y eupneicos y no presentaron mejoría del cuadro neurológico durante su ingreso. El diagnóstico definitivo vino determinado por la presencia de toxina de *Clostridium botulinum* en el suero del varón. Dos meses después tras el ingreso comienza a desaparecer la clínica neurológica.

**Discusión.** Los antecedentes epidemiológicos y el curso evolutivo fueron fundamentales para valorar dos etiologías: intoxicación por setas (*Amanita muscaria*) o botulismo. Los alimentos responsables del botulismo son fundamentalmente vegetales, pescados, frutas y condimentos. Se planteó el tratamiento con suero antitoxina pero ingresaron una vez pasados doce días del comienzo de la clínica. El beneficio de dicho tratamiento es controvertido pasadas 24 horas del consumo alimentario y dada la probabilidad alta de reacciones adversas y al no presentar criterios de gravedad se decidió tratamiento sintomático. La persistencia de la clínica neurológica en el tiempo correspondía más con un cuadro clínico compatible con intoxicación por *Clostridium botulinum* que por S. anticolinérgico por intoxicación por *Amanita muscaria*. Aunque no está documentado, por el riesgo de transmisión de toxina por lactancia materna se decidió retirar la lactancia materna.

**Conclusiones.** El botulismo es una enfermedad rara pero potencialmente grave produciendo una neuroparálisis por la acción de una neurotoxina elaborada por el microorganismo *Clostridium botulinum* (1). Es una enfermedad de declaración obligatoria, con una incidencia de 110 casos/año en EEUU y presenta varias vías de adquisición (2). La herramienta más importante es la consideración de la enfermedad en base a una historia clínica detallada y una exploración neurológica minuciosa. El diagnóstico viene determinado por la demostración de toxina por técnicas de bioensayo que se realizan en centros de referencia (3). El tratamiento sintomático y la monitorización es imprescindible. La intoxicación alimentaria por botulismo se beneficia del tratamiento con suero antitoxina equino en las primeras 24 horas del inicio de la clínica, disminuyendo la mortalidad en casos graves, aunque no disminuye la duración de los síntomas. El suero antitoxina produce enfermedad del suero (20% de los pacientes) y anafilaxia (3%) por su origen equino (5).

#### A-62 PERITONITIS BACTERIANA ESPONTÁNEA EN PACIENTES CIRRÓTICOS CON ASCITIS

**M. Sánchez Ledesma, I. Cruz González, J. Martín Moreiras y A. Sánchez Rodríguez**

*Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Salamanca. Salamanca.*

**Objetivos.** La peritonitis bacteriana espontánea (PBE) es una infección selectivamente frecuente en el paciente cirrótico con ascitis asociada a infección de líquido ascítico (LA) sin foco definido, intra o extraabdominal, habitualmente demostrable. **OBJETIVOS:** Valoración etiológica, clínico-funcional y respuesta terapéutica de 26 episodios (10%) de PBE en pacientes cirróticos con ascitis sobre una revisión de 256 pacientes.

**Material y métodos.** Revisión de 26 episodios de PBE en 256 pacientes cirróticos valorados durante un período de 10 años en el Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Variables: Edad y sexo, etiología de la cirrosis, valoración clínica y funcional según clasificación de Child-Turcotte-Pugh, factores facilitadores (endoscopias próximas, diagnóstico de imagen...), hemocultivos, cultivo de líquido ascítico, respuesta terapéutica y mortalidad.

**Resultados.** (correspondientes a los 26 pacientes con PBE): Edad y sexo: 36-72 años. Varones: 20 (77%), mujeres: 6 (23%). Etiología de la cirrosis: Cirrosis alcohólica: 13 (50%), cirrosis por VHC: 8 (30,7%), cirrosis por VHB+VHD: 1 (3,8%), cirrosis por VHB: 4 (15,3%). Factores predisponentes valorables: Paracentesis previas recientes: 4 (15,38%), Colonoscopia previa: 3 (11,53%), ITU: 2 (7,6%), Hernias umbilicales: 5 (19,23%), albúmina en líquido ascítico < 1 g/dL: 5 (19,23%). Clínica: Fiebre+ dolor abdominal: 16 (61,6%), Blumberg positivo: 7 (26,9%) y deterioro de la función hepática y renal: 14 (53,8%) con encefalopatía asociada, grados I-IV: 7 (26,9%) y con sintomatología inespecífica: 4 (15,3%). Clasificación clínica de los pacientes: Child-Pugh A: 1 (3,8%), Child-Pugh B: 12 (46%), Child-Pugh C: 13 (50%). Microbiología de líquido ascítico: E. coli: 10 (38,4%), *Klebsiella* sp: 2 (7,6%), *Enterococcus faecalis*: 5 (19,23%), Bacilos gram negativos no identificados: 2 (7,69%), Neumococo: 2 (7,69%), *Enterococcus* no *faecalis*: 3 (11,5%), *listeria monocitogenes*: 1(3,8%), *Neisseria* sp:1 (3,8%). Hemocultivos positivos: 7 (26,9%). Complicaciones evolutivas: Hemorragia digestiva: 4 (15,38%), síndrome hepatorenal: 3 (11,5%), shock séptico: 2 (7,69%) y encefalopatía hepática: 7 (26,9%). Respuesta terapéutica: cefalosporina de 3ª generación: 16 (61,5%), ampicilina y gentamicina: 5 (19,23%). Recibieron profilaxis con norfloxacino: 9 (34,61%) siguiendo las siguientes indicaciones para profilaxis: episodios previos o albúmina en líquido ascítico < 1 g/dL. Recidivas clínicas: 6 pacientes (23%). Mortalidad a los 10 años: 22 (85%).

**Discusión.** Al igual que lo descrito en la bibliografía, los casos presentan una infección del líquido ascítico que es más incidente cuanto mayor sea el estadio de la hepatopatía. Se comparan nuestros resultados clínicos, funcionales y biológicos con los resultados de la literatura.

**Conclusiones.** La PBE es un proceso frecuente en la evolución de los pacientes cirróticos con ascitis, con mayor incidencia en los pacientes cirróticos alcohólicos. La PBE compromete la evolución progresiva de la enfermedad hepática, supone un criterio de gravedad y es un factor pronóstico de morbimortalidad.

#### A-63 PILEFLEBITIS: ESTUDIO DE UNA SERIE DE SEIS CASOS

**M. Gómez Munuera<sup>1</sup>, L. Alvela Suárez<sup>2</sup>, M. Belhassen García<sup>1</sup>, V. Velasco Tirado<sup>1</sup>, V. Chimpén Ruiz<sup>1</sup> y J. Pardo Lledias<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna III. Hospital Universitario de Salamanca. H. Clínico. Salamanca.

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

**Objetivos.** Descripción de una serie de casos de pileflebitis.

**Material y métodos.** Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo en el Hospital Clínico Universitario de Salamanca entre el 1 de enero de 1997 a 31 de diciembre de 2008. Los casos incluidos cumplían i) paciente con fiebre y datos de sepsis de foco más probable portal, ii) una prueba de imagen que presente un defecto de repleción a nivel portal iii) se han descartado otras causas de trombosis portal.

**Resultados.** Tabla 1.

**Discusión.** La tromboflebitis séptica de la vena porta o pileflebitis es proceso agudo desencadenado por diferentes procesos inflamatorios intraabdominales o cirugía. Con una incidencia en la actualidad del 0,05% tras apendicectomía. Presentamos una serie de 6 casos en la que se recoge una tasa del 50% de complicaciones graves y una mortalidad del 33%. En nuestra serie ningún enfermo presentó las enfermedades procoagulantes. El diagnóstico del foco primario se realizó en más del 85% de los casos. Las etiologías halladas son apendicitis, cirugía previa de quiste hidatídico, colangitis. El mecanismo patogénico se explica por el particular drenaje de la vena porta. La forma de presentación es inespecífica (fiebre, dolor abdominal y/o leuco-

Tabla 1 (A-63). Descripción de casos con pyleflebitis

Paciente	Edad/ Sexo	Clínica	Proceso primario	Diagnostico	Microbiología	Tratamiento	Evolución
1	85 Hombre	Fiebre Dolor abdominal	Desconocido	TC	<i>S. viridans</i>	Ninguno	Exitus
2	61 Hombre	Fiebre	Infección urinaria	Eco TC	Negativa	Imipenen Gentamicina ACO	Favorable
3	90 Mujer	Fiebre, Ictericia Dolor abdominal	Colangitis	Eco	<i>E. coli</i> <i>S. viridans</i>	Piper/tazo	Exitus
4	17 Hombre	Fiebre	Apendiceptomizado	Eco	<i>E. coli</i>	Piper/tazo Gentamicina ACO	Favorable
5	37 Hombre	Fiebre	Quistectomizado ( <i>E. granulosus</i> )	Eco TC Prazicuantel ACO	<i>E. granulosus</i> negativa Albendazol	Piper/tazo	Favorable
6	71 Hombre	Fiebre Ictericia Dolor abdominal	Colangitis	Eco TC	Negativa	Piper/tazo CPRE	Favorable

citosis), generando un importante retraso diagnóstico. La ecografía y la TAC abdominal son las dos técnicas más importantes en el diagnóstico. La infección suele ser polimicrobiana y los microorganismos más frecuentemente implicados son enterobacterias. El tratamiento se basa en carbapenems, piperacilina/tazobactam o tratamiento combinado. El uso de anticoagulación es controvertido. En ocasiones son necesarias las técnicas intervencionistas. La pyleflebitis es una entidad con mal pronóstico y con una importante morbilidad que oscila entre el 50-80% por lo que es necesaria una alta sospecha clínica para un diagnóstico precoz que mejore el pronóstico.

#### A-64

##### HHV-8: ¿IMPRESINDIBLE EN LA PATOGENIA DEL SARCOMA DE KAPOSI?

I. Cabezón Estévez, F. Domingo Serrano, P. Díez Romero, M. López Paredes, C. Díez Romero, M. Artacho Rodríguez, M. Torrea Valdepérez e I. Pérez Tamayo

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

**Objetivos.** El herpesvirus humano tipo 8 (HHV-8) es un miembro de la familia herpesviridae que afecta exclusivamente a los humanos, siendo el agente causal de patologías como el linfoma con derrame primario, la enfermedad de Castleman y el sarcoma de Kaposi (SK). Múltiples investigaciones aseguran, de hecho, que el HHV-8 es condición sine qua non en la patogenia de esta última enfermedad. Ante el hallazgo de dos casos de SK seronegativos para HHV-8 diagnosticados en nuestro hospital nos disponemos a analizar los distintos métodos diagnósticos y si es esencial el HHV-8 para el desarrollo de esta patología.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio observacional, retrospectivo, que analiza los pacientes diagnosticados de SK en el Hospital Gregorio Marañón en los últimos 5 años mediante clínica y/o anatomía patológica. En todos ellos estudiamos la infección por HHV-8 mediante inmunohistoquímica (IHQ) de la lesión o estudio serológico para comprobar si existe concordancia.

**Resultados.** Entre 2004 y 2009 han sido diagnosticados de SK un total de 31 pacientes (70.9% varones y 29.1% mujeres), con una edad media en el momento del diagnóstico de 48.4 años. De ellos, un 41.9% son VIH positivo, mientras que 22.5% son pacientes trasplantados. La localización más frecuente es la cutánea (96.7%), seguida de la pulmonar (16.1%), gastrointestinal y ganglionar (12.9%). En el 67.7% de los pacientes no se solicitó en el momento del diagnóstico estudio de HHV-8. Analizando el 32.3% restante encontramos los resultados reflejados en la tabla 1. Llama la atención la discordancia entre las dos pruebas diagnósticas en uno de los pacientes (\*), pero la serología se positivizó a los 7 meses. Tan solo un caso (\*\*) resultó negativo tanto en IHQ como en serología, manteniéndose la serología negativa a los 5 años.

**Discusión.** El diagnóstico de la infección por HHV-8 se basa en métodos directos de inmunohistoquímica y métodos indirectos de serología. En la

literatura se ha demostrado que los métodos directos de diagnóstico no son lo suficientemente sensibles para detectar dicha infección, por lo que se recomienda complementarlos con métodos indirectos. La principal limitación de nuestro estudio radica en que en la mayoría de los casos no se ha solicitado alguna de estas pruebas, por lo que nos es imposible comparar la eficacia de ambos métodos. Todos los pacientes de nuestra muestra con IHQ positiva presentan a su vez serología positiva (bien en el momento del diagnóstico o con el paso del tiempo), por lo que podríamos concluir que una serología negativa aislada para el HHV-8 no nos permite excluir el diagnóstico de SK. Para filiar esta enfermedad, por tanto, debemos basarnos en la clínica y/o la anatomía patológica de la lesión. Esta afirmación se ve además potenciada al encontrar un caso en el que los dos métodos diagnósticos son negativos de forma reiterada, teniendo el paciente una clínica y una anatomía patológica compatibles con la enfermedad. Esto nos hace plantearnos si se trata de falsos negativos o por el contrario si existen, aparte del HHV-8, otros agentes implicados en la patogenia del SK. Sería necesaria la realización de más estudios analizando los dos métodos diagnósticos con mayor tamaño muestral para llegar a resultados concluyentes. **Conclusiones.** 1- El diagnóstico del SK debe basarse en criterios clínicos y/o anatomopatológicos. 2- Para el diagnóstico de infección por HHV-8 es necesario combinar métodos directos e indirectos. 3- Resultados de laboratorio negativos para HHV-8 no excluyen el diagnóstico de SK. 4- Ante la existencia de casos diagnosticados de SK con HHV-8 negativo de forma reiterada podrían existir otros agentes causales de SK.

#### A-65

##### HALLAZGOS RADIOLÓGICOS EN LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ESQUISTOSOMIASIS EN LA UNIDAD DE MEDICINA TROPICAL DEL HOSPITAL DE PONIENTE

J. Salas Coronas<sup>1</sup>, J. Vázquez Villegas<sup>2</sup>, T. Cabezas Fernández<sup>1</sup>, I. Cabeza Barrera<sup>1</sup>, M. Soriano Pérez<sup>1</sup>, J. Sánchez Sánchez<sup>3</sup>, A. Villarejo Ordóñez<sup>3</sup> y J. Espada Chevarría<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Medicina Tropical, <sup>2</sup>Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital de Poniente. El Ejido (Almería).

<sup>3</sup>Unidad de Medicina Tropical. Distrito Poniente (Almería).

**Objetivos.** Estudiar los hallazgos radiológicos en los pacientes diagnosticados de esquistosomiasis en la Unidad de Medicina Tropical (UMT) del Hospital de Poniente.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados de esquistosomiasis desde Octubre de 2004 a Junio de 2009 en la UMT. El diagnóstico se realizó mediante técnicas directas, en base al hallazgo de huevos de Schistosoma en orina y heces, o bien en biopsias rectales o vesicales mediante cistoscopia. A los pacientes se les realizó radiología simple de abdomen, así como ecografía abdominal y vesical.

**Resultados.** En total se estudiaron 112 pacientes, el 94,6% hombres (n = 106). La edad media fue de 25,45 años, y el tiempo medio de estancia en España de 26,5 meses. El 81,3% estaban en situación administrativa irregu-

Tabla 1 (A-64). Pruebas diagnósticas para HHV-8 (? = prueba no realizada)

	IHQ + Serolog+	IHQ + Serolog -	IHQ + Serolog?	IHQ? Serolog +	IHQ -Serolog -
Pacientes	4	1 (*)	2	2	1 (**)

lar. Todos los pacientes procedían de África subsahariana, principalmente Malí (n = 53), Senegal (n = 27) y Mauritania (n = 13). El motivo más frecuente de derivación fue la hematuria macroscópica (33%), seguido del dolor abdominal (30%) y eosinofilia (15%). 81 pacientes presentaban infección por *S. haematobium*, 29 por *S. mansoni* y 2 coinfección por ambas especies. El 92 pacientes se realizó Rx simple de abdomen, presentando en 9 casos (10,8%) calcificaciones a nivel vesical, y en 1 esplenomegalia importante (en un paciente con infección por *S. mansoni*). En 84 pacientes se realizó ecografía abdominal. En 33 pacientes (39,3%) se encontraron lesiones secundarias a la parasitación por Schistosomas. 26 pacientes presentaron afectación vesical (engrosamiento mucosa, lesiones polipoideas, calcificaciones), y 7 datos de afectación hepática y/o hipertensión portal.

**Discusión.** La esquistosomiasis es una parasitosis muy prevalente en muchos países de África Subsahariana, y que ocasiona una muy elevada morbilidad. El espectro clínico de presentación es muy dispar, variando desde pacientes asintomáticos a otros con hipertensión portal severa o insuficiencia renal terminal de causa obstructiva. Los motivos de derivación más frecuentes son la hematuria, el dolor abdominal y la eosinofilia. Los estudios radiológicos, sobre todo la ecografía, aportan una importante información tanto para el diagnóstico, estudio de las posibles repercusiones sistémicas y la evolución postratamiento.

**Conclusiones.** Las exploraciones radiológicas, y sobre todo la ecografía abdominal, son de gran utilidad en el diagnóstico y seguimiento de la esquistosomiasis importada. Esta entidad debe ser tenida en cuenta por los facultativos que atiendan a pacientes procedentes de áreas endémicas, fundamentalmente en aquellos que consulten por hematuria, dolor abdominal y eosinofilia.

#### A-66 ESTUDIO DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE UNCINARIASIS EN LA UNIDAD DE MEDICINA TROPICAL DEL HOSPITAL DE PONIENTE

M. Soriano Pérez<sup>1</sup>, J. Salas Coronas<sup>1</sup>, J. Vázquez Villegas<sup>2</sup>, T. Cabezas Fernández<sup>1</sup>, I. Cabeza Barrera<sup>1</sup>, A. Lozano Serrano<sup>1</sup>, J. Fernández Peñaléiz<sup>1</sup> y M. Molina Arrebola<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Medicina Tropical. Hospital de Poniente. El Ejido (Almería).

<sup>2</sup>Unidad de Medicina Tropical. Distrito Poniente (Almería).

**Objetivos.** Estudio de los casos de uncinariasis diagnosticados en la Unidad de Medicina Tropical (UMT) del Hospital de Poniente.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los pacientes con diagnóstico de uncinariasis durante el período comprendido entre Octubre de 2004 y Junio de 2009. El diagnóstico se realizó mediante la visualización directa de huevos de uncinarias en heces. El resto de diagnósticos parasitológicos se realizaron también mediante métodos de visualización directa, aunque en el diagnóstico de *Strongyloidiasis* se emplearon también técnicas serológicas. **Resultados.** Se estudiaron un total de 134 pacientes. En 133 casos (99,3%) procedían de África subsahariana y 1 del Magreb. En la distribución por países destacan Guinea Bissau (n = 54) y Senegal (n = 43). El 86,6% fueron hombres (n = 116). La edad media fue de 27,5 años, y el tiempo medio de residencia en España de 29,5 meses. El 73,9% estaba en situación administrativa irregular. El motivo de consulta fue dolor abdominal en el 51,5% de los casos, estudio de eosinofilia en el 16,4% y detección tras la aplicación del protocolo de atención inicial al paciente inmigrante en Atención Primaria en el 23,4% de los casos. En relación con los hallazgos analíticos, el nivel medio de Hb fue de 14,7 mg/dl (4,5-18), el de eosinófilos totales 818 Eo/mm<sup>3</sup>, y el de IgE 2217 UI/ml. Las coparasitaciones fueron muy frecuentes, destacando entre los helmintos la *Strongyloidiasis* (n = 32), filariasis por *Mansonella perstans* (n = 23) y *Schistosoma haematobium* (n = 13). Entre los protozoos destacan *Blastocystis hominis* (n = 23) y *Entamoeba histolytica*/dispar (n = 18). Los tratamientos empleados fueron mebendazol 100 mg/12 h (3 días) o Albendazol 400 mg (dosis única). En 3 casos se constató persistencia de la parasitación en el control postratamiento.

**Discusión.** La uncinariasis en una de las helmintosis más frecuentes que podemos encontrar en la población inmigrante subsahariana. Es de fácil diagnóstico mediante métodos directos y presenta una muy buena respuesta al tratamiento convencional. Hay que sospecharla en pacientes procedentes de zonas endémicas con dolor abdominal y eosinofilia leve, siendo muy frecuente la asociación con otras parasitosis. Sin embargo, en una proporción elevada, los pacientes se encuentran asintomáticos, por lo que la implantación del protocolo de atención inicial al inmigrante que incluye la realización del estudio parasitológico en heces, permite el diagnóstico de esta parasitosis en gran número de pacientes.

**Conclusiones.** La uncinariasis es una parasitación muy frecuente en pacientes inmigrantes procedentes de países de África Subsahariana, debiendo tenerse en consideración ante clínica de dolor abdominal y presencia de eosinofilia. La coparasitación por otras helmintiasis es muy frecuente. El tratamiento es sencillo y de una gran efectividad, siendo necesario el control postratamiento.

#### A-67 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PACIENTES CON SÍFILIS ATENDIDOS EN LA CONSULTA MONOGRÁFICA DE VIH

C. Sáez Béjar, L. Prósper Ramos, E. Díaz Guardiola, I. González Negredo, A. Salas Aparicio, I. De los Santos Gil, J. Sanz Sanz y C. Suárez Fernández

Servicio de Medicina Interna-Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

**Objetivos.** En el 2004, más del 60% de los nuevos casos de sífilis en España se dieron entre el colectivo de varones homosexuales. Los últimos datos estiman la prevalencia de infección luética en el 7% de los pacientes VIH positivos. Entre los factores que se postulan para explicar este resurgimiento de la sífilis está la inmigración desde zonas de alta prevalencia, cambios en las conductas de riesgo, uso de drogas de diseño, reducción de los métodos barrera en las relaciones sexuales por la mejora del pronóstico del SIDA desde la aparición del TARGA. El objetivo de este trabajo es describir el perfil epidemiológico de los pacientes que presentan infección VIH y su estatus serológico para sífilis en las consultas externas de nuestro centro.

**Material y métodos.** Se analizan los pacientes atendidos por primera vez en la consulta monográfica de VIH del Hospital Universitario de la Princesa en el período comprendido entre 2002 y 2008 mediante revisión de sus historias clínicas. Se describen: edad, sexo, procedencia y grupo de riesgo, situación inmunológica, perfil serológico frente a *Treponema pallidum*, clínica de presentación de la sífilis, tratamiento recibido y evolución serológica. Se analizan los datos con el programa SPSS versión 13.0.

**Resultados.** Se analiza un total de 243 pacientes, el 94,2% tenía serología luética y en el 26%(63p) ésta fue positiva (VDRL y/o FTA-abs); el diagnóstico de la infección VIH y sífilítica fue simultáneo en 59%. Los pacientes seropositivos para lúes presentaban las siguientes características: edad media de 38,7 años (rango 18-66), el 97% (59) fueron varones. El 51% era originario de España, el 44% eran inmigrantes de hasta 10 países latinoamericanos, y tan sólo dos pacientes (3%) de otra procedencia (Camerún y Ucrania). Dentro de la población inmigrante, la estancia media en España es de 4 años. El grupo de riesgo: 69% homosexuales, 21% heterosexuales. La media de CD 4 al diagnóstico fue de 442 (rango 21-1050), encontrándose el 60% en un estadio A1 o A2 de la infección por VIH y un 7% tenía enfermedades criterio de SIDA (estadio C). El 93% no tenía TARGA al diagnóstico de sífilis. La presentación clínica fue en un 8% de los casos como sífilis primaria, 15% secundaria, 67% asintomática o latente de duración indeterminada. Se realizó punción lumbar al diagnóstico en 18 pacientes (29%), encontrándose hallazgos compatibles con neurosífilis en 2 de ellos (3%). El tratamiento fue con penicilina benzatina en 56 %, con ceftriaxona en 13%. El 57% de los pacientes tienen evidencia serológica de respuesta.

**Discusión.** El perfil de riesgo de nuestros pacientes VIH positivos con sífilis es un varón homosexual español o latinoamericano con una media de 4 años en España, no diagnosticado previamente de VIH, sin criterios definitivos de SIDA y sin tratamiento antirretroviral. La forma de presentación más frecuente fue la sífilis asintomática o latente de duración indeterminada aunque el hecho de no contar con un servicio de ginecología en nuestro centro puede hacer que se pierdan casos de sífilis primaria en la mujer. La mayoría de los pacientes que reciben un tratamiento correcto presenta evidencia de respuesta clínica y serológica.

**Conclusiones.** Una cuarta parte de los pacientes que acuden a la consulta monográfica de VIH en nuestro hospital presentan también serología positiva para sífilis. En nuestra población se confirma el perfil de riesgo descrito en estudios recientes para los pacientes diagnosticados de sífilis y VIH. La mayoría de los pacientes tiene una lúes indeterminada en el momento del diagnóstico. Es necesario realizar una serología luética a todo paciente con infección VIH dada la elevada prevalencia y el incremento en las tasas de infección.

#### A-68 VALIDEZ DE LA ELASTOGRAFÍA TRANSITORIA (FIBROSCAN®) COMO MÉTODO DE SELECCIÓN DE PACIENTES CIRRÓTICOS INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) CON RIESGO DE PRESENTAR VARICES ESOFÁGICAS

J. Pascual Pareja, M. Montes, J. Castro, M. Mayoral, J. Bernardino, M. Mora, J. Arribas y J. González García

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

**Objetivos.** Definir la validez del FibroScan® como método de selección de pacientes cirróticos infectados por VIH con riesgo de presentar varices esofágicas.

**Material y métodos.** Se estudió en 57 pacientes cirróticos infectados por el VIH la relación entre la presencia de varices esofágicas diagnosticada mediante endoscopia alta, y la rigidez hepática medida por FibroScan®. El tiempo máximo entre la realización de la endoscopia alta y el FibroScan® no podía exceder los 6 meses de duración. El valor de la rigidez hepática

se expresó en kiloPascales (kPa) y correspondía a la mediana de al menos 10 mediciones en un examen con al menos 80% de mediciones válidas. Se excluyeron los pacientes con presencia de trombosis portal. Se calcularon los índices de validez y la curva ROC con el sistema SPSS.

**Resultados.** Mediana de edad: 45,4 años (RIQ: 42,3-49,3). 73,7% con criterios de SIDA. Mediana de CD4 299 (177-484). 54 (94,7%) recibían TARGA. 53 (93%) tenían viremia VIH < 50 c/mL. Hepatitis C crónica 49 (86%). Genotipo 1, 27 (47,4%) y genotipo 3, 12 (21,1%). Hepatitis B crónica 7 (12,3%). Hepatitis D crónica 2 (3,5%). Un 38,6% reconocía antecedentes de consumo excesivo de alcohol. 22 pacientes (38,6%) presentaban varices esofágicas y/o gastropatía portal (3 pacientes con gastropatía portal sin varices y en 4 pacientes el grado de varices era  $\geq$  III). Mediana de los valores de FibroScan® de 26,3 kPa (17,8-37,4). El área bajo la curva ROC (IC 95%) de los valores del FibroScan® y la presencia de varices y/o gastropatía portal era de 0,72 (0,58-0,86). Valores de FibroScan® < 20 kPa presentaba una sensibilidad de 45,7% (30,5-61,8), una especificidad de 90,9% (72,2-97,5) con un valor predictivo positivo (VPP) de 88,9% (67,2-96,9) para la ausencia de varices y/o gastropatía portal. Un total de 18 pacientes (31,6%) tenían valores de FibroScan® < 20 kPa, de los cuales dos presentaban varices; uno grado 1 y el otro grado 2, sin signos de alarma de sangrado. Si utilizamos como criterio de selección los pacientes con FibroScan® < 20 kPa y plaquetas > 120.000/ml (21% de los pacientes) tendríamos un VPP del 100% (75,8-100) para la ausencia de varices y/o gastropatía portal.

**Discusión.** Diversos estudios han intentado validar el uso de la elastografía transitoria y de otros métodos no invasivos como método de predicción de la presencia de varices. Estos estudios como en el nuestro, demuestran la utilidad de estos métodos en la selección de pacientes candidatos a realizarse endoscopia alta para despistaje de varices, pero no como sustituto de esta técnica. Consideramos fundamental descartar la presencia de trombosis portal en los pacientes cirróticos antes de intentar validar cualquier método, hecho que la mayoría de los estudios obvian. En nuestro estudio se demuestra la utilidad del FibroScan® junto con la determinación de plaquetas como método de selección de pacientes cirróticos sin riesgo de presentar varices esofágicas. Ningún paciente de nuestra serie con valores de FibroScan® < 20kPa y cifras de plaquetas > 120.000/ml presentaban gastropatía portal y/o varices esofágicas. Sería conveniente contrastar estos resultados en una serie con mayor número de pacientes.

**Conclusiones.** En pacientes infectados por VIH con cirrosis hepática se podría evitar la realización de endoscopia alta como despistaje de varices en aquellos que presenten un resultado de FibroScan® < 20kPa y cifras de plaquetas > 120.000/ml.

#### A-69

### ARTRITIS POR S. PNEUMONIAE: UNA ETIOLOGÍA INFRECUENTE DE ARTRITIS SÉPTICA

P. Jiménez Aguilar<sup>1</sup>, R. Terán Redondo<sup>2</sup>, E. Sánchez Rivas<sup>3</sup>, L. De la Higuera Vila<sup>2</sup> y R. Luque Márquez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** Analizar las características clínicas, rentabilidad de pruebas diagnósticas y evolución de una serie de pacientes diagnosticados de artritis séptica (AS) por *Streptococcus pneumoniae* (SP) en un hospital de tercer nivel.

**Material y métodos.** Se realizó una búsqueda en la base de datos del CMDB del H. Virgen del Rocío en el período comprendido entre 1-1-2003 al 31-5-2009 con el diagnóstico de "artritis neumocócica" (AN).

**Resultados.** Se exponen en la tabla 1

**Discusión.** La AN es la tercera causa de AS en las series (la serie mas amplia publicada recoge 13 casos y revisa 177). Es frecuente la presencia de factores predisponentes. Alrededor de un 50% se asocian a infecciones extraarticulares. La articulación afectada con mas frecuencia es la rodilla. La presencia de bacteriemia (72%) es más frecuente que en otras AS. Los cultivos del líquido articular son positivos en el 84% de los casos. El tratamiento se basa en drenaje del líquido articular y en el tratamiento antibiótico precoz.

**Conclusiones.** AN es una causa poco frecuente de AS. Suele asociarse a enfermedades predisponentes. La rodilla fue la articulación afectada con mayor frecuencia. Es habitual que se acompañe de infección extraarticular, sobre todo en la artritis nativa. La rentabilidad de los hemocultivos y del cultivo del líquido sinovial es superior a otras etiologías. El tratamiento no difiere de otras AS siendo su pronóstico favorable.

#### A-70

### TUBERCULOSIS ÓSEA: ANÁLISIS DE 24 CASOS

M. Blázquez Llistosella<sup>1</sup>, M. Rexach Fumanya<sup>1</sup>, À. Vinyes-Miralpeix Gasó<sup>1</sup>, M. Teixidor Viñas<sup>2</sup>, J. Uriel Cano<sup>1</sup> y F. García-Bragado Dalmáu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Radiología. Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta. Girona.

**Objetivos.** Analizar las características de los 24 casos de tuberculosis ósea presentados en un hospital de segundo nivel de la provincia de Girona.

**Material y métodos.** Se realiza un estudio descriptivo de los 24 casos atendidos en nuestro hospital en el período comprendido entre enero de 2000 y junio de 2009. Se valoran las siguientes variables: sexo, edad, nacionalidad, tiempo de residencia en nuestro país, factores de riesgo, antecedentes de tuberculosis previa, clínica asociada, lugar y grado de afectación, diagnóstico, tratamiento y evolución clínica.

**Resultados.** De los 24 casos presentados, 7 han sido diagnosticados en los primeros 6 meses del año 2009. Fueron hombres 20/24 (83,3%) y eran inmigrantes 17/24, de los cuales al menos 11/17 (64,7%) eran inmigrantes recientes, y 13/17 (54,2%) eran procedentes de África subsahariana (Gambia-Senegal-Mali-Mauritania). La edad media de los pacientes inmigrantes fue de 27  $\pm$  8,5 años, a diferencia de la de los pacientes españoles que fue de 70  $\pm$  18 años. Sólo 2/24 tenían el antecedente de una tuberculosis previa. No se observa aumento de la incidencia con ninguno de los factores de riesgo analizados (tabaco, alcoholismo, diabetes, hipertensión, patología respiratoria previa, VIH, VHC, VHB, tratamiento inmunosupresor y neoplasia). El tiempo medio de evolución clínica en el momento del diagnóstico fue de 5  $\pm$  4,4 meses. Los motivos de consulta más frecuentes fueron dolor (33,3%) y bultomas (29,2%). Además, 13/24 (54,2%) referían cuadro constitucional, 18/24 (75%) tenían dolor y 12/24 (50%) presentaban fiebre o febrícula en el momento del diagnóstico. En 20/24 casos (83,3%) existía absceso asociado. La radiografía de tórax de ingreso era patológica en la mitad de los casos (12/24). La prueba de la tuberculina fue positiva en los 19 casos en los que se realizó. En 10/24 (41,6%) se observó tuberculosis en otra localización. La afectación ósea más frecuente fue la vertebral (75%), sobretudo las columnas dorsal y lumbar, y afectando múltiples vértebras (de media 4  $\pm$  3, con un rango de 1-14 vértebras afectadas). Otras localizaciones fueron

Tabla 1 (A-69). Descripción de casos con piletiflitis

Sexo/Edad	Articulación	Nativa/Protésica	Infección extraarticular	Hemocultivo	Líquido sinovial	CMI, Penicilina $\mu$ g/ml	Tratamiento
Hombre 43	Rodilla	N	No	No realizado	Positivo	S	Telitromicina 21d Moxifloxacino 6s
Hombre 62	Rodilla	P	No	Positivo	Positivo	0,023	Penicilina iv 28d. Amoxi-Clavulanico 21d vo Retirada prótesis
Mujer 72	Rodilla	P	No	No realizado	Positivo	S	Ceftriaxona iv 21d. Levofloxacino vo 28d Retirada prótesis
Hombre 52	Rodilla	N	Meningitis Neumonía Derrame pleural	Negativo	Positivo	<0,08	Ceftriaxona iv 28d
Hombre 70	Carpo	N	Neumonía	Positivo	Negativo	S	Ceftriaxona iv 21d Moxifloxacino vo 21d
Hombre 38	Externo clavicular	N	Meningitis Absceso psoas	Negativo	No realizado	R >1,5	Vancomicina iv 7d Ceftriaxona iv 21d Levofloxacino vo 14d

las costillas en 4/24 (16%) de los casos, el esternón en un único caso, la cadera en 3/24 (12,5%) de los casos y un caso que afectaba calota craneal. De los 18 casos de espondilodiscitis tuberculosa 14 (77,7%) afectaban la parte anterior del cuerpo vertebral, en 11/18 (61,1%) había afectación del disco vertebral por prueba de imagen y en 6/18 (33,3%) había absceso de psoas asociado. La terapia con 4 fármacos se ha utilizado en 14/24 (58,3%) y 5/24 (20,8%) han requerido cirugía. Todavía están en tratamiento 6/24 (25%).

**Discusión.** En nuestra serie, se observa un aumento de la incidencia en el presente año, igualando en los últimos 6 meses la incidencia de los 4 años previos. El tiempo entre el inicio de la clínica y el diagnóstico es alto, manteniéndose estable con los años. No se ha podido establecer relación con ninguno de los factores de riesgo analizados. Ninguno de nuestros pacientes era VIH positivo. La afectación vertebral de la tuberculosis, espondilodiscitis tuberculosa o mal de Pott es la forma de presentación ósea más frecuente en nuestro medio, siendo los huesos de la caja torácica y la cadera otras localizaciones frecuentes. La terapia con 4 fármacos fue la más utilizada, por la elevada incidencia en pacientes inmigrantes.

**Conclusiones.** Parece existir un aumento de la incidencia de tuberculosis ósea en los últimos meses, con lo que es importante tenerla en cuenta para acortar el tiempo hasta el diagnóstico. Se debe tener presente que el perfil más habitual es el de un hombre joven, subsahariano e inmigrante reciente que presenta un cuadro tóxico, fiebre, dolor lumbar i/o bultoma.

#### A-71 RENTABILIDAD DE PROTEÍNA C REACTIVA PARA EL DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

P. Cabezas Pérez, A. Ruiz González, M. Falguera Sacrest, I. Chica de Diego, D. Lacasta García y J. Porcel Pérez  
Urgencias. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida.

**Objetivos.** La escasa sensibilidad y especificidad de los síntomas y signos de infección pulmonar parenquimatosa, así como la dificultad para realizar una radiografía de tórax técnicamente correcta, obliga al clínico a una sobreutilización de antibióticos. En este contexto, nos proponemos analizar la rentabilidad de la proteína C reactiva (PCR) para discriminar pacientes con infección parenquimatosa (neumonía) de los que tienen una infección de vía respiratoria inferior (bronquitis).

**Material y métodos.** Se trata de un estudio prospectivo, realizado con pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Universitari Arnau de Vilanova (Lleida, España) desde 1 de Octubre de 2006 hasta el 30 de Marzo 2007 con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad (NAC) y agudización de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (AEPOC). Se obtuvo una muestra de sangre en cada paciente para medir la PCR el primer día de su ingreso. Los datos fueron analizados con un programa de software estadístico (SPSS versión 15 para Windows, SPSS, Inc, Chicago, IL).

**Resultados.** Se analizaron 360 pacientes de los cuales 160 enfermos tenían NAC y 160 presentaban AEPOC. Los valores de PCR en pacientes con NAC (245 mg/L, rango: 1 - 496 mg/L) fueron superiores a los encontrados en pacientes con AEPOC (49 mg/L, rango: 13 - 652 mg/L) ( $p < 0,05$ ). Para un punto de corte de PCR > 100 mg/L las características operativas de la PCR para identificar NAC fueron: sensibilidad del 98,8%, especificidad de 75%, valor predictivo positivo de 79,4% y valor predictivo negativo de 96%.

**Discusión.** Mediante este estudio, hemos intentado encontrar un biomarcador que ayude al clínico a diferenciar la NAC de la AEPOC. La utilidad estriba en que un enfermo con síntomas respiratorios y un valor de PCR inferior a 100 mg/L, tiene una probabilidad del 96% de no tener NAC. La determinación de la PCR en la práctica clínica habitual facilitaría el manejo de pacientes con síntomas respiratorios y podría reducir la sobreutilización de antibióticos en enfermos con AEPOC, así como mejorar el tratamiento en pacientes con NAC.

**Conclusiones.** La realización de PCR al ingreso del paciente con síntomas respiratorios puede ayudar al clínico a diferenciar entre distintas infecciones respiratorias.

#### A-72 LISTERIOSIS DEL ADULTO EN PALENCIA. DESCRIPCIÓN DE 5 CASOS

S. Franco Hidalgo<sup>1</sup>, J. Prieto de Paula<sup>1</sup>, F. Sánchez Barranco<sup>1</sup>, J. Gómez Barquero<sup>1</sup> y E. Domínguez del Brío<sup>2</sup>

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

**Objetivos.** Listeria monocytogenes es un bacilo gram positivo, de amplia distribución en la naturaleza, que se transmite fundamentalmente a través de alimentos contaminados, y que presenta tropismo especial por la placenta y el sistema nervioso central. Aunque la listeriosis suele aparecer de forma esporádica, también son frecuentes los brotes epidémicos relacionados con el consumo de alimentos. Su transmisión es oral o materno-fetal, y el período de incubación oscila entre 11 y 70 días. Afecta fundamentalmente a neonatos, mayores de 60 años, embarazadas y personas con alteración de la inmunidad celular o con enfermedades crónicas. Su incidencia en España se estima en torno a 9 casos por millón de habitantes y año: Nuestros datos darían una incidencia de 14/millón/año-, y su mortalidad oscila entre el 20 y el 30% aunque otras series señalan cifras más elevadas. El objetivo del trabajo es conocer las características de la listeriosis en nuestra provincia.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de las historias clínicas de todos los pacientes mayores de 14 años diagnosticados de listeriosis en el Complejo Hospitalario de Palencia durante los años 2007 y 2008.

**Resultados.** En el período diagnosticamos 5 casos de listeriosis, lo que supone una incidencia de 14 casos/millón de hab./año, superior a la española. Todos fueron varones, con una edad media de 70 ± 11 años. En todos existía algún estado de inmunodepresión (2 neoplasias, 3 diabetes mellitus tipo 2, un trasplantado renal en tratamiento con esteroides, azatioprina y ciclosporina, y un caso de alcoholismo). La presentación fue aguda, con cefalea, fiebre y disminución del nivel de conciencia. Uno presentó crisis comiciales y otro una rombencefalitis. Las características del LCR se exponen en tabla adjunta. El tratamiento incluyó siempre ampicilina intravenosa, que se complementó con vancomicina o gentamicina en dos y tres casos respectivamente. Cuatro pacientes tuvieron buena evolución y sin secuelas. Uno de ellos (20%) falleció por fracaso multiorgánico.

**Discusión.** Los casos presentados no difieren de los publicados hasta ahora; especialmente en lo referido al predominio de varones, al alto porcentaje de inmunosupresión, a la presentación clínica, a las características del LCR y a la mortalidad.

**Conclusiones.** 1) la incidencia de listeriosis en Palencia es superior a la española, 2) las características epidemiológicas, clínicas, líquorales y pronósticas de nuestros pacientes son superponibles a las habitualmente descritas.

#### A-73 ¿ES NECESARIO REALIZAR SCREENING DE ETS ENTRE NUESTROS PACIENTES VIH?

M. Noureddine López<sup>1</sup>, J. De La Torre-Lima<sup>1</sup>, M. Frieyro<sup>2</sup>, J. Repiso<sup>2</sup>, L. Mérida<sup>1</sup>, J. Olalla<sup>1</sup>, A. Del Arco<sup>1</sup> y J. Prada<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Dermatología y Venereología. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga).

**Objetivos.** Conocer la situación de las enfermedades de transmisión sexual dentro de una cohorte de pacientes VIH en seguimiento.

**Material y métodos.** Cohorte de 400 pacientes VIH atendidos en el Hospital Costa del Sol durante un período de 15 meses (Enero 2008 a Marzo 2009). Se realizó un análisis descriptivo de las características demográficas y las enfermedades de transmisión sexual (ETS) entre 70 pacientes VIH con conductas de riesgo, según entrevista estructurada para su detección, de los que acudieron 49 pacientes. Se realizaba despistaje de infecciones por gonococos y clamidias, infección HPV, citología de cérvix y de canal anal en mujeres, citología anal en hombres que tienen sexo con hombres y despistaje de patología maligna HPV genital. A todos los pacientes se les realiza una anamnesis completa sobre hábitos sexuales y se solicita serología de herpes I y II, serología clamidia, RPR, VRDL reciente. Presentamos un aná-

Tabla 1 (A-72). Características del líquido cefalorraquídeo (LCR)

Paciente	Células (mm <sup>3</sup> )	PMN (%)	Glucorraquia/glucemia (mg/dl)	Proteínas (mg/dl)	Tinción de Gram	Cultivo LCR
1	930	80	29/181	4,52	Positiva	Positivo
2	458	80	29/105	1,95	Negativa	Positivo
3	234	17	76/161	1,56	Positiva	Positivo
4	—	—	—	—	—	—
5	600	76	58/204	5,14	Negativa	Negativo

lisis descriptivo de las características demográficas y las enfermedades de transmisión sexual (ETS) encontradas en este grupo.

**Resultados.** De los 49 pacientes, 47 eran hombres (96%) y 2 mujeres (4%), con una mediana de edad de 40 años [34-46]. Respecto a antecedentes personales 32 pacientes (65%) presentaban serología a virus de la hepatitis B negativo, existiendo infección VIH-VHC en 7 (14%). Realizaban terapia con TARGA 38 pacientes (77%) siendo la mediana de CD4 del grupo de 536 [372-751]; de ellos, 12 (24%) pacientes se encontraban en la categoría C de la CDC. Respecto a conductas de riesgo 4 de ellos (8%) eran ADVP, 40 tenían prácticas homosexuales (80%), con una mediana de número de parejas anual del grupo de 2 [1-7,7], donde el uso del preservativo es ocasional en el 22% de los encuestados y nunca en el 4%. Respecto a enfermedades de transmisión sexual: 13 pacientes fueron diagnosticados de sífilis (1 primaria, 6 secundarias, 4 latentes y 2 indeterminada), 5 (10%) presentaban infección por virus Herpes tipo 2, 20 (40%) tenían lesiones tipo condiloma acuminado (asociado a infección por virus del Papiloma Humano), hubo 3 infecciones por gonococo (2 proctitis y 1 uretritis) y 17 cultivos positivos en canal anal a *Chlamydia trachomatis*; de manera que el 96% de este grupo de pacientes presentaba alguna ETS. Respecto a otros hallazgos relacionados encontramos algún grado de displasia epitelial anal en 4 pacientes (8%) y carcinoma in situ (tipo Enfermedad de Bowen) en 3 pacientes diferentes a los anteriores.

**Conclusiones.** Las ETS tienen una alta prevalencia entre los pacientes con VIH, siendo más frecuente las de origen vírico. Esto obliga a un seguimiento estrecho y a la necesidad de realización de screening activo, sobre todo en pacientes con prácticas de alto riesgo, por la probabilidad de malignización de las lesiones.

#### A-74

##### **BROTE DEL VIRUS DE LA HEPATITIS A EN VARONES HOMOSEXUALES CON INFECCIÓN VIH**

**S. Vicente Rodríguez, B. Garrido Bernet, A. Tejera Concepción, E. Rubio Roldán, M. López Gámez, M. Hayek, M. Miguélez y P. Láynez Cerdeña**  
*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.*

**Objetivos.** El virus de la hepatitis A (VHA), es hepatotropo y provoca una inflamación aguda del hígado. Su período de incubación oscila entre 15-49 días y su transmisión es principalmente fecal-oral, aunque en ocasiones se contagia a través de agua o alimentos contaminados por las heces de humanos infectados. La población de mayor riesgo son los niños (en las sociedades en vías de desarrollo), los adultos que viajan a estas zonas endémicas y los homosexuales por contacto oral-anal (en sociedades del mundo desarrollado). La profilaxis consiste en, medidas higiénico-dietéticas, inmunoprofilaxis pasiva con inmunoglobulina inespecífica y activa con la vacuna. Presentamos cinco casos en nuestro medio, de varones jóvenes, homosexuales con infección VIH, afectados por un brote del virus de la hepatitis A por transmisión directa.

**Material y métodos.** Caso 1- Varón de 31 años, antecedentes personales de interés conducta sexual de riesgo. Refiere desde hace 1 mes fiebre de 39° C, prurito, faringitis, aftas bucales con anorexia, astenia y pérdida de 8 kg de peso. Al instaurar tratamiento con AINE únicamente desapareció la faringitis y disminuyó la fiebre. Exploración física destaca: ictericia cutáneo-mucosa y desnutrición. En la ecografía abdominal se observó hepato-esplenomegalia. En la analítica se detectó una elevación de la bilirrubina total (directa e indirecta), GOT, GPT, GGT, FA y LDH. Serología fue positiva para: VHA, CMV, VEB y VIH: 49.000 copias (CD4+ 305). Caso 2- Varón de 23 años, con infección VIH, que acudió para su control habitual en la consulta de enfermedades infecciosas. Antecedentes personales de interés: conducta sexual de riesgo. Exploración física destaca: ictericia cutáneo-mucosa. En la analítica se confirmó un aumento de la bilirrubina total (directa e indirecta) y de las enzimas hepáticas. La serología fue positiva además de para el VIH ya conocido (78.900 copias y CD 4+ 491), y VHA. Caso 3- Varón de 29 años, con hipotiroidismo e infección por el VIH y conducta sexual de riesgo. Acudió a la consulta de enfermedades infecciosas, para el control habitual de su infección VIH, con prurito. Exploración física destaca: ictericia cutáneo-mucosa. En la analítica: aumento de la bilirrubina total (directa e indirecta) y de las enzimas hepáticas. La serología fue positiva, además de para el VIH ya conocido (11500 copias, CD 4+ 489), y VHA. Caso 4- Varón de 42 años, con antecedentes personales de epilepsia, apendicetomía y conducta sexual de riesgo con infección VIH. Acudió a la consulta de enfermedades infecciosas para el control habitual del VIH. Exploración física: ictericia cutáneo-mucosa. En la analítica: elevación de GOT, GPT, GGT, FA y LDH. La serología, además de para el VIH ya conocido (no se detectan copias, CD 4+ 457), fue positiva para el VHA. Caso 5- Varón de 41 años, con antecedentes personales de colesteatoma del oído izquierdo y conducta sexual de riesgo con infección VIH. Acudió a consulta de enfermedades infecciosas para el control habitual del VIH. Exploración física: ictericia cutáneo-mucosa.

En la analítica había una elevación de la bilirrubina total (directa e indirecta), enzimas hepáticas y CK. La serología positiva para VIH ya conocido (55 copias, CD4 + 459), y VHA.

**Resultados.** Presentamos cinco casos de varones homosexuales jóvenes (entre 30 y 40 años), con infección VIH, que acudieron además por infección aguda por VHA, en el contexto de un brote en nuestro medio, por contagio directo entre personas con conducta sexual de riesgo.

**Conclusiones.** La infección por el VHA ha pasado de ser una infección por déficit de higiene, típica de edades infantiles con baja morbimortalidad, a convertirse en una infección de adultos con prácticas sexuales de riesgo, de elevada morbimortalidad (el 1% cursa con hepatitis fulminante). En este contexto cobra importancia su profilaxis, no sólo con la vacunación de individuos susceptibles, sino con la utilización de métodos de barrera que minimicen el contagio directo de la enfermedad entre individuos con prácticas sexuales de riesgo. A fin de evitar su propagación, la OMS considera esta enfermedad de declaración obligatoria.

#### A-75

##### **TRANSMISIÓN DEL STREPTOCOCCUS PYOGENES POR CONTACTO DIRECTO, A PROPÓSITO DE 2 CASOS**

**S. Vicente Rodríguez, A. Tejera Concepción, B. Garrido Bernet, E. Rubio Roldán, J. Polo Carballo, J. Delgado Casamayor, J. Romero y P. Láynez Cerdeña**

*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.*

**Objetivos.** El *Streptococcus Pyogenes* coloniza la faringe humana sin causar enfermedad. Los factores de riesgo para desarrollar infección son: Exposición a 1 caso infectado, uso de antiinflamatorios, drogas por vía parenteral, enfermedad vascular periférica, diabetes mellitas u otro tipo de inmunosupresión. Es responsable de un amplio abanico de infecciones como, faringitis, infecciones cutáneas y de tejidos blandos, neumonía, endocarditis, meningitis, artritis, fiebre escarlatiniforme y el síndrome del shock tóxico. Es un germen muy contagioso que se transmite por contacto directo persona a persona a través de pequeñas gotas de saliva o secreciones nasales. Se han descrito epidemias donde la transmisión es a través de agua y alimentos. Por lo que las infecciones de piel, heridas y quemaduras requieren aislamiento de contacto. El tratamiento de elección es la penicilina, siendo el linezolid y la clindamicina de segunda elección y aditivas en caso de fasciitis o miositis necrosante. Presentamos 2 casos de sepsis por *Streptococcus Pyogenes* transmitido por contacto directo, entre 2 personas que convivían en el mismo domicilio (madre e hijo).

**Material y métodos.** Caso 1: Paciente varón 46 años de edad con DM-2 como factor de riesgo y enolismo ocasional que acudió a Urgencias por presentar un cuadro clínico de 10 días de evolución de odinofagia, otalgia, fiebre, cefalea, artralgias y posteriormente dolor, calor, rubor y tumefacción del codo izquierdo, mano, cadera y tobillo izquierdos. Exploración física: Calor, eritema, edema y dolor a la movilización de las articulaciones del codo, cadera y tobillo izquierdos. Pruebas complementarias, destaca en la analítica: Leucocitos 24400/l con neutrofilia, proteína C reactiva 2.2 mg/dl, anticuerpos antiestreptolisina ASLO positivos: 2465, CK 79. Se extrajeron hemocultivos siendo 3 de ellos positivos para *Streptococcus Pyogenes*. Ecografía articular se objetivaron signos de actividad inflamatoria con afectación tendinosa y de tejidos blandos circundantes. Con el diagnóstico de oligoartritis, tendinitis y paniculitis infecciosa por *Streptococcus Pyogenes*, se instauró tratamiento con reposo, indometacina y penicilina ev durante 10 días y posteriormente cefalosporina de 3ª generación vo durante 1 mes, con evolución favorable. Caso 2: Paciente mujer de 71 años de edad, con DM-2 e ingesta de antiinflamatorios no esteroideos a demanda, como factores de riesgo. Acudió a Urgencias por llevar 48 horas con fiebre de 38° C, astenia, anorexia, náuseas, dolor e impotencia funcional en la pierna derecha. Exploración física destaca: miembro inferior derecho edematoso, eritematoso hasta rodilla, doloroso a la palpación con úlcera en zona lateral externa y herida con costra en cara anterior de la pierna. Pruebas complementarias destaca: 33000 leucocitos/mm3 (N 96,3%), creatinina 1.40 mg/dl, potasio 2.60 mmol/l. Se extrajeron 3 hemocultivos que fueron positivos para *Streptococcus Pyogenes*. RNM de la extremidad: celulitis y fasciitis. La paciente ingresó con el diagnóstico de sepsis cutánea por *Streptococcus Pyogenes* e insuficiencia renal aguda secundaria a deshidratación. Se instauró tratamiento con sueroterapia con normalización de la creatinina y antibiótico con penicilina ev. La evolución inicial fue desfavorable con persistencia de la fiebre, empeoramiento de las lesiones cutáneas, eritema rojo vinoso con lesiones ampollas en su superficie y afectación de tejidos profundo con probable fasciitis necrotizante tipo 2. Se añadió linezolid y posteriormente se sustituyó por clindamicina y daptomicina durante 20 días, con resolución del cuadro.

**Resultados.** Aportamos 2 casos de contagio directo por contacto del *Streptococcus pyogenes*. Primero el hijo diabético sufrió oligoartritis, tendinitis y

fascitis con puerta de entrada desconocida y posteriormente su madre también diabética y consumidora de AINE, presentó una fascitis necrotizante.

**Conclusiones.** El *Streptococcus Pyogenes* es un germen que se puede transmitir fácilmente de persona a persona a través del contacto directo y causa enfermedad grave. Es importante el diagnóstico precoz y el aislamiento de contacto para evitar su propagación.

#### A-76 IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMA DE DETECCIÓN DE ENFERMEDAD DE CHAGAS POR TRANSMISIÓN VERTICAL: UNA ESTRATEGIA PARA LA CAPTACIÓN DE ADULTOS INFECTADOS

E. Vilalta Castel<sup>1</sup>, M. Calderón<sup>1</sup>, V. Amiano<sup>1</sup>, E. Oliveros Acebes<sup>2</sup>, M. Viñuales<sup>1</sup>, C. Soto<sup>1</sup>, S. Caballero<sup>1</sup> y P. Martín Rabadán<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Consulta de Enfermedades del Viajero, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivos.** El desarrollo de un programa para la detección de la transmisión de la Enfermedad de Chagas de la madre al recién nacido en nuestro hospital, notificando los principales datos y consecuencias de su implementación

**Material y métodos.** Se estimó la población de riesgo revisando país de procedencia de gestantes admitidas en nuestro Centro en Obstetricia en los 30 meses previos. Sesiones clínicas informativas del problema de salud pública que la enfermedad de Chagas en 2007 en servicios implicados en atención de puerperas y recién nacidos. Protocolo de actuación. Cribado se aplicó a las mujeres bolivianas y otras área de Latinoamérica con alta prevalencia. Hemos analizado los datos demográficos y el resultado de los tests serológicos practicados a las puerperas atendidas en nuestro hospital desde el inicio del programa, 1 de julio del 2008 hasta el 31 de mayo del 2009. El test de cribado inicial a la madre fue una inmunocromatografía (ICT), siendo el test de confirmación un E. I. S. A. o I. F. I. y/o una P. C. R. (Protein Chain Reaction). A los recién nacidos de madres seropositivas se les practicó una PCR y un microhematocrito. Hemos analizado los datos demográficos y clínicos de las pacientes seropositivas.

**Resultados.** En los primeros 11 meses del programa 5972 partos. Total de puerperas seropositivas fue de 15. 1206 gestantes Latinoamericanas, 135 eran bolivianas. Se realizó el test en el momento del parto a 56 bolivianas (40%) y 13 seropositivas (23,21%); testadas 18 puerperas no bolivianas (1,60%), total de iberoamericanas no-bolivianas (n = 1123), 2 resultados positivos. recién nacidos de madres seropositivas, actualmente en seguimiento. Se ha detectado y tratado un recién nacido infectado en el momento del parto. Mediana de edad de mujeres seropositivas, 30 años (rango 18-47a). Paridad 2,6 hijos. Un elevado porcentaje de las mujeres infectadas (> 80%, n = 12) han retrasado su visita argumentando lactancia y temor a la pérdida del trabajo (pendientes de estadiaje). Las estudiadas se encuentran en estadio intermedio, asintomáticas. Las 3 puerperas atendidas en Consulta del Viajero, han permitido el cribado de 10 familiares o amigos de las mismas, detectando, 4 individuos seropositivos en estadio intermedio que han aceptado iniciar tratamiento con benznidazol, al igual que las 3 puerperas bolivianas atendidas, sin observar ningún efecto adverso

**Discusión.** La posibilidad de transmisión vertical varía entre 1-10% dependiendo del país de origen, detectado tras 11 meses de puesta en marcha del Programa, 1 recién nacido parasitado, madre boliviana, tasa de transmisión del 1,74%. En España el cribado de Chagas es obligatorio en donantes procedentes de áreas endémicas de sangre, órganos sólidos y sangre de cordón desde el 2005 y 2008, respectivamente, los programas de detección de transmisión vertical se han implementado, en pocas comunidades autónomas. La implantación del Programa en nuestro hospital, ha permitido la detección de 15 adultos seropositivos, sólo un 20% (n = 3) han acudido a la Consulta, en estadio intermedio o asintomático; todas han aceptado iniciar tratamiento con benznidazol y hecho cribado de individuos de su entorno más cercano, detectando 4 casos, en estadio intermedio, en T<sup>9</sup> con benznidazol

**Conclusiones.** 1-Prevalencia de Enfermedad de Chagas en mujeres bolivianas embarazadas en nuestra área es de 23,21%. 2-Tasa de transmisión vertical 1,74%. 3-Todas las puerperas atendidas en nuestra consulta (< 20% de las seropositivas) asintomáticas, ofrecido tratamiento con benznidazol. 4.- El grado de captación de las paciente no testadas es muy bajo. 4- El programa ha permitido que familiares y amigos de las puerperas seropositivas acudan a la consulta para ser testados. 5- tras 11 meses e implementación del programa un número importante de gestantes no son testadas en el momento del parto, debiendo mejorar el cumplimiento del mismo con reiteradas charlas de "concienciación" al personal implicado en su atención.

#### A-77

#### ESPONDILODISCITIS INFECCIOSAS. REVISIÓN DE CASOS

P. Crecente Otero, J. Torres Triana, R. Díez Bandera, N. Castro Iglesias y F. Sanz Ortega

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. H. Clí-nico. Salamanca.

**Objetivos.** Descripción de pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna en el último año con el diagnóstico de espondilodiscitis infecciosa. Etiología, clínica, diagnóstico, complicaciones, actitud terapéutica y pronóstico.

**Material y métodos.** Revisión de historias clínicas de pacientes que en el último año requirieron de hospitalización en el Servicio de Medicina Interna por dolor de espalda. Se trata de un estudio descriptivo en función de las características mecánicas o inflamatorias del dolor, con mayor interés en aquellos pacientes cuyo diagnóstico final fue el de una espondilodiscitis infecciosa.

**Resultados.** Se encontraron 23 casos de pacientes cuyo motivo de ingreso fue el de dolor de espalda, de los cuales 4 casos (17,4%) se correspondieron con el diagnóstico final de espondilodiscitis infecciosa. Se trató de 3 varones y 1 mujer, con edades comprendidas entre los 48 y los 83 años. 1 había sido intervenido de prostatectomía radical el mes previo y 1 tenía a su vez una sepsis urinaria por *Enterococcus faecalis*. Clínicamente presentaron dolor dorsolumbar de varios días de evolución, de características inflamatorias e irradiación ipsilateral a extremidad inferior. En 3 casos se acompañó de sintomatología general y fiebre de 38°C. En analíticas sucesivas se objetivó elevación de reactantes de fase aguda en todos los casos. El diagnóstico se realizó con la combinación de la sospecha clínica y exploración del paciente, cultivos seriados y pruebas de imagen. En 1 caso se aisló un *Staphylococcus aureus* meticilín resistente (SAMR) en hemocultivos y en el pus del absceso paravertebral y epidural; en 1 caso se aisló un *Staphylococcus aureus* meticilín sensible (SAMS) en hemocultivos y en el pus de una empiema pleural que presentaba; en 1 caso se aisló *Enterococcus faecalis* en urocultivo y en 1 caso no se consiguió aislar el microorganismo causal a pesar de PAAF de disco intervertebral. La radiografía de columna no aportó ningún dato, como signo indirecto se objetivó un síndrome facetario en 1 caso. La gammagrafía ósea no obtuvo resultados específicos. La TAC de columna fue diagnóstica en el 50%. La RMN fue diagnóstica en el 100% de los casos. La afectación fue dorsal en 1 caso, con afectación D6-D7, 2 casos presentaron afectación de D12-L1 y un caso a nivel de L4-L5. Todos los pacientes iniciaron tratamiento antibiótico empírico con Cloxacilina y Gentamicina o Ceftriaxona, que posteriormente se modificó, según antibiograma, a Linezolid en el caso de SAMR. El tratamiento se mantuvo 2 meses, 4 semanas I. V. y 4 semanas V. O. En 2 casos no se consiguió identificar el microorganismo causal y se inició tratamiento empírico antituberculoso con Isoniacida+Rifampicina+ Piraminacina. En un caso se objetivó un cuadro séptico con distrés respiratorio y un síndrome de la cauda equina que requirió tratamiento quirúrgico con drenaje del absceso y hemilaminectomía. Un paciente asoció un empiema pleural por contigüidad de espondilodiscitis D6-D7 que requirió de drenaje pleural y posterior toracotomía por complicación hemorrágica, aislándose SAMS en el pus. En ambos casos la evolución fue favorable. En los otros 2 casos no se consiguió determinar el agente causal y presentaron mal control analgésico y mayor afectación osteoarticular, por lo que se inició tratamiento empírico antituberculoso. La estancia media de estos 4 casos fue de 6-8 semanas.

**Discusión.** Las espondilodiscitis fue una causa poco frecuente de dolor de espalda. El principal agente causal fue el *Staphylococcus aureus*, que se aisló en 2 casos. 2 pacientes tenían factores de riesgo predisponente. El tratamiento se mantuvo durante al menos 8 semanas. Solo un caso precisó de tratamiento quirúrgico por complicación neurológica.

**Conclusiones.** En el 50% no se identifica la puerta de entrada ni el agente causal. La RMN continua siendo la prueba de imagen de elección. El tratamiento de elección para SAMR es el Linezolid. El principal factor pronóstico es el tiempo de instauración del tratamiento y las complicaciones locales (absceso) o sistémica (distrés, sepsis...). La mortalidad es baja.

#### A-78

#### PROYECTO OPTIBIOTIC: OPTIMIZACIÓN ANTIBIÓTICA EN TERAPIA SECUENCIAL

J. Fraile Vicente<sup>1</sup>, C. Navarro San Francisco<sup>1</sup>, A. Robles Marhuenda<sup>1</sup>, C. Gracia Cerrada<sup>1</sup>, M. Mora Rillo<sup>1</sup>, J. Ortega Gómez<sup>3</sup>, J. Arribas López<sup>2</sup> y J. Paño Pardo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Infecciosas. Medicina Interna, <sup>3</sup>Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

**Objetivos.** Evaluar el impacto de una actividad no impositiva de naturaleza formativa (revisión de historia clínica y consejo antibiótico no solicitado) sobre la calidad de prescripción antibiótica referida a terapia antimicrobiana secuencial(TS): paso de vía intravenosa a oral.

**Material y métodos.** Ensayo clínico comunitario controlado, aleatorizado de una intervención de evaluación de idoneidad de prescripciones antibióticas potencialmente optimizables (PPO) y consejo antibiótico no solicitado en diferentes unidades clínicas del HULP con dispensación mediante dosis unitaria (unidad clínica = unidad de asignación). El estudio se desarrolló entre septiembre 2008 y mayo 2009 en las siguientes fases: 1) Definición de los criterios de uso óptimo de antibiótico en terapia secuencial y de las prescripciones potencialmente optimizables (PPO) diana: tercer día de antibioterapia intravenosa con linezolid, levofloxacino, ciprofloxacino, amoxicilina clavulánico, ceftriaxona, cefotaxima, metronidazol, clindamicina y fluconazol 2) Definición de las unidades de medida del impacto de la intervención 3) Elaboración de las herramientas de detección de prescripciones potencialmente optimizables (PPO) 4) Fase piloto para obtener datos de prescripción antibiótica para la aleatorización 5) Asignación aleatoria de las unidades clínicas a intervención (evaluación+consejo) o control (evaluación) 6) Evaluación de idoneidad de las PPO con formulación de consejo antibiótico, si oportuno (marzo-mayo 2009): 6 clínicos evaluaron diariamente (laborables) un cupo máximo de 18 PPO (cupos combinados TS y duración de tratamiento).

**Resultados.** Se detectaron 470 PPO de TS mediante el sistema de generación de alertas en todas las unidades. De las 470 PPO se actuó sobre 180 de ellas, tras excluir las correspondientes a los días no laborables y las que sobrepasaron el cupo diario (aleatoriamente). 86 de las 180 (47,7%) prescripciones fueron consideradas no optimizables (PNO) mientras que 94 fueron prescripciones optimizables (PO). Respecto a la respuesta al consejo antibiótico en el grupo de intervención, el 19% de los médicos pasaron la medicación a vía oral el día de la intervención, el 24% al día siguiente, el 16% dos días tras la intervención. Tan sólo el 15% de los clínicos tardaron más de 4 días en pasar la medicación a vía oral. Cuando se compararon estos datos con lo observado en el grupo control se observó una tendencia a la disminución de la mediana de días sin optimizar tratamiento (2,2 vs 3 días). Se observó una tendencia temporal a la disminución de la generación de alertas en las unidades asistenciales incluidas en el grupo de intervención.

**Conclusiones.** Mediante una intervención no impositiva basada en la evaluación individualizada de PPO preseleccionadas (tercer día de administración intravenosa de los antimicrobianos indicados) se observó una tendencia a la disminución de días con tratamiento antibiótico optimizable y una disminución del número de PPO, siendo éste un marcador indirecto del impacto educativo de la intervención. Convendría estudiar la duración de este efecto educativo en los hábitos de prescripción de antibióticos a nivel hospitalario. El impacto directo de la intervención en la calidad de prescripción antibiótica probablemente hubiera sido mayor si se hubiera cambiado el número de días de tratamiento intravenoso definido para generar la alerta.

#### A-79

### TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES CUTÁNEAS EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA

**P. Aroca Fernández, J. Vicente Calderón, C. Vera Sánchez-Rojas, D. Palazón Moñino, M. Egea Campoy y M. García Puche**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.*

**Objetivos.** Las infecciones de la piel y el tejido celular subcutáneo presentan con frecuencia gravedad suficiente para justificar el ingreso hospitalario, por este motivo nos propusimos analizar las características clínicas de los pacientes ingresados por celulitis aguda en nuestra unidad de corta estancia médica (UCE).

**Material y métodos.** Análisis descriptivo de una serie de 74 casos de infecciones cutáneas agudas atendidos consecutivamente, en el plazo de 20 meses, en la UCE del Hospital Reina Sofía de Murcia.

**Resultados.** El total de pacientes ingresados por este motivo fue de 74 (edad media de 60 años), de ellos nueve (12%), se diagnosticaron de erisipela y el resto de celulitis. Las lesiones se localizaban en los miembros inferiores en el 81% de los pacientes, en los superiores en el 15% y en la cara en el 4% restante. El 15% de los pacientes había presentado algún episodio previo de celulitis y un 9% reingresó por el mismo motivo durante los 12 meses posteriores a su alta. Entre los antecedentes personales destacaban, por su frecuencia, hipertensión arterial (54%), insuficiencia venosa (36%), diabetes mellitus (27%), estasis venoso (26%) y tabaquismo (26%). Presentaron fiebre el 62% de los pacientes y abscesificación o exudación el 17%. Se realizó ecografía en urgencias al 26% para descartar trombosis venosa profunda. Sólo se han obtenido cultivos del material exudado en 4 casos, con crecimiento de *Estafilococo aureus* en 4 muestras (3 de ellos meticilínresistente) y *Escherichia coli* en un paciente. En ningún caso se objetivó bacteriemia en los hemocultivos. La estancia media fue de 3,2 días. El antibiótico prescrito en la mayor parte de pacientes fue amoxicilina clavulánico en monoterapia tanto en el servicio de urgencias (71%) como en nuestra unidad (70%). El 76% de los pacientes recibió además tratamiento antiinflamatorio. La duración media del tratamiento antibiótico fue de 17 días.

**Discusión.** La celulitis y la erisipela son infecciones que se desarrollan como consecuencia de soluciones de continuidad en la barrera cutánea. Su incidencia aproximada es de 200/100000 año. La celulitis aparece en personas de edad media y avanzada y la erisipela en niños y ancianos. Ambas se manifiestan por signos inflamatorios locales, pero la erisipela interesa la dermis superior y los linfáticos superficiales, mientras la celulitis afecta la dermis profunda y la grasa subcutánea. Como manifestaciones adicionales aparecen linfangitis y adenopatías, junto con piel de naranja. Además de los síntomas locales puede aparecer afectación grave del estado general. El diagnóstico es fundamentalmente clínico siendo los hemocultivos positivos en menos del 5% y el cultivo del aspirado entre 5-40% de los casos. Los gérmenes más habituales son Gram-positivos destacando estreptococos beta-hemolíticos y estafilococos. Con menor frecuencia se aíslan bacilos Gram-negativos aerobios. El tratamiento recomendado incluye medidas locales con elevación del miembro afecto y antibioterapia que puede ser intravenosa los primeros días, pasando a la vía oral cuando mejoran los síntomas. La duración aconsejada alcanza los 14 días en la mayoría de los estudios aunque algunos recomiendan ciclos tan cortos como 5 días. No está completamente establecida la eficacia de la profilaxis antibiótica para la celulitis recurrente.

**Conclusiones.** La celulitis aguda y la erisipela son cuadros de infección de partes blandas con una tasa elevada de recurrencias que precisan, en ocasiones, ingreso hospitalario para su manejo inicial. La escasa duración previsible del ingreso hace de las UCE una ubicación muy adecuada para su tratamiento hospitalario. La antibioterapia con amoxicilina clavulánico o cloxacilina suele ser adecuada excepto en pacientes con factores de riesgo para infecciones por gérmenes resistentes (estafilococo meticilínresistente y bacilos Gram negativos fundamentalmente).

#### A-80

### INGRESOS POR PROSTATITIS AGUDA EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA

**J. Vicente Calderón, P. Aroca Fernández, C. Vera Sánchez-Rojas, F. Sabarbia Marco, C. Royo-Villanova Reparaz y J. Soriano Palao**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.*

**Objetivos.** Evaluar el manejo clínico de la prostatitis aguda en una unidad médica de corta estancia (UCE).

**Material y métodos.** Análisis descriptivo de una serie de 57 pacientes diagnosticados de prostatitis aguda, atendidos consecutivamente en un período de 2 años, ingresados en la UCE del Hospital Reina Sofía de Murcia.

**Resultados.** El total de pacientes ingresados por este motivo fue de 57 (edad media de 61 ± 16,26 años). Los antecedentes personales más frecuentes fueron episodios de prostatitis u otras infecciones urinarias previas, síndrome prostático y diabetes mellitus. Como síntomas y signos más frecuentes aparecieron: fiebre y escalofríos (93%), síndrome miccional (91%) y síntomas de obstrucción a la salida de la orina (46%). Destacaron, como complicaciones en el hospital la repercusión hemodinámica (14%) y retención aguda de orina (12%). La mayor parte de los pacientes ingresaron desde urgencias con diagnóstico de infección del tracto urinario o pielonefritis aguda. Se les realizó tacto rectal al 35% de los pacientes, presentando algo más de la mitad, los hallazgos característicos de la prostatitis aguda. La ecografía, realizada a dos terceras partes de los pacientes, mostraba próstata aumentada de tamaño o normal en la mayoría de casos. La cifra media de PSA fue de 26 y la cifra media de leucocitos de 18000, presentando el 42% de los pacientes más de 20000 leucocitos. Se recogió muestra de urocultivo en 47 pacientes (82%), siendo negativo en 23 casos y positivo en 24. El 83% de los aislamientos correspondía a *Escherichia coli* y el 91% de los gérmenes eran sensibles a quinolonas. La estancia media fue de 3,2 días. Se eligió como antibioterapia empírica en nuestra unidad ceftriaxona (65%), ciprofloxacino (23%) y amoxicilina-clavulánico (5%). Al alta, los antibióticos prescritos con mayor frecuencia fueron ciprofloxacino (47%) y cefuroxima axetilo (42%).

**Discusión.** La prostatitis aguda es una infección potencialmente grave que, cuando es espontánea, afecta a varones jóvenes y se relaciona, en los ancianos, con el sondaje vesical. En estos últimos el espectro microbiológico debe ampliarse a la flora nosocomial y el enterococo. Los gérmenes alcanzan la próstata por vía ascendente. Como factores de riesgo se señalan los traumatismos, ciclismo, equitación, la deshidratación y la abstinencia sexual junto con las estenosis postgonococia y la sonda permanente. El diagnóstico precoz y tratamiento adecuado son importantes tanto para el control de los síntomas como para la prevención de las posibles complicaciones: sepsis por Gramnegativos, absceso prostático o infección metastásica. Un cultivo de orina positivo y la elevación del PSA apoyan el diagnóstico. No se recomienda el masaje prostático enérgico por el dolor y el riesgo de bacteriemia. El tratamiento antibiótico debe mantenerse entre

4 y 6 semanas y los AINEs resultan un complemento eficaz para el alivio sintomático.

**Conclusiones.** El ingreso en la UCE permite la toma adecuada de muestras, una adecuada vigilancia del paciente, el tratamiento antibiótico intravenoso en las primeras horas y la elección, basada en el antibiograma, del tratamiento antibiótico ulterior. Permite, además, identificar y tratar precozmente las complicaciones, especialmente el deterioro hemodinámico, impidiendo la progresión a shock séptico establecido. Consideramos pues la UCE un escenario idóneo para el tratamiento inicial de los pacientes con la prostatitis aguda sin menoscabo de la eficiencia asistencial.

#### A-81 PRESENTACIÓN HETEROGÉNEA DE LA INFECCIÓN POR *ASPERGILLUS*. A PROPÓSITO DE 4 CASOS

**B. Garrido Bernet<sup>1</sup>, S. Vicente Rodríguez<sup>2</sup>, E. Rubio Roldán<sup>2</sup>, J. Escobedo Palau<sup>2</sup>, M. Dávila Ramos<sup>2</sup>, A. Castellano Higuera<sup>2</sup>, M. Hayeck Peraza<sup>2</sup> y M. Miguélez Morales<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

**Objetivos.** La presentación clínica de la aspergilosis es variable, inespecífica y tardía, por lo que es importante sospecharla en situaciones de riesgo, sobre todo en pacientes inmunodeprimidos. La determinación del antígeno galactomanano en suero es útil para el diagnóstico y seguimiento evolutivo del tratamiento. Presentamos 4 casos de infección por *Aspergillus*.

**Material y métodos.** Caso 1: Varón, 56 años, hepatitis autoinmune en tto. con dosis altas de corticoides y hepatitis tóxica por consumo de AINES. En el 2º mes de ingreso presentó fiebre e infiltrado radiológico en LSD, iniciando antibioterapia empírica con evolución tórpida; TC torácica (condensación LSD, enfisema centrolobulillar con bulla subpleural); fibrobroncoscopia (LSD ulcerado sugestivo de infección fúngica), galactomanano +, iniciamos tto. con Anfotericina B, se cambió a Voriconazol por escasa rpta. con resolución del cuadro. Caso 2: Varón, 40 años, VIH-1 C3, con sd. febril; en Rx de Tórax infiltrados cavitados en ambos ápex pulmonares, en TC torácica áreas de vidrio deslustrado en lóbulos superiores y segmentos apicales de lóbulos inferiores. Se inició tto. tuberculostático empírico en espera del cultivo de micobacterias y galactomanano, saliendo este último +; se inició tto. fungostático con buena rpta. clínica. Caso 3: Mujer, 27 años, VIH B2, VHB, VHC, asma bronquial de difícil control, tto. crónico con corticoides y desarrollo de DM e insuficiencia suprarrenal en tto. con hidrocortisona; ingresa por TVP en MMII; en angioTC infarto esplénico y renal izdos. agudos, oclusión parcial a. ilíaca izda. y completa de aa. femorales comunes bilaterales; se realizó endarterectomía transfemoral bilateral con recuperación de pulsos distales, pero mala evolución respiratoria, IOT, VM, inicio de antibioterapia empírica, fluconazol y metilprednisolona a dosis altas. En Rx tórax infiltrado alveolo-intersticial bilateral y en ecocardiograma masa móvil en apto. subvalvular mitral. Sufrió bradicardia extrema, asistolia y éxitus; En necropsia pancarditis masiva por *Aspergillus* y múltiples trombos de aspergilosis. Caso 4: Mujer, 85 años, TBC hace 50 años, paquipleuritis residual dcha., derrame pleural tabicado en vértice pulmonar. Remitida en shock séptico desde otro centro donde llevaba 1 mes por sepsis de foco no claro con antibioterapia de amplio espectro y corticoides a dosis altas. Se cambió la cobertura antibiótica, se solicitó galactomanano, broncofibroscopia y se inició tto. con voriconazol con evolución desfavorable y éxitus, confirmando galactomanano y cultivo del material extraído del lavado broncoalveolar positivos para *Aspergillus*.

**Resultados.** Se trata de 4 pacientes inmunodeprimidos afectados de aspergilosis invasiva y grave, 3 con afectación pulmonar y 1 cardíaca. En 3 de los casos se pensó en la infección por *Aspergillus* como posible causa con determinación de galactomanano, consiguiendo la curación de 2 de ellos, y en el último caso el diagnóstico se realizó postmortem.

**Conclusiones.** 1) La aspergilosis pulmonar es una de las infecciones hospitalarias más graves, con una alta tasa de mortalidad (50-85% en las formas invasivas). 2) El dco. clínico de la aspergilosis es difícil, los síntomas y signos son inespecíficos, de aparición tardía e incluso inexistentes en pacientes muy inmunocomprometidos, por lo que un nº elevado de casos se diagnostican postmortem. 3) La determinación de galactomanano en suero es útil en el dco. precoz y seguimiento de la enfermedad, incluso en situaciones subclínicas, su positividad antecede a los hallazgos clínicos y radiológicos, y para la toma de decisiones en cuanto a la duración del tto. 4) La Rx de Tórax es de poca utilidad para el dco. precoz. El uso de la TC de forma sistemática y de manera temprana es muy valiosa para el dco. y seguimiento, detecta las lesiones antes de que aparezcan en la Rx simple.

#### A-82 PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS CON LA COLONIZACIÓN DE *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* RESISTENTE A METICILINA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS DEL ÁREA SUR DE LA PROVINCIA DE SEVILLA

**J. Santos Morano<sup>1</sup>, E. Bayoll Serradilla<sup>2</sup>, J. García García<sup>2</sup>, F. Duarte Sánchez<sup>2</sup>, C. Castro<sup>4</sup>, L. Martín Rodríguez<sup>1</sup>, S. Vergara López<sup>5</sup> y J. Corzo Delgado<sup>6</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria, <sup>4</sup>Servicio de Microbiología, <sup>6</sup>Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas. Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Valme. Sevilla.

<sup>2</sup>Unidad de Continuidad Asistencial. Servicio Medicina Interna. Hospital de El Tomillar. Dos Hermanas (Sevilla).

<sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Merced. Osuna (Sevilla).

**Objetivos.** Determinar la prevalencia y los factores relacionados con la colonización por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM) en los pacientes ingresados en residencias sociosanitarias pertenecientes al área hospitalaria del sur de Sevilla.

**Material y métodos.** Estudio transversal descriptivo en el que se incluyeron todos aquellos sujetos ingresados en alguna de las residencias sociosanitarias del área hospitalaria del sur de Sevilla, cuyos responsables hayan consentido la recogida de muestras. Se realizaron frotis nasales a 143 residentes de cinco centros sociosanitarios. Las muestras se sembraron en agar sangre y en un medio selectivo y colorimétrico para SARM. El análisis estadístico se realizó utilizando el programa SPSS 12.0.

**Resultados.** Se incluyeron en el estudio 143 residentes. La mediana (Q1-Q3) de edad fue 80 (73-85) años. La mitad de los pacientes eran varones. Cuarenta y cuatro (29.5%) y 23 (15.4%) individuos estaban colonizados por *Staphylococcus aureus* meticilin sensible y SARM, respectivamente. En el estudio univariante, los principales factores de riesgo asociados a la colonización por SARM fueron la estancia en residencia superior a 18 meses ( $p = 0.04$ ) y haber realizado tratamiento antibiótico el mes previo ( $p = 0.02$ ). El haber tenido un ingreso hospitalario el año previo ( $p = 0.07$ ), la presencia de diabetes ( $p = 0.07$ ) y un resultado  $> 2$  en la escala de Charlson ( $p = 0.147$ ) no se relacionaron significativamente con la presencia de SARM. En el estudio multivariante, el haber realizado tratamiento antibiótico en el mes previo ( $p = 0.043$ ) y el llevar  $> 18$  meses en la residencia ( $p = 0.032$ ) se relacionaron con la presencia de SARM.

**Discusión.** La frecuencia creciente de infecciones nosocomiales y la aparición de SARM comunitario hacen que este microorganismo se haya convertido en un problema de salud pública. Las residencias de larga estancia constituyen un reservorio importante de SARM en la comunidad. Sin embargo en España hay pocos estudios que hayan valorado esta cuestión. Tampoco son bien conocidos los factores de riesgo asociados para estar colonizados en este tipo de centros.

**Conclusiones.** La prevalencia de SARM en las residencias sociosanitarias pertenecientes a nuestra área hospitalaria es elevada. Debería establecerse una especial vigilancia a pacientes institucionalizados en estos centros cuando ingresen en el hospital si presentan alguna de las siguientes características: estancia superior a 18 meses en centros sociosanitarios o haber realizado recientemente tratamiento con antibióticos. Otras variables que habría que tener en cuenta son el grado de comorbilidad del paciente, la diabetes y pacientes con contacto reciente con el medio hospitalario.

#### A-83 HIPERPLASIA NODULAR REGENERATIVA DESCRIPCIÓN DE CUATRO CASOS

**R. Díez Bandera<sup>1</sup>, P. Crecente Otero<sup>2</sup>, C. Rosado Rubio<sup>3</sup>, J. Torres Triana<sup>2</sup> y M. Belhassan<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna III-Unidad de Enfermedades Infecciosas,

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna III, <sup>3</sup>Nefrología. Hospital Universitario de Salamanca. H. Clínico. Salamanca.

**Objetivos.** Descripción de las principales características clínicas de los pacientes diagnosticados de hiperplasia nodular regenerativa (HNR).

**Material y métodos.** El diseño del estudio es una serie de casos. Se han seleccionado 4 casos diagnosticados de HNR entre un total de 400 pacientes registrados en la consulta de Enfermedades Infecciosas.

**Resultados.** Cuatro pacientes presentaban criterios clínico-radiológicos de HNR. La biopsia hepática se realizó en tres paciente, no fue concluyente en ningún caso. Los 3 pacientes VIH+ presentaban varices esofágicas con clínica de hemorragia digestiva alta en dos casos. En los otros dos casos presentaron alteración del perfil hepático (colestásico y citolítico). El diagnóstico de imagen se realizó con RM en dos casos y con TC/Eco en los otros dos. Se constató el tratamiento con didanosina en los tres pacientes VIH.

**Discusión.** La HNR es una afectación poco frecuente del hígado, en la serie de nuestro Hospital de pacientes VIH presenta una incidencia de 0,75%. La

Tabla 1 (A-83). Características clínicas de pacientes con HNR

Paciente	Edad/Sexo	Inmunodeficiencia	Diagnóstico	Clínica	Evolución
1	41, varón VIH, CD4 195	RM, Biopsia	HDA	Buena	
2	32, mujer	VIH, CD4 230	TC, Biopsia	PFH	Buena
3	40, mujer	VIH, CD4 160	TC, Eco, Biopsia	HDA	Buena
4	65, varón	S Good	RM	PFH	Exitus

lesión de HNR se caracterizada por la presencia de pequeños nódulos regenerativos, distribuidos de forma difusa por el parénquima hepático, y que se diferencia de los nódulos de cirrosis por la ausencia de fibrosis septal. Se relaciona con daño vascular y se asocia a inmunodeficiencias, trastornos hematológicos y autoinmunes. En la bibliografía revisada se describe que la mayoría de los casos son asintomáticos y que la función hepática suele estar preservada. Datos que no confirman en nuestros pacientes al presentar una incidencia de HDA del 50% y una alteración del perfil hepático del 50%. Es de señalar que los tres pacientes VIH que presentaban la HNR habían sido tratados con didanosina como terapia antiretroviral confirmándose los datos de la bibliografía. La evolución de los casos fue buena excepto en un paciente que murió a consecuencia de complicaciones infecciosas derivadas del síndrome de Good.

**Conclusiones.** La prevalencia en nuestro medio es del 1%, habiendo hecho el diagnóstico mediante los datos obtenidos a partir de distintas pruebas diagnósticas: RMN y biopsia hepática. La prevalencia aquí es mayor que la obtenida en la literatura, lo que nos hace pensar que en general se trata de una enfermedad infradiagnosticada. La presentación clínica más frecuente ha sido la hemorragia digestiva alta, de acuerdo con los estudios publicados. Se debe incluir dentro del diagnóstico diferencial de hepatopatías en los pacientes inmunodeprimidos.

#### A-84

##### OPTIBIOTIC: OPTIMIZACIÓN DE PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA HOSPITALARIA

J. Paño Pardo<sup>1</sup>, C. Navarro San Francisco<sup>2</sup>, J. Fraile Vicente<sup>2</sup>, A. Robles Marhuenda<sup>2</sup>, C. Gracia Cerrada<sup>2</sup>, F. Gayá<sup>3</sup>, A. Rico Nieto<sup>4</sup> y J. Arribas López<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Infecciosas. Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>Unidad de Investigación, <sup>4</sup>Servicio de Microbiología Clínica. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

**Objetivos.** Describir las características de la prescripción antibiótica en distintas unidades de un Hospital Universitario evaluadas en el contexto de un programa de optimización de uso antibiótico no impositivo. Este programa se ha centrado en dos aspectos de la prescripción antibiótica: 1) TERAPIA SECUENCIAL o uso de antibioterapia por vía oral cuando sea factible y 2) DURACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO.

**Material y métodos.** Ensayo clínico comunitario controlado, aleatorizado de una intervención de evaluación de idoneidad de prescripciones antibióticas potencialmente optimizables (PPO) y consejo antibiótico no solicitado en diferentes unidades clínicas del HULP (unidad clínica = unidad de asignación). El estudio se desarrolló entre septiembre 2008 y mayo 2009. Las fases del estudio fueron: 1) Definición de los criterios de uso óptimo de antibiótico en terapia secuencial y duración de tratamiento y elaboración de material educativo. 2) Definición de las unidades de medida del impacto de la intervención 3) Elaboración de las herramientas de detección de prescripciones potencialmente optimizables (PPO) 4) Fase piloto para obtener datos de prescripción antibiótica para la aleatorización 5) Asignación aleatoria de las unidades clínicas a intervención (evaluación+consejo) o control (evaluación) 6) Evaluación de idoneidad de las PPO con formulación de consejo antibiótico, si oportuno (marzo-mayo 2009): 6 clínicos evaluaron diariamente (laborables) un máximo de 18 PPO.

**Resultados.** Durante 3 meses se detectaron 1253 PPO mediante el sistema de generación de alertas en todas las unidades del hospital con dispensación de fármacos bajo el sistema de dosis unitaria. De las 1253 PPO se actuó en 460 de ellas. El resto correspondieron a PPO de días no laborables o a exceso respecto al máximo diario (selección aleatoria). De esta manera, 245 de las 460 (53%) prescripciones resultaron no optimizables (PNO) mientras que 215 fueron optimizables (PO). Los principales servicios generadores de PPO fueron: Medicina Interna 91 PPO (19,8% del total de PPO), Neumología 69 PPO (15%), Cirugía General 45 PPO (9,8%), Traumatología 35 (7,6%), Oncología 28 (6,1%) y Gastroenterología 25 (5,2%). El 57,2% de las PPO (263 PPO) se generaron en servicios médicos mientras que el 42,8% (197 PPO) surgieron en servicios quirúrgicos. Cuando se discriminó entre servicios médicos y quirúrgicos, en los primeros el 55,9% de las PPO fueron consideradas realmente optimizables. En los servicios quirúrgicos

67 de las 197 PPO (34%) fueron optimizables de acuerdo a los criterios preestablecidos. Se observó una tendencia temporal a la disminución de la generación de alertas en las unidades asistenciales incluidas en el grupo intervención.

**Conclusiones.** 1) Una proporción importante de prescripciones antibióticas hospitalarias preseleccionadas en función de criterios predefinidos es optimizable de acuerdo a los datos contenidos en la historia clínica. 2) Los datos obtenidos revelan la existencia de una buena oportunidad de mejora en este ámbito mediante intervenciones en el contexto de un programa de Optimización de uso antibiótico como OPTIBIOTIC. 3) La proporción de PO/PPO es mayor en Servicios Médicos que en quirúrgicos. Esta diferencia se explica en parte por el diferente perfil de pacientes y síndromes infecciosos tratados en estas dos áreas asistenciales.

#### A-85

##### INFECCIÓN POR ESPECIES DE *NOCARDIA*, CAMP DE TARRAGONA, 1997-2008. *NOCARDIA CYRIACIGEORGICA*, ¿ESTAMOS ANTE UN PATÓGENO EMERGENTE?

O. Portolà<sup>1</sup>, R. Guitart<sup>2</sup>, M. Roca<sup>1</sup>, J. Llutart<sup>1</sup>, F. Gómez<sup>3</sup>, M. Olona<sup>4</sup>, F. Vidal<sup>5</sup> y A. Castro<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología, <sup>3</sup>Servicio de Medicina Preventiva, <sup>4</sup>IISPV, Univ. Rovira i Virgili. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Tarragona.

<sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Reus (Tarragona).

**Objetivos.** Descripción de las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes diagnosticados de nocardiosis en dos centros hospitalarios de una misma área sanitaria.

**Material y métodos.** Estudio observacional descriptivo retrospectivo de una serie de pacientes (p), mayores de 14 a. diagnosticados (dx) y tratados de infección por *Nocardia* (N.) en los Hospitales Universitarios Joan XXIII de Tarragona y Sant Joan de Reus entre enero de 1997 y diciembre de 2008. Las cepas de N. se aislaron a partir de medios de cultivo no selectivos para bacterias aerobias y después de una identificación preliminar se remitieron a un laboratorio de referencia para su identificación final (pruebas fenotípicas convencionales o secuenciación del 16S rADN). El estudio de sensibilidad antibiótica (Abg) se realizó con la técnica de Etest (AB Biodisk). El dx de infección por N. se estableció al identificar N. en una muestra clínica de un paciente sintomático. Se utilizó el índice de comorbilidad de Charlson (ICCh) para calcular la comorbilidad y en los pacientes en los que la infección por N. fue la causa principal de muerte, ésta se consideró directamente relacionada. La descripción de las variables se realizó mediante la media y desviación estándar para las variables continuas, y frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas. Se ha calculado la incidencia anual de infecciones por N. en la población de referencia y de aislamientos. Para evaluar la variación interanual en la incidencia, se ha utilizado la distribución de Poisson para estudio de eventos extraños. El nivel de significación estadística aceptado ha sido  $p \leq 0.05$ . Las variables y datos fueron tratados mediante el paquete estadístico SPSS PC 11.5.

**Resultados.** Se estudiaron 26 pacientes, 20 varones, con una edad media de  $64,27 \pm 20,2$  a. Las formas clínicas más frecuentes fueron infección respiratoria (19/26, 73%, 11 bronquitis y 8 neumonías) en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (12/26, 46%) y cutánea (4/26, 15%). 22 p (84%) presentaban comorbilidades que comportaban inmunosupresión y coexistía más de una comorbilidad en 19 (73%). La mediana (desviación típica) del ICCh fue de 3,95 (2,95). Las infecciones fueron causadas por siete especies de N. diferentes con predominio de *N. cyriacigeorgica* (n = 7), *N. asteroides* (n = 6) y *N. abscessus* (n = 4). Obtuvimos Abg en 20/26 aislamientos y en todos existía sensibilidad a cotrimoxazol. *N. cyriacigeorgica* fue responsable de infecciones respiratorias, 3 bronquitis y 4 neumonías, con una tasa de mortalidad del 43% (3/7). Los 3p fallecidos presentaban coinfección por *A. fumigatus* y un ICCh igual o superior a 3. La mortalidad global de la serie fue del 19%. 50% en las formas diseminadas, 15% en las respiratorias y 0% en las cutáneas.

**Discusión.** Las infecciones por N., excepto las cutáneas, se producen en pacientes con comorbilidad asociada. Más del 80% de nuestros pacientes pre-

sentaban un ICCh elevado. Bronquitis, neumonía e infección cutánea, ésta con antecedente de traumatismo local previo son las formas clínicas más frecuentes. *N. cyriacigeorgica* fue la especie más aislada. Es ésta una especie de *N.* categorizada recientemente, considerada un patógeno emergente. En nuestra serie ha causado clínica respiratoria, coexistiendo en todos los p una elevada comorbilidad y en 3 de ellos, coinfección por *Apergillus*, contribuyendo a la evolución desfavorable. El cotrimoxazol es una opción válida como tratamiento empírico ante la sospecha de infección por *N.* Todas las cepas de las que dispusimos de Abg fueron sensibles

**Conclusiones.** La infección por *N.* es infrecuente en nuestro medio. Las formas clínicas habituales son: respiratoria en pacientes con comorbilidad y cutánea de tórpida evolución. Observamos un incremento en el aislamiento de *N. cyriacigeorgica*. Cotrimoxazol es un fármaco útil para el tratamiento de la infección por *N.*

#### A-86 PERITONITIS TUBERCULOSA: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 15 CASOS EN UN HOSPITAL GENERAL

**O. Marín, E. Oliveros, M. Ferrer, D. Salor, I. Muñoz, M. Villalba, C. López y E. Vilalta**

*Servicio de Medicina Interna D. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

**Objetivos.** Analizar la experiencia en nuestro hospital y evaluar la epidemiología, presentación clínica y evolución de ésta patología en nuestro medio.

**Materia y métodos.** Estudio retrospectivo de 15 casos (10 varones y 5 mujeres) diagnosticados de peritonitis tuberculosa desde Enero de 2003 hasta Abril de 2009 en el Hospital Gregorio Marañón

**Resultados.** La edad media encontrada fue de 49 años. El país de origen de la mayoría de los pacientes fue España (n = 9), encontrando hasta 6 casos de pacientes nacidos en países en vías de desarrollo procedentes de África y América del Sur (n = 6). El 37% (n = 6) tenía como antecedente tuberculosis pulmonar y el 56% (n = 9) presentaban algún dato de inmunosupresión: cirrosis hepática 3 pacientes (18%), tratamiento anti TNF 3 pacientes (18%), neoplasia activa 2 pacientes, infección por VIH 1, diabetes mellitus 1 y otros 2 pacientes presentaron enfermedad de Addison y enfermedad psoriásica. En el subgrupo de pacientes pertenecientes a países en vías de desarrollo encontramos una edad media inferior a la de la serie completa, de 33 años. Sin encontrar en ningún caso datos de inmunosupresión. Predominan las mujeres que debutaron con un proceso fibroadherencial que obligó a descartar carcinomatosis peritoneal de origen neoplásico. La clínica más habitual fue la fiebre (81%), el dolor abdominal (75%) y la pérdida de peso (56%). En un tercio de los pacientes (n = 5) no se realizó la PPD, en los que sí se realizó el 80% (n = 8) fue positiva. En un 37% se encontraron hallazgos en la Rx torácica compatibles con proceso TBC pulmonar activo. En cuanto a la forma de presentación encontrada: en 6 pacientes (37%) ascitis, en 5 pacientes (31%) forma fibroadherencial peritoneal y en 4 (25%) ambas presentaciones. De los datos analíticos destaca anemia normocítica normocrómica con una media de 10,4g/dl de hemoglobina (5,6 g/dl -12,8 g/dl) y 7.578 leucocitos (4800-13000). El tipo de líquido predominante fue un exudado con las siguientes características: recuento medio de leucocitos de 4.300 (1400-8600), porcentaje medio de linfocitos 53% (6%-90%), LDH 2350 (433-14600) proteínas 35 (2.9-145) y glucosa 80. El ADA en el líquido peritoneal se encontró elevado en tres pacientes. Los niveles de Ca125 se analizaron en 10 pacientes con un resultado medio de 320 (19-872). La PCR en el líquido ascítico se estudió en 2 pacientes siendo positiva en ambos casos. El estudio se completó en el 70% de los casos por laparoscopia y biopsia, y en el 30% por paracentesis. Sólo en 2 casos se propuso tratamiento de forma empírica sin muestra anatomopatológica ni microbiológica. En el 75% de los casos se realizó cultivo para micobacterias siendo positivo el 50% de ellos. El tratamiento estándar de 6 meses con 3 antituberculostático se siguió en 9 pacientes, usando terapias prolongadas de 9 meses en el resto (5 pacientes). Las complicaciones fueron poco frecuentes encontrando uropatía obstructiva en 1 paciente, obstrucción intestinal en 1 paciente y deterioro importante de la situación clínica en otro paciente, falleció un único caso.

**Discusión.** La peritonitis tuberculosa es un problema importante en zonas del mundo donde la infección por tuberculosis es prevalente. El incremento de inmigración, el uso de inmunosupresores y el aumento de prevalencia de infección por V. I. H. han provocado la reaparición de ésta infección en zonas donde previamente estaba controlada. Llama la atención el número importante de pacientes pertenecientes a países en vías de desarrollo que en nuestra serie supone casi la mitad de los casos y la ausencia en ellos de alguno de los factores de riesgo descritos hasta ahora, en la literatura. El uso de PCR en muestras significativas, se ha solicitado en un porcentaje muy bajo de casos.

**Conclusiones.** El país de origen perteneciendo éste a los países en vías de desarrollo, en pacientes con ascitis a estudio o engrosamiento peritoneal,

podría ser un nuevo factor de riesgo para la forma extrapulmonar: peritonitis tuberculosa. La PCR en muestras biológicas significativas tiene una elevada sensibilidad y especificidad; si bien hasta la fecha la realización del estudio se ha encontrado infrutilizada. Con un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado se consigue un porcentaje de complicaciones y mortalidad bajos.

#### A-87 BACTERIEMIAS NEUMOCÓCICAS: ESTUDIO DESCRIPTIVO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

**V. Garcés Horna<sup>1</sup>, M. Navarro Aguilar<sup>1</sup>, B. De Escalante Yangüela<sup>1</sup>, M. Magro González<sup>2</sup>, M. Iguzquiza Pellejero<sup>1</sup>, M. Callejo Plazas<sup>1</sup>, J. Valle Puey<sup>3</sup> y J. Hortells Aznar<sup>1</sup>**

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

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Tudela (Navarra).

**Objetivos.** Analizar de forma retrospectiva las bacteriemias neumocócicas de pacientes ingresados en un servicio de Medicina Interna, conocer los principales factores asociados a su adquisición y su mortalidad.

**Materia y métodos.** Estudio descriptivo que recoge bacteriemias por gérmenes gram positivos en un servicio de Medicina Interna de un hospital terciario, durante un período de dos años y análisis de aquellas originadas por *Streptococcus pneumoniae*. Las variables analizadas fueron: sexo, edad, características clínicas de los pacientes, tratamiento antibiótico instaurado, estancia media hospitalaria y mortalidad. Análisis estadístico mediante SPSS 14.0.

**Resultados.** Durante este período se recogieron 77 bacteriemias originadas por gérmenes gram positivos, de ellas 14 fueron por *Streptococcus pneumoniae*, lo que supone un 18 %. Correspondieron a 11 hombres y 3 mujeres, con edad media de 66 años (DE 16.5). Un alto porcentaje (42.9 %) presentaba hábito tabáquico previo y la enfermedad de base más frecuente fue la diabetes mellitus (42.9%), seguida por la insuficiencia cardíaca. En la mayoría de los casos (78.6 %) se estableció el foco pulmonar como origen de la bacteriemia, sin embargo en dos de ellos no se pudo identificar el origen. Sólo un 7% se consideró infección nosocomial. El tratamiento más utilizado fue Levofloxacin (30.76%), seguido de Ceftriaxona. En cuanto a las resistencias, un 14% de los neumococos aislados presentaban resistencia intermedia a penicilina y otro 14% eran resistentes a macrólidos. La estancia media hospitalaria fue de 16 días (DE 12.36). Tres de los pacientes fallecieron durante el ingreso, lo que supone una mortalidad de 21.4 %. La edad media de los pacientes fallecidos fue superior a la edad media general (76.6 años), sin encontrar diferencias estadísticamente significativas (p = 0.456).

**Discusión.** La bacteriemia por este microorganismo es mayor en edades extremas de la vida, además es conocido que los factores de riesgo más frecuentes son: EPOC, consumo de alcohol, malnutrición, diabetes y neoplasias. En nuestra serie, la diabetes destaca como factor más prevalente, aunque también están presentes otros como el tabaco. Al igual que en la literatura, en nuestro estudio se observa como origen más común de dicha bacteriemia el pulmonar (neumonía). Aunque el porcentaje de cepas resistentes a penicilina en nuestro país es en torno a un 32.5%, en esta serie se aprecia un índice de resistencias inferior. A pesar de ello el antibiótico más utilizado es Levofloxacin. Tras la implantación de la terapéutica antibiótica, la tasa de mortalidad por esta patología descendió de forma significativa, oscilando en los últimos años entre el 7 y el 30%, nuestra serie refleja una mortalidad de un 21%.

**Conclusiones.** -La neumonía es el origen más frecuente de la bacteriemia neumocócica. - En nuestro estudio, el índice de resistencia de este germen a penicilina es bastante bajo, pero aun así el tratamiento más empleado es el levofloxacin. - La edad superior a 65 años y la presencia de otras comorbilidades fueron factores comunes en los casos fallecidos.

#### A-88 FIBROSCAN® EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA-INFECIOSAS; ¿CÓMO SON NUESTROS PACIENTES VIH CON COINFECCIÓN POR VHC-VHB?

**M. Manzano Luque, B. Retana Fernández, D. Mesado Martínez, I. De los Santos Gil, J. Sanz Sanz y M. Sánchez Casasola**

*Servicio de Medicina Interna - Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.*

**Objetivos.** Describir las características de los pacientes VIH coinfectados por VHC o VHB en nuestro área a los que se realizó Fibroscan® entre los años 2007 y 2008.

**Materia y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes VIH positivos coinfectados por el VHC o VHB de la consulta de Enfermedades

Infecciosas de nuestro centro, a los que se les realizó FibrosScan® entre 2007 y 2008. Se recogieron datos de filiación (edad, sexo, raza), grupo de riesgo, consumo de alcohol, resultado del FibrosScan® en Kilopascuales (Kpa), grado de fibrosis. Hemos considerado ausencia de fibrosis Kpa < 6, fibrosis no significativa Kpa 6-9, fibrosis significativa Kpa 9-14 y cirrosis con Kpa > 14. Cifra de CD4, carga viral de VIH, tratamiento antirretroviral, serología de VHB y VHC, incluida PCR-VHC y DNA-VHB si indicadas. Genotipo de VHC, tratamiento de VHC y respuesta al mismo. Se realizó también biopsia hepática y ecografía abdominal. Los resultados estadísticos fueron analizados por el programa SPSS 15.0.

**Resultados.** Total de pacientes:193; A 5 de ellos no se les pudo realizar por obesidad. Media de edad: 44,5 ± 5,3 años, 72% hombres y 28% mujeres. Grupo de riesgo: 78,8% ADVP, 12,2% heterosexuales y 8% homosexuales. El 44,7% nunca había consumido alcohol, el 17,9% era bebedor activo y el 37,4% lo había sido en algún momento. El FibrosScan® mostró un 32,8% de pacientes sin fibrosis (Kpa < 6), un 27% tenían un resultado indeterminado para fibrosis (Kpa 6-9), un 13,3% presentaba fibrosis significativa (Kpa 9-14) y un 26,9% cirrosis (Kpa > 14). Media de CD4: 542 (rango 36-1639), con un 9,5% con niveles menores de 200. El 86,3% recibían tratamiento antirretroviral y el 64,7% tenían carga viral de VIH indetectable. El 93,7% de los pacientes estaban coinfectados por el VHC, siendo más frecuente el genotipo 1 con un 60%, seguido del 3 con un 15,3% y del 4 con un 14,7%. En un 58,3% de ellos se objetivó una PCR-VHC > 500.000 UI/ml. Habían recibido tratamiento previo para el VHC con Interferón Pegilado y Ribavirina un 40% de los pacientes, con una respuesta sostenida en un 34,3% de ellos. El 15,8% presentaba coinfección por VHB, con DNA-VHB < 2000 copias en el 69,6%. El 94,2% tenían ecografía abdominal con un 32,4% de hepatomegalia y el 37,4% esplenomegalia. La biopsia se realizó en 78 pacientes.

**Discusión.** La mayoría de los pacientes en los que se ha realizado FibrosScan® en nuestro estudio están coinfectados por VHC, y la coinfección por VHB es poco frecuente, como ocurre en la población general infectada por el VIH, siendo el paciente tipo un varón blanco en la 5ª década de la vida, con grupo de riesgo ADVP. Los genotipos de VHC más frecuentes fueron 1, 3 y 4, similar a la población no coinfectada, con una respuesta sostenida al tratamiento para el VHC similar a la de otras series. Más de la mitad de los pacientes tenía una alta tasa de replicación de VHC y existía una alta prevalencia de bebedores activos. La mayoría de nuestros pacientes recibía tratamiento antirretroviral con un porcentaje bajo de pacientes con inmunodepresión grave (CD4 < 200) y alto porcentaje de carga viral indetectable. A tenor de los resultados del FibrosScan® un tercio de los pacientes estaban libres de fibrosis hepática mientras que más de un 40% de los pacientes presentaban fibrosis significativa o cirrosis. Casi todos los pacientes tenían Ecografía abdominal y un 41% tenían también biopsia hepática.

**Conclusiones.** Según los datos disponibles en estudios previos, el porcentaje de pacientes coinfectados que tienen cirrosis está aumentando en los últimos años, llegando a una prevalencia del 25% en algunas series, datos que coinciden con los obtenidos en nuestro estudio, donde observamos que un 27% de los pacientes presentan cirrosis medida por FibrosScan®. Esto indica que se debe tratar a un mayor número de pacientes y de manera más precoz; en este aspecto disponer de una prueba fácil, reproducible y cómoda como el FibrosScan® facilita el diagnóstico y el tratamiento de la hepatopatía y en su seguimiento.

## A-89

### PROYECTO OPTIBIOTIC: OPTIMIZACIÓN ANTIBIÓTICA EN DURACIÓN DE TRATAMIENTO

**C. Navarro San Francisco<sup>1</sup>, J. Fraile Vicente<sup>1</sup>, C. García Cerrada<sup>1</sup>, A. Robles Marhuenda<sup>1</sup>, M. Mora Rillo<sup>1</sup>, J. García Rodríguez<sup>2</sup>, J. Ortega Gómez<sup>3</sup> y J. Paño Pardo<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología Clínica, <sup>3</sup>Farmacia Hospitalaria, <sup>4</sup>Unidad de Infecciosas. Medicina Interna. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

**Objetivos.** Evaluar el impacto de una actividad no impositiva de naturaleza formativa (revisión de historia clínica y consejo antibiótico no solicitado) sobre la calidad de prescripción antibiótica referida a la duración del tratamiento antibiótico(DT), con la intención de disminuir la presión antibiótica.

**Material y métodos.** Ensayo clínico comunitario controlado, aleatorizado de una intervención de evaluación de idoneidad de prescripciones antibióticas potencialmente optimizables (PPO) y consejo antibiótico no solicitado en diferentes unidades clínicas del HULP con dispensación mediante dosis unitaria (unidad clínica = unidad de asignación). El estudio se desarrolló entre septiembre 2008 y mayo 2009 en las siguientes fases: 1) Definición de los criterios de uso óptimo de antibiótico en terapia secuencial y de las prescripciones potencialmente optimizables (PPO) diana: séptimo día de prescripción hospitalaria de cualquier fármaco antimicrobiano 2) Definición de las unidades de medida del impacto de la intervención 3) Elaboración de las herramientas de detección de prescripciones potencialmente optimi-

zables (PPO) 4) Fase piloto para obtener datos de prescripción antibiótica para la aleatorización 5) Asignación aleatoria de las unidades clínicas a intervención (evaluación+consejo) o control (evaluación) 6) Evaluación de idoneidad de las PPO con formulación de consejo antibiótico, si oportuno (marzo-mayo 2009): 6 clínicos evaluaron diariamente(laborables) un cupo máximo de 18 PPO (cupos combinados DT y terapia secuencial).

**Resultados.** Se detectaron 783 PPO mediante el sistema de generación de creado para este estudio. De las 783 PPO se actuó sobre 280, tras excluir las correspondientes a los días no laborables y las que sobrepasaron el cupo diario (aleatoriamente). 161 de las 280 (57,5%) prescripciones fueron consideradas no optimizables (PNO) mientras que 119 fueron prescripciones optimizables (PO). 50 de las PO fueron incluidas en el grupo de intervención y 69 en el grupo control. La diferencia de días entre los grupos intervención y control se muestra en el gráfico adjunto(p < 0,02). Se observó una tendencia temporal a la disminución de la generación de alertas en las unidades asistenciales incluidas en el grupo de intervención.

**Conclusiones.** Mediante una intervención no impositiva basada en la evaluación individualizada de PPO preseleccionadas(séptimo día de tratamiento antimicrobiano hospitalario) -OPTIBIOTIC-se observó disminución significativa de la duración de tratamiento antibiótico optimizable y una disminución del número de PPO, siendo éste un marcador indirecto del impacto educativo de la intervención. Convendría estudiar la duración de este efecto educativo en los hábitos de prescripción de antibióticos a nivel hospitalario. Conocer la manera de prescribir permite planificar futuras intervenciones en aquellos ámbitos en los que existe una mayor tasa de optimizabilidad.

## A-90

### ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS CASOS DE LEISHMANIASIS EN EL HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES EN LOS ÚLTIMOS DIEZ AÑOS

**J. García Castro<sup>1</sup>, P. Alarcón Blanco<sup>1</sup>, C. Hidalgo Tenorio<sup>1</sup>, M. Arenas Miras<sup>1</sup>, R. Cáliz Cáliz<sup>2</sup> y J. Pasquau Líaño<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Unidad Enfermedades Infecciosas. Servicio Medicina Interna, <sup>2</sup>Sección de Reumatología. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

**Objetivos.** Describir los casos de Leishmaniasis (L) diagnosticados en los últimos 10 años en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves (HUVN) y comparar nuestros resultados con los de la literatura.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo y retrospectivo de los casos de L diagnosticados en el HUVN de Enero de 1998 a Noviembre de 2008. Analizamos variables epidemiológicas, microbiológicas, clínicas, diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento. Usamos el programa SPSS 15.0.

**Resultados.** El número de pacientes fue 29, y los servicios de procedencia 65,5% (19/29) Medicina Interna, 20,6% (6/29) Pediatría, 6,8% (2/29) Nefrología, 3,4% (1/29) Reumatología y 3,4% ORL. El número medio de casos anuales fue de 2,9 con una incidencia aproximada de 0,66 c/100.000 h/año. La edad media fue 38,25 años ± 23,21; 55,1% (16/29) eran hombres y 44,8% (13/29) mujeres. Sólo 3/29 no eran españoles. 25 casos (86,2%) de L Visceral (LV), 3 (10,3%) Mucosa (LM) y 1 (3,4%) Mucocutánea (LMC) (afectación faringolaríngea en los 4 últimos). 51,7% (15/29) eran inmunocompetentes; 48,2% (14/29) inmunodeprimidos: 11 (37,9%) VIH, 2 (6,8%) trasplantados de Riñón y 1 (3,4%) Artritis Reumatoide con Metotrexato. De los VIH(+), 90,9% eran ADVP y 100% tuvieron LV con CD4 < 200 células/mL (27,63 ± 31,10). Datos clínicos: 96% (24/25) tenían Esplenomegalia, 92% (23/25) Hepatomegalia, 88% (22/25) Fiebre y 40% Adenopatías. Valores analíticos: Hb 9,14 ± 2,3 g/dL; Leucocitos 2.739 ± 1.391 células/mL; Plaquetas 94.293 ± 72.483 células/mL; Gammaglobulinas 2,87 ± 1,3; IgG 2354,5 mg/dL; Albúmina 2,78; VSG 91,64 mm y PCR 9,87 g/dL. La PAMO fue diagnóstica en el 56% de los casos (85,7% la primera), la serología positiva en el 54,5%, 1/25 caso fue diagnosticado con extensión de sangre periférica y 1/25 caso por histología de Bazo. Los casos de LM se diagnosticaron en el 100% mediante biopsia y sólo un paciente con LMC requirió determinación de PCR. El tratamiento fue: 44,8% (13/29) Antimonio de Meglumina (AM); 31,3% Anfotericina B (AB) Liposomal (de elección desde 2002); 10,3% (3/29) combinación de ambos; 3,4% (1/29) AB Desoxicolato; 3,4% AM+Pentamidina y 3,4% Alopurinol+Itraconazol. 31,03% presentaron efectos adversos destacando nefrotoxicidad (leve) por AB (28,5%), 68,9% (20/29) presentaron curación inicial, 13,7% (4/29) recidivaron y 17,2% (5/29) fueron éxitos (mayor en VIH, 27,2% vs 11,1%). Desarrollaron infecciones secundarias el 31% (9/29).

**Discusión.** Las L son un conjunto heterogéneo de enfermedades producidas por protozoos intracelulares obligados. Son zoonosis endémicas en diversos escenarios ecológicos que se presentan a cualquier edad, destacando en la Cuenca Mediterránea, donde su incidencia se ha mantenido constante debido al comportamiento oportunista en pacientes VIH.

**Conclusiones.** La incidencia de LV permanece estable en los últimos años, es aun endémica en nuestro medio y aparece a cualquier edad, afectando por igual a inmunocompetentes e inmunodeprimidos. Fiebre, Hepatoesple-

nomegalia, Pancitopenia y Linfadenopatías son uniformes. En los VIH+, la coinfección se describe generalmente en ADVP con CD4 < 200, con peor respuesta al tratamiento y mayores recidivas y mortalidad. Es una complicación en receptores de trasplantes de órgano sólido o tratados con inmunosupresores. La PAMO constituye el método diagnóstico de elección, su sensibilidad intermedia obliga a realizar estudios como serología, cultivo o nuevas técnicas de gran sensibilidad, como PCR. Anfotericina B Liposomal ha mostrado los mejores resultados terapéuticos, aunque con porcentajes de nefrotoxicidad superiores a los descritos en la literatura. Los Antimoniales son una alternativa, también con efectos adversos (pancreatitis) relativamente frecuentes. Describimos tasas de recidiva y mortalidad superiores a las indicadas en otras series, por aumento de complicaciones intercurrentes. Respecto a la LM, la biopsia es el procedimiento diagnóstico de elección, con buena respuesta a Antimoniales.

#### A-91 AFECTACIÓN VERTEBRAL EN EL SENO DE BACTERIEMIA POR SALMONELLA NO TYPHY EN UN HOSPITAL GENERAL

**D. Salor Moral, M. Villalba, E. Vilalta, C. López González, O. Marín, E. Oliveros, M. Ferrer Civeira y B. Martín Puig**

*Servicio de Medicina Interna UMID. Hospital General Gregorio Marañón. Madrid.*

**Objetivos.** Describir los casos de afección vertebral en las bacteriemias por salmonella no typhi acacidos en nuestro hospital en una revisión de 17 años consecutivos. Analizar las características demográficas, epidemiológicas, clínicas y hallazgos del laboratorio e imagen en todos los casos, así como la evolución clínica tras el tratamiento

**Material y métodos.** Se hace una búsqueda cruzada mediante el sistema CIE10 de todos los casos existentes en nuestro hospital de bacteriemia por salmonella con afectación ósea, y en concreto, exclusivamente en columna vertebral durante los años 1992-2009 aparecieron tan solo 4 casos con estas características.

**Resultados.** Tan sólo encontramos 4 casos de osteomielitis vertebral por salmonella typhi. Los cuatro pacientes fueron varones con una edad por encima de los 50 años en todos los casos (51,52, 65 y 68). En ellos existían enfermedades predisponentes inmunosupresoras (2 linfomas, 1 enfermedad mielodisplásica, 1 trasplante renal con antecedentes de Hepatocarcinoma, y tratados de forma crónica con esteroides). En cuanto a la clínica presentada, mostraban fiebre, 2 de ellos dolor lumbar y 2 dorsal. La duración de los síntomas hasta el diagnóstico fue de 5 días, 1 semana, 1 mes y 3 meses en cada uno de los casos. En aquellos donde se realizó la VSG, fue mayor de 40 (de uno no se poseen datos). Los cuatro casos tenían HC para salmonella no Tiphys positivos. El método diagnóstico fue en 3 de ellos la RMN y en 1 la gammagrafía con Galio. 2 pacientes tuvieron afectación lumbar, 2 torácica, 1 de ellos con extensión al disco y afectación paravertebral. Sólo en 1 caso se demostró lesión endocárdica, pero en ninguno extensión vascular. Tres de los pacientes recibieron tratamiento con Ciprofloxacino por un período de varias semanas, sin precisar ninguno tratamiento quirúrgico. Los 4 pacientes sobrevivieron.

**Discusión.** La salmonella se ha reconocido como agente etiológico de osteomielitis desde hace más de 100 años, representando el 0.5% de todos los casos de osteomielitis. Existen pocos casos descritos en la literatura, siendo la incidencia de afectación vertebral extremadamente infrecuente. La serie mayor presenta 40 casos. La infección vertebral puede ser tratada satisfactoriamente con antibioterapia adecuada, recurriendo a la cirugía solo en casos rebeldes ó donde la clínica (el dolor como síntoma más importante) condiciona la calidad de vida del paciente. Llama la atención el escaso número de casos recogidos en nuestro hospital acorde con los datos obtenidos de la literatura. Destaca en nuestro servicio que la totalidad de los casos sean varones, de edad media, y todos ellos con factores predisponentes inmunosupresores. El 50% de ellos tenían afectación de localización dorsal, mucho más infrecuente que la lumbar en dos series recogidas. Como se describe, la prueba diagnóstica estándar es al RMN, que lo fue en el 75% de nuestros pacientes. Reseñamos la buena evolución clínica sin mortalidad tras tratamiento con quinolonas. Nuestros datos, por tanto, pueden extrapolarse a los recogidos en la literatura a pesar del escaso número encontrado durante un período de tiempo no despreciable (17 años).

**Conclusiones.** 1. La espondilodiscitis por salmonella se muestra como un tipo de infección vertebral poco común, destacando el escaso número de casos aparecidos en nuestro hospital en un período que abarca 17 años. 2. La RMN es el test de imagen más sensible, específico y preciso de diagnóstico tal y como se describe en la literatura. 3. Todos los pacientes encontrados en nuestro hospital sufrían enfermedades inmunosupresoras, la edad se encontraba entre la 5ª y 6ª década, el sexo era masculino y todos ellos presentaban VSG elevada. 4. Llama la atención la buena evolución de nuestros pacientes, tratados con quinolonas no precisando en ningún caso tratamiento quirúrgico.

#### A-92 ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LAS NEUMONÍAS DE LA COMUNIDAD DURANTE 5 AÑOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA I N. Cubino Bóveda, L. Mateos Polo, P. Miramontes González, E. Puerto Pérez, A. García Mingo y A. Romero Alegría

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. H. Virgen de la Vega. Salamanca.*

**Objetivos.** Analizar las características clínico-biológicas (edad, sexo), escala FINE de ingreso, etiología microbiológica, antibioterapia empírica utilizada y de estancia media en un Servicio de Medicina Interna, en un período de estudio de 5 años (Enero 2004-Diciembre 2008).

**Material y métodos.** Se utilizó la base de datos del Servicio y se cotejaron las historias cuyo diagnóstico al alta o al ingreso fuera de Neumonía asociada a la comunidad (NAC), en dicho período de tiempo. Se estudiaron 84 historias de las que se rechazaron 10 por falta de datos. Se evaluaron las historias que disponían de anamnesis, exploración física, analítica con gasometría y radiografía de tórax (datos necesarios para el cálculo de la escala FINE al ingreso). Se distribuyó a los pacientes por edad y sexo, se calculó la estancia media, la presencia de derrame pleural al ingreso y el uso de antibioterapia empírica. Se calculó el número de paciente que tenían solicitada la batería microbiológica de estudio de una neumonía (antigenuria de neumococo y legionella, serología de atípicas, gram se esputo, BK en esputo y Broncoscopia con LBA si se precisó) y el uso de antibioterapia empírica.

**Resultados.** De los 74 pacientes estudiados 43 eran varones (58,1%), y 31 mujeres (41,9%), con una media de edad de 73,5 años. La escala FINE al ingreso se calculó en 72 pacientes ya que 2 fueron directamente a la UVI. Presetaban FINE I (2,7%), 18% con FINE II, 19,4% con FINE III, con FINE IV 43%, y con FINE V 11%. El 32,4% presentaba derrame pleural al ingreso. No se solicitó el estudio microbiológico en 24,32%, y en 50% fue negativa la batería de hemocultivos, antigenuria de neumococo y legionella, gram de esputo y serología de atípicas. El 13,5% tenían una antigenuria de neumococo positiva, gram de esputo con H. Influenzae (1,3%), gram de esputo con P. *Aeruginosa* en 1,3%. Los hemocultivos resultaron positivos significativamente 4,05%: para *Enterobacter cloacae*, *E. coli* y *S. Hominis hominis*. Las serologías fueron positivas en 4,05% para *Chlamydia pneumoniae*, *Coxiella burnetti* y *Mycoplasma pneumoniae*. De las múltiples terapias antibióticas empíricas (no incluyen los dos pacientes que ingresan desde UVI por haber recibido varias terapias) el 55,5% recibieron monoterapia con levofloxacino, 15,27% amoxicilina-clavulánico en monoterapia. De las asociaciones las más utilizadas fueron levofloxacino con ceftriaxona en 11,1% y con ceftriaxona con claritromicina el 2,7%. En los pacientes que se recibió información microbiológica se realizó tratamiento en base al antibiograma. La estancia media fue de 9,9 días y solamente se registraron 2 éxitos.

**Conclusiones.** Los paciente ingresados en M. Interna con el diagnóstico de NAC se distribuyen prácticamente de forma homogénea por sexos con una media de 73,5 años. La escala FINE de ingreso más prevalente en el FINE la IV, llama la atención el ingreso de pacientes con pocos criterios de gravedad, esto es debido a la carencia de un sistema de hospitalización a domicilio ni de Observación en el área de Urgencias de nuestro hospital. En un alto porcentaje de pacientes no se pidió estudio microbiológico y en los que se solicitó no se obtuvo certificación microbiológica en un 50%. El resultado más frecuente encontrado fue el neumococo y el antibiótico más utilizado en monoterapia fue el levofloxacino. A pesar de la carencia de resultados microbiológicos y el tratamiento empírico de nuestros pacientes sólo hubo 2 éxitos en la serie y el estancia media fue menor a 10 días.

#### A-93 ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO TRANSVERSAL DEL ESTADIAJE DE LA HEPATOPATÍA CRÓNICA POR VIRUS DE LA HEPATITIS C EN PACIENTES COINFECTADOS POR EL VIH MEDIANTE TÉCNICAS NO INVASIVAS. ESTUDIO COTRANS-GEENI

**R. Ramírez<sup>1</sup>, E. Deig<sup>2</sup>, J. Pamplona<sup>3</sup>, M. Hombrados<sup>4</sup>, A. Gort<sup>5</sup>, S. Valero<sup>6</sup>, F. Báguena<sup>7</sup> y E. Pedrol<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Granollers. Granollers (Barcelona).

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna-Unidad de Digestivo. Hospital de Santa Caterina (Girona).

<sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna-Unidad de Digestivo. Hospital Josep Trueta (Girona).

<sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Santa María (Barcelona).

<sup>6</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Calella (Barcelona).

<sup>7</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Igualada (Barcelona).

**Objetivos.** Dados los inconvenientes que presenta la biopsia hepática en los pacientes coinfectados (VHC + VIH), se han buscado métodos alternativos para evaluar el grado de fibrosis hepática de una forma no invasiva; estos métodos se basan en el empleo de índices bioquímicos y técnicas de imagen

que puedan correlacionarse con el estadio de fibrosis hepática. El objetivo del estudio es conocer la prevalencia de los diferentes estadios de la hepatopatía crónica mediante técnicas no invasivas (fibroscan e índices de Forns y AST-to-platelet ratio index-APRI) en pacientes coinfectados por el VHC y el VIH. **Material y métodos.** Estudio observacional, transversal y multicéntrico realizado entre septiembre de 2007 y mayo de 2008. Se incluyeron pacientes coinfectados (VIH/VHC) que tuvieran un fibroscan realizado en el año del estudio y/o marcadores bioquímicos (índices de Forns/APRI) del grado de fibrosis hepática. Para el análisis estadístico se usó el software SPSS v.17. **Resultados.** Se incluyeron 118 pacientes siendo finalmente evaluables 109 con una edad media:  $42 \pm 6$  años; 78% varones; 83% ADVP. El 8,3% consumían  $> 50$  g/d de alcohol. El 73% tenían CV-VIH indetectable y la media de linfocitos CD4 fue de  $548 \pm 294$  células/mm<sup>3</sup>. El tiempo medio de infección por VHC era de  $11 \pm 6$  años y el 53% eran genotipo 1 y el 19% genotipo 4. El 58% de los pacientes recibían tratamiento para VHC al incluirlos. La velocidad media del fibroscan fue de 15,3 Kpas y su IQR de 2,7. La media del índice APRI fue de 1,4 y del Forns de 6,1 en el momento de realizar el fibroscan. Según fibroscan: 41% presentaban fibrosis leve, 24% moderada y 35% severa; un 35% fibrosis significativa. Según APRI un 29% presentaban fibrosis leve, 45% moderada y un 26% severa; 28% fibrosis significativa. Según Forns: 16% fibrosis leve, 54% moderada y 30% severa; 30% fibrosis significativa. De las distintas variables estudiadas sólo el consumo de alcohol ( $> 50$  g/d) se asoció a presentar una mayor fibrosis. **Conclusiones.** Existe concordancia entre los índices APRI y Forns en la detección de los distintos grados de fibrosis ( $p = ns$ ). Fibroscan también coincide con los índices en la detección de fibrosis severas y significativas ( $p = ns$ ).

#### A-94

##### RETOS SANITARIOS ASOCIADOS A LA INMIGRACIÓN: ENFERMEDAD DE CHAGAS EN MEDICINA INTERNA 2007-2009

**B. Borjabad<sup>1</sup>, M. Carvajal<sup>2</sup>, M. Ribell<sup>1</sup>, A. Almuedo<sup>1</sup>, C. Martí<sup>3</sup>, C. Muñoz<sup>4</sup>, M. Coll<sup>5</sup> y J. Cuquet<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servei de Medicina Interna, <sup>2</sup>Medicina Familiar i Comunitària, <sup>3</sup>Servei de Microbiologia, <sup>4</sup>Servei de Pediatria. Hospital General de Granollers. Granollers (Barcelona).

<sup>4</sup>Servei de Microbiologia. Fund. de Gest. Sanitaria de l' Hospital de la Sta. Creu i Sant Pau. Barcelona.

**Objetivos.** Descripción sociodemográfica y análisis de las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes diagnosticados de enfermedad de Chagas en nuestro Hospital en los últimos 2 años (2007-2009).

**Material y métodos.** Estudio prospectivo observacional de todos los pacientes diagnosticados de enfermedad de Chagas entre Junio del 2007 y Junio del 2009 en el Hospital General de Granollers. Se recogieron las características epidemiológicas y clínicas (edad, sexo, país de origen, años de residencia en España, antecedentes transfusionales o familiares de enfermedad de Chagas, enfermedades concomitantes, servicio o CAP de procedencia, motivo de consulta, clínica presentada, exploraciones complementarias y tratamiento). El diagnóstico se realizó por el Servicio de Microbiología del H. St. Pau de Barcelona mediante dos técnicas serológicas (IFI y ELISA) y PCR en los pacientes seropositivos niños, embarazadas o con presencia de clínica relevante. A todos los pacientes se les realizó analítica completa con serología VIH, RX de tórax, ecocardiograma y ECG. En los pacientes que presentaron síntomas digestivos se les realizó exploraciones radiológicas complementarias; así como Holter en todos los pacientes con clínica o signos de alteración del ritmo cardíaco. La recogida de datos se realizó a través de un formulario adjunto a la historia clínica de medicina interna. Los datos se analizaron de forma descriptiva.

**Resultados.** Se realizaron pruebas serológicas a 65 pacientes latinoamericanos (2 de ellos niños), de los cuales el 42% fueron diagnosticados de enfermedad de Chagas ( $N = 27$ ), con edad media de 41 años (22-65). El 67% eran mujeres. Los pacientes procedían de Bolivia (departamentos de Sta. Cruz, Gran Chaco y Cochabamba), Chile y Paraguay. Los pacientes vivían en España desde hacía una media de tres años y un 52% tenía antecedentes familiares de Chagas. El 75% procedía de atención primaria. El motivo de consulta fue: 44% cribaje asintomático, 26% presencia de clínica, 15% cribaje al donar sangre, y un 15% disponía de diagnóstico previo. No se detectó ninguna transmisión materno-fetal. Un paciente estaba coinfectado con el VIH, otro era portador de HBsAg y otro padecía neurocisticercosis. El 63% se encontraba en la fase crónica indeterminada, el 37% presentaba enfermedad cardíaca y un paciente presentaba enfermedad digestiva y cardíaca. De los pacientes con cardiopatía, 5 presentaban miocardiopatía dilatada (un sólo caso asintomático), 2 bloqueo AV completo, 5 eran portadores de bloqueos de rama y 2 pacientes presentaron FA y TQSPV. Se precisó marcapasos en tres pacientes y colocación de DAI en otro paciente. Hasta día de hoy 5 pacientes han recibido tratamiento con benznidazol.

**Discusión.** La inmigración procedente de países en vías de desarrollo es un fenómeno reciente en nuestro entorno. El 12,2% de la población actual de nuestra comarca es población inmigrante procedente de países en vías de

desarrollo (el 35% son originarios de América Latina). La globalización de la enfermedad de Chagas en países no endémicos, resultado de los movimientos migratorios actuales, nos conduce a la necesidad de plantear una estrategia de abordaje de la enfermedad, de cara a consolidar los esfuerzos de la OMS para erradicar la enfermedad en los próximos años.

**Conclusiones.** 1. La presencia de un número no desdeñable de casos de enfermedad de Chagas entre la población latinoamericana, es un fenómeno de reciente aparición en nuestro entorno. 2. Su diagnóstico debe tenerse presente en aquellos pacientes con contexto epidemiológico adecuado que consultan por síntomas y signos de origen cardíaco. 3. Es conveniente plantear la necesidad de realizar una búsqueda activa de casos, en vista a los datos recientes sobre la eficacia del tratamiento en las formas crónicas indeterminadas para evitar la progresión de la enfermedad.

#### A-95

##### INFECCIÓN URINARIA POR *ESCHERICHIA COLI* PRODUCTOR DE BETA-LACTAMASAS

**K. Antelo Cuellar<sup>1</sup>, G. Lostaunau Costa<sup>1</sup>, E. Sánchez Ballester<sup>1</sup>, M. González Amorós<sup>1</sup>, C. Gimeno Cardona<sup>2</sup>, J. Pérez Silvestre<sup>1</sup>, F. Pedro de Lelis<sup>1</sup> y A. Herrera Ballester<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia.

**Objetivos.** En los últimos años se ha observado un incremento en el aislamiento de enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE) en España. Nuestro objetivo ha sido analizar las características epidemiológicas y clínicas de las infecciones urinarias producidas por *Escherichia coli* productoras de betalactamasas de espectro extendido detectadas en el servicio de Medicina Interna de nuestro hospital en el primer semestre del año 2009.

**Material y métodos.** Realizamos un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de los pacientes ingresados en nuestra unidad durante el periodo comprendido entre enero y julio de 2009, en los que se detectó una infección urinaria por *E. coli*. De los casos detectados seleccionamos las *E. coli* productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE) y analizamos las siguientes variables: edad, sexo, índice de Barthel al ingreso, días de estancia, portador o no de sondaje urinario permanente, lugar de adquisición de la infección urinaria, sensibilidad o resistencia a antibióticos y mortalidad. Se utilizó la base de datos del Servicio de Microbiología de nuestro hospital y para el análisis estadístico utilizamos el programa SPSS versión 15.0.

**Resultados.** De las 58 infecciones urinarias por *E. coli* diagnosticadas en nuestra unidad en dicho periodo, el 27,5% eran productoras de betalactamasas de espectro extendido. De los 16 casos de *E. coli* BLEE hubo un ligero predominio de varones (56%) con una media de edad de 83 años y un índice de Barthel medio al ingreso de 59. Sólo dos de los pacientes eran portadores de sondaje urinario previo a su ingreso. Hasta 11 de los casos detectados (69%) provenían de su domicilio, 4 de una residencia de tercera edad y tan sólo encontramos un caso procedente de otro hospital. Según los datos de los antibiogramas, se observó que el 94% eran sensibles a los aminoglucósidos, el 81% a la nitrofurantoina, el 75% a la fosfomicina, el 50% al cotrimoxazol y el 12% a las quinolonas. En el caso de los carbapenémicos y la piperacilina-tazobactam se observó una sensibilidad del 100% en los testados. La estancia media fue de 8,6 días. Fallecieron durante el ingreso 3 de los pacientes (18%).

**Discusión.** -La aparición de BLEE se ha convertido en uno de los principales problemas de resistencia a los antimicrobianos durante los últimos veinte años. --Se observa un aumento en la aparición de *E. coli* BLEE (27%), en el primer semestre del 2009, con respecto al 2008 que era un 13%. En nuestro estudio vemos que un 69% de las *E. coli* BLEE provenían de la comunidad, en contraposición con otros estudios previos donde eran de origen nosocomial. -En cuanto a los datos del antibiograma destaca la sensibilidad a los carbapenémicos del 100% y una importante resistencia a las quinolonas, de hasta el 87%, siendo éste uno de los principales tratamientos ambulatorios para las infecciones urinarias.

#### A-96

##### DIARREA POR *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* EN EL HOSPITAL DE MOSTOLES (2007-2008)

**O. Caamaño Selma<sup>1</sup>, R. Marín Arregui<sup>1</sup>, M. Fernández Cotarelo<sup>1</sup>, B. Rodríguez Maya<sup>1</sup>, M. Pérez Pomata<sup>2</sup> y J. Ruiz Galiana<sup>1</sup>**

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

**Objetivos.** Describir las características clínicas, factores de riesgo y evolución de los casos de diarrea por *Clostridium difficile*.

**Material y métodos.** Se revisaron los casos de pacientes ambulatorios e ingresados en nuestro hospital con determinación de toxina de *C. difficile* positiva en heces entre Enero de 2007 y Diciembre de 2008. Durante ese intervalo de tiempo se diagnosticaron en el laboratorio de Microbiología 51 casos confirmados mediante dicha prueba, pudiendo recuperar los datos clínicos de 34 episodios.

**Resultados.** Se analizaron 34 episodios confirmados microbiológicamente en 33 pacientes (18 mujeres y 15 varones, con edad media de 63,1 años, rango 22-88) procedentes en su mayoría del servicio de Medicina Interna (19 casos) y Urgencias (7). Entre los antecedentes personales destacan 5 pacientes con EPOC, 4 con enfermedad hepática avanzada, 2 gastrectomizados, 2 con neoplasias hematológicas, una infección VIH y una enfermedad de Crohn. Como factor predisponente principal se recoge la toma previa de antibióticos en todos los casos excepto en dos, quince de ellos con asociación de varios antibióticos, siendo en monoterapia el antibiótico más usado levofloxacino. Veinte pacientes tomaban inhibidores de bomba de protones. En cuanto a la clínica, 15 cursaron con fiebre, todos salvo dos tenían diarrea, y 5 de ellos presentaron datos de gravedad (2 desarrollaron shock). Recibieron tratamiento específico todos los episodios con excepción de 6, todos ellos con metronidazol vía oral. La evolución fue favorable en el 83% de los casos y se produjeron 6 exitos no atribuibles directamente a la colitis pseudomembranosa, en pacientes con enfermedades graves subyacentes, ingresos prolongados y situación clínica deteriorada.

**Discusión.** La colitis pseudomembranosa complica un número considerable de ingresos hospitalarios prolongando la estancia y repercutiendo en la morbi-mortalidad de los pacientes. Se describe una serie de casos en un hospital general de Madrid, en número limitado, dado que se restringe el estudio solo a los casos confirmados con toxina de *C. difficile* positiva en heces mediante detección directa (con una baja sensibilidad).

**Conclusiones.** La diarrea por *C. difficile* es una patología muy frecuente en pacientes inmunodeprimidos y/o con tratamiento antibiótico, que afecta a todos los grupos de edad, especialmente a aquellos con comorbilidad asociada. Debe considerarse el diagnóstico incluso en ausencia de tratamiento antibiótico previo. El curso clínico con tratamiento generalmente es benigno, aunque es potencialmente grave en pacientes con pluripatología.

#### A-97 ENFERMEDADES EMERGENTES ¿ESTÁ CAMBIANDO LA PATOLOGÍA?

**N. Cubino Bóveda, E. Puerto Pérez, P. Miramontes González, L. Mateos Polo, J. Martín Oterino, I. González Fernández y A. Plata Izquierdo**  
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. H. Virgen de la Vega. Salamanca.

**Objetivos.** Analizar las características de la patología infecciosa en los pacientes inmigrantes de América del Sur y África en la población de Salamanca a lo largo de los últimos 5 años.

**Material y métodos.** Hemos realizado un estudio transversal y observacional, en el que hemos incluido a 32 pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna en los últimos 5 años, que proceden de América del Sur y África, con edades comprendidas entre 16-40 años. Durante su estancia en el hospital, se realiza una anamnesis detallada en la que se incluye el tiempo de estancia en España, además se realiza una exploración física detallada. Como pruebas complementarias incluimos una analítica, serologías para bacterias, micobacterias, hongos y parásitos, cultivo de sangre y heces.

**Resultados.** De todos los pacientes eran 70% latinoamericanos y el 30% eran africanos. Las principales enfermedades detectadas fueron la TBC pulmonar diseminada en 36,3%, VHC el 33,3%, *Trichomona vaginalis* el 12,1%, Histoplasmosis pulmonar el 9,09%, *Strongiloides stercoralis* el 6,06%, lepra el 3,03%. De todo el grupo anterior de enfermos, el 54,5% eran VIH +, de todos ellos el 72% eran mujeres frente a un 28% de varones. Los pacientes habían acudido por dos síntomas principales fiebre en un 90,9% y anemia en 24,4% de los casos.

**Discusión.** Como se observa en este estudio estamos ante el resurgir de la TBC pulmonar no solo en enfermos inmunodeprimidos, sino también en aquellos que no han sido tratados ni vacunados en sus países de origen. Por otro lado objetivamos, que aparecen infecciones asociadas al déficit de higiene tanto física como del medio ambiente como la trichomona vaginalis y strongiloides stercoralis cuya incidencia en nuestro país presenta tasas muy bajas. Podemos objetivar también la alta prevalencia del VIH en estos enfermos, destacando sobre todo la vía de transmisión que en estos casos es fundamentalmente sexual y de predominio en mujeres, patrón típico de los países subdesarrollados y en vías de desarrollo.

**Conclusiones.** La histoplasmosis y la TBC pulmonar son enfermedades muy ligadas a la infección por VIH. La TBC tiene un impacto devastador

en las naciones en vías de desarrollo de manera que hay 12 países que son los responsables del 70% de casos de esta enfermedad, encontrándose la mayoría de ellos en el África subsahariana y Latinoamérica. El strongiloides stercoralis es una lombriz intestinal que se vincula con la extrema pobreza, penetra a través de la piel y llega al intestino donde produce dolor abdominal, diarrea y cuadros de malabsorción. La prevalencia de la tricomonirosis varía mucho dependiendo de factores como la edad, promiscuidad sexual, la higiene y las condiciones socioeconómicas. La mayor prevalencia la presentan las mujeres entre 16-35<sup>a</sup> y la transmisión es exclusivamente sexual. Podemos concluir que la emigración está tan extendida, que el tipo de enfermedades, incluso en las zonas con una tasa baja de emigración ha variado por completo en los últimos años. Es muy importante considerar, ante un paciente emigrante con fiebre, aunque no haya viajado recientemente a su país de origen, la posibilidad de una enfermedad endémica de su país de procedencia. La mayoría de los médicos desconocemos la patología infecciosa existente fuera de nuestras fronteras.

#### A-98 RESISTENCIAS ANTIBIÓTICAS DE *PSEUDOMONAS AERUGINOSA* Y OTROS BACILOS GRAMNEGATIVOS NO FERMENTADORES AISLADOS DE MUESTRAS RESPIRATORIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SANT JOAN DE REUS

**M. Barreda<sup>2</sup>, S. Iftimié<sup>1</sup>, I. Pujol<sup>2</sup>, O. Villuendas<sup>2</sup>, R. Tomas<sup>1</sup>, P. Garrido<sup>3</sup> y F. Ballester<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Laboratorio de Microbiología, <sup>3</sup>Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Reus (Tarragona).

**Objetivos.** *Pseudomonas aeruginosa* (PA) y otros bacilos gramnegativos no fermentadores (ONF) se relacionan con infecciones del tracto respiratorio inferior, especialmente en pacientes hospitalizados o con alguna enfermedad de base (EPOC, fibrosis quística, etc.). Nuestro objetivo es analizar la resistencia (R) antibiótica de PA y ONF procedentes del tracto respiratorio inferior en nuestro centro.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio retrospectivo de las cepas de PA y ONF aisladas de muestras del tracto respiratorio inferior procesadas en nuestro laboratorio durante los años 2007 y 2008. La R a amicacina (AK), cefepima (CEP), ceftazidima (CAZ), piperacilina-tazobactam (PTZ), imipenem (IMP), levofloxacino (LEV), ciprofloxacino (CIP) y colistina (CL) se determinó mediante el método de disco-difusión (Becton Dickinson®) de acuerdo con el CLSI 2007.

**Resultados.** De 338 cepas estudiadas el 67.2% se identificó como PA y el 32.8% como ONF. El grupo de ONF mostró una R superior que el grupo de PA excepto frente a LEV e IMP que fue similar en los dos grupos y frente a CIP que fue inferior en el grupo de ONF (tabla 1). La multiresistencia (resistencia a 3 o más antibióticos) fue mayor en el grupo de ONF (55.9%) frente a PA (27.3%).

**Discusión.** Los porcentajes de R detectados en PA en nuestro estudio fueron similares a los de otros estudios nacionales a excepción de IMP y LEV que alcanzan valores más elevados en nuestro hospital. Este hecho puede deberse al amplio uso de LEV (administración oral), y de carbapenemas, especialmente en áreas de cuidados intensivos. Una opción terapéutica en infecciones respiratorias producidas por PA multiresistentes es el uso de *E. colistina* nebulizada, que mostró una tasa de R mínima (0.4%). El grupo de ONF representó un tercio de las cepas aisladas. Más de la mitad de ONF (55.9%) fueron multiresistentes, lo que atestigua la capacidad de adquirir diferentes mecanismos de R antibiótica de este grupo de microorganismo.

**Conclusiones.** El alto nivel de R detectado tanto en PA como en ONF, especialmente frente a IMP y LEV, junto con la alta posibilidad de multiresistencia y la limitada disponibilidad de antibióticos activos hace indispensable la vigilancia microbiológica de las resistencias antibióticas de las infecciones causadas por este grupo de microorganismos.

Tabla 1 (A-98). Resistencias antibióticas (%) en PA y ONF

Antibióticos	PA	ONF
AK	1.8	43.3
CEP	6.6	45.9
CAZ	11.9	34.5
PTZ	14.2	31.8
IMP	33.2	36.9
LEV	39.8	38.0
CIP	39.6	20.7
CL	0.4	19.8

## A-99

**INFECCIÓN POR M. TUBERCULOSIS Y RETRASO DIAGNÓSTICO**

**I. Rodríguez Pintó, R. Güerri Fernández, T. Carbonell Pelfort, L. Vilaplana Marz, E. Esteve Palau, J. López Colomé, F. Sánchez Martínez y A. Díez Pérez**

*Servicio de Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas. Hospital del Mar. Barcelona.*

**Objetivos.** La tuberculosis es una enfermedad grave potencialmente mortal con una incidencia en aumento durante los últimos años atribuida entre otras causas al incremento de la inmigración. El objetivo es describir los casos de infección por *Mycobacterium tuberculosis*, su localización, el retraso entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico y su mortalidad.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo observacional desarrollado en un hospital universitario de tercer nivel y 450 camas, durante un período de 6 meses (enero a junio del 2009). Se incluyeron todos los casos reportados al servicio de medicina interna / enfermedades infecciosas, desde donde se centralizan habitualmente para su declaración a la Agencia de Salud Pública. Se recogieron diferentes variables epidemiológicas, clínicas y microbiológicas, así como el tiempo de evolución de los síntomas hasta consultar con el sistema sanitario.

**Resultados.** Durante el período de estudio se declararon 56 casos de tuberculosis: 40 hombres y 16 mujeres. Los casos reportados tenían una edad media de  $39 \pm 17$  años. La distribución de por nacionalidades: 21/56 (37.5%) españoles, 9/56 (19.6%) pakistaníes, 6/56 (10.7%) sudamericanos, 4/56 (7.1%) de Marruecos, 5/56 (8.9%) del África subsahariana, 4/56 (7.1%) de Europa del este y 4/56 de India (7.1%). La localización de la infección fue: 27/56 (49%) tuberculosis pulmonar, 10/56 (18%) ganglionar, 6/56 (11%) diseminada y 5/56 (9%) pleural y 8/56 (13%) en otras localizaciones (meníngea, peritoneal, urinaria). El tiempo medio entre el inicio de los síntomas y la consulta fue de 74 días. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de pacientes españoles y extranjeros ( $56.2 \pm 40$  vs  $84.3 \pm 60$ ;  $p = 0.13$ ). Se produjeron 6 defunciones. De los cuales 3/6 eran pacientes portadores de VIH categoría C3, y 2/6 eran pacientes con enfermedades graves crónicas que presentaron un cuadro séptico grave en el que fracasó el tratamiento intensivo. Y 1/6 presentó una cepa multirresistente de *M. tuberculosis complex*. Los pacientes fallecidos presentaron un tiempo de evolución de los síntomas significativamente más corto que los pacientes no fallecidos ( $21 \pm 18$  vs  $81.8 \pm 55$   $p < 0.05$ ).

**Discusión.** En nuestra población la tuberculosis es una enfermedad con mayor incidencia entre extranjeros. Sin embargo, no se han observado diferencias entre el tiempo de evolución de los síntomas y la consulta entre el grupo de españoles y extranjeros. A pesar del tratamiento es una enfermedad potencialmente grave (12% de mortalidad en esta serie) especialmente en pacientes con enfermedad subyacente.

**Conclusiones.** Se trata de una enfermedad grave que afecta a pacientes socialmente vulnerables. Los pacientes inmunodeprimidos de cualquier causa están en riesgo de presentar formas más graves de esta enfermedad. En vista de estos resultados se deberían implementar medidas para agilizar el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis.

## A-100

**PSEUDOMONAS AERUGINOSA MULTIRRESISTENTE EN INFECCIÓN RESPIRATORIA. ANÁLISIS DE 16 CASOS**

**E. Madroñal Cerezo, J. Ortiz Sánchez, R. Martín Díaz, A. Franco Moreno, R. Segoviano Mateo, C. Jiménez Navarro, J. Canora Lebrato y A. Zapatero Gaviria**

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

**Objetivos.** El amplio uso de antibióticos, sobre todo en los hospitales, ha favorecido la pérdida de sensibilidad de las bacterias por selección de mutantes naturales poco sensibles o resistentes. *Pseudomonas aeruginosa* es un microorganismo bacteriano patógeno, con prevalencia nosocomial y causa común de neumonía, que presenta resistencia natural a muchos antimicrobianos y que posee gran facilidad para desarrollar mutaciones cromosómicas y adquirir material genético que incrementa su resistencia. El objetivo de este estudio es conocer las características clínicas de los pacientes en los que se aisló *P. aeruginosa* multirresistente en el cultivo de una muestra respiratoria.

**Material y métodos.** Se han revisado las historias clínicas de los 16 pacientes con cultivo positivo en muestra respiratoria para *P. aeruginosa* en los que se documentó la pérdida de sensibilidad a antibióticos betalactámicos, aminoglucósidos y fluoroquinolonas. La sensibilidad de los antibióticos se estudió mediante la determinación de la concentración inhibitoria mínima en medio sólido, de acuerdo con las normas del National Committee for Clinical Laboratory Standards. Analizamos la presencia de enfermedades de base, factores de riesgo asociados, lugar de la infección y evolución. El análisis de los datos se efectuó con el paquete estadístico SPSS.

**Resultados.** Se estudiaron 16 pacientes con una media de edad de 71 años  $\pm$  SD 14,85, de los cuales 12 eran varones y 4 mujeres. El área de ingreso de los pacientes correspondió a UCI en 2 casos y hospitalización médica en el resto. Todos menos uno eran EPOC con mala clase funcional (grado III y IV de GOLD) y la mitad de ellos (8 pacientes) tenían bronquiectasias. Otros factores de riesgo asociados a la presentación de *P. aeruginosa* multirresistente fueron: 12 pacientes (75%) tuvieron más de 2 hospitalizaciones previas en el último año por exacerbación infecciosa de EPOC, 2 pacientes recibieron más de 2 ciclos de antibioterapia previa (sin hospitalización) en el último año y otros 2 tenían secuelas por tuberculosis. El aislamiento de *P. aeruginosa* en la muestra respiratoria se interpretó como infección en 14 pacientes y como colonización en 2. La infección se consideró comunitaria en el 68,8% (11 pacientes) y nosocomial en el 31,2% (5 pacientes). El antibiograma mostró en todos los casos resistencia a betalactámicos, aminoglucósidos y fluoroquinolonas, siendo el colistimetato de sodio el tratamiento más utilizado. La estancia media fue alta (17 días) y fallecieron 3 pacientes (18,75%).

**Discusión.** *P. aeruginosa* causa infecciones graves con alta mortalidad, y en este contexto, el incremento emergente de cepas multirresistentes a antimicrobianos es un importante problema en la práctica clínica. En nuestro estudio casi la totalidad de pacientes eran EPOC avanzados con hospitalizaciones y ciclos de antibioterapia previos. La infección por *P. aeruginosa* multirresistente se asoció a una hospitalización prolongada y elevada mortalidad, concordante con lo descrito en la literatura.

**Conclusiones.** *P. aeruginosa* es y será siendo un patógeno que causa gran morbimortalidad. Una adecuada dosificación, utilización de antimicrobianos y duración del tratamiento pueden ayudar a minimizar el problema de las resistencias bacterianas adquiridas por este microorganismo.

## A-101

**INFECCIÓN POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA EN PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS Y EPOC. ASPECTOS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICOS**

**R. Martín Díaz, E. Madroñal Cerezo, J. Ortiz Sánchez, A. Franco Moreno, A. Rodríguez Benavente, I. Perales Fraile, J. Canora Lebrato y A. Zapatero Gaviria**

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

**Objetivos.** *Pseudomonas aeruginosa* es un bacilo gram negativo causante de un gran número de infecciones adquiridas especialmente en el ámbito hospitalario, donde se desarrolla con facilidad. Es causa de infecciones graves tales como neumonía, bronconeumonía y absceso, pero también puede comportarse como un microorganismo causante de afección no aguda con gran tendencia a persistir a nivel bronquial, donde establece una situación de colonización-infección crónica, fundamentalmente en pacientes con daño estructural bronquial o pulmonar. El objetivo de este trabajo es conocer las características clínico-epidemiológicas de pacientes con EPOC y/o bronquiectasias (sin fibrosis quística) con infección por *P. aeruginosa* diagnosticados en nuestro centro.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo de todos los pacientes con EPOC y/o bronquiectasias en los que se aisló *P. aeruginosa* en alguna muestra respiratoria. El análisis de los resultados se realizó con el programa estadístico SPSS.

**Resultados.** Se aisló *P. aeruginosa* en un total de 108 pacientes con edades comprendidas entre los 41-91 años (media  $70,28 \pm$  SD 12,79), de los cuales 78 eran varones y 30 mujeres. Respecto a la patología de base 56 pacientes (51,85%) eran EPOC, 14 (12,96%) tenían bronquiectasias y 52 (48,14%) agrupaban ambos diagnósticos. Otros factores identificados, asociados a colonización-infección por orden de frecuencia fueron: antecedente de hospitalización en el 64,8%, tratamiento antibiótico en el último año 55,2% e inmunosupresión en el 9,3%. El motivo de ingreso fue reagudización de EPOC o bronquiectasias infectadas en 75 pacientes (69,44%) y neumonía en el resto de casos (38,56%). *P. aeruginosa* se aisló en una muestra de esputo en 97 pacientes (89,8%) y en broncoaspirado en 11 (10,1%). El aislamiento se interpretó como infección en 93 pacientes (86,1%) y colonización en 8 (7,4%). La infección se consideró comunitaria en el 68,5% de casos y nosocomial en el 31,5%. No hubo mortalidad en los 4 pacientes que asociaron bacteriemia. El antibiograma se testó en todos los casos. Se optó por tratamiento combinado en la mayoría de casos (87,8%) y por monoterapia en el resto, sin observar diferencias estadísticamente significativas en cuanto a mortalidad. La asociación más frecuente fue carbapenems-fluoroquinolona. En análisis del antibiograma mostró un bajo grado de resistencia frente piperacilina-tazobactam (8,4%), carbapenems (12,6%) y gentamicina (11,2%). La mortalidad fue del 7,4% (8 pacientes).

**Discusión.** La colonización-infección por *P. aeruginosa* incide especialmente en pacientes con enfermedades bronquiales crónicas y severas complicando su evolución; además tiende a persistir pese al empleo de tratamiento

antibiótico, lo que supone la necesidad de nuevos ingresos hospitalarios. En nuestro medio, la resistencia a piperacilina-tazobactam (8,4%), carbapenem (12,6%) y gentamicina (11,2%) permanecen bajas, constituyendo los tratamientos de elección. A pesar de prevalecer el uso de tratamiento combinado, no hubo diferencias de mortalidad respecto al grupo tratado con monoterapia.

**Conclusiones.** Es importante conocer las características microbiológicas de *P. aeruginosa* en cada medio para prevenir resistencias y mejorar el pronóstico en este tipo de infecciones.

#### A-102 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 17 CASOS DE PALUDISMO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

E. Petkova Saiz<sup>1</sup>, C. López Rodríguez<sup>1</sup>, L. Prieto Pérez<sup>1</sup>, C. Nogales Nieves<sup>1</sup>, D. Nuevo Ejeda<sup>1</sup>, C. Isea Peña<sup>2</sup> y J. Polo Sabau<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Fundación Jiménez Díaz-Ute. Madrid.

**Objetivos.** 1- Conocer la frecuencia con la que se solicitan estudios microbiológicos en busca de la presencia de paludismo en nuestro centro. 2- Analizar los rasgos clínicos de aquellos pacientes en los que dichos estudios confirmaron una infección por *Plasmodium*.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes con diagnóstico de paludismo durante 3 años (2006-2008) en nuestro centro. Los casos se seleccionaron a partir de todas las peticiones de estudio microbiológico para malaria llegadas al Servicio de Microbiología, anotando las variables clínicas y de laboratorio de los pacientes con resultado positivo. Las variables analizadas incluyeron edad, sexo, país de origen, vía de contagio, fecha y motivo del viaje, países visitados, tiempo desde el regreso hasta el inicio de síntomas y hasta el diagnóstico, especie de *Plasmodium*, inmunodepresiones, paludismo previo, manifestaciones clínicas, parámetros analíticos, terapia utilizada, incluyendo quimioprofilaxis, y evolución clínica.

**Resultados.** El total de gotas gruesas fue de 132. En 17 de ellos se obtuvo un resultado positivo. El 70% fueron varones. La edad media fue de 39 años (Intervalo 19-73). El país de origen más frecuente fue España (n = 6), seguido por Senegal (n = 4); otro 24% pertenecía a países subsaharianos y el resto a Centro y Sudamérica. En 16 casos existió un desplazamiento previo a zonas endémicas (13 a África subsahariana, 3 a América Central); en el restante únicamente viajó a Italia. Entre los pacientes de origen español, el principal motivo del desplazamiento fue profesional o turístico. Los demás eran inmigrantes recién llegados a España o residentes habituales que habían viajado a su país de origen. El tipo de *Plasmodium* más frecuentemente aislado fue *P. falciparum* (n = 14), detectándose en los otros tres *P. vivax*. No hubo coinfecciones de más de una especie ni causa postransfusional. Sólo en 2 casos se refleja en la historia la realización de quimioprofilaxis previa. El tiempo hasta el diagnóstico osciló desde menos de 24 horas hasta 240 días en un caso de *P. vivax*. La mayoría se detectaron en los primeros 10 días. En dos pacientes existía antecedente de infección palúdica. El síntoma más frecuente fue la fiebre (76%), siendo el inicial en un 53%. Otros síntomas fueron cefalea, malestar general, debilidad, diarrea, dolor abdominal y artromialgias. Un 24% de los casos presentaron anemia y en el 65% trombopenia (en 10 menos de 100.000 plaquetas/ $\mu$ l). En el 29% se elevaron las enzimas hepáticas y en el mismo porcentaje la bilirrubina. En el 47% hubo aumento de LDH y en el 18% coagulopatía. La evolución clínica de todos fue satisfactoria, sin fallecimientos ni ingresos en UCI.

**Discusión.** El número de pacientes con diagnóstico de paludismo en nuestro estudio supone una incidencia similar a la de la mayoría de las áreas de la Comunidad de Madrid. El elevado número de pacientes analizados revela el alto grado de concienciación ante la presencia de un cuadro de fiebre u otros síntomas en el viajero-inmigrante. La mayoría de los infectados fueron viajeros de origen español, dato que concuerda con la tendencia de los últimos años, quizás debido al aumento del denominado "turismo tropical" o a quimioprofilaxis inadecuadas. La especie más frecuente fue *Plasmodium falciparum*; aunque es la que se asocia a una mayor gravedad y tasa de letalidad, en nuestro estudio ésta fue del 0%, siendo la total de España del 2,3% en los últimos 5 años. El único caso sin viaje previo a zona endémica, sino a Italia, sin previa transfusión u otro factor de riesgo, podría considerarse una "airport malaria".

**Conclusiones.** Debido a los flujos migratorios y los viajes a zonas tropicales por motivos laborales o lúdicos, es cada vez más frecuente diagnosticar casos de malaria en nuestro medio. Es esencial por tanto tener un alto índice de sospecha en pacientes que acuden al servicio de Urgencias con fiebre u otros síntomas e historia previa de desplazamiento a zonas endémicas. Ha de tenerse en cuenta sobre todo a los inmigrantes naturales de estas zonas que retornan temporalmente y que tienen mayor riesgo de infectarse o reinfectarse.

#### A-103 PIOMIOSITIS PRIMARIA

F. Fernández Fernández<sup>1</sup>, S. Pérez Fernández<sup>2</sup>, R. Puerta Louro<sup>1</sup>, L. González Vázquez<sup>1</sup>, M. Rubianes González<sup>2</sup> y J. De la Fuente Aguado<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Povisa S. A. Vigo (Pontevedra).

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Universitario de Vigo. Vigo (Pontevedra).

**Objetivos.** La piomiositis primaria es una infección bacteriana aguda del músculo esquelético en ausencia de una infección predisponente en otra localización. El objetivo del presente estudio es describir las características epidemiológicas, clínicas, microbiológicas y terapéuticas de una amplia serie de piomiositis primaria.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo descriptivo mediante revisión de historias clínicas de los pacientes diagnosticados de piomiositis primaria en los hospitales POVISA y Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, en el período comprendido entre 1995 y 2008. Se excluyeron los casos de gangrena gaseosa o fascitis necrosante.

**Resultados.** Se incluyeron 52 pacientes, 71% varones, con una edad media de 50 años. El 73% tenía al menos un factor predisponente (diabetes mellitus en 13 pacientes, infección por VIH en 9, uso de drogas por vía parenteral en 7, alcohol en 6, cirrosis, infección por VHC e insuficiencia renal en 5). Nueve pacientes habían sufrido un traumatismo previamente. El músculo más frecuentemente afectado fue el cuádriceps (36%), seguido del glúteo (24%), y la infección fue multifocal en el 25% de los casos. Las manifestaciones clínicas más frecuentes en el momento del diagnóstico fueron dolor (90%), tumefacción (67%) y fiebre (63%), y la duración media de los síntomas antes del ingreso hospitalario fue de 13 días. En los análisis realizados existía anemia en el 64%, leucocitosis en el 54% y elevación de VSG en el 91% de los pacientes en los que se determinó. Un 15% de los pacientes no tenía fiebre ni leucocitosis. La técnica diagnóstica más frecuentemente empleada fue la TC (42 pacientes), seguida de la RM. La ecografía tuvo 2 falsos negativos. Se determinó el agente etiológico en 37 pacientes (71%). La rentabilidad microbiológica del drenaje fue del 77%, y la de los hemocultivos del 35%. *S. aureus* se aisló en 32 pacientes, 5 tuvieron un origen estreptocócico, 3 fueron causados por bacilos gramnegativos (los 3 con una enfermedad subyacente), y un caso por anaerobios; en 4 pacientes la infección fue polimicrobiana. Se realizó ecocardiograma en 17 pacientes, y en ninguno se evidenció imagen sugestiva de endocarditis infecciosa. Además del tratamiento antimicrobiano se realizó drenaje percutáneo en 20 pacientes, quirúrgico en 19, y ambos tipos de drenaje en 2 pacientes. La mortalidad fue del 8% (en el 4% atribuible a la infección). La existencia de una cirrosis hepática fue el único factor asociado con mayor mortalidad.

**Discusión.** La piomiositis primaria es una enfermedad infrecuente, que afecta habitualmente a personas con enfermedades subyacentes, con una mortalidad relativamente baja. Su presentación clínica es extremadamente variable, con hallazgos de laboratorio inespecíficos, en ocasiones sin fiebre ni leucocitosis, lo que puede provocar un retraso diagnóstico. Proponemos la TC como prueba diagnóstica de elección, debido a su amplia disponibilidad y a la ausencia de falsos negativos con dicha técnica. El ecocardiograma transtorácico es una prueba poco rentable, salvo en los casos en que la sospecha clínica de endocarditis infecciosa sea elevada.

**Conclusiones.** La piomiositis primaria es una entidad infrecuente en nuestro medio. *S. aureus* es el microorganismo causal más frecuente, aunque debemos tener en cuenta la mayor proporción de microorganismos atípicos (bacilos gramnegativos) en pacientes con enfermedades subyacentes, y así modificar la pauta terapéutica empírica. Habitualmente el tratamiento antimicrobiano se asocia a drenaje, percutáneo o quirúrgico, aunque en casos seleccionados el tratamiento únicamente médico representa una opción terapéutica eficaz.

#### A-105 CARACTERIZACIÓN GENÉTICA DE *PNEUMOCYSTIS JIROVECI* EN TEJIDOS CONSERVADOS EN PARAFINA DE PACIENTES FALLECIDOS POR SIDA EN CUBA

Y. De Armas<sup>1</sup>, V. Friaiza<sup>2</sup>, V. Capó<sup>1</sup>, A. Govin<sup>1</sup>, E. Campano<sup>2</sup>, R. Terán<sup>3</sup>, C. De la Horra<sup>2</sup> y E. Calderón<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Departamento Anatomía Patológica. Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri". La Habana, (Cuba).

<sup>2</sup>CIBER Epidemiología y Salud Pública, <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** *Pneumocystis jirovecii* es uno de los patógenos oportunistas que afectan con más frecuencia a los pacientes con SIDA. Los tejidos fijados en formol y embebidos en parafina son las muestras más utilizadas en los

laboratorios de patología y pueden conservarse durante años sin alteraciones lo que permite su empleo en estudios de series históricas. Sin embargo, su utilización para estudios moleculares puede plantear algunos problemas y hasta este momento, existe escasa información en la literatura científica sobre su utilización para estudios genéticos de *P. jirovecii*. Por otra parte, no existe información sobre la distribución de genotipos de *P. jirovecii* en Cuba. El objetivo de este estudio fue comprobar la utilidad de las muestras conservadas en parafina para estudios genéticos y caracterizar los genotipos de *P. jirovecii* en pacientes cubanos infectados por el VIH fallecidos por una neumonía por este microorganismo.

**Material y métodos.** Se emplearon 35 bloques de parafina procedentes de igual número de fallecidos en Cuba por SIDA con neumonía por *P. jirovecii* en el período de 1995-2008. El diagnóstico histopatológico de *P. jirovecii* se realizó con la tinción de hematoxilina-eosina y metanaminina de plata de Gomori. El ADN fue extraído a partir de 5 cortes de 10 µm de cada fragmento de tejido pulmonar de los fallecidos. Para la caracterización genética del microorganismo en los tejidos parafinados, se amplificó la secuencia del gen que codifica para la subunidad mayor del ARN del ribosoma mitocondrial (mt LSU rRNA) de *P. jirovecii* mediante PCR simple o anidada y posterior secuenciación directa en las posiciones 85 y 248 del gen mt LSU rRNA.

**Resultados.** El fragmento de 260 pb del mt LSU rRNA se pudo amplificar en 26 (74,3 %) de los 35 bloques analizados. Hubo un predominio mayoritario del genotipo 3 (88,5%) en las muestras estudiadas. El 7,7% fueron genotipo 1, mientras que se constató un 3,8% de infección mixta (genotipo 2 y 3).

**Conclusiones.** En nuestro conocimiento, este es el primer estudio que demuestra la utilidad de muestras conservadas en parafina durante años para realizar estudios genéticos de *P. jirovecii*. Por otra parte, aporta la primera información sobre la distribución de genotipos de *P. jirovecii* en Cuba, mostrando un predominio mantenido en el tiempo del genotipo 3, en contraste con lo que sucede en España donde predomina el genotipo 1.

#### A-106

### VALORACIÓN METAGENÓMICA DE LA MICROBIOTA DE ESPUTO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES PULMONARES CRÓNICAS

V. Friaza<sup>1</sup>, R. Terán<sup>2</sup>, C. De la Horra<sup>1</sup>, G. Ayala<sup>3</sup>, L. Maíz<sup>4</sup>, R. Cantón<sup>3</sup>, I. Martín-Garrido<sup>2</sup> y R. Del Campo<sup>3</sup>

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

<sup>3</sup>Servicio de Microbiología, <sup>4</sup>Unidad de Fibrosis Quística. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

**Objetivos.** Identificar los principales hallazgos de la microbiota de esputo en dos modelos de enfermedad pulmonar crónica como son la fibrosis quística (FQ) y las bronquiectasias mediante estudios microbiológicos sin necesidad de cultivo.

**Material y métodos.** Se recogieron muestras de esputo procedentes de 15 pacientes con Fibrosis Quística y 15 pacientes con bronquiectasias. El DNA de las muestras fue extraído con el kit NucleoSpin Tissue (MN) siguiendo las especificaciones del fabricante. PCR-DGGE fue llevada a cabo a partir de 100 ng de DNA total empleando primers para la región conservada de RNA ribosómico 16S. Los productos de PCR se resolvieron mediante electroforesis vertical a 60°C en geles de poliacrilamida al 8% y con un gradiente de urea-formamida del 35 al 50%. Las bandas obtenidas se cortaron y el DNA fue purificado y reamplificado para su posterior secuenciación e identificación. Las similitudes entre los patrones de bandas fueron analizadas con el software Phoretix 5.0 y se construyeron los dendogramas en base al coeficiente Dice.

**Resultados.** Todas las muestras de los pacientes con FQ presentaban una marcada banda de *Pseudomonas aeruginosa*, por el contrario esta banda era indetectable en los pacientes con bronquiectasias. Por otro lado, se observaron varios patrones de bandas comunes en ambos grupos. Como era esperado, varias especies correspondían a bacterias habitualmente presentes en las muestras de esputo como *Haemophilus influenzae*, *Stenotrophomonas maltophilia*, *Moraxella* spp., *Actinomyces odontolyticus* aunque varias secuencias correspondieron a bacterias no cultivables relacionadas con grupos de *Streptococcus*, *Actinobacterium* o *Neisseria*. Además, se detectaron gémenes ambientales no descritos anteriormente en este tipo de muestras como *Pseudomonas synxantha*, *Ochrobactrum anthropi*, *Rothia amarae*, *Rothia mucilaginoso*, *Phycococcus dokdonensis*, or *Arthrobacter* spp.

**Conclusiones.** La metagenómica es una herramienta útil para identificar la microbiota de esputo en pacientes con enfermedades pulmonares crónicas. Además, es capaz de detectar bacterias ambientales y bacterias no cultivables en muestras de esputo de pacientes con FQ y bronquiectasias.

#### A-107

### COLONIZACIÓN POR *PNEUMOCYSTIS JIROVECI* EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA DE BRASIL

R. Terán<sup>1</sup>, V. Friaza<sup>2</sup>, R. Morilla<sup>2</sup>, S. Gutiérrez-Rivero<sup>1</sup>, M. Montes-Cano<sup>3</sup>, N. Respalda<sup>2</sup>, L. Rivero<sup>1</sup> y G. Wissmann<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>CIBER de Epidemiología y Salud Pública, <sup>3</sup>Servicio de Inmunología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

<sup>4</sup>Unidad de Infectología. Hospital Clínicas de Porto Alegre, Brasil.

**Objetivos.** La fibrosis quística (FQ) es la enfermedad hereditaria autosómica recesiva más frecuente en la población de origen caucásico. En esta enfermedad se pueden afectarse varios órganos si bien el problema más importante se encuentra en la afectación respiratoria, responsable de la mayor morbilidad y mortalidad en estos pacientes. Aunque la colonización por *Pneumocystis jirovecii* ha sido descrita previamente en pacientes europeos con FQ no hay datos epidemiológicos sobre colonización en pacientes con FQ en otras áreas geográficas. El presente estudio aporta por primera vez datos de epidemiología molecular sobre la colonización por *P. jirovecii* en pacientes con FQ en América del Sur.

**Material y métodos.** Se obtuvieron datos clínicos y muestras de lavado broncoalveolar de 34 pacientes con FQ sin neumonía por *P. jirovecii* atendidos en un hospital universitario de Brasil entre 2004 y 2007. La identificación de *P. jirovecii* se realizó mediante nested-PCR usando los primers pAZ102-E y pAZ102-H (primers externos) y pAZ102-X y pAZ102-Y (primers internos). Se estudió el polimorfismo de genotipos para la subunidad mayor mitocondrial (mt-LSU-rRNA) y para el gen de la dihidropteorato sintasa (DHPS) mediante secuenciación directa y análisis de restricción de enzimas.

**Resultados.** Se detectó colonización por *P. jirovecii* en 13 pacientes con FQ (38,2%). Doce de las muestras positivas fueron tipificadas para la posición 85 y 248 del gen mt-LSU-rRNA. Se identificaron 3 genotipos diferentes: genotipo 1 (85C/248C) en el 41,6%; genotipo 2 (85A/248C) en el 16,6%; genotipo 3 (85T/248C) en el 25 %; y, genotipo mixtos en el 16,6%. En ningún caso se detectaron mutaciones en el gen de la DHPS. La colonización por *P. jirovecii* fue más frecuente entre pacientes con infección por *Pseudomonas aeruginosa* y en aquellos que no habían tomado fármacos anti-*Pneumocystis*.

**Conclusiones.** Este estudio muestra por primera vez que existe una alta prevalencia de colonización por *P. jirovecii* en pacientes con FQ en Brasil. En estudios previos se ha observado que la colonización por *P. jirovecii* es capaz de estimular la respuesta inflamatoria en el huésped lo que podría jugar un papel en la progresión de las enfermedades pulmonares crónicas tal cual sucedería en pacientes con FQ. La identificación de genotipos de *P. jirovecii* en pacientes con FQ en Brasil aporta una información epidemiológica interesante: la distribución de genotipos es similar a la descrita en los estudios realizados en Europa y, hasta el momento, no se han observado mutaciones asociadas a la resistencia a sulfamidas. Financiado por ERA-NET *Pneumocystis-PathoGenoMics*.

#### A-108

### IMPACTO DEL USO DE PROBIÓTICOS EN LA MICROBIOTA INTESTINAL DURANTE EL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO

M. Velasco<sup>1</sup>, J. Valverde<sup>2</sup>, C. Guijarro<sup>1</sup>, T. Requena<sup>3</sup>, R. Pavon<sup>2</sup>, S. Nistal<sup>1</sup>, V. Castilla<sup>1</sup> y C. Pelaez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Unidad de Infecciosas, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Área de Laboratorio. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón (Madrid).

<sup>3</sup>Instituto del Frío. Centro Superior de Investigaciones Científicas (Madrid).

**Objetivos.** Es conocido que el tratamiento con antibióticos altera la microbiota intestinal y que la ingesta de probióticos puede modificarla de forma beneficiosa. Sin embargo, hay pocos estudios aleatorizados y ciegos que hayan valorado el posible efecto protector de los probióticos sobre la microbiota intestinal durante el tratamiento antibiótico.

**Material y métodos.** Ensayo clínico aleatorizado y triple ciego (junio-05/enero-08) (ref:AGL2004-07285-C02). Los pacientes ingresados en MI que empezaron en las 48 horas previas con amoxicilina-clavulánico o levofloxacino se aleatorizaron a recibir 200 ml/día de (2:2:1) yogurt placebo (S *thermophilus* 109 ufc/ml, L *bulgaricus* 107 ufc/ml), yogurt probiótico (los previos y además L. *acidophilus* 107 ufc/ml, B *lactis* 108 ufc/ml, L *casei* 107 ufc/ml) o nada (grupo de control no ciego) hasta cinco días después de terminar el antibiótico. El yogurt y el placebo tenían igual sabor y apariencia externa. Seguimiento posterior: un mes. Se recogieron datos epidemiológicos y clínicos de los pacientes y heces de los grupos con yogurt para realizar recuento de la microbiota intestinal en 4 momentos: 1) día 1 (sin yogurt y con < 48 horas de antibiótico), 2) día 3 (con yogurt y antibiótico), 3) día 14 (con yogurt y antibiótico) y 4) día 25 (sin antibiótico ni yogurt). Los resultados se expresan como media y rango log ufc/ g heces. Se comparó el recuento entre ambos

grupos de cada bacteria (t de Student y U de Mann-Whitney), así como la evolución dentro de cada grupo (ANOVA).

**Resultados.** Se recogieron 168 muestras de heces de 314 pacientes. No hubo diferencias entre las características epidemiológicas y clínicas entre los pacientes de ambos grupos. El recuento de anaerobios disminuyó de forma significativa durante el tratamiento con probióticos (de 8.4 (5.9-9.6) a 7.5 (5.5-9.1),  $p < 0.05$ ). En la comparación entre los grupos, se encontraron recuentos menores en el grupo de probióticos en la comparación del 3º período en las bacterias Gram negativas (6.3 (3.5-8.4) versus 4.9 (3.0-7.2),  $p = 0.02$ ); Enterobacterias (5.8 (3.0-8.5) versus 4.6 (3.0-7.0),  $p = 0.05$ ) y Bacteroides (7.4 (5.2-9.2) versus 6.5 (5.1-8.3)  $p = 0.02$ ); y de anaerobios en el segundo período (8.2 (7.0-9.7) versus 7.6 (5.3-9.6),  $p = 0.04$ ).

**Conclusiones.** La ingesta de yogur con probióticos durante el tratamiento antibiótico dificulta la proliferación de bacterias anaerobias. Este hecho podría resultar beneficioso, ya que las bacterias anaerobias están implicadas en algunas patologías intestinales ocasionadas por el tratamiento antibiótico. No existe repercusión relevante en el resto de la microbiota intestinal.

#### A-109

### PATOLOGÍA DEL INMIGRANTE EN UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA-INFECIOSAS. COMPARACIÓN CON POBLACIÓN AUTÓCTONA

**J. San Martín, J. Ortiz, E. Madroñal, C. Jiménez, J. Ruiz, N. Cabello, A. Barrios y E. Canalejo**

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

**Objetivos.** Comparar la patología de los pacientes inmigrantes en nuestra consulta de Medicina Interna-Infeciosas con la población autóctona

**Material y métodos.** Se recogen de forma prospectiva los pacientes atendidos en la consulta monográfica de Enfermedades Infecciosas desde su inicio en Enero 2005 hasta el 1 de Julio de 2009

**Resultados.** Se han atendido un total de 1920 pacientes, de ellos 411 (21%) son inmigrantes (211 África Subsahariana, 83 Sudamérica, 59 Magreb, 38 de Europa del Este). Se muestran los resultados en la Tabla

**Discusión.** Dentro de los problemas sanitarios, las infecciones han supuesto tradicionalmente el principal problema médico del colectivo inmigrante. Por ello no sorprende que el 20% de los pacientes de nuestra consulta sean inmigrantes. Un hecho diferencial en nuestro Área es que la mitad de ellos son subsaharianos. Nuestro estudio muestra que la población inmigrante atendida en nuestra consulta presenta unas peculiaridades claramente diferentes a la población autóctona, tanto por edad (más joven), por procedencia (mayor proporción de pacientes derivados de Urgencias y de otros servicios), por patología (predominan VIH, TB, lúes y patología tropical) y destino (alto porcentaje de perdidos). Se ha propuesto que, por su formación, el internista sea el médico que debe encargarse del diagnóstico y tratamiento de estas infecciones, siendo la formación reglada en infecciones importadas debe ser un aspecto importante en la formación del internista actual (Medicina Interna e infecciones en inmigrantes. J L Pérez-Arellano, O Sanz Peláez. Rev Clin Esp. 2008;208:1-3)

**Conclusiones.** Las características de la población inmigrante de nuestra consulta difieren de la población autóctona. Debemos plantearnos la necesidad de una consulta especializada en la atención de estos pacientes en nuestro Área.

Tabla 1 (A-109). Comparación entre características de pacientes Inmigrantes y Autóctonos

%	Inmigrantes, 411	Autóctonos, 1509	p
Edad media	35 (15-85)	50 (14-95)	< 0.001
Varones	45	56	< 0.001
Procedencia: A. Primaria	20	20	NS
Planta M. Interna	43	56	< 0.001
Otros servicios	21	12	< 0.001
Patología: Infecciosa	91	73	< 0.001
VIH	22	14	< 0.001
TBC	16	4	< 0.001
Lúes	8	1	< 0.001
Patología tropical	26	1	< 0.001
Infección respiratoria	4	17	< 0.001
Situación: En seguimiento	24	21	NS
Alta médica	43	67	<0.001
Alta por pérdida	33	12	<0.001

#### A-111

### MENINGITIS BACTERIANA EN H. FUENLABRADA

**J. San Martín López, A. Barrios, C. Jiménez, J. Ortiz, R. Martín, N. Cabello, J. Ruiz y E. Canalejo**

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

**Objetivos.** Revisar los casos de meningitis bacteriana en nuestro Centro **Material y métodos.** Se recogen de forma retrospectiva los pacientes ingresados en nuestro centro con meningitis bacteriana desde su apertura (Abril04) hasta Mayo09.

**Resultados.** Se han estudiado un total de 41 casos de meningitis bacteriana. Los microorganismos causales fueron: *N. meningitidis* 11 casos, *S. pneumoniae* 11, *Listeria monocytogenes* 5, Bacilos gram negativos 3, *S. aureus* 2, *S. agalactiae* 2 y *S. viridans* 1. En 6 casos no se identificó microorganismo causal. Por edades hubo 16 casos en menores de 19 años, 9 de ellos causados por *N. meningitidis*; 11 casos en pacientes entre 19 a 50 años (3 causados por *S. pneumoniae*, *Listeria* 2, Strep/Staf 2) y 10 casos en mayores de 50 años (5 causados por *S. pneumoniae* y 3 por *Listeria*). 14 pacientes tenían comorbilidad de base, de ellos 9 pacientes con meningitis por *S. pneumoniae* y 3 con *Listeria*. Las meningitis por *Listeria* comenzaron con síntomas gastrointestinales en 3casos, y dicho microorganismo se recuperó en los hemocultivos en 4 pacientes y en LCR en 2. Respecto a las complicaciones fallecieron 4 pacientes (*E. coli*, *S. pneumoniae*, *Listeria* y *S. aureus*), quedaron con hipoacusia 4 pacientes (3 con infección por *S. pneumoniae*, 1 desconocido), tuvieron crisis comiciales 3 pacientes (2 *S. pneumoniae*, 1 *Listeria*), hidrocefalia 2 pacientes (*Listeria*, *S. aureus*), deterioro cognitivo 1 paciente (*S. pneumoniae*) y parálisis facial 1 paciente (*S. pneumoniae*)

**Discusión.** El tratamiento empírico de la meningitis bacteriana se basa en la sospecha del microorganismo causal, siendo la edad un factor determinante en este sentido. Prácticamente erradicado *H. influenzae* gracias a la vacunación infantil, *N. meningitidis* es el microorganismo causal en niños y adolescentes, predominando *S. pneumoniae* en adultos. *Listeria monocytogenes* clásicamente se ha relacionado con comorbilidad (embarazo, neoplasia, inmunodepresión, edades extremas, alcoholismo), aunque en nuestra serie encontramos que los pacientes eran todos menores de 65 años y 2 de 5 sin comorbilidad asociada. Estos datos nos deben hacer incluir ampicilina en el tratamiento empírico de adultos, especialmente en los casos en los que se asocian síntomas gastrointestinales

**Conclusiones.** *S. pneumoniae* sigue siendo la bacteria más prevalente en la meningitis bacteriana del adulto y la causante de mayor comorbilidad, aunque detectamos una aumento en la prevalencia de *Listeria monocytogenes* en adultos sin factores de riesgo que nos sugiere que debemos incluir ampicilina en el tratamiento empírico de adultos, especialmente en los casos en los que se asocian síntomas gastrointestinales

#### A-112

### INTERCONSULTAS DE PATOLOGÍA INFECCIOSA EN UN HOSPITAL DE 2º NIVEL

**M. Noureddine López, J. De la Torre-Lima, A. Del Arco, J. Olalla, J. Prada, L. Mérida, M. Villena y A. Aguilar**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga).*

**Objetivos.** La relevancia, complejidad e importante casuística de las enfermedades infecciosas (EI) obliga cada vez más a la necesidad de contar con un interconsultores (IC) en patología infecciosa que resuelvan los estos problemas clínicos, lo cual a su vez puede ser útil para evaluar resultados de servicios centrales, fundamentalmente microbiología. Estas actividades, que son frecuentes en grandes hospitales, han sido escasamente comunicadas en hospitales más pequeños. **Objetivos:** Conocer las características de las intervenciones como interconsultor (IC) realizadas por EI en un hospital de 2º nivel.

**Material y métodos.** Se examinan las intervenciones como IC realizadas durante el período Marzo de 2007 a Junio de 2009. Cada día un facultativo de medicina interna, con especial formación y dedicación a la patología infecciosa, atiende un busca de llamadas de infecciosas, contesta las interconsultas provenientes de otros servicios por esta patología y acude a microbiología a conocer los hemocultivos y aislamientos relevantes de otras muestras para valorar posteriormente a dichos pacientes. El entorno es un hospital del 2º nivel con 380 camas. Las variables analizadas fueron el origen y motivo de la interconsulta, servicios solicitantes, principales diagnósticos clínicos, gérmenes aislados y catalogación de las infecciones nosocomiales.

**Resultados.** Se realizaron 818 interconsultas con una media ascendente que en el último semestre llegó a 4 interconsultas diarias. El 60% de las actuaciones tuvo su origen en los resultados de microbiología, mayoritariamente para valoración de hemocultivos positivos, un 32% eran interconsultas y un 6% llamadas al busca de patología infecciosa. En el análisis de

la a las interconsultas destaca que como motivo inicial de consulta más frecuente la existencia de fiebre en 79 casos (10% del total) y como servicio consultor cirugía ortopédica y traumatológica en 183 casos (22%), cirugía general y del aparato digestivo en 68 casos (8,3%), y urología en 38 casos (5%). Los principales diagnósticos resultantes finales fueron bacteriemia 15,5% (asociada a catéter 11%), infección urinaria 15%, infección osteoarticular 13%, infección abdominal 8% e infección respiratoria 6% e infección de piel y tejidos blandos 4,5%. En el global se aisló germen en algún cultivo en el 42% de casos (hemocultivos 30% y otras muestras 25%). Los principales patógenos aislados fueron *E. coli* 12%, *Estafilococos* coagulasa negativos 6%, *Klebsiella* 4%, *Estafilococo aureus* MS 6%, otros gram negativos 4%, *Estafilococo aureus* MR 4%, polimicrobiana 6%. Un 40% de las infecciones correspondían a nosocomiales y un 25% eran postquirúrgicas. Hubo necesidad de localización de pacientes en domicilio por aislamiento de germen en hemocultivos en 39 casos (5% de hemocultivos). En cuanto a la importancia nosocomial resaltar: infección prótesis articular traumática 82 casos, infección herida quirúrgica 30 casos, infección por *Estafilococo aureus* MR 36, por *Estafilococo* coagulasa negativo 27 casos, por *Klebsiella* productoras de BLEE 22 casos, por *E. coli* productor de BLEE 12, *Candidemias* 9 casos y por *Acinetobacter* 4 casos.

**Conclusiones.** La mayoría de los pacientes consultados se refieren a servicios de cirugía, con infecciones relacionadas fundamentalmente con la atención sanitaria, donde tras su identificación se nos solicita asesoramiento sobre el manejo terapéutico. El conocimiento de las características de las infecciones en estos servicios llevará a un mejor manejo de las infecciones nosocomiales.

#### A-113

### ¿TIENEN LOS MÉDICOS EN CONSIDERACIÓN LOS TRASTORNOS NEUROPSIQUIÁTRICOS A LA HORA DE PRESCRIBIR UN TRATAMIENTO CON UN INHIBIDOR DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA NO ANÁLOGOS DE LOS NUCLEÓSIDOS (ITINAN)? ESTUDIO PSICONEV

S. Hernández<sup>1</sup>, M. Tasia<sup>2</sup>, J. Gregori<sup>2</sup>, A. Guelar<sup>3</sup>, V. Navarro<sup>4</sup>, R. Torres<sup>5</sup>, M. Pérez-Elías<sup>6</sup> y E. Pedrol<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Agencia Valenciana de Salud Vega Baja. Orihuela (Alicante).

<sup>3</sup>Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital del Mar. Barcelona.

<sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. USP Hospital San Jaime. Torrevieja (Alicante).

<sup>5</sup>Enfermedades Infecciosas. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid).

<sup>6</sup>Enfermedades Infecciosas. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

**Objetivos.** Evaluar si al prescribir un ITINAN se tiene en consideración la presencia de trastornos neuropsiquiátricos previos.

**Material y métodos.** Estudio observacional y transversal realizado en 41 centros a nivel estatal. Se evaluaba en pacientes VIH+ que habían iniciado tratamiento con EFV o nevirapina (NVP) (únicos ITINAN comercializados en aquel momento) su estado neuropsiquiátrico mediante las escalas de Hamilton para la depresión (HAM-D) y la ansiedad (HAM-A) que evalúan el estado del paciente en el mes anterior. Los pacientes que obtenían en el HAM-D una puntuación > 25 se definieron como depresivos graves; 17- 25: depresión moderada.; 7-17: depresión leve y < 7 ausencia de depresión. En el HAM-A los pacientes que obtuvieron una puntuación < 18 se consideraron sin ansiedad o con una ansiedad leve y > 18: ansiedad moderada o grave. Se recogieron también datos socio-demográficos y de la enfermedad. Los datos obtenidos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS versión 15.0 para Windows.

**Resultados.** Se incluyeron 260 pacientes (66% NVP y 34% EFV): 64,6% eran varones; edad media: 39 ± 9 años; 43,2% heterosexuales, 26,7% homosexuales y 24,3% drogadictos por vía parenteral. El 50% eran SIDA según criterios CDC. El 30,6% estaban coinfectados por el VHC. El motivo de inicio del tratamiento fue: 51% naïve, 32% simplificación y 17% rescate tras fracaso terapéutico con un inhibidor de la proteasa. No hubo diferencias en cuanto a edad, sexo, grupo de riesgo, estadio de la infección, coinfección, nadir de linfocitos CD4, carga viral y causa de inicio del tratamiento entre ambos grupos de pacientes. La mediana de la puntuación del HAM-D fue de 7 para EFV y de 6,5 para NVP (p: 0.729); la puntuación del HAM-A fue de 5 tanto para EFV como para NVP (p: 0.497). Un 16,7% de los pacientes a los que se prescribió EFV presentaban ansiedad moderada/grave y del grupo de NVP un 17,7% frente a un 83,3% EFV y un 82,3% NVP que no presentaron ansiedad. El 4,2% de pacientes con EFV presentaron depresión grave y el 0,9% de NVP, y moderada el 6,3% de pacientes con EFV y el 9,7% con NVP, y no presentaron depresión el 41,7% de los pacientes con EFV ni el 49,6% de NVP: No hubo diferencias estadísticas en ningún grupo.

**Discusión.** Con relativa frecuencia los pacientes VIH+ presentan, independientemente del estado y tratamiento de su enfermedad, trastornos de la

esfera neuropsiquiátrica; además, las alteraciones del sistema nervioso central son una de las causas más frecuentes de efecto adverso del tratamiento antirretroviral, en especial, de los ITINAN y en concreto de EFV fármaco considerado de primera elección en la mayoría de guías de tratamiento antirretroviral.

**Conclusiones.** Se constata una alta prevalencia de pacientes con trastornos de ansiedad y depresión y a pesar de ello no se tiene en cuenta a la hora de la prescripción de los ITINAN ya que no hay diferencias estadísticamente significativas entre EFV y NVP a pesar de que el primero provoca con frecuencia y como efecto adverso alteraciones neuropsiquiátricas.

#### A-114

### SÍNDROME DE CUSHING EN PACIENTES VIH CON ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA: ¿INTERACCIÓN ENTRE INHIBIDORES DE LA PROTEASA Y CORTICOIDES INHALADOS?

M. Ruiz Seco, M. Estébanez Muñoz, C. Soto Abanades, N. Iniesta Arandia, M. Mora Rillo, F. Pascual Pareja, J. González García y A. Robles Marhuenda

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

**Objetivos.** Describir la asociación temporal entre inicio de fluticasona (como tratamiento de enfermedad pulmonar crónica de base) en pacientes VIH en tratamiento con inhibidores de la proteasa, y aparición de Síndrome de Cushing. Revisión de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de dicha patología.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de pacientes VIH con seguimiento en la consulta de medicina interna en tratamiento altas dosis de fluticasona por enfermedad pulmonar crónica de base (66% EPOC y 34% ASMA) que, asociados a inhibidores de la proteasa, comienzan con al menos uno de lo signos o síntomas típicos del Síndrome de Cushing (letargia, náuseas o vómitos, hipotensión, dolor abdominal, hipoglucemia, mialgias...) y niveles bajos de cortisol y ACTH. Se excluyeron pacientes que hubieran recibido corticoides orales durante largo tiempo o tópicos de alta potencia o con alteraciones suprarrenales previas (pruebas analíticas y de imagen). Se realizó el test corto ACTH (synacthen) para comprobar la supresión del eje hipotálamo-hipofisiario-adrenal secundario a corticoides exógenos inhalados. Se suspendió uno de los tratamientos para evitar interacciones y se inició tratamiento con hidroaltesona oral con pauta descendente, con controles seriados de cortisol y ACTH a los 2 y a los 8 meses.

**Resultados.** El 100% de los pacientes comienza entre 1 y 3 meses posterior al inicio del tratamiento combinado "inhibidor de la proteasa-fluticasona" con náuseas, astenia, mialgias, hipotensión postural, edemas en miembros inferiores, cara de luna llena y grasa abdominal central. Los niveles de sodio fluctuaban entre 130-140 mEq/dl, con niveles muy bajos de cortisol y ACTH, demostrándose por medio del test corto synacthen una supresión del eje hipotálamo-hipofisiario-adrenal significativa. Se realizaron estudios de neuroimagen (RMN) para descartar lesiones hipotalámicas-hipofisiarias subyacentes, y TAC-body en la que no se observó afectación de las glándulas suprarrenales en ninguno de los pacientes. Se retira en dos de ellos el tratamiento con fluticasona y en el tercero se retiran los inhibidores de la proteasa. Tras ocho meses en tratamiento con hidroaltesona oral (en pauta descendente) como tratamiento de la insuficiencia suprarrenal por supresión del eje, se normalizan los niveles de cortisol y ACTH y desaparece completamente la clínica asociada.

**Discusión.** La inhibición del sistema citocromo P450 causada por los inhibidores de la proteasa (especialmente ritonavir) pueden aumentar en sangre la cantidad de fármacos que se metabolizan por dicha vía. Así, los niveles elevados de fluticasona, cuya metabolización está disminuida por interacción con los inhibidores de la proteasa, producen una clínica compatible con un Síndrome de Cushing yatrogénico y supresión del eje hipotálamo-hipofisiario-adrenal secundaria. La acumulación de altas dosis de fluticasona en tejido periférico (debido no sólo a su alta concentración sino también a su alta lipofiliidad) hacen necesarias nuevas pautas que espacien el tratamiento, disminuyan las dosis o usen cámaras que faciliten su difusión a pulmón y eviten su exceso concentración en tejidos. Sin embargo el tratamiento óptimo es la suspensión de uno de los fármacos que interaccionan entre sí y la reposición de dicha insuficiencia suprarrenal secundaria con hidroaltesona, produciendo mejoría clínica entre los 2 y 8 meses. En el 10-15% de pacientes se produce sólo una remisión parcial del cuadro tras tratamiento. La asociación entre esta entidad y diabetes, hipertensión arterial e hipopituitarismo, hace necesaria una monitorización de estos parámetros a largo plazo.

**Conclusiones.** La fluticasona, en uso concomitante con inhibidores de la proteasa en pacientes en tratamiento VIH, puede producir una supresión del eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal con insuficiencia suprarrenal secundaria, por lo que se recomienda uso de fluticasona a bajas dosis con cámaras espaciadoras que aumenten la acción a nivel pulmonar o cambio por otro fármaco broncodilatador.

### A-115 BACTERIEMIA POR SARM: ¿UN PROBLEMA HOSPITALARIO?

**M. De Lagarde Sebastián<sup>1</sup>, F. López Medrano<sup>2</sup>, Y. Meije<sup>2</sup>, A. García-Rey<sup>2</sup>, G. Maestro<sup>1</sup>, B. Mestre Gómez<sup>1</sup>, V. Díaz Madrid<sup>1</sup> y J. Aguado<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

**Objetivos.** La bacteriemia por *Staphylococcus aureus* meticilín resistente (SARM) es una complicación infecciosa relativamente frecuente en el medio hospitalario médico-quirúrgico y conlleva una tasa de morbi-mortalidad elevada (mayor que el estafilococo sensible a meticilina). El objetivo es analizar el perfil de nuestros pacientes y las medidas adoptadas en el tratamiento empírico y dirigido contra el SARM.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de los 20 pacientes con bacteriemia por SARM documentada microbiológicamente en el Hospital 12 de Octubre entre octubre 2008-abril 2009. Mediante acceso a Historia Clínica, se analizan las características del huésped (sexo, edad, Servicio de hospitalización, comorbilidad, ingresos y tratamiento previo); de la bacteriemia (tiempo desde ingreso, foco y lugar de adquisición, focos secundarios, infección de cuerpo extraño) y el manejo (antibioterapia empírica y dirigida, ecocardiograma y erradicación del foco de origen). Se valora mortalidad durante y tras el tratamiento.

**Resultados.** De los 20 casos de bacteriemia por SARM, 1 fue excluido por falta de datos relevantes. La edad media de los 19 sujetos incluidos fue de 68,15 ± 13,86 años (rango 30-87 años); la razón de sexo 2,8:1 (14 varones/5 mujeres). El 52,6% procedían de Servicios Médicos, 36,8% de Servicios Quirúrgicos, y 10,5% de ambos. De todos ellos, un 36,8% ingresó en algún momento en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Se detectó bacteriemia en las primeras 24h de ingreso en un 26,3%; 42,1% tras 24h en el primer mes; 31,5% tras un mes de ingreso. 7pacientes (36,8%) habían recibido en los 6 meses previos tratamiento con glicopéptidos. 11pacientes (57,9%) estuvieron ingresados en el mes previo a la bacteriemia, 72% de los cuales con intervención quirúrgica. 14 de las bacteriemias (73,6%) fueron de adquisición nosocomial (28,5% de ellas en UCI); de las restantes, 3 se asociaron a ingresos previos, 1 a hemodiálisis y 1 adquirida en la comunidad. Un 52,6% se asoció a catéter; 15,7% a otros focos endovasculares; 15,7% a infección de partes blandas; 5% respiratorio, 5% lecho quirúrgico y 5% desconocido. En un 68,4% de los casos se realizó ecocardiograma en algún momento del ingreso (de media en 6,5 ± 4,2 días desde la bacteriemia): 1 caso de endocarditis. En 8 de los pacientes persistió la bacteriemia (42%), con 7 casos de focos secundarios (tromboflebitis, espondilodiscitis). En un 63% se sospechó SARM iniciando tratamiento empírico, en casi todos con vancomicina; 7 casos (36%) recibieron en algún momento daptomicina, y 5 linezolid (26%). El 80% de los catéteres fueron retirados antes de las 24 h (100% antes de 48h). La mortalidad por todas las causas fue de un 42%, de los cuales 62,5% durante el tratamiento.

**Discusión.** La bacteriemia por SARM afectó predominantemente a varones de edad media-avanzada, aunque el rango de edad es amplio. Los Servicios Médicos parecen estar más afectados que los quirúrgicos; sin embargo, se aprecia que una proporción importante de pacientes (70%) había recibido cuidados quirúrgicos previamente; más de un tercio tuvieron contacto con una UCI antes de la bacteriemia, siendo responsables de casi un 30% de las bacteriemias nosocomiales. Estamos hablando, como se ve, de una entidad eminentemente relacionada con los cuidados sanitarios; más de la mitad de los pacientes la adquieren en el primer mes de ingreso; los ingresos prolongados y los procedimientos invasivos incrementan el riesgo, como es destacable la cifra de bacteriemias por procedimientos endovasculares (68%) y los focos secundarios. En cuanto al tratamiento, se pautó antibiótico empírico en casi 2/3, pero se actuó en el foco (catéter) de forma muy precoz en todos. El 50% precisó tratamiento distinto a vancomicina en algún momento. El uso previo de glicopéptidos puede contribuir a fracasos en el tratamiento. La bacteriemia por SARM implica una mortalidad de un 40% en nuestro medio.

**Conclusiones.** La bacteriemia por SARM comporta elevada morbi-mortalidad, siendo una complicación relacionada con el sistema sanitario, por la morbilidad inherente a la bacteriemia sobre un huésped frágil pluripatológico sometido a cuidados invasivos. Por ello, se deben adoptar medidas preventivas especialmente en los procedimientos invasivos en pacientes de riesgo y tratamientos precoces, y estudiar su impacto.

### A-116 ¿CUÁL ES EL SIGNIFICADO CLÍNICO DE LA REPLICACIÓN DE BAJO NIVEL (40-1.000 COPIAS/ML) EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH?

**M. Torralba González de Suso<sup>1</sup>, T. Sánchez<sup>2</sup>, A. Amorós<sup>2</sup>, A. Costa<sup>1</sup>, S. Lainez<sup>1</sup>, B. Martínez<sup>1</sup>, J. Machín<sup>1</sup> y M. Rodríguez Zapata<sup>1</sup>**

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

**Objetivos.** El objetivo del TARGA es lograr una carga viral (CV) del VIH por debajo del límite de detección (< 50 copias/ml). Sin embargo, muchos

pacientes no logran dicho objetivo aunque tampoco existe una replicación viral > 1.000 copias/ml que permita la realización de un test de resistencias. Nuestro objetivo fue conocer la prevalencia de este problema, analizar las causas de la replicación de bajo nivel (RBN) y determinar la evolución inmuno-virológica en estos pacientes.

**Material y métodos.** Diseño de cohorte retrospectivo. Se analizaron todos los pacientes desde septiembre del 2007 hasta enero del 2009 que habían recibido TARGA durante todo ese tiempo nuestro Hospital y que habían logrado una CV < 40 copias/ml. Se definió una RBN como la detección de una carga viral > 40 copias y menor de 1.000 copias/ml en dos determinaciones consecutivas. Se estudió el tipo de TARGA y el porcentaje de adherencia según la dispensación del Servicio de Farmacia en todos los pacientes. Se analizó la respuesta inmuno-virológica en los pacientes con RBN en una tercera determinación consecutiva.

**Resultados.** Se estudiaron 150 pacientes con una mediana de edad 44,4 años (IIQ: 40,3-48,4 años) siendo el 69,3% varones. Tras un seguimiento de entre 1 y 1 año y 4 meses, el 32,7% de los pacientes presentaron una RBN. Ocho pacientes (5,3% presentaron fracaso virológico) El 41, 27, 26 y 6% de los pacientes con RBN habían recibido un primer, segundo, tercer o más de tres TARGA. El 58% recibía 2 análogos de nucleósidos (AN) y un no análogo (NN) y el 31% dos AN más un inhibidor de proteasa (IP) y el resto (11%) otras pautas. La mediana de tiempo entre que el paciente se encontraba con CV indetectable hasta que presentaba dos determinaciones consecutivas de baja replicación viral fue de 8,6 meses (IIQ: 7-10,2 meses) en los pacientes con RBN y de 9,1 meses (IIQ: 7,5-10,6 meses) en pacientes con CV indetectables (p = 0,341). La mediana de CV fue de: 146 copias (IIQ: 77-244 copias/ml). Tras una mediana de 8,6 meses de seguimiento la mediana de incremento de linfocitos CD4 fue de 40 cel/mcl (IIQ: -60 a +140 linfocitos CD4/mcl) en los pacientes con RBN y de 30 cel/mcl (IIQ: -35 a +90 cel/mcl) en los pacientes con CV indetectables (p = 0,549). Un 86% de los pacientes con RBN tuvieron un 95% o más de adherencia frente a un 73% de los pacientes con CV indetectable (p = 0,09). Tras la detección de la RBN, el TARGA se modificó en el 18,9% de las ocasiones frente a un 11,8% en los pacientes con CV indetectable (p = 0,287). El 61,7% de los pacientes con RBN presentaban en una 3ª determinación una nueva RBN y el 38,3% se hacía indetectable. No se produjeron fracasos virológicos. El incremento de CD4 fue similar en ambos grupos (p = 0,12).

**Discusión.** La RBN es una realidad en la práctica asistencial. Ésta se da con más frecuencia que en ensayos clínicos o en estudios prospectivos. Mantener a estos pacientes con una replicación viral mantenida en presencia de niveles subóptimos de fármacos antirretrovirales o de una potencia insuficiente de los mismos, puede provocar un fracaso virológico en el futuro. Los clínicos se encuentran en la disyuntiva de realizar un cambio en los fármacos antirretrovirales pero sin disponer de los test de resistencias, o bien mantener el mismo tratamiento insistiendo en la adherencia. Nuestra experiencia no justifica un cambio precoz del tratamiento. Son necesarios ensayos clínicos que respondan a ésta cuestión.

**Conclusiones.** La RBN es un problema frecuente en nuestras consultas a pesar de una adherencia satisfactoria. La mayoría de los clínicos no modifican el TARGA. Persiste un incremento leve aunque clínicamente significativo de los linfocitos CD4 a pesar de la RBN.

### A-117 ADECUACIÓN DE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS POR NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE CURB-65

**M. Matía Sanz, R. Pelay Cacho, L. Clavel Conget, S. Olivera González, C. Gómez del Valle, M. Torralba Cabeza, B. Amores Arriaga y J. Pérez Calvo**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

**Objetivos.** Describir las características epidemiológicas de una muestra seleccionada al azar de pacientes con neumonía adquirida en la comunidad (NAC) y determinar la adecuación de su ingreso en un servicio de Medicina Interna desde el servicio de Urgencias según la clasificación de CURB-65.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de 96 pacientes, seleccionados al azar, ingresados en el servicio de Medicina Interna del HCU "Lozano Blesa" durante el año 2008, con diagnóstico principal de NAC. Los resultados se expresan como valor promedio ± DE (variables numéricas), y en porcentaje (nominales). Para el análisis se ha usado el programa estadístico SPSS 11.5 (2002).

**Resultados.** De los 96 casos ingresados en el servicio de Medicina Interna con el diagnóstico principal de NAC, 6 pacientes (6.25%) tenían 0 factores según la escala CURB-65, 34 (35.41%) 1 factor, 37 (38.54%) 2 factores, 18 (18.75%) 3 factores, 0 (0%) 4 factores y 1 (1.04%) 5 factores. La estan-

Tabla 1 (A-117). Características epidemiológicas por grupos

	n, (%)	Edad (años)	Estancia media (días)	Mortalidad (%)
CURB 0	6 (6,2)	45,3 (DE 17,7)	7,2 (DE 3,7)	0
CURB 1	34 (35,4)	80,6 (DE 9)	12,7 (6,8)	0
CURB 2	37 (38,5)	78,9 (DE 9)	11 (7,25-15)	13,5
CURB 3	18 (18,7)	84,7 (DE 9,3)	9,9 (DE 9,1)	38,8
CURB 4	0 (0)	—	—	—
CURB 5	1 (1)	93	1	100
TOTAL	96 (100)	78,6 (DE 13,1)	11 (7,2-15)	13,5

cia media, la edad media y la mortalidad pueden observarse en la tabla 1 anexa. Las circunstancias que motivaron el ingreso en los pacientes con 0 y 1 factor de esta escala fueron: 21 casos (52,5%) por insuficiencia respiratoria, 6 (15%) por derrame pleural, 6 por fallo terapéutico ambulatorio, 2 (5%) por edad avanzada, 2 por sospecha de neo, 1 (2,5%) por incapacidad de tratamiento oral, 1 por descompensación diabética, 1 por descompensación cardíaca y 1 por descompensación de arritmia cardíaca.

**Discusión.** La escala CURB-65 se creó por la BTS (British Thoracic Society) como escala pronóstica para predecir el riesgo de mortalidad en los pacientes diagnosticados de NAC a partir de 5 factores de fácil medida. Esta escala identifica varios grupos diferentes según el número de factores que presentan de tal forma que los pacientes con 2 o más factores deberían ser hospitalizados. Al observar los resultados en nuestro centro se ve como existe un alto porcentaje (41,6%) de pacientes ingresados con 0 o 1 factores. Si comparamos estos datos con los obtenidos al analizar esta muestra de población con la escala de Fine se observa como es sustancialmente mayor a la suma de los grupos de bajo riesgo I, II y III (28,12%) como se ha estudiado en otro trabajo enviado para este congreso. Se ve también como en esta escala la edad media no es cada vez mayor al aumentar la categoría al contrario de lo que ocurría en la escala de Fine en la que la edad tiene un mayor peso. En cuanto a las condiciones que motivaron el ingreso se objetiva también la multifactorialidad con predominio de la insuficiencia respiratoria.

**Conclusiones.** Al igual que la escala de Fine, esta escala pronóstica puede utilizarse como guía que orienta el juicio clínico, pero no debe sobrepasarlo cuando hay que decidir el ingreso de un paciente con NAC debido a las limitaciones que presenta.

#### A-118

##### CELULITIS: REVISIÓN DE CASOS EN UN AÑO

J. Paz Ferrín, L. Valle Feijoo, R. Puerta Louro, A. Sanjurjo Rivó, L. González Vázquez, J. Montero, S. Rodríguez Pecci y J. De la Fuente  
Servicio de Medicina Interna. Hospital Povisa S. A. Vigo (Pontevedra).

**Objetivos.** Evaluar las características de los pacientes con celulitis de extremidades superiores e inferiores en nuestro ámbito hospitalario.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, retrospectivo de los casos de celulitis ingresados en el Servicio de Medicina Interna de nuestro Centro durante el año 2007. Se recogieron datos demográficos, comorbilidades, microbiológicos y de tratamiento.

**Resultados.** Se ingresaron un total de 111 casos; 53 eran mujeres y 58 varones con una edad media de 61 años. La estancia media fue de 9,1 días. Padecer diabetes mellitus aumentó la estancia media (8 días / 12 días;  $p = 0,041$ ). Se redujo la estancia media cuando la puerta de entrada fue tinea pedis (9 días / 5,30 días;  $p = 0,002$ ) o si tomó antibióticos previamente (10 días / 6 días;  $p = 0,003$ ). La mortalidad fue del 2,7% (3 pacientes) y la media de edad de dichos pacientes fue de 83 años. No se encontró ningún otro factor de riesgo relacionado directamente con la mortalidad. De los 20 pacientes con diabetes mellitus 6 tuvieron complicaciones ( $p = 0,065$ ) y 2 de ellos fallecieron ( $p = 0,068$ ). En los 34 pacientes sin que no tenían cualquier comorbilidad no se produjo ninguna muerte. Se extrajeron hemocultivos en 22 pacientes con 2 positivos y cultivo local en 33 pacientes con 26 positivos, siendo el microorganismo más frecuentemente encontrado el *S. aureus*, seguido por los estreptococos. El tratamiento más utilizado fueron los b lactámicos (90 pacientes), lincosaminas (30 pacientes) y quinolonas (25 pacientes) sin diferencias en cuanto a estancia media, complicaciones o muerte.

**Discusión.** La celulitis es una infección aguda, dolorosa y potencialmente severa del tejido celular subcutáneo. En la literatura representa el 2-3% de los ingresos hospitalarios con una estancia media de 9 días. En este estudio intentamos describir las características de los pacientes con celulitis en nuestro medio. Nos parece importante destacar que la edad es el único factor que se ha relacionado con la mortalidad y que los pacientes con diabetes mellitus tienen mayor número de complicaciones. No hemos encontrado diferencias en estancia media o riesgo de complicaciones de-

pendiendo del tratamiento antibiótico empleado tanto en monoterapia como asociaciones. El dato de menor estancia media en los pacientes con tratamiento antibiótico en los días anteriores manteniendo el mismo antibiótico durante el ingreso, nos hace pensar en la necesidad de ser más estrictos en la decisión de ingresar esta patología.

**Conclusiones.** Este estudio nos hace reflexionar sobre la necesidad de nuevos estudios prospectivos que comparen diferentes clases de antibióticos. Además la posibilidad de tratar dicha patología en ambulatorio nos debe permitir la introducción de antibióticos de amplio espectro, con buena biodisponibilidad oral, penetración en tejido celular y tolerabilidad, como las tetraciclinas poco usados hasta ahora.

#### A-119

##### INFECCIÓN PROTÉSICA AGUDA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL N. Vilanova Anducas<sup>1</sup>, A. Castro Guardiola<sup>1</sup>, R. González Hernández<sup>2</sup>, D. Noriego Muñoz<sup>2</sup>, J. Uriel Cano<sup>1</sup> y F. García-Bragado Dalmau<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta. Girona.

**Objetivos.** Conocer la etiología de las infecciones protésicas agudas en nuestro hospital y evaluar el protocolo utilizado en nuestro centro.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva desde enero 2006 a enero 2009 de todas las infecciones protésicas agudas en nuestro centro. Se han recogido variables epidemiológicas, clínicas, microbiológicas, diagnósticas y terapéuticas. Se ha considerado infección protésica aguda: 1. Infección Postquirúrgica precoz: se presenta en las primeras 4 semanas después de la cirugía. 2. Infección Hematógena: se presenta en menos de 4 semanas de un foco infeccioso conocido o bien prótesis asintomática con clínica de origen súbito. Se ha considerado diagnóstico seguro la presencia de signos macroscópicos de infección, o bien 3 cultivos positivos de 3 o más. Consideramos no fracasos: retención de la prótesis, no signos de infección activa y funcionalidad conservada, en el momento de la revisión. Análisis estadístico mediante SPSS 12.0.

**Resultados.** Se han incluido un total de 17 pacientes con infección protésica aguda. La incidencia de infección postquirúrgica precoz es del 1'9%. La infección se ha considerado postquirúrgica precoz en el 71% de los casos y hematógena aguda en el 29%. Según la localización: rodilla (59%), cadera (35%) y hombro (6%). La media entre la implantación de la prótesis y la aparición de síntomas, en las infecciones Postquirúrgicas precoces, es de 14 días (DE 10). La clínica presentación más frecuente en el momento del diagnóstico es dolor (82%) y flogosis (76%). El 100% de las infecciones protésicas agudas son monomicrobianas, siendo los gérmenes más frecuentemente implicados: *S. aureus* (35%) y Enterobacterias (24%). Se ha obtenido el diagnóstico microbiológico de certeza en el 76% de los casos. El grupo antibiótico más utilizado es el de las quinolonas (82%) (en combinación en el 53% y en monoterapia en el 29% de los casos). La pauta antibiótica utilizada ha sido activa en el 76% ( $n = 13$ ) de los casos, en el 12% ( $n = 2$ ) no ha sido valorable (cultivos negativos) y no ha sido activa en el 12% ( $n = 2$ ) (*E. coli* resistente a quinolonas y *Enterococcus faecalis*). En el 82% se ha realizado desbridamiento con retención de la prótesis, en el 6% se ha realizado recambio en dos tiempos y en el 12% no se ha realizado cirugía. No se ha detectado fracaso en el 88% de los casos.

**Discusión.** La incidencia de infección protésica postquirúrgica precoz es del 1'9%, similar a la que se presenta en otras series. Los gérmenes más frecuentemente implicados en las infecciones protésicas agudas son *S. aureus* y las Enterobacterias. La pauta empírica utilizada en nuestro centro es activa en el 76% de los casos.

**Conclusiones.** El tratamiento precoz con antibioterapia empírica (incluyendo quinolonas), junto con el desbridamiento quirúrgico es útil en las infecciones protésicas postquirúrgicas precoces. El tratamiento de la infección hematógena es conveniente que se individualice según el foco que origina la infección. El uso de antibioterapia empírica de amplio espectro no está indicada en las infecciones protésicas agudas en nuestro centro.

#### A-120 MICOBACTERIAS ATÍPICAS EN PACIENTES NO VIH. REVISIÓN HISTÓRICA DE 50 PACIENTES

M. Álvarez Pérez<sup>1</sup>, E. González García<sup>1</sup>, M. Lizasoain Hernández<sup>2</sup>, E. Palenque Mataix<sup>3</sup> y M. Alvarado<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas, <sup>3</sup>Servicio de Microbiología. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

**Objetivos.** Revisar las características clínico-epidemiológicas, formas de presentación e interpretación clínica, técnicas diagnósticas, tratamiento empleado y pronóstico de una serie de 50 pacientes sin diagnóstico de VIH con aislamiento en muestras respiratorias de una Micobacteria Atípica (M. A).

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de una serie de 50 pacientes sin diagnóstico de VIH con aislamiento en muestras respiratorias de una Micobacteria Atípica, en el período comprendido entre el 2006-08 en nuestro hospital. Recogida de datos según un protocolo diseñado a tal efecto. Análisis estadístico descriptivo de las variables sometidas a estudio.

**Resultados.** En el período revisado, en 50 pacientes se aisló un tipo de *Micobacteria atípica* interpretándose como infección activa en un 24% y como colonización en un 76% de los pacientes. La relación de sexos fue 1.8/1 H/M. La edad media al diagnóstico fue de 61 años. El 74% padecían una enfermedad respiratoria crónica, siendo la EPOC las más prevalente. Las técnicas diagnósticas más utilizadas fueron el cultivo de secreciones respiratorias y del lavado broncoalveolar, la radiografía y la TAC torácica. En todos los casos fue necesaria la presencia de tres muestras positivas de confirmación para infección activa, tal y como se describe en los criterios diagnósticos de la Sociedad Americana de Cirugía Torácica. En un 50% de los pacientes infectados no se llegó a descartar VIH. El patrón radiológico más común fue el bronquiectásico-nodular. La M. A aislada con mayor frecuencia fue *Micobacterium avium* complex. Todos los pacientes infectados fueron finalmente tratados. El esquema terapéutico más utilizado fue: claritomicina, etambutol y rifampicina durante 12 meses mínimo. Existieron dos casos de *M. avium* complex multirresistente y otros dos con efectos secundarios graves que obligan a suspender el tratamiento.

**Discusión.** El significado clínico del aislamiento en muestras respiratorias de M. A resulta complejo a pesar de la continua actualización de las guías clínicas. La mayoría de nuestros pacientes presentan patología respiratoria crónica de base. Todos los pacientes menores de 40 años padecían fibrosis quística. Al igual que en las series revisadas la M. A. aislada más frecuente es *M. avium* complex. *M. fortuitum* es la segunda especie en frecuencia en nuestro estudio, frente a *M. kansasii* en el resto de series. La baciloscopia es con mayor frecuencia positiva en los pacientes infectados. El coaislamiento bacteriano es un fenómeno común en nuestra serie, siendo la *P. aeruginosa* y *S. aureus* las bacterias más frecuentes. La TC fue la prueba diagnóstica de elección para distinguir los dos patrones radiológicos, aunque la forma fibrocavitaria sólo se objetivó en 2 de los pacientes infectados. En ningún caso la biopsia transbronquial fue diagnóstica. En cuanto al tratamiento, se realizó triple terapia incluyendo un macrólido.

**Conclusiones.** El aislamiento de Micobacterias Atípicas en pacientes no VIH comporta aspectos complejos en cuanto a su interpretación clínica y la decisión sobre su tratamiento. El aislamiento repetido en las muestras respiratorias y un patrón radiológico compatible son, hoy por hoy, los pilares en los que se sustenta la decisión terapéutica ante una clínica de infección respiratoria inespecífica. Es necesario descartar infección VIH en todos los pacientes. El tratamiento debe incluir tres fármacos y siempre un macrólido.

#### A-121 EXPERIENCIA CLÍNICA DEL USO DE FOSAMPRENAVIR/RITONAVIR 1400/100 QD

V. Pérez Vázquez<sup>1</sup>, A. Romero Palacios<sup>2</sup>, M. Martín Martín<sup>2</sup>, A. Vergara de Campos<sup>2</sup> y E. Cruz Rosales<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>UGC Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).

**Objetivos.** El empleo de fosamprenavir (FAP) potenciado con ritonavir (RTV) en una sola toma diaria (QD) a dosis de 1400/100 mg, es una opción de terapia antirretroviral que, combinada con dos análogos de nucleósidos, ocupa una plaza entre las alternativas al TAR de primera línea en las últimas guías de GESIDA. El objetivo de nuestro estudio es describir el control evolutivo de los pacientes sometidos a esta terapia, mediante el recuento de CD4 y CV a las 24 semanas, así como las principales características epidemiológicas de este grupo de pacientes.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo realizado en el ámbito de una consulta monográfica de VIH en un hospital de segundo

nivel. Se han analizado las historias clínicas de aquellos pacientes que están tomando o han tomado en algún momento esta pauta de antirretrovirales, procediendo después a un análisis descriptivo de los datos obtenidos.

**Resultados.** Obtuvimos una muestra de 46 pacientes. La media de edad fue de 43.89 años, con una distribución por sexo de 37 hombres (80%) y 9 mujeres (20%). La vía de transmisión del VIH fue por consumo de drogas por vía parenteral en 29 pacientes (63.04%) y por vía sexual 17 pacientes (36.96%). 38 pacientes (82.6%) estaban coinfectados por el virus hepatitis C y un paciente (2.2%) por el virus hepatitis B. 4 pacientes (8.7%) estaban en el estadio A1 de la enfermedad, 7 pacientes (15.2%) en estadio A2, 8 pacientes (17.4%) en estadio A3, 1 paciente (2.2%) en estadio B1, 1 paciente (2.2%) en estadio B2, 6 pacientes (13%) en estadio B3, 1 paciente (2.2%) en estadio C1, 0 pacientes en C2 y 18 pacientes (39.1%) en estadio C3. En nuestra serie 8 pacientes (17.4%) eran naives, 2 pacientes (4.3%) tenían una simplificación de tratamiento, 13 pacientes (28.3%) tenían un reinicio tras la suspensión de tratamiento, 6 pacientes (13%) un rescate por fracaso a no análogos, 6 pacientes (13%) por un fracaso virológico y 2 pacientes (4.3%) por mala adherencia al tratamiento. 27 pacientes (58.7%) habían usado previamente inhibidores de la proteasa. La media al inicio de tratamiento de CD4 era de 275.8 y la media del log de la CV era de 3.2. A las 24 semanas la media de CD4 era de 374.34 y la media del log de la CV era indetectable en los 26 pacientes que se han podido analizar, ya que 12 pacientes están actualmente bajo tratamiento y no ha transcurrido aún 24 semanas y 8 lo han suspendido de los cuales 2 han presentado intolerancia, 3 mala adherencia y 3 efectos adversos no graves que obligan a su suspensión. La combinación de análogos empleados fue de FTC/TDF en 24 pacientes, ABV/TDF 7 pacientes, 3TC/ABV en 8 pacientes, 3TC/DDI en 3 pacientes, DDI/TDF en 2 pacientes, 3TC/TDF en 1 paciente y ATV en 1 paciente.

**Discusión.** El tratamiento combinado de dos análogos y FAP/RTV 1400/100 constituye una elección terapéutica que permite una mayor adherencia al TAR por su comodidad de empleo, asegurando con ello un mejor cumplimiento. Asimismo, en nuestra serie, este tratamiento ha demostrado eficacia clínica, al permanecer el 100% de los pacientes con carga viral indetectable y niveles óptimos de CD4.

**Conclusiones.** Esta pauta constituye una alternativa eficaz en aquellos pacientes que, por intolerancia o resistencia, tienen anulada la opción de los no análogos, siendo dentro de los IPs una alternativa cómoda y bien tolerada.

#### A-122 MICOBACTERIOSIS. EXPERIENCIA EN SU DIAGNÓSTICO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

D. Real de Asúa, V. De la Cuesta, M. González, C. Martínez, C. Sarriá, I. De los Santos y J. Sanz

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

**Objetivos.** La tuberculosis es uno de los mayores problemas de salud pública mundial. La infección por VIH es el factor de riesgo más importante para el desarrollo de la misma. España es el país de mayor incidencia de tuberculosis de Europa occidental, y es el segundo país de este área en incidencia de casos de SIDA. En los últimos años, se han detectado cambios progresivos en la epidemiología de los pacientes coinfectados por VIH y tuberculosis, con lo que la epidemiología de estas infecciones está cambiando. El objetivo de este estudio es describir los criterios diagnósticos y los resultados microbiológicos en los casos de micobacteriosis de nuestro servicio durante el período de 1994 a 2005. También se pretende comparar el método y el resultado diagnóstico entre los pacientes VIH y los no-VIH.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio observacional prospectivo. Fueron incluidos los pacientes diagnosticados de micobacteriosis de manera consecutiva por el servicio de Medicina Interna del hospital de La Princesa en el período entre 1994-2005. La inclusión implica obtener un diagnóstico de certeza (pacientes con demostración microbiológica de infección) o, al menos, de probabilidad (enfermos con clínica e histología o baciloscopia compatibles, con cultivos negativos). Se excluyeron del análisis aquellos pacientes cuyo diagnóstico de tuberculosis fuese exclusivamente clínico. Variables analizadas: Sexo, edad, raza, país de origen, presencia de VIH, otros factores de riesgo (alcoholismo, diabetes mellitus, UDVP, inmunosupresión, gastrectomía, neoplasia concomitante y silicosis), colectivos de riesgo (prisiones, personal sanitario, vagabundos u otro colectivo cerrado), tipo de germen (*Mycobacterium tuberculosis* complex, micobacteriosis atípicas o germen no filiado), localización de la infección (pulmonar, pleural, extrapulmonar o diseminada), y método diagnóstico empleado (baciloscopia, cultivo o histología y localización de la muestra).

**Resultados.** Se incluyeron 405 pacientes en este estudio. En el 86,4% de los casos se trataba de un primer episodio de tuberculosis. Se obtuvo un

diagnóstico de certeza en 297 pacientes (73,3 %). Se llegó a un diagnóstico probable en 83 pacientes (20,5 %). En éstos, el diagnóstico se basó en la baciloscopia en 24 enfermos. La histología fue diagnóstica en 45 pacientes. 14 pacientes fueron diagnosticados por ambos métodos. La distribución de la infección según localización fue: 37,5% pulmonar (152 pacientes); 4,7% pleural (19 enfermos); 30,4% extrapulmonar (123 pacientes) y 29,4% diseminada (119 pacientes). 204 enfermos (50,4%) estaban infectados por el VIH. Al comparar los diagnósticos de los pacientes VIH positivos frente a los VIH negativos se objetivó un mayor porcentaje de infección por micobacterias atípicas en los primeros (16,7% vs 5,5 %;  $p < 0,001$ ) y una menor proporción de micobacteriosis sin identificar (18,6% vs 30,8 %;  $p < 0,001$ ). En los pacientes VIH se alcanzaron un mayor número de diagnósticos de certeza (81,4% vs 71,9 %;  $p < 0,05$ ). En cuanto a la localización de la infección, los pacientes VIH presentaron un mayor número de infecciones diseminadas (48,5% vs 10,3 %;  $p < 0,001$ ) y un menor porcentaje de infecciones extrapulmonares (13,2% vs 50,7 %;  $p < 0,001$ ).

**Discusión.** Entre las micobacteriosis filadas, aproximadamente el 75% del total, el *Mycobacterium tuberculosis complex* fue el germen más frecuentemente aislado. Un 25% de los casos quedó sin diagnóstico microbiológico. En los pacientes VIH se obtuvo un alto porcentaje de diagnósticos de certeza. Uno de cada seis pacientes con VIH y micobacteriosis presentó una infección por micobacterias atípicas. En este grupo de pacientes, las micobacteriosis diseminadas son más frecuentes que la infección aislada en una localización extrapulmonar.

**Conclusiones.** Las micobacteriosis en los pacientes VIH son causadas con frecuencia por gérmenes atípicos e implican en muchos casos una infección diseminada. Esto hace que el estudio del paciente sea más exhaustivo y se alcance un mayor número de diagnósticos de certeza.

#### A-123

### RIESGO DE DESARROLLO DE TUBERCULOSIS SEGÚN LA RESPUESTA INMUNOLÓGICA Y VIROLÓGICA AL TARGA

**E. Martín Echevarría<sup>1</sup>, S. Moreno<sup>2</sup>, M. Torralba<sup>1</sup>, A. Pereira Juliá<sup>1</sup>, B. Martínez Lasheras<sup>1</sup>, A. Moreno<sup>2</sup>, M. Pérez Elías<sup>2</sup> y M. Rodríguez Zapata<sup>1</sup>**

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

<sup>2</sup>Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

**Objetivos.** El riesgo de desarrollo de tuberculosis está marcadamente reducido en los pacientes infectados por el VIH que están recibiendo TARGA, pero la incidencia es todavía significativamente mayor que la población no infectada por el VIH. Nuestro objetivo es evaluar si el riesgo residual de desarrollar tuberculosis en los pacientes con TARGA está relacionado con una inadecuada respuesta inmunoviológica.

**Material y métodos.** Estudio de cohortes de carácter observacional en una consulta monográfica de VIH. Los pacientes que se incluyeron en el análisis habían recibido TARGA (combinación de al menos tres fármacos antirretrovirales) en algún momento del curso de la infección por VIH. La tuberculosis se diagnosticó únicamente si era microbiológicamente probada. Se realizaron estudios univariantes y multivariantes para identificar los factores de riesgo relacionados con el desarrollo de tuberculosis.

**Resultados.** En nuestro estudio se incluyeron 1824 pacientes. La mediana de seguimiento fue de 473 días. La mayor parte de los pacientes (59%) habían adquirido la enfermedad por el uso de drogas por vía parenteral. En el momento de la inclusión en el estudio, la mediana de CD4 en los pacientes sin tuberculosis frente a los sí la desarrollan fue de 207 y 129 células/mcL ( $p = 0,02$ ); a los 12 meses de 350 y 203 células/mcL ( $p = 0,01$ ) y a los 24 meses de 421 y 228 células/mcL ( $p < 0,001$ ) respectivamente. La carga viral inicial fue de 4,6 y 5 log<sub>10</sub> ( $p = 0,04$ ), con diferencias no significativas en el esto de revisiones. Cada incremento de la cifra basal de CD4 de 100 células/mcL reduce la probabilidad de desarrollar tuberculosis en un 32%. [OR(IQ95%): 0,683 (0,522-0,894)]. Al evaluar la velocidad de recuperación del sistema inmunológico se objetivó que los pacientes que incrementan sus CD4 al año de tratamiento con TARGA en 150 células/mcL reducen la probabilidad de desarrollar tuberculosis en un 71%. [OR(IQ95%): 0,29 (0,11-0,8) ( $p = 0,011$ )], así como alcanzar un incremento mayor de 300 células/mcL a los 24 meses de tratamiento reduce la probabilidad de desarrollar tuberculosis en un 27%. Sin embargo, aún existe un riesgo considerable a pesar de un tratamiento con TARGA correcto. No encontramos asociación entre presentar una CV  $< 50$  copias/mL y el desarrollo de tuberculosis [OR (CI95%): 1,43 (0,68-2,49)].

**Discusión.** El grupo de pacientes que desarrolla tuberculosis tiene una cifra menor de linfocitos CD4 y su recuperación inmunológica tras el inicio del TARGA es más lenta. En la era TARGA se sigue confirmando la asociación significativa de una mejor situación inmunológica basal con un menor riesgo de desarrollo de tuberculosis. Hemos encontrado una relación inversamente proporcional entre la cuantía del aumento de linfocitos CD4 durante el seguimiento y el riesgo de desarrollo de tuberculosis.

**Conclusiones.** Existe un significativo riesgo residual de desarrollar tuberculosis en los pacientes con TARGA que presentan una respuesta inmunoviológica satisfactoria. Para disminuir el riesgo es necesario implementar y asociar nuevas estrategias.

#### A-124

### TASA DE INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS EN FUNCIÓN DE LA INMUNOSUPRESIÓN Y RESULTADO DEL PPD

**E. Martín Echevarría<sup>1</sup>, S. Moreno<sup>2</sup>, M. Torralba<sup>1</sup>, A. Pereira Juliá<sup>1</sup>, B. Martínez Lasheras<sup>1</sup>, A. Moreno<sup>2</sup>, M. Pérez Elías<sup>2</sup> y M. Rodríguez Zapata<sup>1</sup>**

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

<sup>2</sup>Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

**Objetivos.** El resultado positivo de la prueba de la tuberculina se ha relacionado con un mayor riesgo de desarrollar tuberculosis. Evaluamos la tasa de incidencia y los factores predictores asociados al desarrollo de tuberculosis en función del resultado obtenido en la prueba de tuberculina en la era TARGA.

**Material y métodos.** Estudio de cohortes de carácter observacional en una consulta monográfica de VIH. Los pacientes que se incluyeron en el análisis habían recibido TARGA (combinación de al menos tres fármacos antirretrovirales) en algún momento del curso de la infección por VIH. La tuberculosis se diagnosticó únicamente si era microbiológicamente probada. Se estratificó a los pacientes en dos grupos en función de la positividad y negatividad del PPD. Se realizaron estudios univariantes y multivariantes para identificar los factores de riesgo relacionados con el desarrollo de tuberculosis en los grupos de mayor incidencia.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 1824 pacientes. La mediana de seguimiento fue de 473 días. El PPD fue positivo en 339 (18,6%) de los pacientes y en 19 (42,2%) de los pacientes que desarrollan tuberculosis. El PPD con resultado positivo multiplica la tasa de tuberculosis por 4,22 (HR 4,22; IC95%: 2,16-8,23;  $p < 0,0001$ ). Al estratificar por el PPD, en el grupo de pacientes con el PPD positivo el sexo femenino multiplica la tasa de desarrollo de tuberculosis por 2,81 (IC95%: 1,11-7,15;  $p = 0,03$ ). Esta asociación desaparece en el grupo con PPD negativo pero en este grupo los pacientes con menos de 200 linfocitos CD4/mcL antes del tratamiento tienen una tasa de 16,64 veces mayor que aquellos con una cifra de linfocitos CD4 basales superior a 200 células/mcL (HR 16,64; IC95%: 2,16-127,6;  $p = 0,007$ ). En un análisis bivariable ajustando por el resultado de la prueba de la tuberculina se observa que tener menos de 200 linfocitos CD4/mcL multiplica por 3,45 (HR 3,45; IC95% 1,52-7,78;  $p = 0,003$ ) la tasa de tuberculosis. En el análisis multivariante, se confirman como factores de riesgo independiente para el desarrollo de tuberculosis el tener una prueba de tuberculina positiva (HR 4,14; IC95%: 1,91-9,02;  $p < 0,0001$ ) y la situación inmunológica basal en grupos de 100 linfocitos CD4 (HR 0,65; IC95%: 0,49-0,84;  $p = 0,001$ ).

**Discusión.** La tasa de tuberculosis es superior en los pacientes con un PPD positivo. La inmunosupresión no tiene efecto en la incidencia de tuberculosis cuando los pacientes son PPD positivos pero ésta se asocia de manera intensa con el desarrollo de tuberculosis en los pacientes con PPD negativo o anérgicos. Independientemente del resultado de la prueba de la tuberculina el único factor asociado con la aparición de tuberculosis es el estadio inmunológico.

#### A-125

### ANÁLISIS DE LAS NEUMONÍAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD EN UN HOSPITAL COMARCAL

**J. Arrebola Benítez, J. Manchón Castilla, I. Machuca Sánchez, D. Navarro Moreno, M. Koussa Madroñal, L. Pozo Rosado, J. Alonso Peña y A. De la Cruz Iglesias**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Puerto. Plasencia (Cáceres).

**Objetivos.** La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una de las enfermedades infecciosas más frecuentes. Realizamos este estudio con el objetivo de conocer las características clínicas, la pauta diagnóstica y el tratamiento de la NAC en nuestro servicio

**Material y métodos.** Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes dados de alta con el diagnóstico de NAC durante el año 2008. A partir de los informes de alta se registraron variables clínicas, procedimientos diagnósticos y pautas de tratamiento. Se excluyeron los pacientes VIH positivos, con tuberculosis pulmonar, trasplantados o con neumonía nosocomial. Se analizaron dichos datos mediante el programa informático SPSS 15.0.

**Resultados.** Se incluyeron 127 pacientes, con una estancia media de 10,73  $\pm$  6 días. La edad media fue de 73,31  $\pm$  16 años (rango 16-98), y el 66,1% eran hombres. Las principales comorbilidades fueron: hipertensión arterial en 59 casos (46,5%), enfermedad neurológica en 47 (37%), EPOC en

38 (29,9%), diabetes mellitus en 26 (20,5%), insuficiencia cardiaca en 25 (19,7%) y neoplasia en 17 (13,4%). Existía tabaquismo activo en 17 pacientes (13,4%). La tos (72,4%), la disnea (59,8%), la expectoración (56,7%) y el dolor pleurítico (25,2%) fueron los síntomas principales, siendo el signo más frecuente los crepitantes, presentes en 82 de los pacientes (64,8%). Hubo leucocitosis en 82 casos (64,6%) e hiperglucemia en 77 (60,6%). En 75 pacientes la PO<sub>2</sub> era inferior a 60 mmHg. Radiológicamente la neumonía se localizó en el pulmón derecho en un 57,4%, siendo bilateral en el 12,6% y acompañada de derrame pleural en el 13,4%. En 31 casos (24,4%) se realizó TAC de tórax. En 37 pacientes se realizó cultivo de esputo, siendo positivo en 6 (4,7%), por *Pseudomonas Aeruginosa* en 2 ocasiones, *Streptococcus pneumoniae* en otras 2, y *Aspergillus* sp. y *Enterococcus Faecium* (grupo D) en un caso cada uno. No se realizaron cultivo de esputo en 89 pacientes (70,1%). Los hemocultivos fueron positivos en 4 casos (3,1%), negativos en 29 casos (22,8%), y no se realizaron en 92 casos (72,4%). El antígeno neumocócico en orina se realizó en 35 pacientes (27,5%), siendo positivo en 6 de ellos (4,7%), mientras que el antígeno de la legionella en orina fue positivo en 2 pacientes (1,7%) de los 29 (22,9%) que se analizaron. 11 pacientes (8,7%) tuvieron complicaciones, ingresando en UCI 3 de ellos (2,4%), y precisando ventilación mecánica 4 (3,1%). Entre los tratamientos antibióticos pautados, los más frecuentes fueron la monoterapia con levofloxacino utilizada en 61 pacientes (48%), amoxicilina-clavulánico en 16 (12,6%), y otras combinaciones en 19 (15%). El diagnóstico microbiológico definitivo se produjo en 13 casos (10,2%), probable en 6 (4,7%), y desconocido en 108 (85%).

**Discusión.** Al igual que ocurre en otros estudios la incidencia NAC es mayor en varones que en mujeres y la edad media de los pacientes que precisan hospitalización es muy elevada, aunque la incidencia de complicaciones graves sea baja. El diseño del estudio no permite calcular ni el índice de gravedad ni la mortalidad por NAC en nuestro servicio. Los factores de riesgo asociados, la presentación clínica y radiológica es similar a la descrita en la literatura. Destacar la alta incidencia de hiperglucemia (60,6%), aunque sólo el 20,5% eran diabéticos conocidos. El diagnóstico microbiológico es inferior a otras series publicadas, siendo la causa más probable la escasa utilización en nuestro servicio de las técnicas diagnósticas especialmente hemocultivos y la antigenuria para el neumococo, que deberían realizarse siempre. El tratamiento antimicrobiano utilizado es similar al recomendado. **Conclusiones.** Puesto que la NAC es un motivo frecuente de ingreso en nuestro servicio, es fundamental la utilización de las Guías Clínicas validadas para esta patología, sobretodo para que podamos aumentar el porcentaje de diagnósticos etiológicos, con la finalidad de mejorar nuestra práctica clínica diaria.

#### A-126 DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE 92 EMPIEMAS PLEURALES

C. Sánchez Sánchez, E. Rodríguez Beltrán, M. Budiño Sánchez, L. Andrés Urioste, M. Garcinuño Jiménez, M. López Fernández, D. Sánchez Fuentes y J. Barragán Casas

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila.*

**Objetivos.** Revisar los resultados de nuestra experiencia en los últimos 10 años sobre los casos diagnosticados de empiema pleural en nuestra Área de salud.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo y de seguimiento prospectivo de los últimos 11 años de los pacientes ingresados en nuestro Complejo Asistencial con el diagnóstico de empiema pleural. Se ha considerado para el diagnóstico de empiema pleural los siguientes criterios: líquido pleural con pH < 7.20, cultivo positivo, Gram positivo o aspecto purulento del líquido pleural cuando se realizó la toracocentesis.

**Resultados.** Se han valorado 92 pacientes, 81 varones (52,5 ± 17,7 años) y 11 mujeres (45,2 ± 22,9 años). Los días de ingreso fueron 15,7 ± 15,7. Los síntomas clínicos fueron: fiebre (72,2%), dolor costado (65,5%), tos (62,2%), disnea (54,4%), expectoración purulenta (43,3%). Las características analíticas fueron: leucocitosis (70,6%), anemia (61,9%), trombopenia (7,6%), VSG (87,2%). Las características del líquido pleural fueron: pH < 7.20 (76,6%), glucosa < 50 (77,5%), proteínas > 3 (83,1%), LDH > 500 (98,6%), ADA > 20 (60,3%), Leucocitos > 1.000 (91,8%). La tinción de Gram en líquido pleural: negativa 35, no realizada 28, Tinción positiva: Gram + 14, Gram - 5, Mixta Gram ± 9. La tinción de Ziehl fue positiva en 2 casos. Los hemocultivos fueron positivos 10/54 (18,5%) si bien fueron coincidentes con el cultivo del líquido pleural en 5 casos (9,2%). Los patógenos más habituales fueron: *Staphylococcus/Streptococcus* spp (18), anaerobios (17), *S. pneumoniae* (7), Enterococos (5), *E. coli* (5), *S. aureus* (3), polimicrobiana (17). Las complicaciones del tratamiento fueron fistulizaciones en 5 casos y neumotórax en 4. Se realizó cirugía torácica en 11 pacientes. El tratamiento más habitual fue cefalosporinas de tercera generación junto con clindamicina, en menor medida se emplearon quinolonas, imipenem, amoxicilina-clavulánico o piperacilina-tazobactam; en 4 ocasiones se emplearon

tuberculostáticos y en 2 antifúngicos. Al alta el tratamiento domiciliario más habitual fue clindamicina asociada a cefalosporinas de segunda o tercera generación o amoxicilina-clavulánico. La mortalidad relacionada con el empiema fue de 14 pacientes (15,2%).

**Conclusiones.** El empiema pleural predomina en varones (relación 9:1). El diagnóstico no siempre fue por cultivos o relación bioquímica del líquido pleural. Los gémenes más habituales fueron *Staphylococcus/Streptococcus* spp y anaerobios. El tratamiento más habitual fueron las cefalosporinas de tercera generación asociada a clindamicina. Las complicaciones fueron del 10% (fistulización y neumotórax). La mortalidad relacionada con el proceso fue del 15,2%.

#### A-127

#### FASCITIS NECROTIZANTE POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS

G. Flox, A. Lalueza, A. Mecina, L. Morata, A. Espigares, P. Rondón, Á. Fernández y J. Jusdado

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

**Objetivos.** La fascitis necrotizante monomicrobiana por *Staphylococcus aureus* es una entidad infrecuente (6-34% de las fascitis necrotizantes tipo II). Generalmente se asocia a una elevada mortalidad (25-50%) siendo el pronóstico peor cuanto más se retrasa el tratamiento, en ancianos, en inmunodeprimidos, diabéticos y en presencia de insuficiencia renal crónica. El objetivo ha sido la descripción de dos casos de fascitis estafilocócica, su manejo terapéutico y su evolución.

**Material y métodos.** A continuación presentamos dos casos clínicos y una revisión de la literatura.

**Resultados.** El primer caso fue un paciente de 79 años diagnosticado en la infancia de poliomielitis que acude con fiebre elevada, dolor e inflamación del muslo izquierdo de una semana de evolución. Hemodinámicamente se presenta como un shock séptico motivo por el que se trata con clindamicina y meropenem (modificado posteriormente a cloxacilina) y desbridaje quirúrgico extenso, donde se aisló *S. aureus* oxacilina-sensible (SAOS). A pesar de múltiples reintervenciones posteriores el paciente falleció finalmente. El segundo caso es el de un varón de 46 años sin antecedentes de interés con un cuadro de tres días de fiebre, objetivando en los hemocultivos iniciales SAOS, siendo diagnosticado de neumonía en pulmón derecho con metástasis pulmonares en muslo izquierdo que fue desbridado en dos ocasiones diferentes. Como complicación posterior el paciente presentó una endocarditis infecciosa por SAOS en la válvula aórtica.

**Conclusiones.** La afectación grave de partes blandas por *S. aureus* requiere de un abordaje multidisciplinario, incluyendo un soporte hemodinámico adecuado y un desbridaje quirúrgico extenso. A pesar de un tratamiento correcto, la tasa de complicaciones y la mortalidad persisten elevadas.

#### A-128

#### ANÁLISIS DE LA MICROBIOLOGÍA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS TRATADAS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

B. Alcaraz Vidal, A. Melgarejo González, C. Rosa García, F. Sarabia Marco, C. Aguirre González, M. Giménez Belló, E. Rashid Jiménez y F. López Andrés

*Servicio de Medicina Interna. Unidad de Hospitalización Domiciliaria. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.*

**Objetivos.** Describir y analizar los procesos infecciosos del tracto respiratorio atendidos en nuestra Unidad de Hospitalización Domiciliaria (UHD) durante un período de un año, en los que se dispone de etiología microbiológica documentada.

**Material y métodos.** Análisis descriptivo de los pacientes con diagnóstico al alta de infección respiratoria ingresados en la UHD del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia, en los que se ha identificado la etiología. El período analizado ha sido de un año (Abril 2008 a Abril 2009).

**Resultados.** Durante el período estudiado, comprendido entre Abril de 2008 y Abril de 2009, han ingresado en nuestra Unidad de Hospitalización Domiciliaria (UHD) 245 pacientes, de los cuales en 132 casos se estableció un diagnóstico principal al alta de infección respiratoria. De todos ellos se ha aislado el germen responsable en 29 pacientes, suponiendo por tanto un 21,96% del total de pacientes con infección respiratoria. 20 de ellos eran varones y 9 mujeres, con una media de edad de 60,65 años (rango 13-88). Más de la mitad de los pacientes procedían de Urgencias, y aproximadamente un 14% fueron derivados desde consulta externa por dichos aislamientos microbiológicos. En cuanto a las patologías de base, en cerca del 45% existía algún tipo de inmunodepresión (fármacos, neoplasias, diabetes mellitus), el 34,48% eran EPOC y el 13,79% tenían antecedentes de bronquiectasias (1 caso de déficit de alfa 1 antitripsina y 1 caso de síndrome de

Kartagener). El hábito tabáquico estaba presente en el 38%. La presentación clínica fue como neumonía en 9 casos (31%), EPOC agudizado en 11 (37.93%), bronquitis aguda en 5 (17.24%), aumento y cambio en la expectoración en pacientes con bronquiectasias en 4 (13.79%) y crisis asmática en 1 paciente. La distribución por grupos etiológicos fue el siguiente: Gram positivos en 9 casos (destacar 2 Neumococo y 2 SARM), Gram negativos en 12 casos (con 8 *Pseudomonas* y 1 *E. coli* BLEE), Atípicas en 16 casos -suponen el 55%-(destacando que 12 son *Mycoplasma*) y polimicrobiana en 4 casos. En cuanto al patrón de resistencias, sólo en 7 casos se aislaron gérmenes multiresistentes (R), que son los siguientes: 2 SARM, 1 *Pseudomonas aeruginosa* R a quinolonas y cefalosporinas, 1 *E. coli* BLEE, *S. epidermidis* multiR, 1 Neumococo R a Eritromicina, 1 Streptococo grupo C BLEE. La evolución fue favorable en todos los casos con el tratamiento instaurado, que en la mayoría de ellos se adecuó con desescalada tras recibir el antibiograma.

**Discusión.** Las infecciones respiratorias son una causa frecuente de ingreso hospitalario y en unidades de hospitalización domiciliaria. En la mayoría de los pacientes existen situaciones crónicas predisponentes como estados de inmunodepresión o alteraciones estructurales del tracto respiratorio. Los gérmenes responsables mayoritarios son Gram negativos, positivos y atípicos, con protagonismo cada vez mayor de gérmenes multiresistentes procedentes de la comunidad. Es necesaria una sospecha clínica sobre la etiología y la correcta toma de muestras para poder obtener el diagnóstico microbiológico con antibiograma que nos sirva de guía para un adecuado tratamiento antimicrobiano dirigido, de lo cual dependerá en gran medida la evolución del paciente.

**Conclusiones.** 1. En nuestra serie la cantidad de aislamientos microbiológicos positivos es inferior al 25%, probablemente por el bajo número de peticiones realizadas sobre todo en pacientes con clínica respiratoria leve. 2. En la mayor parte de los casos existía algún tipo de predisposición como inmunodepresión o EPOC. 3. Más de la mitad de los gérmenes responsables fueron atípicos, sin olvidar la etiología polimicrobiana. 4. Es necesario tener en cuenta la posibilidad de gérmenes multiresistentes procedentes de la comunidad, sobre todo en caso de inmunodepresión o tratamientos antibióticos previos.

#### A-129

### RESISTENCIA ANTIBIÓTICA A *PSEUDOMONAS AERUGINOSA* AISLADA EN ESPUTO

A. Sáenz<sup>1</sup>, M. Mañas<sup>1</sup>, I. De La Rocha<sup>1</sup>, F. González<sup>1</sup>, M. Sidahi<sup>1</sup>, A. Ruiz<sup>1</sup>, P. Calderón<sup>1</sup> y F. Mora<sup>2</sup>

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

**Objetivos.** Estudiar las resistencias antibióticas de *Pseudomonas aeruginosa* aislada en cultivo de esputo.

**Materiales y métodos.** Se analizaron de forma retrospectiva los pacientes con aislamiento de *Pseudomonas aeruginosa* en esputo ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital General de Ciudad Real durante tres años (mayo de 2006-mayo de 2009). Se elaboró un protocolo de recogida de datos donde se incluyeron sexo, edad, tratamiento antibiótico o ingreso hospitalario en el mes previo, y la presencia de factores de riesgo para infección por *Pseudomonas aeruginosa*. Entre ello se recogieron la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), tratamiento corticoide, neoplasia subyacente, neutropenia ( $\leq 500$  leucos/mm<sup>3</sup>), infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), traslados desde la unidad de cuidados intensivos (UCI), intubación orotraqueal (IOT). Se excluyeron aquellos en los que no fue posible recoger los datos incluidos en el protocolo de recogida y los que no se dispuso del antibiograma para *P. aeruginosa*.

**Resultados.** Se incluyeron en el estudio 69 pacientes durante los tres años de estudio. De ellos 55(80%) eran varones. Sesenta pacientes (87%) eran mayores de 65 años. En 53 (76,8%) se recogía como antecedente personal padecer EPOC. Dieciséis (23,2%) se encontraba recibiendo tratamiento corticoide, de ellos 10 por reagudización de EPOC. Once pacientes presentaban neoplasias activas 11 (16%). En ningún paciente se objetivó neutropenia ni infección por VIH. Tres pacientes procedían de la UCI y dos de ellos había precisado IOT. En el mes previo al ingreso 11 (16%) pacientes habían sido hospitalizados y 15 (21,7%) habían recibido tratamiento antibiótico. En el antibiograma se obtuvieron los siguientes datos de resistencias a antibióticos: Quinolonas 55%, Piperacilina-tazobactam 17,4%, Ceftazidima 26%, Cefepime 27,5%, Aztreonam 27,5%, Imipenem 31,9%, Meropenem 14,5%, Aminoglucósidos 24,6%, Colistina 0%.

**Discusión.** *Pseudomonas aeruginosa* es uno de los patógenos que con más frecuencia producen infecciones nosocomiales graves. Cuando la infección se produce en la comunidad se suele relacionar con pacientes con algún grado de inmunosupresión (VIH, neutropenia, trasplantes, etc.), tratamiento antibiótico previo, alteración del parénquima pulmonar (fibrosis quística,

bronquiectasias), o exacerbaciones múltiples de EPOC que requieran tratamiento corticoide y antibióticos de forma frecuente. A nivel pulmonar *P. aeruginosa* puede actuar como un colonizador o invasor causando neumonía o bacteriemia que pueden conducir a shock séptico y fallecimiento. En el segundo estudio nacional de prevalencia de *P. aeruginosa* realizado en España en 2003, se recogen la mayoría de los aislamientos en muestras respiratorias. En dicho estudio se observa un aumento en las resistencias a Quinolonas y Gentamicina de aproximadamente el 30%. Si comparamos nuestros resultados con dicho estudio, nos llama la atención el elevado porcentaje de resistencias en nuestro hospital a Quinolonas (55% vs 30%) y a Imipenem (31,8% vs 18%). Los antibióticos más activos son Piperacilina-tazobactam y Meropenem. Teniendo en cuenta la elevada capacidad para desarrollar resistencia frente a los antibióticos es muy importante realizar tratamientos combinados y pautarlos en función de las resistencias recogidas en cada centro hospitalario.

**Conclusiones.** *Pseudomonas aeruginosa* es un patógeno muy importante en infecciones nosocomiales y en pacientes con factores de riesgo. Desarrolla resistencias antibióticas con gran facilidad, por este motivo es muy importante conocer las resistencias existentes en cada zona y pautar tratamiento combinado.

#### A-130

### CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES CON NEUROCISTICERCOSIS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

R. Montejano, M. Quesada, F. Montoya, C. García-Cerrada y F. Arnalich  
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

**Objetivos.** La Neurocisticercosis es una parasitosis endémica muy prevalente en Centro y Sudamérica. Existe un aumento de la prevalencia en países no endémicos, en probable relación con la emigración. Nuestro objetivo es presentar las características de los pacientes con Neurocisticercosis en nuestro medio.

**Materiales y métodos.** Se estudian los pacientes ingresados en los Servicios de Medicina Interna y Neurología del Hospital "La Paz", durante 42 meses (Enero 06/Junio 09), con diagnóstico clínico-radiológico de Neurocisticercosis con Tomografía computarizada (TC) y/o Resonancia magnética nuclear (RMN), para confirmar diagnóstico e identificar etapa de la enfermedad. Se recogen variables: edad, sexo, país de origen, viajes, antecedentes familiares y personales, clínica inicial, hallazgos en TC y RMN, manifestaciones intestinales, serologías, tratamientos, seguimiento al alta. Los datos se expresan como media y desviación estándar para variables continuas y como frecuencias para las categóricas. El estudio estadístico se ha realizado con el programa SPSS/PC 16.0

**Resultados.** De los 13 pacientes con Neurocisticercosis, 10 (76,9%) son mujeres y 3 (23,1%) varones, con edad media de  $38,54 \pm 1,012$  años (24-65). La estancia media fue de  $10,62 \pm 5,157$  días(4-21). Todos procedían de Centro y Sudamérica, con predominio de Ecuador (69,2%). La mayoría (69,2%) no habían viajado desde su llegada a España, solo uno (7,7%) tiene antecedentes familiares y 3 (23,1%) todos ellos ecuatorianos, presentaron un episodio previo. La clínica inicial fue la cefalea (38,5%), con clínica ocular (23,1%), alteraciones sensitivas (23,1%) ó crisis comiciales(15,4%). Se objetivó actividad epileptiforme en 4 pacientes(30,8%) sobre todo generalizada. En el TC predominan la dilatación ventricular (23,1%) y múltiples lesiones hipodensas con realce (23,1%) con edema en 5 enfermos (38,5%). En la RMN encontramos fases vesiculares, lesión nodular con realce en anillo y quistes intraventriculares (15,4% cada una). En 7 de los pacientes(53,8%), se realizó control radiológico con predominio de lesiones calcificadas (30,4%) y en 4 (30,4%) el EEG fue patológico. Ningún paciente presentó clínica intestinal, con Coprocultivos negativos. La exploración ocular fue patológica en 3 enfermos (23,1%) y se encontraron serologías positivas en 5 casos(38,5%). Como tratamiento, la pauta más usada fue Prednisona +Albendazol (30,8%) y Dexametasona +Albendazol (23,1%). Se usaron anticomiciales en 4 casos (30,8%). La mayoría de los pacientes son seguidos al alta en consultas de Neurología (61,5%), Oftalmología (23,1%) y Neurocirugía(30,8%).

**Discusión.** La Neurocisticercosis es una enfermedad parasitaria cuya prevalencia en España ha aumentado en los últimos años, en probable relación con el aumento de la inmigración en nuestro país, ya que es la población inmigrante la principal afectada. La totalidad de los pacientes descritos son inmigrantes, no describiéndose durante este período de tiempo ningún caso en pacientes de nacionalidad española. La sintomatología inicial más frecuente suele ser la cefalea, acompañada ó no de síntomas oculares (fotofobia, diplopia), crisis comiciales focales o generalizadas, alteraciones sensitivas y/o motoras, resultados similares a los ya descritos. Con la evolución clínica, las manifestaciones iniciales se modifican, con aumento de clínica neurológica focal como son las crisis epilépticas, la focalidad neurológica ó la hipertensión intracraneal. Todos

estos síntomas dependen del estadio de la larva, la localización y el número de cisticercos.

**Conclusiones.** La neurocisticercosis es una parasitosis cuya prevalencia está aumentando en nuestro medio en relación con el incremento de poblaciones procedentes de zonas endémicas. La clínica y la evolución no presentan diferencias respecto a los casos descritos en las zonas endémicas originales. La cefalea es el síntoma inicial más frecuente, sola o junto a otras manifestaciones neurológicas. Muchos casos pueden no ser diagnosticados por ser asintomáticos ó con escasa clínica, por lo que es importante pensar en esta enfermedad, sobre todo en población inmigrante.

**A-131 ENFERMEDAD DESMIELINIZANTE EN PACIENTES INFECTADOS POR VIH SIN INMUNODEPRESIÓN SEVERA**

**M. Estébanez Muñoz<sup>1</sup>, P. Ruiz Seco<sup>1</sup>, M. Montes<sup>1</sup>, M. Mora<sup>1</sup>, C. Navarro<sup>1</sup>, A. Royo Orejas<sup>2</sup>, C. Oreja Guevara<sup>3</sup> y J. Vázquez Rodríguez<sup>1</sup>**  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Radiología, <sup>3</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

**Objetivos.** El objetivo de nuestro estudio fue revisar y analizar los casos de los últimos 10 años de pacientes con infección por el VIH y complicaciones neurológicas asociadas a lesiones múltiples de la sustancia blanca en los que la cifra de linfocitos CD4+ era superior a 200.

**Material y métodos.** El período de estudio abarca desde enero de 1998 hasta julio del 2008. Durante este período, en la Unidad de VIH (Servicio de Medicina Interna) se ha realizado el seguimiento de 1.852 pacientes. Las características diagnósticas relevantes están recogidas en una base de datos informatizada. Se realizó una consulta de esta base utilizando los términos "enfermedad desmielinizante", "leucoencefalopatía multifocal" o "esclerosis múltiple". Se seleccionaron aquellos pacientes que en el momento de la presentación clínica tenían una cifra de linfocitos CD4+ por encima de 200/μl. A continuación se revisaron las historias clínicas y pruebas complementarias, especialmente las RM cerebrales por un neurorradiólogo externo.

**Resultados.** Caso 1. Mujer de 33 años con antecedentes personales de adicción a drogas por vía parenteral (ADVP) en tratamiento sustitutivo con metadona, infección por el VIH estadio C3 con TARGA e infección crónica VHC. Presentó cuadro de hemiparesia derecha con ataxia de la marcha acompañado de lesiones desmielinizantes en la RM con características mixtas de LMP (leucoencefalopatía multifocal progresiva) y EM (esclerosis múltiple). Caso 2. Varón de 44 años, con antecedentes de ex-ADVP, infección VIH estadio A2 sin tratamiento y hepatopatía crónica VHC. Desarrolló de forma progresiva hemiparesia izquierda y amaurosis central bilateral. Los hallazgos radiológicos fueron compatibles con LMP. Caso 3. Mujer de 42 años, con antecedentes de infección VIH estadio C3 y retinitis por CMV en 1992. Tras fracaso virológico múltiple, comenzó tratamiento con lopinavir/ritonavir, estavudina, tenofovir/emtricitabina y maraviroc, con recuperación inmunológica y control virológico. 26 meses después del inicio del tratamiento presentó pérdida progresiva de visión unilateral, parestesias hemicraneales y posterior afectación sensitiva de otras zonas. La presentación clínica y los hallazgos radiológicos fueron diagnósticos de EM. Caso 4. Varón de 38 años, con antecedentes de infección VIH estadio C3 con TARGA y hepatopatía crónica VHC. En la semana 18 de tratamiento con interferón pegilado alfa-2b y ribavirina desarrolló hemiparesia izquierda asociada a cuadrantanopsia superior derecha. Los CD4 al inicio del tratamiento y en la semana 18 fueron respectivamente 210 y 176. El patrón radiológico fue sugestivo de LMP. La biopsia cerebral confirmó este diagnóstico. En todos los casos la PCR cualitativa del virus JC en LCR fue negativa. La biopsia cerebral y posteriormente la autopsia fueron rechazadas en los casos 1 y 2.

**Conclusiones.** En nuestra serie de casos, el desarrollo del cuadro neurológico no se relacionó en ningún caso con la introducción del TARGA. En el análisis de éstos destaca la presencia de otros factores relacionados, más frecuentes en la población VIH, como la coinfección VHC y el tratamiento con interferón, que podrían estar implicados en el desarrollo de enfermedad desmielinizante.

**A-132 ¿QUÉ APORTARÍA LA SECUENCIACIÓN A TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ORAL EN LOS PACIENTES CON BACTERIEMIA ASOCIADA A CATÉTER POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS?**

**A. Lalueza<sup>1</sup>, R. San Juan<sup>1</sup>, F. Chaves<sup>2</sup>, F. López-Medrano<sup>1</sup>, M. Lizasoain<sup>1</sup>, S. Fiorante<sup>1</sup>, F. Sanz<sup>2</sup> y J. Aguado<sup>1</sup>**  
<sup>1</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

**Objetivos.** El tratamiento antibiótico oral ambulatorio podría ser una alternativa al tratamiento antibiótico intravenoso en pacientes que hayan presentado una bacteriemia por catéter (BAC) por *Staphylococcus aureus* y que se encuentren, una vez iniciado el tratamiento intravenoso, afebriles y hemodinámicamente estables durante al menos 48 horas. De esta manera podrían evitarse la aparición de complicaciones intrahospitalarias de un tratamiento parenteral prolongado. El objetivo es conocer las complicaciones intrahospitalarias que presenta un paciente una vez ha sido diagnosticada una BAC por *S. aureus* y el incremento de la estancia hospitalaria y el coste que conlleva el tratamiento parenteral.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de todos los pacientes con BAC por *S. aureus* en el Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid durante 2 años.

**Resultados.** Se incluyeron 149 pacientes con BAC por *S. aureus* (96 de ellos con BAC por catéter central -66.34%-), siendo la incidencia de BAC de 2.19 casos/1000 altas hospitalarias/año. En 43 pacientes se aisló *S. aureus* oxacilin-resistente (28.9%). Treinta y nueve pacientes presentaron una BAC complicada (26.17%). Tras el inicio del tratamiento antibiótico intravenoso, 22 pacientes (14.76%) presentaron algún tipo de complicaciones médicas (siendo la más frecuente la flebitis de repetición que obliga a más de un cambio de vía venosa). El desarrollo de estas complicaciones fue más frecuente en el grupo de pacientes con mortalidad relacionada con la BAC (36.4% vs. 13%, p = 0.059). Además, el desarrollo de estas complicaciones fue un factor independiente de riesgo de muerte relacionada con la BAC durante el ingreso hospitalario (OR: 7.106; IC 95%: 1.154-43.75, p = 0.034). La estancia media fue de 42.21 ± 30.58 días (48 ± 34.3 en el grupo de BAC complicada, p NS). El desarrollo de una BAC incrementó la estancia media hospitalaria en 10.5 ± 14.94 días (siendo de 20.21 ± 17.8 días en la BAC complicada frente a 7.36 ± 12.38 días en BAC no complicada, p < 0.0001).

**Conclusiones.** La BAC implica una elevada mortalidad y un importante impacto económico derivado de la prolongación de la estancia hospitalaria. Una adecuada secuenciación a tratamiento antibiótico oral podría disminuir el riesgo de desarrollar complicaciones intrahospitalarias, así como la mortalidad y la estancia hospitalaria.

**A-133 ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO DE TUBERCULOSIS RESISTENTE A FÁRMACOS ANTITUBERCULOSOS**

**M. Rico<sup>1</sup>, R. Domínguez<sup>1</sup>, B. Gutiérrez<sup>1</sup>, A. Montilla<sup>1</sup>, J. Rodríguez<sup>2</sup>, J. Guerrero<sup>1</sup>, A. Domínguez<sup>2</sup> y M. Aguayo<sup>1</sup>**  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Enfermedades infecciosas. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

**Objetivos.** Estudiar las características epidemiológicas de pacientes diagnosticados de tuberculosis que presentan resistencia a algún fármaco anti-tuberculoso, así como los factores predisponentes para adquirir la infección, su localización, tipo de resistencias y estado de la enfermedad al finalizar el tratamiento.

**Material y métodos.** Los datos de los pacientes se han recogido de la base de datos de una consulta monográfica de tuberculosis desde Enero de 1990 hasta Diciembre de 2008. Se han analizado descriptivamente características epidemiológicas tales como edad, sexo, país de origen, consumo de tóxicos, enfermedades asociadas, si es nuevo diagnóstico o recidiva, tratamiento, tiempo de tratamiento y situación final.

**Resultados.** De un total de 459 pacientes, 18 (4%) presentaban resistencia a uno o varios fármacos antituberculosos. Todos eran hombres con edad media de 48 años; 3 (17%) eran inmigrantes (Perú, Senegal y Ucrania); 4 (22%) eran adictos a drogas, 2 con metadona y 6 (33%) etílicos; 3 (17%) eran indigentes y 2 (11%) tenían antecedentes de ingreso en prisión; 8

Tabla 1 (A-131). Características de los pacientes con lesiones desmielinizantes y CD4 >200 μl

Caso	Edad	CD4	Infección VHC	TARGA/Otros	Patrón Rx.	Tratamiento	Evolución
1	33	392	Sí	Sí	Mixto	Esteroides	Éxito
2	44	330	Sí	No	LMP	TARGA, esteroides	Éxito
3	42	323	No	Sí	EM	Esteroides	Remisión parcial
4	38	176*	Sí	Sí/Peginterferón y ribavirina	LMP	Mirtazapina	Estabilización

(50%) habían presentado tuberculosis previa. Siete (39%) presentaban infección VIH asociada. La resistencia a fármacos fue: 5 a isoniacida (INH), 5 a estreptomycin (ETM), 3 a rifampicina (RMP), 2 a INH+ETM, 1 a INH + RMP, 1 a INH+RMP+ETC y 1 a INH+RMP+Piracinamida+Etambutol. La localización de la infección fue: 14 (78%) pulmonar, 3 (17%) diseminada y 1 (6%) ósea. El patrón de la radiografía de tórax presentaba la siguiente distribución: 33% cavitación, 27% diseminación bronquial, 22% infiltrados en lóbulos superiores, 11% patrón intersticial y 6% derrame pleural. Cuando se cuantificó la cantidad de bacilos en las muestras de pacientes con tuberculosis pulmonar, el 50% tenían abundantes bacilos ácido-alcohol resistentes. En el momento de este análisis estadístico, la situación de los pacientes respecto al estado de la infección tuberculosa era: 28% han realizado tratamiento completo y se han curado, 11% han abandonado el tratamiento, 11% han fallecido por complicaciones relacionadas con la infección y 17% por otras causas, 6% está en tratamiento y 28% no han acudido a revisión ni ha sido posible contactar con ellos.

**Conclusiones.** Hubo resistencias en 4% de los pacientes, 40% asociaban infección VIH y 17% eran inmigrantes. Las resistencias más frecuentes fueron a isoniacida y estreptomycin. Se detectaron multiresistencias (MDR-TB) en 4 casos y observamos un caso de tuberculosis extremadamente resistente (XDR-TB). La respuesta al tratamiento fue favorable en un tercio de ellos pero hubo un alto porcentaje de pérdidas o abandono.

#### A-135

### CAUSAS DE CAMBIO Y FRACASO DEL RÉGIMEN ANTIRRETROVIRAL EN UNA COHORTE DE INMIGRANTES CON INFECCIÓN POR EL VIH DURANTE EL PERÍODO 1998-2008

J. Vega Cervantes, F. Vera Méndez, G. Tornel, E. Peñalver y A. Rodríguez Pavia

Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Área Santa María del Rosell. Cartagena (Murcia).

**Objetivos.** Describir la causas de cambio y fracaso del régimen de tratamiento antirretroviral (TARV) en una cohorte de pacientes VIH+ e inmigrantes que residen en el área sanitaria de Cartagena (Murcia).

**Material y métodos.** Estudio de cohortes en el cual se incluyeron todos los pacientes inmigrantes que fueron diagnosticados de infección por el VIH desde el 1 de Enero de 1998 al 31 de Marzo de 2008. Se definió el fracaso virológico como la detección de una carga viral (CV)  $\geq 1000$  copias/ml en al menos una determinación, y el fracaso inmunológico como la constatación de un descenso de linfocitos CD4  $\geq 20\%$  con respecto a la visita anterior a pesar de mantener supresión viral o con oscilaciones de CV inferior a 1 Log10 (copias/ml). Se definió el fracaso inmuno-virológico como la coexistencia simultánea de ambos tipos de fracasos. Se analizaron diferentes causas de cambio de régimen de TARV: mala adherencia, toxicidad, fracaso terapéutico, intensificación del régimen antirretroviral, interacciones farmacológicas y gestación.

**Resultados.** 80 pacientes inmigrantes con infección por VIH y con experiencia del TARV fueron evaluados a lo largo de la evolución clínica, observándose 62 cambios de tratamiento antirretroviral en 37 pacientes. Los principales cambios en el régimen del TARV fueron debidos en orden decreciente por: simplificación del régimen terapéutico (N = 6; 25.8%), toxicidad al TARV (N = 12; 19.3%), fracaso terapéutico (N = 10; 16.1%) e intensificación terapéutica (N = 9; 14.5%) (Tabla 1). En 22 (32.8%) de los 67 pacientes inmigrantes naïve con TARV se objetivaron algún tipo de fracaso al tratamiento antirretroviral. En 18 (81.8%) pacientes se produjo en 1 sola ocasión y en 4 (18.2%) pacientes en al menos 2 ocasiones. El primer fracaso al TARV en los 22 pacientes fueron del siguiente tipo: fracaso virológico (N = 8; 36.4%), fracaso inmunológico (N = 7; 31.8%) y fracaso inmuno-virológico (N = 7; 31.8%). Las causas identificadas del primer fracaso al TARV en los 22 pacientes fueron: mala o pobre adherencia al régimen de TARV (N = 12; 54.5%), causas no filiadas (N = 6; 27.2%), resistencias documentadas por

test genotípico y/o fenotípico (N = 3; 13.6%) y 1 caso secundario a tratamiento con interferón pegilado (N = 1; 4.5%).

**Conclusiones.** En la población inmigrante de nuestra serie los cambios del régimen del TARV afectaron a una proporción importante de pacientes. Las principales causas se debieron a la utilización de pautas de simplificación, toxicidad por antirretrovirales y por fracaso al régimen del TARV. La mala adherencia al TARV fue la principal causa de fracaso al primer esquema de régimen antirretroviral en pacientes inmigrantes naïve.

#### A-136

### INFECCIÓN POR *TRYPANOSOMA CRUZI* EN EL DEPARTAMENTO 07-LA FE DE LA COMUNIDAD VALENCIANA DURANTE 2008

E. Calabuig Muñoz<sup>1</sup>, M. Giménez Martí<sup>2</sup>, A. Gil Brusola<sup>2</sup>, M. Gómez Ruiz<sup>2</sup>, J. López Aldeguer<sup>1</sup> y M. Gobernado Serrano<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas y M. Tropical, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

**Objetivos.** La enfermedad de Chagas es endémica en Latinoamérica donde su transmisión es vectorial principalmente. En Europa, la transmisión de la infección por *Trypanosoma cruzi* (*T. cruzi*) ocurre por otros mecanismos como son la transfusión de hemoderivados, trasplante de órganos o transmisión vertical que podrían evitarse mediante el diagnóstico precoz de la infección y su tratamiento. Según la legislación vigente en la C. Valenciana, desde enero de 2008, se realiza un cribado de la infección por *T. cruzi* a todas las gestantes latinoamericanas en el primer trimestre. El objetivo de este estudio es describir y analizar las principales características de los pacientes con enfermedad de Chagas diagnosticados durante el año 2008 en nuestro departamento de salud.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo y prospectivo realizado durante el año 2008. Se enviaron 702 muestras de pacientes del departamento de salud 07 de Valencia al servicio de microbiología del Hospital Universitario La Fe (hospital terciario de referencia) para realizar el cribado de la enfermedad de Chagas. Las muestras fueron procesadas para determinar anticuerpos anti-*Trypanosoma cruzi* (IgG) utilizando dos técnicas diferentes de enzimo-inmunoensayo (ELISA). Los sueros positivos se confirmaron mediante las técnicas de inmunofluorescencia (IFA) y aglutinación en gel.

**Resultados.** De 702 pacientes, 10 eran españoles que habían estado previamente en Sudamérica con edad mediana de 42 años (rango 25-67 años) y 60% mujeres. 692 pacientes eran de origen latinoamericano; al agruparlos por edad, 101 de ellos (14,6%) tenían menos de 15 años, siendo 86 (85,1%) recién nacidos en España de madre latinoamericana. 590 pacientes tenían entre 15 y 64 años (edad mediana 28,8 años), siendo un 93,2% mujeres. El motivo de solicitud de la serología más frecuente fue gestación en curso (80,7%). Los países de origen predominantes fueron Bolivia (34,2%), Ecuador (33,2%) y Colombia (13,8%). Todos los pacientes con serología positiva no neonatos (n = 52; 8,4%) fueron de origen latinoamericano (92,3% de Bolivia), de los que 29 eran gestantes (40,3%). Del total de niños nacidos de mujeres latinoamericanas, un 22,7% (n = 20) tuvieron serología de *T. cruzi* positiva al nacimiento que se correspondió con el 6,1% (n = 29) del total de gestantes estudiadas.

**Discusión.** En este trabajo presentamos los resultados, referidos a nuestro departamento, de la implantación de un nuevo protocolo de detección de la enfermedad de Chagas en la C. Valenciana. La seroprevalencia de infección por *T. cruzi* en nuestro departamento de salud es concordante con la de otras publicaciones, destacando el alto índice de seropositividad entre los bolivianos. Su detección y posterior tratamiento en la edad pediátrica es muy eficaz, pudiendo evitar el desarrollo de la enfermedad y su transmisión a generaciones posteriores.

**Conclusiones.** La prevalencia de la enfermedad de Chagas es elevada en las gestantes originales de Bolivia. Debido al aumento de la población inmigrante latinoamericana en nuestro país, la introducción de los programas de cribado de esta infección debería realizarse en toda mujer embarazada latinoamericana para su detección, seguimiento y tratamiento precoz de los niños infectados. Es importante conocer la relevancia de esta enfermedad en las mujeres en edad fértil e interrumpir la transmisión vertical, sin dejar en el olvido a los adultos varones de la misma procedencia.

Tabla 1 (A-135). Principales causas del cambio del régimen de TARV en pacientes inmigrantes

TARV	Inmigrantes
Nº pacientes con TARV	80
Nº pacientes con algún cambio de TARGA	37
Nº cambios de TARV	62 (100%)
Simplificación	16 (25.8%)
Toxicidad	12 (19.3%)
Fracaso terapéutico	10 (16.1%)
Intensificación	9 (14.5%)
Mala adherencia	2 (3.2%)
Interacción farmacológica	1 (1.6%)
Embarazo	1 (1.6%)

#### A-137

### ¿TIENEN PEOR PRONÓSTICO LAS INFECCIONES URINARIAS GRAVES COMUNITARIAS QUE RECIBEN TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPIRICO INADECUADO?

A. Esparcia, A. Artero, M. Candel, M. Balaguer, R. Vicente, M. Carmona y A. Atienza

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

**Objetivos.** Identificar los casos de ITU comunitarias ingresadas en un Servicio de Medicina Interna que recibieron tratamiento antibiótico empírico in-

adecuado (IEAT), analizar sus características clínico-epidemiológicas y su relación con el pronóstico.

**Material y métodos.** Estudio transversal prospectivo de una serie de casos de ITU complicadas adquiridas en la comunidad. Criterios de inclusión: pacientes cuyo motivo principal de ingreso en el hospital fue ITU, con aislamiento de un patógeno en el urocultivo. Recogida de los datos epidemiológicos, clínicos y microbiológicos mediante un cuestionario protocolizado. Análisis de los resultados mediante el programa estadístico SPSS.

**Resultados.** Se estudiaron 107 pacientes, 64% mujeres, con edad media de 78,5  $\pm$  12,2 años. Veintisiete casos (25,2%) recibieron TAEI. Los microorganismos identificados en estos casos fueron: *Escherichia coli* (n = 21), *Klebsiella pneumoniae* (n = 4), *Enterococcus faecalis* (n = 4), *Pseudomonas aeruginosa* (n = 1) y *Acinetobacter baumannii* (n = 1). Los antibióticos utilizados en los casos con TAEI fueron: quinolonas (n = 16), cefalosporinas (n = 8) y amoxicilina-clavulánico (n = 3). La mediana de los días de estancias fue de 7 días y de 9 días en los casos con y sin TAEI, respectivamente (p = 0,647). La mortalidad en los casos con TAEI fue del 22,2% y en los casos sin TAEI del 8,8% (p = 0,068). No se observaron diferencias significativas en cuanto a ingresos previos (59,2% vs 39,2%, p = 0,071), uso previo de antibióticos (59,2% vs 40,5%, p = 0,091), ni ITU recurrente (33,3% vs 21,5%, p = 0,218) entre los casos con y sin TAEI, respectivamente.

**Conclusiones.** Las infecciones urinarias comunitarias graves que recibieron tratamiento antibiótico empírico inadecuado mostraron una tendencia a estancias medias más prolongadas y mayor mortalidad.

#### A-138 ABSCESO DE PSOAS EN EL SIGLO XXI

T. Megino Moreno<sup>1</sup>, D. Bernal Bello<sup>1</sup>, I. Domínguez López<sup>1</sup>, A. Guerri<sup>1</sup>, J. García de Tena<sup>1</sup>, E. Martín Echevarría<sup>1</sup>, J. Del Cerro<sup>2</sup> y M. Rodríguez Zapata<sup>1</sup>

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

**Objetivos.** El absceso del músculo psoas es una entidad infrecuente. El número de casos diagnosticados ha aumentado en los últimos años gracias al mejor acceso a técnicas como la ecografía o la TAC. Nuestro objetivo es la evaluación del número de casos y descripción de las características de esta entidad en nuestro hospital.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los casos diagnosticados de absceso de psoas durante el período comprendido entre los años 2000 y 2009. Se han recogido las características epidemiológicas, clínicas, analíticas, microbiológicas, factores de riesgo, tratamiento y seguimiento mediante la revisión de la historia clínica del paciente. El análisis se realizó mediante el paquete estadístico SPSS 15.0

**Resultados.** Se incluyeron un total de 12 casos con diagnóstico de absceso de psoas. Principalmente eran varones (75%). La mediana de edad era de 45 años (IIQ 33.2-62.75). Entre los factores de riesgo considerados, los más frecuentes fueron la vasculopatía (33%) y la inmunodepresión (33%). Un 75% de los pacientes presentaron fiebre al ingreso, y un 83,3% dolor, de carácter crónico (más de una semana de duración) en el 58% (7/12) y de localización paravertebral en el 41,6%. Analíticamente la leucocitosis con neutrofilia y el aumento de la PCR fueron constantes. Se realizó hemocultivo en el 80% de los pacientes, con resultado estéril en el 50%. *S. aureus* fue el germen más frecuentemente aislado en el 16,7% de los casos. El cultivo de la muestra del absceso se realizó en el 80% de los pacientes, con resultado estéril en 53,8% (7/12) y polimicrobiano en el 16,7% (2/12). En todos los pacientes la TAC fue la prueba que confirmó el diagnóstico definitivo. El tratamiento fue combinado, con antibioterapia y drenaje, percutáneo en el 53% (7/12) y quirúrgico en el 41,6% (5/12). Recidivaron 4 casos, requiriendo intervención quirúrgica sólo uno de ellos. La mediana del tiempo de ingreso fue de 20,5 días (IIQ 9,25-40,25). No hubo ningún exitus durante el ingreso.

**Conclusiones.** El absceso de psoas debe sospecharse en pacientes con fiebre y dolor paravertebral, más aún si presentan inmunodepresión o vasculopatía. La antibioterapia de amplio espectro unida al drenaje percutáneo se presenta como tratamiento de primera elección.

#### A-139 ESCHERICHIA COLI RESISTENTE A QUINOLONAS EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 CON INFECCIONES URINARIAS COMUNITARIAS GRAVES

A. Esparcia, A. Artero, A. Atienza, M. Carmona, M. Balaguer, R. Vicente y M. Candel

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

**Objetivos.** Nos proponemos conocer si existe un incremento de resistencias a quinolonas en las infecciones urinarias (ITU) graves comunitarias en la población diabética.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo de los pacientes ingresados con diagnóstico principal de ITU comunitaria grave por *Escherichia coli*, ingresados en un Servicio de Medicina Interna de un hospital universitario, durante un período de 1 año. Recogida protocolizada de las características clínico-epidemiológicas de los pacientes, resultados microbiológicos, y análisis de los datos en la población diabética y no diabética mediante el programa estadístico SPSS.

**Resultados.** Se estudiaron un total de 81 pacientes ingresados por ITU graves causada por *Escherichia coli*. El porcentaje de pacientes diabéticos fue del 37%. Las cepas de *E. coli* resistente a quinolonas alcanzaron el 60% en la población diabética y el 25,5% en los pacientes no diabéticos (p = 0,002). Pese a ello las quinolonas se emplearon como tratamiento empírico en el 60% de los pacientes diabéticos y en el 35,2% de los no diabéticos. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la población diabética y no diabética en cuanto a edad (p = 0,653), sexo (p = 0,855), índice de Charlson (p = 0,705), APACHE II al ingreso (p = 0,831), uso previo de antibiótico (p = 0,77), e ingresos previos (p = 0,051). Se observó una tendencia, no significativa, entre diabetes y uso previo de antibióticos e ingreso previo en el hospital (p = 0,077 y p = 0,051, respectivamente). No hubo diferencias en la mortalidad hospitalaria (12,3%).

**Conclusiones.** La diabetes mellitus se asoció a un incremento en las cepas de *Escherichia coli* resistente a quinolonas (60%), probablemente debido a un mayor número de ingresos hospitalarios previos y mayor uso previo de antibióticos.

#### A-140 EVOLUCIÓN DE LAS RESISTENCIAS A TUBERCULOSTÁTICOS: REVISIÓN DE LOS ÚLTIMOS 12 AÑOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

G. Calvo<sup>1</sup>, C. Cortés Lletget<sup>1</sup>, M. Villegas<sup>1</sup>, F. Rubio<sup>1</sup> y C. Alonso Tarrés<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Hospital de L'Hospitalet-Consorci Sanitari Integral. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

**Objetivos.** Valorar la evolución de las resistencias a tuberculostáticos en las cepas aisladas de *Mycobacterium tuberculosis* en los últimos 12 años. Evaluar las características clínicas y demográficas de los pacientes y comparar las resistencias entre extranjeros y españoles.

**Material y métodos.** Se analizaron las cepas de *M. tuberculosis* aisladas en los últimos 12 años (1997 a 2008). Se registraron los tipos de muestra de los aislados (pulmonar, extrapulmonar y pulmonar-extrapulmonar), se determinaron las resistencias a tuberculostáticos y se agruparon los pacientes según el área geográfica de origen y el año del diagnóstico.

**Resultados.** En los últimos 12 años se han diagnosticado 407 casos de infección por *M. tuberculosis* (273 en españoles y 134 en extranjeros). Se detectaron 22 cepas resistentes (5%), 12 en españoles (4% del total de los aislados en este colectivo) y 10 en extranjeros (7%), sin diferencias significativas entre ambos. La distribución según el año y el tipo de resistencia fue: ninguna resistencia en 1997, 1998, 2002, 2003 y 2004; En 1999: 3 cepas resistentes (INH); 2000: 1 cepa resistente (INH, RF y SM); 2001: 2 cepas resistentes (INH); 2005: 3 resistencias (1 a INH /1 a SM /1 extremadamente resistente -XDR: INH, RF, PZA, EMB, SM, fluoroquinolonas, Kanamicina, Capreomicina y Cicloserina); 2006: 2 cepas (1 a INH y SM /1 a SM); 2007: 5 cepas resistentes (3 a SM/1 a INH y RF/1 INH y SM) y 2008: 6 cepas resistentes (1 a INH /1 a RF /3 a SM /1 multiresistente\*: INH, RF, PZA, SM y fluoroquinolonas). En este último año hay 2 casos de resistencia de bajo nivel (SM e INH). La distribución de resistencias por área geográfica de origen: españoles: 5 a INH, 2 a INH y RF, 1 a INH y SM, 4 a SM; Latinoamericanos: 1 a RF(Perú), 2 a INH (1 de Argentina y 1 de Bolivia), 4 a SM (2 de Perú y 2 de Bolivia); subcontinente Indio: 1 a INH y SM (Bangla-Desh), 1 multiresistente (India); China: 1 extremadamente resistente-XDR. En 6 de los 22 casos resistentes el paciente había recibido tratamiento previo con tuberculostáticos. Formas de presentación: 17 pulmonares, 1 extrapulmonar y 4 pulmonares-extrapulmonares.

**Discusión.** La resistencia global es baja (5%) al compararla con los datos de la OMS. Existe una mayor proporción de resistencias en los pacientes extranjeros (7%) frente a españoles, sin llegar a ser estadísticamente significativo probablemente por el tamaño de la muestra. Destaca una cepa XDR en el 2005 de origen Chino y otra cepa multiresistente a varios fármacos en 2008 de origen Indio. Constatándose el aumento de casos de multiresistencia en los últimos años en pacientes procedentes de Asia al igual que se describe en la literatura.

**Conclusiones.** 1- Desde enero de 1997 a diciembre de 2008 se han diagnosticado 407 casos de infección por *M. tuberculosis* con una resistencia global del 5% (22 cepas resistentes). 2- Mayor proporción de resistencias en el colectivo extranjero (7%) frente a españoles (4%), pero la diferencia no es estadísticamente significativa. 3- Presencia de una cepa extremadamente resistente (origen chino en 2005) y 3 multiresistentes (uno de origen indio en 2008 y 2 españoles en 2000 y 2007). 4- La forma clínica de presentación más frecuente fue la pulmonar.

## A-141

**NEUMONÍA NEUMOCÓCICA EN MEDICINA INTERNA: ANÁLISIS DE 30.000 CASOS EN 3 AÑOS (2005-7)**

**B. Comeche<sup>1</sup>, J. Losa<sup>1</sup>, R. Barba<sup>2</sup>, J. Canora<sup>3</sup>, J. Marco<sup>4</sup>, S. Plaza<sup>5</sup>, G. García de Casasola<sup>2</sup> y A. Zapatero<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón (Madrid).

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina, Parla (Madrid).

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada. Fuenlabrada (Madrid).

<sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

<sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid).

**Objetivos.** Las neumonías adquiridas en la comunidad continúan siendo un importante problema de salud pública en los países desarrollados. Sin embargo, pese a haberse publicado numerosos estudios que estiman su incidencia, resulta difícil cuantificar con exactitud la magnitud del problema, puesto que las diferentes fuentes de datos utilizadas sólo pueden abarcar la enfermedad de forma incompleta y en ocasiones sesgada. La utilización del CMBD como fuente de datos no del todo adecuada, puesto que en muchos casos el diagnóstico etiológico hace cuando el paciente ya se ha ido de alta o no se codifica de forma correcta. Pero por otro lado nos permite analizar un número muy elevado de casos, gracias a lo cual podremos hacernos una idea de las características más importantes de los pacientes que ingresan por este motivo en nuestros centros.

**Material y métodos.** Se estudiaron los episodios de alta de los pacientes atendidos en los servicios de MI de toda España durante los años 2005-7 codificados en el CMBD, una base de obligado cumplimiento, que fue cedida para este estudio por el MSC al Grupo de Gestión Clínica de la SEMI. En dicha base se recogen datos administrativos (edad, sexo, filiación) y clínicos (un diagnóstico principal y hasta 12 diagnósticos secundarios y 19 procedimientos clínicos según la versión 9-MC del CIE) de todos los pacientes ingresados en los hospitales públicos y privados. Se identificaron todos los individuos que presentaron un diagnóstico de neumonía neumocócica. Se hizo un análisis descriptivo de la muestra, definiendo variables demográficas y clínicas en relación con la patología. Además se determinaron, en un análisis de regresión logística, las variables que se asociaban de forma independiente a mayor riesgo de mortalidad.

**Resultados.** Disponemos de datos válidos de 1,567,659 altas de MI, con una edad media de 70,8 años y un 46,4% de mujeres; la estancia media de los pacientes es de 9,9 días, y el coste por ingreso medio de 3602 euros. Un total de 162.804 (10,4%) de los pacientes fueron diagnosticados de neumonía, bien como diagnóstico principal o secundario. De estas, 32.364 (19,8%) fueron neumonías neumocócicas. Un 60,4% de los afectados eran varones, con una edad media de 72,3 años. La estancia media fue de 11,1 días (13,9), el coste medio por paciente de 4136 euros y la mortalidad del. Un 11% de los afectados eran fumadores activos, un 3,8% alcohólicos, el 9% presentaron derrame pleural como complicación. Un 4,1% tenían una infección VIH, un 7,4% demencia, el 32% bronquitis crónica, y un 24,5% diabetes mellitus. Las variables que demostraron relación con la mortalidad en estos enfermos fueron la edad (por cada 10 años) (OR 1,68 IC95% 1,62-1,74), la demencia (OR 1,66 IC95% 1,48-1,89), tener una neoplasia (OR 1,81 IC95% 1,58-2,07), vivir en una residencia (OR 1,52 IC95% 1,23-1,67), la comorbilidad (índice Charlson) (OR 1,12 IC95% 1,10-1,15), y el peso del GRD (OR 1,19 IC95% 1,17-1,21). La EPOC, el VIH y el tabaquismo no se asociaron a mayor mortalidad.

**Discusión.** Uno de cada cinco pacientes ingresados en MI lo hace por una neumonía. Según los datos del CMBD una de cada cinco neumonías ingresadas son neumocócicas. La mortalidad en estos pacientes se relaciona básicamente con su comorbilidad y su edad, aunque el diagnóstico de bronquitis crónica, de VIH o el tabaquismo no se encuentran entre las variables relacionadas con peor pronóstico. El coste de estos pacientes es alto y su estancia media discretamente superior.

## A-142

**IMPACTO DE LA INMIGRACIÓN EN LAS INFECCIONES POR MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS EN LOS ÚLTIMOS 12 AÑOS**

**G. Calvo Vila<sup>1</sup>, C. Cortés-Lletget<sup>1</sup>, M. Villegas<sup>1</sup>, F. Rubio<sup>1</sup>, A. Navarro<sup>2</sup>, C. Cañete<sup>2</sup>, X. Gispert<sup>2</sup> y C. Alonso-Tarrés<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Neumología, <sup>3</sup>Servicio de Microbiología. Hospital de L'Hospitalet-Consorci Sanitari Integral. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

**Objetivos.** Estudiar la frecuencia de pacientes extranjeros en las infecciones por *Mycobacterium tuberculosis* en los últimos 12 años. Describir la procedencia geográfica, las formas clínicas y la sensibilidad a tuberculostáticos en un área con alto porcentaje de inmigrantes (35%) en la que se realiza tratamiento directamente observado (TDO).

**Material y métodos.** Se estudiaron las infecciones por *M. tuberculosis* desde enero 1997 a diciembre 2008. Se clasificaron por años, se determinó la

procedencia geográfica de los pacientes y las formas clínicas (pulmonares, extrapulmonares y mixtas pulmonares-extrapulmonares). Se determinó la sensibilidad a los tuberculostáticos.

**Resultados.** Desde enero de 1997 a diciembre de 2008 se diagnosticaron 407 pacientes con infección por *M. tuberculosis*, de los cuales 134 (32%) fueron extranjeros. La proporción de extranjeros y el área de procedencia según los años fue (S: subsaharianos, L: latinoamericanos, I: subcontinente indio, C: China, N: Norte de África, E: Europa): 1997: 5% (2N), 1998: 0, 1999: 11% (3N,1I), 2000: 10% (1I,1L,1S), 2001: 28% (6L, 1S), 2002: 11% (1S, 2L,1N), 2003: 28% (6L,2I), 2004: 33% (1S, 8L,1I, 2N,1E), 2005: 26% (8L, 1I,1C,3N), 2006: 62% (12L,9I,2N), 2007: 69% (1S,25L,3I,1E), 2008: 72% (1S,18L,4I,2N,2E). Las formas clínicas en españoles fueron: pulmonar 78%, extrapulmonar 16% y mixtas 5%; en extranjeros: 65% pulmonares, 25% extrapulmonares y 10% mixtas. Las formas extrapulmonares se localizaron en: pleura, ganglios, intestino, óseas-hematológicas, genito-uritarias y meníngeas. Las cepas resistentes fueron 22 (5%). La frecuencia de resistencias en españoles fue de 12/273 (4%) y en extranjeros de 10/134 (7%), (diferencia sin significación estadística). A destacar la presencia de una cepa extremadamente resistente de origen chino (2005) y 3 cepas multiresistentes: 2 en españoles (2000 y 2007) y 1 en paciente de origen indio (2008).

**Discusión.** Nuestro hospital se encuentra en una área con alto porcentaje de inmigración (35%). En los últimos 12 años hemos constatado un aumento progresivo del número de pacientes de origen extranjero diagnosticados de infección por *M. tuberculosis*. Actualmente más del 70% de las tuberculosis se presentan en pacientes inmigrantes. Creemos que los programas de tratamiento directamente observado (TDO) tienen un papel importante en el bajo porcentaje de resistencias encontrado en nuestro estudio.

**Conclusiones.** 1- Aumento progresivo del porcentaje de pacientes extranjeros con infección por *M. tuberculosis* (5% en 1997 a 72% en 2008). 2- La distribución por zonas de procedencia de los paciente inmigrantes fue un 63% de origen latinoamericano (67 casos), un 16% del subcontinente Indio (17 casos) y 12% del Norte de África (13 casos). 3-Mayor número de formas extrapulmonares en inmigrantes respecto a españoles. 4- En cuanto al porcentaje de resistencias de *M. tuberculosis* no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre españoles y extranjeros.

## A-143

**NEUMONÍAS POR PSEUDOMONA**

**E. Madroñal Cerezo<sup>1</sup>, R. Martín Díez<sup>1</sup>, J. Losa<sup>2</sup>, S. Plaza<sup>3</sup>, J. Marco<sup>4</sup>, R. Barba<sup>5</sup>, J. Canora<sup>1</sup> y A. Zapatero<sup>1</sup>**

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

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón (Madrid).

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid).

<sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

<sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina, Parla (Madrid).

**Objetivos.** Las neumonías por pseudomona son generalmente infecciones nosocomiales que suelen asociarse con una alta mortalidad. A esto contribuyen factores de predisposición del huésped y los propios de la bacteria. Rara vez es causa de neumonía adquirida en la comunidad apareciendo en pacientes inmunocomprometidos o con enfermedades pulmonares predisponentes

**Material y métodos.** Se estudiaron los episodios de alta de los pacientes atendidos en los servicios de MI de toda España durante los años 2005-7 codificados en el CMBD, una base de obligado cumplimiento, que fue cedida para este estudio por el MSC al Grupo de Gestión Clínica de la SEMI. En dicha base se recogen datos administrativos (edad, sexo, filiación) y clínicos (un diagnóstico principal y hasta 12 diagnósticos secundarios y 19 procedimientos clínicos según la versión 9-MC del CIE) de todos los pacientes ingresados en los hospitales públicos y privados. Se identificaron todos los individuos que presentaron un diagnóstico de neumonía por *Pseudomonas*. Se hizo un análisis descriptivo de la muestra, y se determinaron mediante un análisis de regresión logística las variables que se asociaban a mayor riesgo de mortalidad.

**Resultados.** Disponemos de datos válidos de 1,567,659 altas de MI, con una edad media de 70,8 años y un 46,4% de mujeres; la estancia media de los pacientes es de 9,9 días, y el coste por ingreso medio de 3602 euros. Un total de 162.804 (10,4%) de los pacientes fueron diagnosticados de neumonía, bien como diagnóstico principal o secundario, de las cuales 0,09% eran por *Pseudomonas* (1604). La edad media de los pacientes afectados fue de 70 años, y un 77,6% eran varones. La estancia media fue de 29,0 días, y el coste por pacientes de 8334. El peso medio del GRD fue de 4.3. Un 17,4% de los pacientes falleció. Más de la mitad de los enfermos (52,2%) tenían EPOC, un 20% diabetes mellitus y un 10,7% una neoplasia. Un 5,7% eran VIH positivos. De todas las variables analizadas las únicas que mostraron relación con la mortalidad fueron la edad (por cada 10 años OR 1.39 IC95%

1,24-1,54), la comorbilidad (índice charlson OR 1,11 IC95% 1,04-1,20) y el peso del GRD 1,06 IC95% 1,04-1,09).

**Discusión.** El 1% de las neumonías ingresadas en los Servicios de Medicina Interna son causadas por *Pseudomona*. La inmensa mayoría son de adquisición nosocomial. En más de la mitad de los casos existe enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Se asocian a una estancia media muy prolongada (casi 1 mes), mortalidad importante y coste por ingreso muy elevado.

#### A-144 INFECCIÓN DE ORINA EN PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

**B. Comeche<sup>1</sup>, R. Barba<sup>2</sup>, J. Losa<sup>1</sup>, J. Canora<sup>3</sup>, J. Marco<sup>4</sup>, S. Plaza<sup>5</sup>, L. Moreno<sup>1</sup> y A. Zapatero<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón (Madrid).

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina, Parla (Madrid).

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada. Fuenlabrada (Madrid).

<sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

<sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid).

**Objetivos.** Las infecciones del trato urinario (ITU) son un motivo de ingreso frecuente en los Servicios de Medicina Interna (MI), sólo superadas por las infecciones respiratorias. En nuestros servicios las vemos tanto como causa que justifica el ingreso como complicación que aparece durante la estancia hospitalaria. Una causa frecuente de infección de orina es la presencia de sondas o catéteres. El objetivo de este estudio es revisar su incidencia y características en los Servicios de MI y ver las diferencias entre los episodios que son responsables del ingreso hospitalario y los que se producen como complicaciones del ingreso.

**Material y métodos.** Se estudiaron los episodios de alta de los pacientes atendidos en los servicios de MI de toda España durante los años 2005-7 codificados en el CMDB, una base de obligado cumplimiento, que fue cedida para este estudio por el MSC al Grupo de Gestión Clínica de la SEMI. En dicha base se recogen datos administrativos (edad, sexo, filiación) y clínicos (un diagnóstico principal y hasta 12 diagnósticos secundarios y 19 procedimientos clínicos según la versión 9-MC del CIE) de todos los pacientes ingresados en los hospitales públicos y privados. Se identificaron todos los individuos que presentaran un diagnóstico de infección urinaria. Se hizo un análisis descriptivo de la muestra, diferenciando los pacientes que habían ingresado por infección de orina de los que la presentan durante el ingreso. **Resultados.** Disponemos de datos válidos de 1,567,659 altas de MI, con una edad media de 70,8 años y un 46,4% de mujeres; la estancia media de los pacientes es de 9,9 días, y el coste por ingreso medio de 3602 euros. Un 9,4% de los pacientes fueron diagnosticados de una infección de orina, lo que implica 148.048 diagnósticos, de estos 93.218 (63%) fueron diagnósticos secundarios. Los pacientes con infecciones de orina tenían una edad media de 74,5 años, una estancia superior a la global (12,76 días), la mortalidad fue de 10,3%, y un 61,2% eran mujeres. El coste global ascendió a 3711 euros. Cuando comparamos los pacientes cuyo diagnóstico de infección de orina es una complicación con los que tienen la infección de orina como diagnóstico principal se comprueba que la estancia media (15,2 vs 8,5;  $p < 0,0001$ ), la edad (79,9 vs 70,37;  $p < 0,0001$ ), el coste (4272 euros vs 2760;  $p < 0,0001$ ), y el peso medio del GRD (2,2 vs 1,1;  $p < 0,001$ ) son muy superiores en los primeros comparados con los segundos. También la mortalidad es muy superior cuando la infección aparece como una complicación (13% vs 5,8%;  $p < 0,0001$ ).

**Discusión.** La infección de orina es una complicación grave y frecuente de los pacientes que ingresan en MI. Son más frecuentes en las mujeres y en pacientes de más edad. En la mayoría de los casos no fue el motivo de ingreso sino que apareció como complicación de su estancia hospitalaria, y su presencia conlleva notable prolongación de la estancia media, de la mortalidad (que se duplica) y del coste del ingreso. Dado que en muchos casos la infección se debe a yatrogenia (uso prolongado de catéteres o sondas) es probable que la revisión de estas indicaciones pudiera reducir esta tasa de complicaciones.

#### A-145 SHOCK SÉPTICO, PERITONITIS SECUNDARIA Y ABSCESO PÉLVICO, COMPLICACIONES GRAVES DE LA NECROSIS DE LA INCISIÓN UTERINA POST-CESÁREA

**E. Sánchez Rivas, R. Álvarez Marín, R. Luque Márquez y J. Molina Gil-Bermejo**

Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** En los últimos años se ha incrementando la práctica de cesáreas, siendo las infecciones su complicación más frecuente y la causa más

importante de reingreso. La necrosis infecciosa de la incisión uterina post-cesárea (NIUP) se define como la evidencia de tejido necrótico en la zona de incisión uterina, con hallazgos histológicos compatibles, asociada o no a dehiscencia de sutura, y que es causada por colonización del lecho quirúrgico durante la intervención o por vía ascendente desde la vagina. Nuestro objetivo es describir una serie de tres casos clínicos de NIUP que cursaron con shock séptico y distrés respiratorio, precisaron ingreso en UCI e histerectomía para su resolución.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo a partir de tres pacientes sometidas a cesárea que desarrollaron como complicación una NIUP. Presentamos sus características clínicas, hallazgos microbiológicos, evolución y tratamiento. **Resultados.** CASO 1: 35 años. 1ª gestación. Cesárea no electiva. 36 horas post-cesárea: fiebre, dolor abdominal y loquios malolientes. Hemograma: 36000 leucocitos, PCR 374 mg/l. Hemocultivo negativo. TAC: íleo paralítico, líquido libre con burbujas en pelvis menor y absceso en pared uterina. Ingreso en UCI (al 7º día de ingreso hospitalario): Shock séptico y distrés respiratorio. Aislamiento líquido peritoneal: *E. faecalis*. Evolución: Histerectomía y curación. CASO 2: 37 años. Cesárea electiva. 48 horas post-cesárea: Fiebre sin foco. Hemograma: 21360 leucocitos, PCR 78'9 mg/l. Hemocultivo negativo. TAC: dehiscencia de sutura uterina con comunicación a absceso pélvico. Ingreso en UCI (al 8º día de ingreso hospitalario): Shock séptico y distrés respiratorio. Aislamiento líquido peritoneal: *S. aureus* y *S. agalactiae* grupo B. Evolución: Histerectomía simple y curación. CASO 3: 18 años. 1ª gestación. Cesárea no electiva. 48 horas post-cesárea: Fiebre. Hemograma: 19000 leucocitos, PCR 121 mg/l. 1º TAC: íleo paralítico y líquido libre perihepático. Cirugía (5º día de ingreso hospitalario): lavado abdominal, salpinguectomía y sutura de dehiscencia de incisión uterina de un cm. 1º aislamiento líquido peritoneal: *S. aureus*. Ingreso en UCI por Shock Séptico y distrés respiratorio. Evolución: Ingreso en planta de Enfermedades Infecciosas, con fiebre y dehiscencia de herida quirúrgica abdominal. 2º TAC: derrame pleural bilateral con atelectasias, líquido libre intraabdominal, peritonitis y dehiscencia de sutura uterina. 2ª intervención quirúrgica e ingreso en UCI. Aislamiento: *S. aureus* y *A. baumannii* multirresistente. Evolución: Histerectomía simple y curación.

**Discusión.** Hemos presentado los casos clínicos de tres pacientes jóvenes, dos de ellas primíparas, que 48 horas tras el parto por cesárea iniciaron un cuadro clínico de fiebre y leucocitosis, con posterior evolución a íleo paralítico e imágenes radiológicas compatibles con absceso pélvico o líquido libre intraabdominal. Las tres precisaron ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos, con el diagnóstico en todos los casos de shock séptico y distrés respiratorio. Finalmente, el tratamiento de elección fue Histerectomía simple, con posterior curación en los tres casos presentados.

**Conclusiones.** La necrosis infecciosa de la incisión uterina post-cesárea es una complicación muy grave y poco conocida de la cesárea. Aparece en las 36-48 horas siguientes, suele evolucionar a shock séptico-distrés respiratorio. Para su curación precisa histerectomía y medidas de soporte en la Unidad de Cuidados Intensivos. En su etiología se ha implicado con mayor frecuencia a *S. aureus*, como en dos de nuestros casos.

#### A-146 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR (FRCV) Y DEL SÍNDROME METABÓLICO (SM) EN LOS PACIENTES VIH DE NUESTRO MEDIO

**R. Ramírez, S. Ruiz, M. Tacias, M. Díaz, A. Delegido, M. Carulla, C. Creus y E. Pedrol**

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona.

**Objetivos.** Analizar la prevalencia de SM y de los FRCV entre los pacientes VIH de nuestro medio.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo y descriptivo de pacientes VIH+ atendidos consecutivamente en consultas externas (1 de marzo/30 de junio-2009). Se ha realizado un cuestionario sobre datos demográficos y FRCV. Se recogieron datos de exploración física (peso, talla, perímetro abdominal) y analíticos. Se valoró si cumplían criterios de SM (NCEP-ATP III). Los datos se analizaron con SPSS versión 16.0 para Windows.

**Resultados.** Se incluyeron 154 pacientes: 69,5% hombres, edad media: 44,8 ± 9,5 años. Mediana IMC: 25 ± 6,7kg/m<sup>2</sup> y del perímetro abdominal: 90,4 ± 13,4 cm. El 68,8% son fumadores y el 12,3% ex-fumadores; 33,1% consumen alcohol y otros tóxicos el 10,4%. El 24% de los pacientes practica ejercicio de forma regular. El tiempo medio desde el diagnóstico del VIH fue de: 11 ± 6,2 a. El 83,8% recibe tratamiento antirretroviral (mediana de tiempo de tratamiento: 9,3 ± 5,2 años), la pauta de tratamiento más frecuente (45%) es dos inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos (ITIN) y un inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo de nucleósidos (ITINN). El 6,5% son hipertensos (todos tratados farmacológicamente), 3,9% diabéticos (50% insulinizados) y 49,3% dislipémicos –incluyendo HDL bajas– (60,5% sin tratamiento, 17,1% dieta, 14,5% tratados con fibratos, y

el 7,9% con estatinas). Presentan obesidad abdominal el 21,4%. El 9,3% cumplen criterios de SM. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de SM según género ni edad mayor o menor de 45 años. Los pacientes hipertensos, diabéticos, dislipémicos, o con obesidad central presentan mayor porcentaje de SM, siendo del 60%, 83,3%, 16% y 30,3% respectivamente ( $p < 0.01$  en todos los casos). No observamos diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de SM según si existía o no experiencia con TARGA ni tampoco en relación a si actualmente estaban o no en tratamiento. El 80% de pacientes con antecedente de enfermedad cardiovascular presenta SM ( $p < 0.01$ ) versus el 6,9% de los pacientes sin este antecedente.

**Discusión.** Durante los últimos años, diversos estudios revelan un aumento en la prevalencia de enfermedad cardiovascular y de síndrome metabólico en la población VIH, relacionándolo con un elevado porcentaje de factores de riesgo cardiovascular, el propio VIH y el TARGA. En concordancia con otras series, en nuestro estudio encontramos un elevado porcentaje de factores de riesgo cardiovascular, tabaco y dislipemia entre otros. El porcentaje de pacientes que presentan síndrome metabólico es variable de unas series a otras, incluso entre las series españolas. En nuestro medio, es del 9,4%, similar a la prevalencia en personas no infectadas por el VIH y algo inferior a otra serie española de pacientes infectados por el VIH (Jericó, PREGO) o superior (Martínez). Asimismo el porcentaje de pacientes con DM e hipertensión es inferior en nuestra serie. En cambio, ocurre lo contrario con la obesidad abdominal, que es mayor en nuestra serie. En nuestro estudio, no encontramos relación significativa entre la prevalencia de síndrome metabólico y el TARGA, a diferencia de otros estudios, que apuntan mayor relación con el uso de inhibidores de la proteasa (IP) o con algunos ITIN. Las explicaciones a estas diferencias podrían ser que en la serie cerca de la cuarta parte de los pacientes realizar ejercicio de forma regular (porcentaje valorable, dada la edad media de los pacientes, y en especial en el contexto de la infección por el VIH) y que se trata de un área de dieta mediterránea.

**Conclusiones.** 1. La prevalencia de SM en nuestro medio es del 9,4%. 2. De forma congruente con otras series encontramos alta prevalencia de FRCV en especial de tabaquismo y dislipemia. 3. No encontramos relación entre SM y el uso de determinados fármacos antirretrovirales ni con la edad ni con el género.

#### A-147

##### ENDOCARDITIS INFECCIOSA RELACIONADA CON LA ASISTENCIA MÉDICA. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE ÁREA 2004-2008

T. Sánchez Montón<sup>1</sup>, J. Castillo Sánchez<sup>2</sup>, C. Fernández Pascual<sup>3</sup>, N. Navarro García<sup>4</sup>, I. Egea Cegarra<sup>5</sup>, A. Ojados Muñoz<sup>2</sup>, A. Rodríguez Pavía<sup>1</sup> y J. Rodenas Checa<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Cuidados Intensivos, <sup>3</sup>Servicio de Cardiología, <sup>4</sup>Servicio de Anestesia, <sup>5</sup>Gerencia de Atención Primaria, <sup>6</sup>Servicio de Documentación Clínica. Hospital General de Área Santa María del Rosell. Cartagena (Murcia).

**Objetivos.** 1. Conocer la frecuencia, perfil clínico y etiología de las endocarditis infecciosas relacionadas con los procedimientos médicos y quirúrgicos más frecuentes en la práctica clínica. 2. Conocer la adecuación de los tratamientos empíricos a las guías más aceptadas y la actitud del clínico tras el antibiograma definitivo.

**Material y métodos.** Estudio epidemiológico descriptivo, retrospectivo durante el período 1 Enero del 2004 a 31 de Diciembre del 2008. Se analizaron las historias clínicas y bases de datos ogía, se recogieron las variables clínicas, hemocultivos, ecocardiografías e informes quirúrgicos. Se realizó el tto estadístico de los datos con SYSTAT 10.0 y la representación gráfica de los mismos.

**Resultados.** Se realizaron 5.675 procedimientos médico-quirúrgicos como posibles puerta de entrada de endocarditis infecciosa (EI). Se encontraron 34 EI, en el 32,5% existía un procedimiento previo (0,19%). La etiología más frecuente *S. viridans* con un 32,5%, *S. aureus* con un 23,5%, *E. faecalis* 14,7% y *K. pneumoniae*, *C. albicans*, *S. epidermidis* y *S. hominis* con 2,94% cada uno, hemocultivo negativo en 17,6%. *S. viridans*, se presentó en el 72,7% sobre válvula aórtica y nativa en el 81,8%; puerta de entrada probable en 45,4%, precisó cirugía un 63,6%, mortalidad 9%. Tratamiento ajustado a las guías en un 54,5%, y el antibiograma era seguido en un 90,9%. Existía cardiopatía valvular en el 54,5%. *S. aureus*, segundo agente etiológico más frecuente, puerta de entrada conocida en el 67,5%, ADVP la causa más probable; afectación de válvula tricúspide 87,5% y 12,5% válvula mitral, tratamiento ajustado a las guías 87,5%. No hubo ningún fallecimiento y sólo un paciente precisó cirugía. *E. faecalis*, afectaba en el 100% a válvula aórtica, 60% válvula protésica y 40% nativa; el tratamiento empírico ajustado a las guías un 60% de los casos, correcciones adecuadas por antibiograma en el 100%; ningún paciente precisó cirugía y falleció un paciente (20%). De las EI por gérmenes menos frecuentes sólo *C. albicans* afectó a una válvula protésica. En ninguno de estos cuatro casos se realizó cirugía y sólo *S. epi-*

*dermidis* fue causa de fallecimiento. Las EI con hemocultivos negativos han presentado la mayor mortalidad con un 33,3%, afectando válvula aórtica en el 66,6% de los casos; se realizó cirugía y el tratamiento empírico se ajustó a las guías en el mismo porcentaje; existía un procedimiento previo en el 33,3%. Considerando el grupo de pacientes que precisó cirugía, fueron el 29,4%, en el 40% de los casos existía un procedimiento previo, el tiempo medio desde el diagnóstico hasta la cirugía fue de 32,1 días; el 50% de los casos *S. viridans* fue el patógeno responsable, el 40% hemocultivos negativos y 10% *S. aureus* (SAMS). En el 70% sobre válvula aórtica, 20% válvula mitral, 10% tricúspide y otro 10% afectación bivalvular. Sólo el 10% de los casos había recibido profilaxis previa.

**Discusión.** Las EI relacionadas con la asistencia están infravaloradas. No se reflejan en las historias clínicas todos los procedimientos y técnicas invasivas que se realizan. Los hemocultivos son leídos sin realizar los cambios necesarios. En el futuro la etiología y la incidencia de esta patología puede verse incrementada. Al contrario de otras publicaciones no hemos encontrado un incremento de *S. aureus* como agente causal. Las EI con HC negativos presentan más complicaciones.

**Conclusiones.** 1. *S. viridans* es el patógeno más frecuente de EI relacionadas con la asistencia médica. 2. La mayor mortalidad se observa en la EI con HC negativos, que requieren a su vez cirugía en un amplio porcentaje. 3. El porcentaje de EI con antecedentes de técnicas invasivas es muy bajo aunque podría estar infravalorado. 4. Las EI por *S. aureus* son las que cursan con menor número de complicaciones y en las que se aplica el tto empírico más ajustado a las guías terapéuticas.

#### A-148

##### ¿CUÁLES SON LOS EFECTOS ADVERSOS (EA) QUE MOTIVAN CAMBIO DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN LOS PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH? EVOLUCIÓN EN EL TIEMPO

M. Díaz<sup>1</sup>, S. Ruiz<sup>1</sup>, M. Tasia<sup>1</sup>, R. Ramírez<sup>1</sup>, A. Delegido<sup>1</sup>, B. Rodríguez<sup>2</sup>, I. Martínez<sup>2</sup> y E. Pedrol<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Farmacia. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona.

**Objetivos.** 1. Averiguar el porcentaje de cambios de tratamiento antirretroviral debido a sus EA. 2. Conocer el tipo de EA del tratamiento antirretroviral que motivaron un cambio de esquema terapéutico.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo realizado durante los años 2003, 2004, 2006 y 2008 entre pacientes que cambiaban de tratamiento antirretroviral; se registraba, entre otros datos, el motivo y pauta terapéutica y en caso de ser debido a un EA, el tipo.

**Resultados.** En 2003, el 56% de los cambios terapéuticos fueron debidos a EA y el 44% a otros motivos (simplificación y fracaso). En el 2004: 57% por EA y 43% por otros motivos. En 2006: 57% por EA y 43% por otros motivos. En 2008: 36% por EA y el 64% por otros motivos. En 2003, los EA más frecuentes que causaron cambio terapéutico fueron lipodistrofia (33%) y alteraciones gastrointestinales (19%). En el 2004 fueron: alteraciones neurológicas (21,7%), lipodistrofia (17%) y hepatotoxicidad (13%). En 2006 fueron hepatotoxicidad (38,4%), alteraciones gastrointestinales (20%) y dislipemia (20%). En 2008: hepatotoxicidad (29%) y dislipemia (23%).

**Discusión.** Desde la introducción del TARGA (tratamiento antirretroviral de alta eficacia) ha habido un descenso significativo tanto de los casos de SIDA como de la morbi/mortalidad secundaria al VIH. No obstante, dicho tratamiento produce importantes EA que merman la calidad de vida de éstos pacientes y motivan el abandono o cambio de tratamiento. En las escasas series publicadas (ICONA, O'Brien y De la Torre) sobre el tema, los EA también representaron la primera causa de cambio terapéutico. En nuestra serie, se observa un descenso progresivo de los EA como causa de cambio terapéutico a lo largo del tiempo, hasta que, en 2008 deja de ser la primera causa; ello se relaciona, con el uso de nuevos fármacos con menor potencial lesivo y a políticas de prevención de los EA, a medida que éstos se conocen mejor; así en 2003 el EA que motivó más cambios terapéuticos fue la lipodistrofia (33,3%) pero el mejor conocimiento del problema (prevención: menor uso de estavudina, conocimiento de la toxicidad mitocondrial, etc.) la han relegado en 2008 a ser responsable de tan sólo el 6% de los cambios. Por otro lado, la dislipemia toma importancia como motivo del cambio terapéutico a partir de 2006 (20%), cuando toman relevancia los problemas cardiovasculares en éstos pacientes y en el 2008 ya supone un 35% de los cambios debido a EA.

**Conclusiones.** En la serie a lo largo del período de estudio se observa: 1.-una disminución progresiva de los EA como causa de cambio terapéutico y 2.-se constata un cambio en el tipo de EA: en 2003 la lipodistrofia era el principal motivo del cambio y desde 2006 la dislipemia y la hepatotoxicidad aparecen como causas más frecuentes de cambios de tratamiento.

Tabla 1 (A-149). Comparación entre fallecidos y no fallecidos

	Fallecidos (n = 9)	No fallecidos (n = 30)	Significación
Edad media	73,3	68,6	NS
Sexo (V)	55,5%	63,3%	NS
Servicio MI	6 (66,67%)	26 (86,67%)	NS
Retraso diagnóstico (días)	13,2	31,26	p < 0.05
EPOC	4 (44%)	6 (20%)	p < 0.05

**A-149****ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN EL C. H. PONTEVEDRA (2007-2008)**  
**S. Rodríguez-Fernández, M. Lamelo Otero, A. Fernández González y J. De Lis Muñoz**

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Pontevedra. Pontevedra.

**Objetivos.** Describir las características epidemiológicas, clínicas y microbiológicas de los casos de endocarditis infecciosa (EI) en nuestro hospital en los últimos años.

**Material y métodos.** A partir de datos del servicio de documentación clínica de nuestro hospital se realizó un estudio descriptivo de los pacientes ingresados en el CHOP con el diagnóstico de EI, entre el 1/07/2007 y el 31/12/2008. Mediante test no paramétricos se compararon estadísticamente el grupo de fallecidos con el de no fallecidos.

**Resultados.** Se analizaron 39 casos durante el período de estudio, 25 hombres (64%) y 14 mujeres (36%), con una edad media de 68 años, ingresando 32 de ellos en el servicio de Medicina Interna (82%). El síntoma presente con más frecuencia fue la fiebre (90%), y el retraso medio en el diagnóstico fue de 26 días desde el inicio de los síntomas. La mayoría de los pacientes presentaban alguna comorbilidad previa: 19 miocardiopatía, 17 valvulopatía, 10 EPOC, 10 DM y 3 marcapasos. La presencia de EPOC se asoció con mayor mortalidad (ver tabla 1). Los gérmenes causantes de la EI fueron: *Staphylococcus* 27%, *S. viridans* 22%, *E. faecalis* 22%, *S. bovis* 19%, otros 5% y un 5% en que los hemocultivos fueron negativos. Se realizó ecocardiografía transtorácica en todos los pacientes, siendo positivo en 29/39 (75%); 17 pacientes realizaron eco-cardio transesofágico, todos positivos (100%); 4 pacientes tenían ETE positivo y ETT negativo. La complicación más frecuente fue la insuficiencia cardíaca: 11 pacientes (28%); 8 pacientes precisaron cirugía cardíaca (20%). La mortalidad por EI y sus complicaciones fue de un 23%. La tabla 1 recoge la comparación entre fallecidos y no fallecidos.

**Conclusiones.** 1. La mayoría de EI ingresan en Medicina Interna. 2. La presencia de comorbilidad previa es frecuente. El antecedente de EPOC empeora el pronóstico. 3. No son infrecuentes las complicaciones graves.

**A-150****SÍFILIS Y VIH EN UN HOSPITAL COMARCAL****P. Medina Delgado, M. Loring Caffarena, M. Martínez Delgado, L. Montero Rivas, M. Blanco Díaz, L. Pérez Belmonte, M. Guil García y E. Santín Piñero**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga).

**Objetivos.** Conocer el perfil de los pacientes diagnosticados de sífilis y co-infección VIH seguidos en nuestro servicio.

**Material y métodos.** Análisis descriptivo transversal de los pacientes con infección VIH en seguimiento en la consulta externa. Se revisaron las historias clínicas, analizando datos demográficos, epidemiológicos, datos clínicos, serología de sífilis y tratamiento.

**Resultados.** Se analizaron 104 historias clínicas de pacientes VIH en seguimiento. De los cuales, 22 (21.2%) son mujeres y 82 (78.8%) hombres. La edad media fue 46.01 años, con un rango de 25 a 80 años. En cuanto a la procedencia, 15 (14.4%) pacientes, procedían del extranjero, y 89 (85.6%) de España. El motivo del diagnóstico de VIH figuraba en 77 (74%) pacientes. El desarrollo de una infección oportunista, era el principal motivo en 33 (31.7%) pacientes, seguido del screening en 20 (19.2%) y tener factores de riesgo en 17 (16.3%). El mecanismo de transmisión de VIH figuraba en la historia de 75 (72.1%) pacientes. De estos, en 43 (57.3%) el mecanismo era la vía sexual, en 31 (41.3%) era ser usuario de drogas por vía parenteral. La serología a sífilis figuraba en la historia de 98 (94.2%) pacientes. No venía recogida en 6 pacientes de los cuales la mayoría habían sido seguidos inicialmente en otros hospitales. La serología fue positiva en 13 pacientes (13.2%). El perfil de estos pacientes era el siguiente: La mayoría eran hombres (69.2%), un 84.7% eran españoles, la edad media era de 51.3 (38-77) años, en el 82% el mecanismo de transmisión de VIH fue la

vía sexual, en un 18% fue por uso de drogas por vía parenteral. Todos habían recibido tratamiento correcto. Registrándose sólo 2 (15,4%) recaídas. Tenían alteraciones en líquido cefalorraquídeo compatibles con neurolúes 3 (23%) pacientes.

**Discusión.** La co-infección de sífilis y VIH aparece en un bajo porcentaje de pacientes. Hay menos diferencias entre sexos en los pacientes VIH con sífilis que entre el resto de la cohorte. El porcentaje de pacientes VIH procedentes del extranjero, es similar al de la población extranjera atendida en nuestro hospital. La edad media de los pacientes con serología de sífilis positiva fue mayor que el resto de pacientes VIH. El cumplimiento del tratamiento fue idóneo y el número de recaídas escaso. El perfil de pacientes con co-infección difiere con el resto de la cohorte en que el mecanismo de transmisión es predominantemente la vía sexual. La neurolúes podría afectar a casi la cuarta parte de los pacientes coinfectados.

**Conclusiones.** La co-infección de VIH y sífilis sigue siendo un problema importante en nuestros pacientes. La serología de sífilis debe realizarse de manera periódica, principalmente en aquellos pacientes con antecedentes de prácticas sexuales de riesgo.

**A-151****OSTEOMIELITIS POR MARSAS - CASOS CLÍNICOS****K. Carvalho, S. Amalio, M. Fernandes, T. Faro, M. Mendonça y T. Santos**  
Servicio de Medicina Interna - Serviço<sup>1</sup>. Hospital Santo Antonio dos Capuchos-Medicina; Lisboa (Portugal).

**Objetivos.** Las infecciones nosocomiales por estafilococos aureus meticilino resistente (MARSAS) constituyen un grave problema hospitalario desde 1960. Desde entonces, su prevalencia ha ido aumentando siendo actualmente el 40% de las infecciones adquiridas en ambiente hospitalario en toda Europa. El MARSAS es uno de los pocos agentes presente en casi todo este tipo de infecciones, debido a su capacidad de desarrollar una película protectora, la cual facilita su supervivencia y multiplicación, prolongando así su exposición a los antibióticos y consecuentemente adquiriendo mayor resistencia.

**Material y métodos.** Presentamos dos casos de osteomielitis por MARSAS. Ambos en pacientes sometidos a procedimientos invasivos con diferentes puertas de entrada.

**Resultados.** En el primer caso tras la infección de una herida postquirúrgica con bacteriemia seguida de endocarditis y osteomielitis vertebral. En el segundo caso el cuadro de bacteriemia fue secundario a una trombosis séptica localizada en la confluencia yugulo-subclavia izquierda, con aislamiento de MARSAS positivo, desarrollada tras la colocación de catéter venoso central, con osteomielitis clavicular y esternal secundaria.

**Discusión.** Existen factores clínicos que nos permiten predecir las complicaciones en pacientes con bacteriemia secundaria a infección por MARSAS. Basándonos tan solo en datos clínicos corremos el riesgo de dejar pasar algunas de estas complicaciones sin diagnosticar. La osteomielitis es una de ellas, ya que presenta un cuadro poco exuberante.

**Conclusiones.** Por todo ello consideramos importante alertar de la existencia de estos casos y de la necesidad de un estudio clínico más exhaustivo en estos pacientes para no dejar pasar este tipo de complicaciones.

**A-152****CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y DEMOGRÁFICAS DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA ENTRE 1994-2005****V. De la Cuesta Esteban, D. Real de Asúa, M. González Sanz, M. Martínez, C. Sarriá, I. De los Santos y J. Sanz**  
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

**Objetivos.** La infección por *Mycobacterium tuberculosis* es uno de los mayores problemas de salud pública que afecta a un tercio de la población mundial. La infección por VIH es el factor de riesgo más importante para el desarrollo de la misma. España es el país de mayor incidencia en Europa occidental y es el segundo país en ese área en casos de Sida, especial-

mente en relación con usuarios de droga por vía parenteral (UDVP). Sin embargo, en los últimos años se han detectado cambios progresivos en las características de los pacientes coinfectados por tuberculosis y VIH. El objetivo de este estudio es describir las características epidemiológicas y demográficas de la infección tuberculosa en una cohorte de pacientes en el período comprendido entre 1994 y 2005 y describir las diferencias encontradas en dicha cohorte entre los pacientes VIH positivos y VIH negativos.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio observacional descriptivo realizado mediante cuestionario protocolizado de recogida de datos de pacientes con tuberculosis en el período comprendido entre 1994-2005 en el H. U. de la Princesa. Las variables analizadas fueron: Sexo, edad, raza, país de origen, presencia de VIH, factores de riesgo (alcoholismo, diabetes mellitus, UDVP, inmunosupresión, gastrectomía, neoplasia concomitante y silicosis) y colectivos de riesgo (prisiones, personal sanitario, vagabundos y otros colectivos cerrados).

**Resultados.** Se incluyeron 405 pacientes cuya edad media era de 43 (SD 17,1) años. Un 70% (284) eran hombres. 83% (335) eran de nacionalidad española, mientras que un 13,3% (54) eran inmigrantes de los cuales destacaban Ecuador con un 3% (12) y Perú con un 2% (8). Un 86% (348) eran de raza blanca, un 1,7% (7) eran de raza negra y un 4,4% (18) pertenecían a otras razas. En relación a los factores de riesgo para desarrollar tuberculosis excluyendo la infección por VIH, un 46% (185) no presentaba ningún factor de riesgo. Un 39% (157) tenía un único factor de riesgo, 15% (60) dos factores de riesgo y 1% (3) tres factores de riesgo. Dentro de los factores de riesgo, los UDVP se encontraban en un 35% (141), el alcoholismo en un 21% (87), diabetes mellitus en un 5,4% (22). Un 25,2% (102) de los pacientes incluidos pertenecían a un colectivo de riesgo: 16% (66) a prisiones, 5,9% (24) eran vagabundos y 2,5% (10) formaban parte del personal sanitario. 206 pacientes eran VIH positivos, 151 pacientes eran VIH negativos. Los pacientes VIH eran significativamente más jóvenes (45,5 vs 36,3 años  $p < 0,001$ ) y eran varones en un porcentaje mayor (61% vs 33%;  $p < 0,001$ ). Además presentaban con mayor frecuencia otros factores de riesgo asociados (el 52% un factor de riesgo, el 21% dos factores de riesgo). El 70% de los pacientes no VIH no presentaron otros factores de riesgo. El 80% de los pacientes VIH pertenecían a un colectivo de riesgo para la infección tuberculosa frente al 18% de los pacientes no VIH ( $p < 0,001$ ). El 56% (182) de los infectados por tuberculosis con nacionalidad española eran VIH positivos. Esta tasa fue significativamente menor en el colectivo inmigrante. ( $p < 0,001$ ).

**Discusión.** En esta cohorte los pacientes afectados de tuberculosis y VIH positivos eran más jóvenes y en mayor proporción, varones. Dichos pacientes tenían más factores de riesgo para desarrollar tuberculosis y pertenecían con más frecuencia a un colectivo cerrado de riesgo. Los factores de riesgo más presentes en estos pacientes VIH positivo con tuberculosis fueron los usuarios por vía parenteral en primer lugar, seguido de los alcohólicos y los diabéticos. Las prisiones fue el colectivo cerrado más frecuente entre dichos pacientes. Los pacientes españoles con tuberculosis tenían un mayor porcentaje de afectados por VIH, frente al colectivo inmigrante.

**Conclusiones.** Los pacientes con tuberculosis VIH positivos son más frecuentemente varones, más jóvenes, de nacionalidad española, presentan más factores de riesgo para el desarrollo de tuberculosis y pertenecen a un colectivo cerrado de riesgo como las prisiones.

#### A-153

### EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES DESESTIMADOS PARA CIRUGÍA EN EL CURSO DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA

R. Núñez Aragón<sup>1</sup>, B. Revollo<sup>1</sup>, L. Mateu<sup>1</sup>, M. Pedro-Botet<sup>1</sup>, N. Sopena<sup>1</sup>, M. Giménez<sup>2</sup>, L. Serés<sup>3</sup> y C. Rey-Joly<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología, <sup>3</sup>Servicio de Cardiología. H. Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona).

**Objetivos.** La endocarditis infecciosa (EI) es una enfermedad con una elevada morbimortalidad durante la fase aguda, y que presenta un riesgo elevado de complicaciones durante su evolución. En algunas ocasiones, las características de la enfermedad de base de estos pacientes o las mismas complicaciones de la EI, contraindican la intervención. El objetivo que nos planteamos es conocer la evolución y la mortalidad de los pacientes diagnosticados de EI con indicación quirúrgica, pero que no se intervinieron.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo observacional, comparativo, realizado en el H. Germans Trias i Pujol de Badalona. Se incluyeron pacientes diagnosticados de EI (criterios de Duke), registrados entre enero'03 y enero'09, que tenían indicación quirúrgica según criterio acordado en sesión clínico-quirúrgica. No se incluyeron aquellos pacientes que se trasladaron a otros centros tras el diagnóstico de EI. Se incluyeron 133 pacientes y se clasificaron en 2 grupos: grupo 1, 98 pacientes que se intervinieron y grupo 2, 35 pacientes que no se intervinieron, pese a tener indicación. La insuficiencia o rotura de la válvula fue la indicación de ciru-

gía más frecuente en los dos grupos. La causa de rechazo para cirugía de los 35 pacientes fue en 22 de ellos por comorbilidad, en 4 por rechazo del paciente, en 4 por ictus durante el proceso y en 4 por éxitus. Los pacientes del grupo 2 tuvieron un índice de Charlson significativamente mayor ( $p = 0,009$ ), realizaron tratamiento inmunosupresor ( $p < 0,001$ ), o presentaban insuficiencia renal crónica ( $p = 0,002$ ) con mayor frecuencia que los del grupo 1. Asimismo, los pacientes del grupo 2 estuvieron con mayor frecuencia en relación con ambiente sanitario ( $p < 0,001$ ) y presentaron con mayor frecuencia infección de catéter ( $p = 0,01$ ). *S. aureus* prevaleció en ambos grupos a pesar de que en el grupo 2 predominó la endocarditis con hemocultivos negativos. El análisis estadístico comparativo se realizó mediante  $\chi^2$  para variables cualitativas y T de Lévéné para variables cuantitativas.

**Resultados.** El shock séptico y la embolia pulmonar fueron significativamente más frecuentes en los pacientes del grupo 2. Los pacientes del grupo 2 presentaron con menor frecuencia complicaciones ecocardiográficas ( $p = 0,03$ ). Los pacientes del grupo 2 tuvieron tendencia a presentar con mayor frecuencia embolias sistémicas (29% vs. 19%), complicaciones neurológicas (20% vs. 15%) y absceso perivalvular (23% vs. 3,7%). La mortalidad de los pacientes del grupo 2 fue significativamente mayor (73,5% vs. 26,5%,  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones.** La mortalidad de los pacientes con EI desestimados para cirugía es elevada, y está asociada a una mayor comorbilidad (insuficiencia renal e inmunosupresión) y a un porcentaje mayor de complicaciones clínicas (shock séptico y embolismo pulmonar) en la evolución.

#### A-154

### ENDOCARDITIS INFECCIOSA (EI) BACTERIANA POR MICROORGANISMOS POCO HABITUALES: STAPHYLOCOCCUS WARNERI Y LUGDUNENSIS

G. Marabé Carretero, F. Gutiérrez Marcos, S. Ngo Pombe, A. Rebollar Merino, L. Pérez Sánchez, R. Peñalver Cifuentes, A. Arranz Caso, J. De Miguel Prieto

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid).

**Objetivos.** La endocarditis infecciosa es una entidad multisistémica que plantea un reto diagnóstico y una participación multidisciplinaria en su tratamiento, debido a la versatilidad clínica y diagnóstica que plantea al médico internista. Presentamos dos casos de endocarditis bacteriana en los que están involucrados dos géneros poco habituales con poca expresividad patógena sin embargo con importante repercusión clínica en nuestros pacientes que precisan tratamiento quirúrgico con sustitución valvular a pesar de tratamiento antibiótico prolongado.

**Material y métodos.** Caso 1: Varón de 79 años que consulta por fiebre y dolor torácico. Hallazgo analítico en hemocultivos de *Staphylococcus Warneri* y Ecocardiograma Transesofágico (ETE) con válvula aórtica trivalva con vellos esclerosados con calcio y dos imágenes vegetantes, una de base amplia y otra filiforme de 2,9 cm. Tratamiento médico con Gentamicina, Vancomicina y Rifampicina durante 6 semanas precisando tratamiento quirúrgico de sustitución valvular por prótesis biológica con buena evolución clínica posterior. Caso 2: Varón de 57 años que consulta por fiebre y escalofríos. Antecedentes de Carcinoma Epidermoide de Lengua y bacteriemia por catéter reservorio en vena subclavia derecha. Hallazgo analítico en hemocultivos de *Staphylococcus Lugdunensis* y ETE con imagen vegetante de 3 cm. Tratamiento médico con Vancomicina, Gentamicina y Cloxacilina durante 6 semanas, presentando como complicación embolismo séptico cerebral precisando tratamiento quirúrgico de sustitución valvular por prótesis biológica con buena evolución posterior.

**Resultados.** En ambos casos se trata de EI bacteriana por *Staphylococcus Warneri* y *Lugdunensis* sobre válvula nativa con mala evolución clínica a pesar del tratamiento médico, precisando de tratamiento quirúrgico con sustitución valvular.

**Discusión.** A pesar del arsenal terapéutico actual y las novedosas técnicas de la Cirugía Cardiovascular de sustitución e implante valvular, sigue siendo de difícil diagnóstico por la diversidad de las manifestaciones y formas clínicas, el cambio de su espectro anatómico y epidemiológico. Géneros poco patógenos pueden tener gran repercusión clínica bien por desconocimiento de su patogenia o por la infravaloración de antecedentes de infecciones previas, a priori, de poca relevancia.

**Conclusiones.** Evidencia de EI por géneros poco habituales y poco patógenos que, sin embargo, requirieron sustitución quirúrgica valvular. El manejo de endocarditis infecciosa complicada requiere una pronta intervención médica e incluso la intervención quirúrgica. Se requiere un enfoque integral e individualizado de los problemas de cada paciente así como la participación conjunta de un equipo multidisciplinario lo que brinda un mejor manejo y pronóstico.

#### A-155 DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE SIETE CASOS DE NOCARDIOSIS PULMONAR EN UN PERIODO DE 9 AÑOS EN UN HOSPITAL DE 430 CAMAS

A. Espigares Correa<sup>1</sup>, L. Morata Ruiz<sup>1</sup>, P. Rondón Fernández<sup>1</sup>, C. Vicente Martín<sup>1</sup>, G. Flox Benítez<sup>1</sup>, C. Gómez Criado<sup>2</sup>, I. De La Riva<sup>3</sup> y J. Jusdado Ruiz-Capillas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología, <sup>3</sup>Documentación. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid).

**Objetivos.** Describir las características clínicas y demográficas de la Nocardiosis Pulmonar en nuestra área sanitaria.

**Material y métodos.** Presentamos un estudio descriptivo retrospectivo de los casos de infección pulmonar por *Nocardia* sp recogidos desde el año 1999 hasta el año 2008 en un hospital de 430 Camas. Se incluyeron en el estudio a aquellos pacientes en los que se aisló *Nocardia* sp en una muestra correspondiente a un episodio de enfermedad pulmonar (esputo, BAS o líquido pleural). Para ello, se realizó una búsqueda de todos los resultados microbiológicos compatibles en el laboratorio de Microbiología donde se aisló *Nocardia* sp, y se cruzó con los casos registrados en Servicio de Documentación, utilizando los códigos 039.0 a 039.9 (Actinomicosis, Actinomicosis pulmonar, Micetoma). De los pacientes encontrados se analizaron sus características clínicas y demográficas, manifestaciones clínicas de la infección por *Nocardia* sp, así como su manejo y evolución.

**Resultados.** Se seleccionaron 7 casos, de los cuales 4 eran mujeres. La edad media fue de 78.57 años, con un índice de Charlson ajustado por edad medio de 4.71. Los 7 pacientes padecían de algún tipo de enfermedad crónica pulmonar (EPOC n = 4, Asma n = 1, Restricción n = 1, Bronquiectasias n = 2). El número medio de reagudizaciones de la patología pulmonar en los meses previos al diagnóstico de infección por *Nocardia*, fue de 3.71. Se objetivó linfopenia por debajo de 600 linfocitos/ul en 6 de los 7 pacientes. Fallecieron 3 de los 7 pacientes y una paciente se perdió del seguimiento. Las infecciones fueron causadas por *N. Farcinica* (n = 2) y *N. cyaricigeorgica* (n = 4). *N. cyaricigeorgica* causó neumonía en todos los casos en que se aisló, *N. Farcinica* causó 2 infecciones respiratorias de vías respiratorias bajas sin condensación, y en un caso de derrame pleural no se filió el tipo de *Nocardia* sp. En 6 casos se aislaron más de 2 microorganismos en esputo además de *Nocardia* sp, siendo los más frecuentes *Candida* sp (n = 5), *Aspergillus* sp (n = 3) y *Pseudomonas* (n = 2).

**Conclusiones.** Los pacientes de nuestra serie se asemejan en características a los descritos en la bibliografía. *N. cyaricigeorgica* parece estar relacionado con la presencia de neumonía por *Nocardia* sp. El tamaño muestral es demasiado pequeño para detectar en nuestra serie ningún factor que pudiera estar en relación con la mortalidad y evolución de la Nocardiosis Pulmonar, aunque es llamativa la presencia de linfopenia y el aislamiento de microorganismos acompañantes en la mayoría de los pacientes. Se precisan estudios más amplios para establecer factores que pudieran asociarse con mayor mortalidad y evolución de la infección pulmonar por *Nocardia* sp.

#### A-156 ESPONDILODISCITIS EN EL HOSPITAL DE LEÓN

N. Carracedo Falagán, M. López Veloso, S. Raposo García y J. Mostaza Fernández

Servicio de Medicina Interna. Hospital de León. León.

**Objetivos.** Análisis de los factores de riesgo, microbiología y rentabilidad de los métodos diagnósticos de los pacientes con espondilodiscitis en el Hospital de León.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de una serie de casos diagnosticados de espondilodiscitis entre 2002 y 2008 en el Complejo Asistencial de León. Los criterios de inclusión fueron: diagnóstico clínico-radiológico de espondilodiscitis infecciosa.

**Resultados.** Se incluyeron 18 pacientes, con edad media de 69,66 años (DS = 11,37; rango 46-90). El 61,11% eran varones (n = 11). En el 5,56% la infección fue nosocomial. Un 76,78% presentaban enfermedades predisponentes (diabetes mellitus (n = 1), neoplasia (n = 4), traumatismo previo (n = 1), alcoholismo (n = 2), infección previa (n = 3), infecciones urinarias de repetición (n = 2), bacteriemia (n = 1), insuficiencia renal en tratamiento sustitutivo (n = 2) y un caso de intervención espinal previa. La duración media de la clínica al ingreso fue de 129,3 días (30-365), presentándose dolor inflamatorio en el 83,3%, fiebre en el 50% y dolor irradiado en el 50%. A la exploración: 27,78% hipersensibilidad local, 61,11% dolor a la palpación, 16,67% disminución de la movilidad, 11,11% signos neurológicos y 5,56% deformidad. En el 55,56% localización lumbar. Respecto a los datos de laboratorio, 3 pacientes presentaron PCR > 100 mg/L, 12 VSG elevada y en 9 anemia. En el 27,78% la fuente fue piógena. Se realizaron hemocultivos en el 61,11%, objetivándose bacteriemia en el 72,7% (100% gram positivos), infección de orina 27,3% (66,67% gram negativos). Se realizó Mantoux en

el 72,22% correspondiendo con discitis tuberculosa el 7,69% de los casos. Cuantífero positivo en el 16,67%. Serologías positivas en el 9,09% para Brucella. Se observaron signos de discitis en el 11,11% de las radiografías. El TAC se realizó en el 55,56%, presentando signos de discitis el 70%. La RNM se realizó al 94,44% presentando el 100% signos de discitis, 64,7% masa de partes blandas y 23,53% compresión del canal. La gammagrafía se realizó en el 66,67% (positiva 97,67%), la PAAF en el 61,11% (positiva 18,18% *M. tuberculosis*), biopsia 16,67% (positiva 33,33%) y ecocardiograma en el 44,4% presentándose un caso de endocarditis. El tiempo medio de tratamiento fue de 121,93 días. Recibieron monoterapia el 22,2%, terapia combinada el 55,56% (20% asociado a rifampicina y 30% a vancomicina) y tuberculostáticos el 22,2%. Un 27,78% precisaron cambio de antibioterapia. El tratamiento al alta fue: antituberculostáticos 22,2%, monoterapia 27,78% y terapia combinada 38,89%. Precizaron laminectomía el 11,11%. El 44,4% presentaron absceso epidural. Estancia hospitalaria de 36,53 días (46,67% alta con secuelas). El 27,78% presentaron recidivas por recaída del cuadro.

**Discusión.** En nuestra serie al igual que en la literatura, se observa que esta infección se presenta en pacientes de edad avanzada, predominando en varones. No se observó diferencia de edad entre las discitis tuberculosas y piógenas, mientras que sí en el tiempo medio, siendo mayor para los pacientes con discitis tuberculosa (media 150 días frente a 59,22días). La mayoría de los pacientes presentan enfermedades predisponentes y la presentación clínica fue insidiosa e inespecífica. Las técnicas isotópicas realizadas (Tc99 y Ga67) resultaron positivas en el 91,67%, observamos que se trata de un porcentaje elevado, pero no debemos de olvidarnos de la baja sensibilidad y especificidad de esta. La técnica más empleada por su sensibilidad y especificidad ha sido la resonancia magnética, siendo diagnóstica en la totalidad de los casos realizados. En cuanto a la microbiología vemos que en el 50% de los casos se trata de una discitis piógena (44,4% *Staphylococcus aureus*, 22,2% *Staphylococcus epidermidis*), 27,78% tuberculosa y un 5,56% brucelar. La terapia combinada es la elección más frecuente en nuestra serie y precisaron menos de un tercio de los pacientes cambio de tratamiento.

**Conclusiones.** Es una patología que aparece en varones de edad avanzada y con factores de riesgo asociados. Son más frecuentes las discitis piógenas y se asocian a una clínica de menor tiempo de evolución. La microbiología se documenta en la mayoría de los pacientes, la principal causa son gram positivos. La RNM es la técnica de elección para el diagnóstico.

#### A-157 TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR EN EL HOSPITAL DE TORTOSA ENTRE LOS AÑOS 2006-2009

M. Hoyos Valladares, M. Cardona Ribera, J. Martínez Senmartí, M. Allali, E. Chamorro Martí, C. Escrich Monfort y E. Rodado Alabau y D. Bofill Montoro

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Tortosa Verge de la Cinta. Tortosa (Tarragona).

**Objetivos.** Describir las características demográficas de los pacientes con tuberculosis extrapulmonar (TE) diagnosticados en el Hospital de Tortosa Verge de la Cinta (HTVC) en el periodo comprendido entre Enero 2006 y Junio 2009. Realzar la importancia de las formas de presentación de TE, de acuerdo a su localización, factores de riesgo asociados, método diagnóstico, esquema de tratamiento y respuesta al mismo.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, retrospectivo, observacional y transversal. Se incluye a todos los pacientes diagnosticados de infección extrapulmonar por *Mycobacterium Tuberculosis* (teniendo en cuenta datos epidemiológicos, clínicos y de exploraciones complementarias) del HTVC durante el periodo 2006-2009.

**Resultados.** El número de pacientes con diagnóstico de TE durante el periodo descrito fue de 15, con un promedio de edad de 47.53 años (R: 25 - 79 años), la mayoría de ellos de sexo masculino (73.3%). Sólo en 2 casos (13.3%) se registró algún grado de inmunosupresión. El 46.7% de los casos fueron en población autóctona, y el 53.3% en población inmigrante (la mayoría procedentes de Marruecos y Pakistán). Las principales localizaciones de infección extrapulmonar por *Mycobacterium Tuberculosis* fueron: Ganglionar (26.67%), Pleural (20%), Renal, Cutánea y Miliar (las 3 últimas con el mismo porcentaje: 13.3%). El diagnóstico se realizó por cultivo microbiológico (53.33%), por estudio histológico (20%) y por datos bioquímicos en un contexto clínico sugestivo (26.67%). Se detectó en un sólo caso alta resistencia a isoniacida. El tratamiento antibiótico se basó en la administración de 2 esquemas que incluían la combinación de varios fármacos: H-R-Z-E (40%) o H-R-Z (53.3%). Se detectaron 2 casos de toxicidad hepática (13.3%), que no obligó a retirar tratamiento. La evolución fue favorable en la mayoría de la muestra (93.33%).

**Discusión.** El promedio de edad de nuestra serie es ligeramente superior a la media de pacientes infectados por TBC en Cataluña (41.6 años). El predominio de infección en pacientes de sexo masculino es similar a lo descrito

en otras series. Varios factores de riesgo han sido asociados a infección por *Mycobacterium Tuberculosis*; en nuestra muestra sólo sucede en 2 casos (uno correspondía a coinfección por VIH y el otro a tratamiento inmunosupresor). Las 2 localizaciones principales de infección son la ganglionar y la pleural, al igual que lo registrado en estudios previos. El diagnóstico microbiológico se realizó únicamente en el 53.3% de los casos; la menor rentabilidad de las técnicas microbiológicas en el diagnóstico de los casos extrapulmonares hizo necesario recurrir a datos histológicos y bioquímicos que apoyaran el diagnóstico, aunque no constituyan pruebas de referencia. Las pautas de tratamiento empleadas fueron las recomendadas en las guías nacionales.

**Conclusiones.** La Tuberculosis constituye una de las enfermedades infecciosas más relevantes, tanto por su elevada morbilidad como por la elevada mortalidad asociada a sus formas graves. La afectación pulmonar continúa siendo la predominante habiendo experimentado un descenso en los últimos años, registrándose un aumento de las formas de afectación extrapulmonar. Los pacientes inmigrantes de países con alta prevalencia de tuberculosis constituyen un grupo de riesgo tanto para la transmisión como para el tratamiento específico por su mayor tasa de resistencia a los fármacos antituberculosos de primera línea.

#### A-158

##### EFICACIA DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH SIN TERAPIA PREVIA

M. Torralba González de Suso<sup>1</sup>, L. Tamargo<sup>2</sup>, V. Moreno<sup>2</sup>, A. Costa<sup>1</sup>, S. Lainez<sup>1</sup>, J. Costa<sup>2</sup>, A. Del Palacio Pérez-Medel<sup>2</sup> y R. Rubio García<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

**Objetivos.** El tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) ha supuesto una disminución de la morbi-mortalidad en los pacientes con infección por VIH. Aunque el arsenal terapéutico se ha incrementado en los últimos años no está claro si es mejor iniciar un tratamiento basado en 2 análogos de nucleósidos (AN) y un no análogo (NN) o en 2 AN y un inhibidor de proteasa (IP). Nuestro objetivo fue analizar la eficacia de una pauta con 2 AN + 1 NN o bien 2 AN + 1 NN.

**Material y métodos.** Estudio de cohortes retrospectivo. Se estudiaron 312 pacientes en la Unidad VIH del 12 de Octubre. Se incluyeron pacientes que iniciaron por primera vez el TARGA entre 1997 y el año 2004. Todos los pacientes tuvieron la oportunidad de un seguimiento de al menos 2 años. Se analizaron el porcentaje de pacientes con menos de 500 copias/ml, el incremento de linfocitos CD4 respecto de su cifra basal y las causas de suspensión del TARGA (fracaso virológico, toxicidad, simplificación, mala adherencia). El análisis se realizó según la intención de tratamiento.

**Resultados.** Se compararon 211 pacientes en tratamiento con IP frente a 101 pacientes con NN. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre las características basales de ambos grupos (sexo, edad, mecanismo de transmisión, porcentaje de pacientes con SIDA o con menos de 200 linfocitos CD4, el porcentaje de pacientes con VHC y la cifra de linfocitos CD4 y de carga viral (CV) basales). Después de dos años de seguimiento, un 55,9% de los pacientes en tratamiento con IP frente a un 49,5% de NN suspendieron el TARGA. Hubo 4,3% de simplificaciones en el grupo de IP frente a ninguna en el grupo de NN ( $p = 0,035$ ) y se suspendió el tratamiento por gestación o por deseo de la misma en un 5,9% de los pacientes con NN frente a un 0,5% de aquellos con IP ( $p = 0,002$ ). La mayor causa de suspensión se debió a la toxicidad (15,6% para IP y un 10,9% para NN). A los 12 meses, el 53% de los pacientes con IP presentaban una CV inferior a 500 copias/ml frente a un 52,5% de los NN. Este porcentaje fue de un 41,7% a los 24 meses para los IP y de un 44,6% para los NN ( $p = ns$ ). El incremento a los 12 meses de linfocitos CD4 fue de 181 cel/mcl para los IP y de 235 cel/mcl para los NN ( $p = ns$ ) y de 286 cel/mcl y de 373 cel/mcl para los IP y NN respectivamente a los 24 meses ( $p = 0,043$ ). La probabilidad de fracaso terapéutico (test de Log Rank:  $p = 0,89$ ) y el fracaso virológico (HR:1,66 IC95% 0,80-3,45;  $p = 0,175$  Log Rank test:  $p = 0,121$ ; ajustando por ser ADVP) fue similar en ambos grupos.

**Discusión.** Las guías de práctica clínica sugieren que hay que individualizar el tratamiento antirretroviral de inicio en función de distintos parámetros (uso de metadona, interacciones farmacológicas, alteraciones psiquiátricas, perfil de riesgo cardiovascular, etc.). El estudio ACTG 5124 demostró una superioridad del Efavirenz frente a Lopinavir/ritonavir en cuanto al fracaso virológico y terapéutico, aunque hubo mayor incremento de linfocitos CD4 en el grupo de Lopinavir/ritonavir. Nosotros sin embargo no hemos encontrado estas diferencias.

**Conclusiones.** El tratamiento antirretroviral logra una supresión virológica en más del 50% de los pacientes al año. El incremento de linfocitos CD4 es importante siendo discretamente mayor en los pacientes que iniciaron tratamiento con NN. La probabilidad de fracaso virológico y terapéutico es similar en los pacientes tratados con IP que en aquellos tratados con NN.

#### A-159

##### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PRONÓSTICAS DE PACIENTES CON ENDOCARDITIS PROTÉSICA EN LA ERA ACTUAL

V. Rodil Rodil<sup>1</sup>, L. Grigorian Shamagian<sup>2</sup>, M. Pérez de Lis Novo<sup>1</sup>, J. Fernández Martín<sup>1</sup>, J. Montes Santiago<sup>1</sup> y R. Pérez Álvarez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Complejo Universitario de Vigo. Vigo (Pontevedra).

**Objetivos.** Evaluar las características clínicas y el pronóstico de pacientes hospitalizados con EP en un hospital terciario.

**Material y métodos.** Se han evaluado todos los casos de EP ingresados desde 1/12/1995 hasta 1/5/2009 en un centro de referencia, siendo en total 39 pacientes, con una edad media de  $66,5 \pm 12,9$  años y 79,5% de ellos varones.

**Resultados.** Los patógenos más frecuentemente implicados eran los *Staphylococcus coagulasa-negativos* presentes en el 17,9% de los casos, seguidos por los *Enterococcus* y los *Staphylococcus aureus* metiliclin-resistentes en el 15,4% y 12,8%, de forma respectiva; en el 15,4% de los pacientes los cultivos eran negativos. En el 67,6% la prótesis valvular era biológica y mayoritariamente (51,3%) era la válvula aórtica la afectada por el proceso infeccioso, siendo la afectación bivalvular (aórtica y mitral) en el 23,1% de los pacientes. La comorbilidad más prevalente era la anemia presente en el 70,3% de los casos y el 17,9% de los pacientes tuvieron endocarditis previa. Aunque la forma de presentación en la gran mayoría era aguda, en el 36,8% de los enfermos la EP no era el motivo inicial de hospitalización. A diferencia de los signos vasculares e inmunológicos patognomónicos de endocarditis cuya presencia era mínima, las complicaciones intrahospitalarias eran frecuentes: insuficiencia cardíaca, bacteriemia persistente, shock séptico, embolismo sistémico sin ictus e ictus en el 52,6%, 35,3%, 21,2%, 18,9% y 13,5% de los casos, respectivamente. El 17,9% de los pacientes precisaron de cirugía urgente durante el ingreso y en el resto de los casos ésta se realizó de forma electiva. La mortalidad intrahospitalaria era del 30,6%, siendo sus predictores la infección estafilocócica Odds Ratio (OR) 12,6 ( $p = 0,008$ ); la presencia de fibrilación auricular OR 14,78 ( $p = 0,004$ ); la bacteriemia persistente OR 7,6 ( $p = 0,019$ ) y el shock séptico OR 13,75 ( $p = 0,009$ ).

**Conclusiones.** La EP sigue presentando muy elevada mortalidad intrahospitalaria a pesar del tratamiento quirúrgico que se practica en todos los casos. Las complicaciones que se desarrollan durante el ingreso junto con la etiología estafilocócica y la fibrilación auricular son los principales determinantes pronósticos a corto plazo.

#### A-160

##### MALARIA EN LA COMARCA DE OSONA (BARCELONA)

C. Socolich, O. Mascaró, A. Pedragosa, G. Lucchetti, J. Gimeno, E. Reynaga y J. Brugués

Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Vic. Vic (Barcelona).

**Objetivos.** La inmigración en los últimos años de la población africana en la comarca de Osona (Barcelona) es cada vez mayor. La nacionalidad más frecuente de los inmigrantes sub-saharianos en nuestra comarca es la ghanesa. El objetivo principal de nuestro estudio es la determinación de los casos de paludismo en nuestra comarca entre los períodos de enero del 2000 a junio del 2009, las características clínicas, el diagnóstico, la gravedad, la profilaxis y tratamiento.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de casos de paludismo en la comarca de Osona (Barcelona) ingresados en el Servicio de Medicina Interna y Unidad de Observación en un hospital comarcal (Consorci Hospitalari de Vic) entre enero de 2000 y junio de 2009. Se revisaron las historias clínicas consecutivas con el diagnóstico microbiológico de paludismo. Se analizaron las características epidemiológicas y clínicas de cada paciente, los factores de gravedad según los criterios de la OMS, la profilaxis recibida, el tratamiento y la evolución. Como criterios de inclusión se consideraron estancia en el hospital mayor de 24 horas y edad mayor de 15 años.

**Resultados.** Un total de 44 casos de paludismo fueron diagnosticados en nuestro centro de los cuales 36 cumplían los criterios de inclusión. La edad media fue de 33,4 años (21 – 71), 28 de los cuales eran hombres (77.7%) y 8 mujeres (22.3%). Según el país de origen se clasificaron entre: Ghana 19 (52.7%), Nigeria 8 (22.2%), península Ibérica 7 (19.4%), Mali 1 (2.7%), Senegal 1 (2.7%). El 83.3% (30 casos) eran de raza negra, los 6 restantes caucásicos (16.7%). La estancia media en España previa al episodio fue de 54.28 meses (12 – 96). El 16.7% (6 de los casos) presentaban antecedentes de episodio previo de paludismo. La clasificación según la zona visitada: Ghana 19 (52.7%), Nigeria 8 (22.2%), Senegal 3 (8.3%), Honduras 2 (5.5%), Guinea-Bissau 1 (2.7%), Camerún 1 (2.7%), Mali 1 (2.7%), Uganda 1 (2.7%). La estancia media de hospitalización fue de 4.02 días (1 – 13). Al estudiar la profilaxis recibida, observamos que sólo el 25% de los casos (9) habían realizado algún tipo de profilaxis, de los cuales sólo 3 casos (33%) la habían realizado correctamente. La mayoría de los casos de paludismo fue-

ron por *Plasmodium falciparum* 33 (91.6%), sólo un caso por *Plasmodium ovale* (2.7%), y los dos restantes indeterminados por el laboratorio por baja parasitemia (5.5%). Tres casos cumplían uno o más criterios de gravedad de la OMS (8.3%) (1 anemia, 2 insuficiencia renal de los que 1 además presentó acidosis metabólica). Hemos observado que la mayoría de los casos (91.6%) presentan plaquetopenia (< 150.000). 33 casos se trataron con sulfato de quinina y doxiciclina (91.6%), 2 casos con cloroquina y en un caso se desconoce el tratamiento. Solamente hemos encontrado un caso de recidiva, y el 94.4% de pacientes evolucionaron hacia la curación.

**Conclusiones.** La mayoría de casos detectados son en personas originarias de zonas endémicas (la mayoría de Ghana) y de raza negra. La mayoría de casos de paludismo han sido por *Plasmodium falciparum*. El 75% de los pacientes no habían realizado profilaxis. La plaquetopenia es un hallazgo frecuente, no relacionándose con ningún criterio de gravedad. Las complicaciones son infrecuentes, probablemente en relación con las características epidemiológicas de los pacientes (originarios de zonas endémicas, raza negra...).

#### A-161 ENFERMEDAD DE WHIPPLE: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE UNA SERIE DE CASOS

**L. Cano Alcalde, Z. Jiménez Bretones, E. Trigo Esteban, V. Palazuelos Molinero, L. López Corcuera, J. Szymaniec, L. Pérez Latorre y C. García Parra**

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

**Objetivos.** Analizar la incidencia de la enfermedad de Whipple en el área sanitaria del HGU Gregorio Marañón, identificar las distintas formas de presentación clínica y estrategias terapéuticas, así como valorar la existencia de recidivas durante el seguimiento.

**Material y métodos.** Se realiza un estudio descriptivo, retrospectivo, mediante revisión de historias clínicas, de pacientes diagnosticados de enfermedad de Whipple entre los años 1980 y 2009 en un hospital de tercer nivel. Analizamos variables epidemiológicas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas.

**Resultados.** En el período estudiado encontramos cuatro pacientes con sospecha de enfermedad de Whipple por características clínicas, de los cuales uno es excluido de nuestra revisión por ausencia de confirmación anatomopatológica y alta sospecha de diagnóstico alternativo. Se trata de tres varones de raza blanca de edades comprendidas entre 39 y 75 años. En un caso el HLA B27 fue positivo, en otro negativo y en el tercer caso no existen datos. En ninguno de los casos existía déficit de inmunidad demostrada. El motivo de consulta en dos de los pacientes fue pérdida de peso mientras que en uno fue dolor abdominal y diarrea. Sin embargo en todos los casos existía historia de artralgias en los cinco años previos al diagnóstico. En ninguno de nuestros pacientes se demostró afectación del SNC. Se trata de tres casos confirmados mediante demostración de material PAS + en el interior de macrófagos en biopsia de tejido (en dos biopsias intestinal y una adenopatía mesentérica). En cuanto al tratamiento dos casos recibieron dos semanas de ceftriaxona intravenosa y un año de tratamiento con trimetoprim-sulfametoxazol y uno recibió TMP-SMX como único tratamiento durante 15 meses. No se han demostrado recidivas en el seguimiento.

**Discusión.** La enfermedad de Whipple es extremadamente rara, con una incidencia anual de 30 casos en el mundo. Presenta una marcada predilección por varones de raza blanca, de edad media, lo que sugiere una predisposición genética subyacente. Se ha relacionado también con un déficit en la inmunidad celular del huésped. Tiene una amplia variedad de manifestaciones clínicas y debería ser considerada en el diagnóstico diferencial de pacientes que presenten artralgias migratorias de grandes articulaciones, pérdida de peso, diarrea y dolor abdominal. Se asocia también a manifestaciones del SNC siendo la demencia la más frecuente y en casos raros a endocarditis. El diagnóstico se establece demostrando el microorganismo en biopsia de intestino delgado. El tratamiento varía en función de la localización, pero en líneas generales se recomienda ceftriaxona intravenosa 2 semanas seguida de mantenimiento con trimetoprim-sulfametoxazol durante 1 año. Se han descrito recaídas entre el 17-35% de los casos y algunos pacientes pueden desarrollar síndrome de reconstitución inmune en la primera semana de tratamiento.

**Conclusiones.** 1. Los datos demuestran que se trata de una enfermedad poco prevalente (3 casos en 29 años, en una población de 700.000 habitantes). 2. En la literatura se ha propuesto una asociación entre Enfermedad de Whipple y HLA B27 que no ha podido ser confirmada. Nuestros datos no permiten concluir nada al respecto, por lo que serían necesarias series más amplias para generar nuevas hipótesis. 3. El principal motivo de consulta fue dolor abdominal y pérdida de peso. Todos los pacientes presentaban artralgias al menos cuatro años antes del diagnóstico. 4. Tras un año de tratamiento no se han objetivado recidivas en ninguno de los casos.

#### A-162 CARACTERÍSTICAS Y FACTORES DE RIESGO DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LOS DISPOSITIVOS DE NEUROESTIMULACIÓN: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

**M. Cabeza<sup>1</sup>, N. de Benito<sup>1</sup>, J. Molet<sup>2</sup>, R. Pericas<sup>3</sup>, V. Pomar<sup>1</sup>, M. Gurgui<sup>1</sup> y J. Casademont<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Neurocirugía, <sup>3</sup>Servicio de Microbiología. *Fund. de Gest. Sanitaria de l' Hospital de la Sta. Creu i Sant Pau. Barcelona.*

**Objetivos.** Analizar los factores de riesgo y las características de las infecciones de los neuroestimuladores (NE) implantados en un hospital terciario universitario en los últimos 6 años.

**Material y métodos.** Estudios de casos y controles emparejados. Casos: los 15 pacientes a los que se les había implantado un NE entre Enero'03 y Diciembre'08 (colocación inicial y/o recambios posteriores) con criterios definitivos de infección del dispositivo. Controles: 2 pacientes sin infección, intervenidos en el mismo período, emparejados con cada caso por sexo y edad  $\pm$  5 años (30 controles). Se revisaron las historias clínicas de los casos y los controles. Se realizó un análisis univariante de los factores de riesgo de infección entre casos y controles.

**Resultados.** Se realizaron 420 intervenciones quirúrgicas (IQ) en 195 pacientes. Los 15 pacientes con infección definitiva tenían una edad media de 65 años (desviación estándar 9); 7 eran varones. Diez tenían NE cerebrales profundos (enfermedad de Parkinson [EP]), 3 de médula espinal y 2 cerebrales corticales (dolor crónico). Los microorganismos causales fueron mayoritariamente estafilococos: en 7 casos (54%) *Staphylococcus aureus* y en 3, estafilococos coagulasa negativa (SCN) (23%). Todos tuvieron síntomas flogóticos locales y sólo 3 tuvieron fiebre. En todos los casos se retiró parcialmente el dispositivo y se realizó tratamiento antibiótico. En el seguimiento posterior, 6 casos (40%) tuvieron recidiva de la infección. En 5 de las 6 recidivas, se retiró completamente el dispositivo para controlar la infección; en el sexto caso, no se pudo realizar una retirada completa del NE y se mantiene tratamiento antibiótico supresor. El análisis estadístico no mostró diferencias significativas entre casos y controles en cuanto a período de colocación inicial del dispositivo (1997-2002 vs. 2003-2008), índices (I) de morbimortalidad McCabe, Charlson y ASA, modo de inserción del dispositivo (1 ó 2 tiempos), tipo de generador, localización anatómica del generador (tórax vs. abdomen), número de generadores (1 ó 2), realización o no de intervenciones quirúrgicas posteriores a la inserción del dispositivo. La profilaxis quirúrgica en la última intervención realizada mostró una menor tasa de infección en aquellos que recibieron cefazolina vs. glicopéptidos (2/10 casos con cefazolina, 10%; 7/13 casos con glicopéptidos, 54%,  $p = 0.013$ ).

**Discusión.** Los NE constituyen en la actualidad una alternativa terapéutica para trastornos del movimiento (como EP o distonías), el dolor crónico o la depresión. Como todo cuerpo extraño, existe el riesgo de que se produzca una infección asociada. En todos los casos diagnosticados en nuestra serie se realizó una pauta antibiótica prolongada y la retirada quirúrgica del material que se consideró infectado. Un elevado porcentaje de casos (40%) presentaron recidivas que requirieron la retirada completa del dispositivo para el control de la infección. En el análisis de factores de riesgo asociados con un mayor riesgo de infección, la única diferencia estadísticamente significativa encontrada fue la recepción de profilaxis quirúrgica (PQ) con glicopéptidos. Sin embargo, este resultado hay que tomarlo con precaución ya que se trata de pocos casos y el análisis estadístico no está ajustado. Una posible explicación es que, en los casos en los que pudo analizarse el momento de administración de la PQ, ésta se realizaba muy poco tiempo antes del inicio de la incisión quirúrgica, por lo que podría ser insuficiente para alcanzar los niveles necesarios de glicopéptidos.

**Conclusiones.** En nuestra serie, el 7,7% de los pacientes en los que se implantó o recambió un NE presentaron una infección relacionada. En todos los casos se retiró parcialmente el dispositivo como parte del tratamiento. En el 40% recidivó la infección, y se requirió la retirada completa del NE o bien tratamiento antibiótico supresor. El único factor asociado con un mayor riesgo de infección fue la realización de la PQ con glicopéptidos vs. cefazolina, hallazgo que debe interpretarse con cautela hasta disponer de más información.

#### A-163 INGRESOS POR PIELONEFRITIS AGUDA EN EL HOSPITAL GENERAL LA MANCHA CENTRO EN EL 2008

**R. Molina Cano, M. Galindo Andúgar, J. Castellanos Monedero, M. Franco Huerta, A. Escalera Zalvide, L. Rodríguez Rojas, H. Ortega Abengózar y M. Martínez Gabarrón**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).*

**Objetivos.** Estudiar los pacientes ingresados en nuestro hospital por pielonefritis aguda durante el año 2008.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo en el que se realizó la selección de casos mediante CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) considerando como criterio de inclusión el diagnóstico principal de pielonefritis aguda. Se excluyeron los pacientes con edad menor de 15 años. Se estudiaron variables clínicas, analíticas, pruebas de imagen, realización de hemocultivo (HC) y urocultivo (UC), microorganismo causante. Análisis con el paquete estadístico SPSS 15,0.

**Resultados.** Se incluyeron 32 casos, 8 varones y 24 mujeres, con edades comprendidas entre 18 y 85 años (media 48). La distribución por especialidades fue 17 casos en Urología (53%) y 15 en M. Interna. Había 4 gestantes, 3 pacientes monorrenos (por nefrectomía) y 5 diabéticos (16%). No habían presentado infecciones urinarias previas 19 pacientes frente a 3 casos con un episodio previo, 5 con dos episodios previos y otros 5 casos con 3 o más episodios. Todos los pacientes presentaron dolor abdominal en flanco, acompañado de fiebre en 19 casos (60%), sensación distérmica en 2, y ausencia de fiebre en 11 (34%). Respecto al análisis de orina, los nitritos fueron positivos en 16 casos (50%); de ellos presentaron urocultivos positivos 9 pacientes y urocultivos negativos 3. La prueba de imagen más solicitada fue la ecografía abdominal (31 casos (97%), en 3 de ellos asociado con TAC abdominal y en 1 con cateterismo ureteral). El hallazgo radiológico más frecuente fue normalidad en 12 (36,5%), litiasis con hidronefrosis en 7 (22%, de los que 5 precisaron colocación de catéter doble J), hidronefrosis grado I-II en 4, hidronefrosis III-IV en 3, litiasis aislada en 4 y quistes renales múltiples en 1. Se solicitaron hemocultivos en 18 pacientes (con 2 HC positivos) y urocultivos en 23 (con 16 UC positivos, 50%). El servicio de Urología pidió UC en 3 casos, UC+HC en 5, y ninguno en 8 pacientes, mientras que M. Interna pidió UC en 3, y UC+HC en 12. Se logró diagnóstico microbiológico en 16 casos (50%), siendo *E. coli* en 11 (incluyendo dos gestantes y un paciente monorreno), *E. coli* productor de BLEA en uno, *P. mirabilis* en 3 y *K. pneumoniae* productor de BLEA en uno. Todos los aislamientos fueron en UC (en dos de ellos los HC también fueron positivos). Los tratamientos más usados fueron amoxicilinaclavulánico y ceftriaxona (cada uno en 9 pacientes).

**Discusión.** La distribución por servicios fue similar, observando mayor número de cultivos solicitados en M. Interna. La prueba de imagen por excelencia fue la ecografía abdominal, y se observaron litiasis en la cuarta parte de los casos, precisando colocación de catéter doble J en 5 de ellos por hidronefrosis obstructiva. El microorganismo más frecuentemente hallado fue *E. coli*, con una baja proporción de productores de BLEA. Hay gran variabilidad respecto al tratamiento empírico instaurado.

**Conclusiones.** En este tipo de pacientes la ecografía abdominal es una prueba rápida y sencilla, que además permite evaluar la presencia de hidronefrosis de forma eficaz. En general la rentabilidad de los cultivos es buena debiendo fomentarse su utilización.

#### A-164

##### DESCRIPCIÓN DE FILARIASIS VISCERAL Y CUTÁNEA EN LA UNIDAD DE MEDICINA TROPICAL DEL HOSPITAL RAMON Y CAJAL

M. Gracia Ruiz de Alda<sup>1</sup>, A. Espigares Correa<sup>2</sup>, J. Pérez Molina<sup>3</sup>, M. Segundo<sup>3</sup>, E. Calabuig Barbero<sup>1</sup>, R. López Velez<sup>3</sup>, S. Moreno Guillen<sup>3</sup> y J. Merino Sánchez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant. Sant Joan d'Alacant (Alicante).

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid).

<sup>3</sup>Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo observacional realizado del 1 de Enero de 1994 hasta el 31 de Diciembre de 2008. Incluye el análisis de muestras hemáticas y cutáneas obtenidas del Laboratorio de Parasitología de la Unidad de Medicina Tropical pertenecientes a pacientes inmigrantes, viajeros y con parasitosis autóctona. El diagnóstico de filariasis visceral se efectuó por visualización de las microfilarias en muestras de sangre periférica sometida a técnica de lisis centrifugación y posterior tinción de Giemsa. La identificación de filariasis cutánea se obtuvo mediante visualización de las microfilarias en fresco y posterior tinción de Giemsa.

**Resultados.** Se obtuvieron 1.899 muestras, siendo 1.401 hemáticas y 498 cutáneas. Del total de muestras analizadas, 233 resultaron positivas, de-

tectándose 157 casos de filariasis viscerales (67,38%) y 76 de filariasis cutáneas (32,6%). Las filaria aislada con mayor frecuencia en muestra hemática fue *Mansonella perstans*, seguido de *Loa loa* en los casos restantes. *Onchocerca volvulus* fue la especie identificada en la mayor parte de filariasis cutáneas (73) y *Mansonella streptocerca* en los casos restantes (3). El 4,86% de los pacientes diagnosticados de filariasis presentaron más de una especie del parásito. La filaria diagnosticada con mayor frecuencia durante el período del estudio fue *Mansonella perstans*. En los últimos años del estudio se detectó un ligero incremento de parasitosis por *Loa loa* y descenso de filariasis debidas a *Onchocerca volvulus*.

**Conclusiones.** Las filariasis es una parasitosis frecuente en la población procedente de zonas tropicales endémicas. *Mansonella perstans* constituye la especie de filaria aislada con mayor frecuencia en los casos analizados. La disminución paulatina de la incidencia de *O. volvulus* podría estar relacionada con la eficacia de los programas de control y erradicación vectorial implantados en países endémicos. La detección de filariasis en nuestra Unidad permite estimar de forma indirecta la eficacia de las medidas de prevención y tratamiento establecidas en zonas endémicas, favoreciendo nuestro posicionamiento como observatorio epidemiológico de esta parasitosis.

#### A-165

##### PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE LOS INGRESOS POR NEUMONÍA EN UN HOSPITAL GENERAL DE SEGUNDO NIVEL

L. Rodríguez Rojas<sup>1</sup>, P. Alcázar Carmona<sup>1</sup>, M. Sánchez Ruiz de Gordo<sup>2</sup>, L. Salcedo Jódar<sup>3</sup>, M. Martínez Gabarrón<sup>1</sup>, J. Castellanos Monedero<sup>1</sup>, M. Franco Huerta<sup>1</sup> y A. Escalera Zalvide<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Farmacía, <sup>3</sup>Urgencias. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

**Objetivos.** Definir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes ingresados por neumonía en el Hospital General La Mancha Centro en 2008, y valorar si hay diferencias entre las especialidades (M. Interna, Geriatria y Neumología).

**Material y métodos.** Se seleccionó una muestra aleatoria, homogénea y estadísticamente comparable de 81 pacientes recogidos del CMBD durante el año 2008 (433 pacientes). Se excluyeron 7 pacientes pediátricos, 4 onco-hematológicos y 8 mal codificados. Estudio descriptivo retrospectivo recogiendo de las historias de hospitalización distintas variables clínicas y epidemiológicas. Análisis estadístico con SPSS 15.0.

**Resultados.** Obtuvimos una muestra de 81 pacientes. La edad media fue de 72.3 años (DE de 17.1); el 76.5% era mayor de 65 años. Casi 2/3 eran varones. El 85.2% eran fumadores activos pero sólo cumplían criterios clínicos de EPOC el 38.3%. 1/3 de los pacientes eran diabéticos, más de 1/2 presentaban otros FRCV. La media del índice de Charlson era de 3.13 (DE 2.12). El 90% de nuestras neumonías eran de origen comunitario. Como clínica al ingreso presentaban con mayor frecuencia tos y expectoración (82.7%), disnea (73%), fiebre (61.7%). En la analítica de Urgencias había leucocitosis (54.3), insuficiencia respiratoria (58%), deterioro de la función renal (12.3%) y en 3 pacientes trombopenia. El patrón radiológico más común fue la afectación unilobar (65.4%), bilateral (9.9%), derrame pleural (casi 5%) y en 6.2% la radiografía era normal. La puntuación media en el CURB65 fue 1.60 con una desviación estándar 1.7. Ninguno requirió ingreso en UCI. 1 precisó VMNI. La mediana de estancia fue de 9 días, un 92.6% evolucionaron a la curación y alta, reingresando el 20%. Fallecieron 3 pacientes.

**Discusión.** En general los pacientes de mayor edad no ingresan a cargo de Neumología, por lo que los índices de comorbilidad y pronóstico son mejores, lo que puede justificar una menor estancia media, si bien no es estadísticamente significativa. Llama la atención el mayor porcentaje de reingresos en Neumología que aunque no se ha estudiado podría deberse a una mayor tasa de EPOC. En los pacientes con índice de Charlson mayor o igual a 2 existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a evolución desfavorable, al igual que en aquellos que tienen una puntuación en el CURB65 mayor o igual a 3

**Conclusiones.** La hospitalización por neumonía recae en un 75% en Medicina Interna. La complejidad de los pacientes de MI/Geriatria implica una

Tabla 1 (A-165). Comparativa Interservicios

Servicio		Estancia	Edad	Charlson	CURB <sup>65</sup>	Reingreso
M. I.	Media	12,6	72,4	3,1	1,7	
	Desv Típ	8,13	16,6	2,02	1,11	18.6% (11)
Neumología	Media	7,23	67,6	2,4	1,3	
	Desv Típ	3,4	20,3	2,3	,88	26.7% (4)
Geriatria	Media	14	84,83	5	2,	
	Desv Típ	10,2	6,014	1,55	,89	16.7% (1)

mortalidad a un año superior a los de Neumología. La triada tos productiva, disnea y fiebre supone la forma habitual de presentación. Es importante conocer la complejidad de los casos medida con índices pronósticos y de comorbilidad porque de ello se pueden derivar diferencias en la duración de la hospitalización y de forma significativa en una mala evolución.

#### A-166 DESCRIPCIÓN DE UN BROTE DE INFECCIÓN AGUDA POR PARVOVIRUS B19 Y SU PAPEL EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL SÍNDROME FEBRIL DE DURACIÓN INTERMEDIA

**F. Muñoz Beamud<sup>1</sup>, J. Haro González<sup>2</sup>, E. Cañas García-Otero<sup>3</sup> y P. Iraurgi Arcarazo<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Unidad de Enfermedades Infecciosas. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Huelva.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas,

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas,

<sup>4</sup>Servicio de Microbiología. Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** Estudio retrospectivo y descriptivo de las características epidemiológicas y clínicas de un brote de infección aguda por parvovirus B19 en un hospital de tercer nivel.

**Material y métodos.** Se revisaron las historias clínicas de pacientes mayores de 18 años de edad que fueron diagnosticados de infección aguda por parvovirus B19 en un hospital de tercer nivel durante un período de 6 meses, mediante determinación de IgM frente al virus con la técnica de inmunofluorescencia indirecta. Se analizaron datos epidemiológicos, manifestaciones clínicas y parámetros analíticos diversos.

**Resultados.** Se detectaron un total de 26 pacientes con serología Ig M positiva frente al virus durante el primer semestre de 2009, frente a tan sólo 5 casos en los cuatro años anteriores. Solo dos pacientes presentaron detección de IgM positiva frente a otros virus (Citomegalovirus) de forma simultánea. El 76,8% de pacientes (20 casos) se diagnosticaron en el servicio de Enfermedades Infecciosas, detectándose el resto en servicios de Medicina Interna y Reumatología. La distribución por sexos fue 14 mujeres y 12 hombres, con una edad media de  $31,8 \pm 8,3$  años. El 69,2% de los casos (18 pacientes) se diagnosticó entre los meses de Abril y Junio. La fiebre estuvo presente en el 88,4% de los casos (23 pacientes), siendo en 46,1% de las veces (12 pacientes) la única manifestación. En éstos, la duración media fue de  $9,2 \pm 3,6$  días. La combinación de fiebre y adenopatías cervicales se observó en 15,4% casos (4 pacientes). Hasta el 57,6% (15 pacientes) presentó rash cutáneo, en su mayoría máculas eritematosas sin un patrón de distribución bien definido. Las artralgias estuvieron presentes en 46,1% de las veces (12 casos) con afectación principal de muñecas, codos y rodillas, con patrón simétrico. En dos mujeres se apreciaron datos de artritis de muñeca. Desde el punto de vista analítico, el 47% presentó anemia, con valor medio de Hb de  $11,4 \pm 0,5$  mg/dL, sin repercusión clínica; asimismo se detectaron 2 casos de neutrofilopenia y otros tantos de plaquetopenia, en todas las ocasiones de carácter leve con recuperación en un plazo de 21 días. Ningún paciente tenía inmunodeficiencias ni hemopatías de base. Destacó la aparición de hipertransaminasemia en 35,3% casos (9 pacientes), con valores de GPT y GOT por debajo de 300 U/L. Finalmente, la recuperación del cuadro se produjo en todos los pacientes antes de las 3 semanas del inicio de los síntomas.

**Conclusiones.** La infección aguda por parvovirus B19 se manifiesta en forma de brotes epidémicos, agrupados principalmente en los meses de primavera que, en la población adulta, afecta especialmente a adolescentes y adultos jóvenes inmunocompetentes en los que existe menor frecuencia y tipicidad del rash y mayor frecuencia de artralgias que en la infancia. La anemia es leve y puede acompañarse de leucopenia y plaquetopenia. Son frecuentes las presentaciones como fiebre sin foco y, en menor medida, como síndrome poliadenopático, así como la hipertransaminasemia ligera, por lo que hay que considerar esta entidad en el diagnóstico diferencial de la fiebre de duración intermedia y del síndrome mononucleósico.

#### A-167 ANÁLISIS DE CASOS DE MENINGOENCEFALITIS VARICELOSA EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE

**G. Águila Manso<sup>1</sup>, L. Ramírez Relinque<sup>1</sup>, E. Martínez Alfaro<sup>2</sup>, M. López Nieto<sup>1</sup> y A. Puerta García<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

**Objetivos.** La encefalitis por VVZ suele ser autolimitada cuando se manifiesta en la juventud, pero cuando aparece una forma aguda de encefalitis inmediatamente después de la aparición de las lesiones cutáneas, tiene un

curso fulminante caracterizado por un edema cerebral grave. También están descritas otras complicaciones neurológicas incluídas neuritis óptica, mielitis transversa y síndrome de Guillain-Barre. El objetivo de nuestro estudio es determinar las manifestaciones neurológicas por VVZ en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA).

**Material y métodos.** Análisis descriptivo, longitudinal y retrospectivo de los pacientes ingresados con el diagnóstico de meningoencefalitis varicelosa en el CHUA desde enero del 2000 hasta enero del 2009. El diagnóstico se estableció ante el antecedente de lesiones cutáneas compatibles con varicela y la presencia en el líquido cefalorraquídeo de linfocitosis y/o PCR de VVZ positiva en el mismo. Los datos se obtuvieron mediante la revisión de historias clínicas.

**Resultados.** Hemos encontrado 9 casos, ocho varones y una mujer, cuya edad media es de 47,11 años (rango 14-79). No se encuentra asociación estacionaria en la presentación de los casos. Seis de los pacientes presentaban algún tipo de inmunosupresión de diferentes etiologías: 2 infección por VIH (CD4+ de 140 y 370), 2 DM, 1 cáncer. Además cuatro de los pacientes son mayores de 65 años. Uno de los pacientes presentaba herpes zoster recidivante, y seis de los nueve presentaron lesiones cutáneas características de infección por VVZ. En cuanto a los síntomas, el más frecuente fue el cuadro confusional con alteración del nivel de conciencia (8 de 9), 7 de los 9 pacientes presentaron fiebre siendo la media de 38,2<sup>o</sup> C, 6 de ellos iniciaron el episodio con cefalea, 6 presentaron lesiones cutáneas entre 4 y 5 días previos al ingreso, y uno de ellos a los dos días del ingreso. Otros síntomas frecuentes fueron la alteración en el lenguaje que apareció en 4 de los pacientes, y la afectación del estado general junto con vómitos que aparecieron en 5. De forma aislada presentaron tos, disnea, náuseas y vómitos, así como pérdida de fuerza. El tiempo de evolución de los síntomas en el momento del diagnóstico osciló entre 7 y 20 días, siendo la media de 9,5. Dos de los pacientes precisaron ingreso en UCI entre 2 y 6 días. La duración completa del ingreso fue de media 17,33 días, (rango 5 - 2). El diagnóstico se estableció mediante PCR en líquido cefalorraquídeo (LCR) para VVZ en 2 pacientes, y por la coexistencia de lesiones cutáneas con LCR de predominio linfocitario en 7. Se administró aciclovir en todos los pacientes entre 7-30 días (media de 11,8). Entre las complicaciones aparecieron vómitos incoercibles, hipoacusia, neuritis óptica retrobulbar, bacteriemia por *S. coagulans* negativo, esofagitis herpética, retención urinaria, fungemia por *C. albicans*, insuficiencia respiratoria, TEP (en dos de los pacientes), parestesias periorales y en miembros superiores, hipoestesia en periné, uveítis herpética y mielitis transversa. Tres pacientes han presentado secuelas, una hipoestesia en periné, otro paraparesia, vómitos incoercibles, disminución de agudeza visual y cefalea, y en el tercero persiste una afasia transcortical.

**Discusión.** La afectación neurológica es una complicación frecuente de la infección por VVZ y se presenta como neuralgia postherpética, sin embargo la afectación del SNC en forma de meningoencefalitis es infrecuente. Presentamos una serie de 9 casos, 2 de los cuales se diagnosticaron por la PCR de LCR sin la coexistencia de lesiones cutáneas lo cual dificulta el diagnóstico y puede retrasar el tratamiento. También es significativo el alto porcentaje de complicaciones y secuelas en nuestros pacientes.

**Conclusiones.** Es significativo el alto porcentaje de complicaciones y secuelas en nuestros pacientes.

#### A-168 EVOLUCIÓN DE LA INCIDENCIA DE PSEUDOMONAS AERUGINOSA RESISTENTE A CARBAPENEMS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SANT JOAN DE REUS (TARRAGONA)

**P. Repetto<sup>1</sup>, S. Iftimie<sup>1</sup>, F. Ballester<sup>2</sup>, I. Pujol<sup>2</sup> y A. Castro<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Laboratorio de Microbiología. Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Reus (Tarragona).

**Objetivos.** La *Pseudomonas aeruginosa* resistente a carbapenems supone un problema emergente. La aparición de resistencias implica adecuar constantemente el tratamiento antibiótico. Es importante identificar la evolución de estos gérmenes en un hospital con el fin de establecer medidas preventivas e instaurar un tratamiento precoz.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio retrospectivo en un hospital general universitario de 250 camas que da cobertura a un área geográfica de 200.000 habitantes, siendo referencia en oncología para una población de 400.000 habitantes. Se revisaron los pacientes con cultivos positivos para *Pseudomonas aeruginosa* resistente a carbapenems detectadas en nuestro laboratorio de microbiología, en el período comprendido entre enero de 2006 y diciembre de 2008. Se revisaron los datos demográficos (edad, sexo, origen y tipo de muestra, servicio de procedencia y fecha de recogida) y datos microbiológicos (antibiograma, los patrones de sensibilidad de las cepas estudiadas se clasificaron en resistentes, intermedios y sensibles).

**Resultados.** Del total de pacientes ingresados en este intervalo de tiempo (n = 48058) un 2,34% (n = 1126) tuvieron infecciones por *Pseudomonas*

*aeruginosa* spp., el 5,3% (n = 60) fueron *Pseudomonas aeruginosa* resistente a carbapenems. A lo largo de los años se observó un descenso de número de casos: 26, 18, 16. La edad media fue de  $72,78 \pm 11,50$ , el 75% de los pacientes (45/60) tenían más de 70 años. El 63,3% fueron hombres (38/60). 65% de las muestras procedían de servicios médicos (destacando 18 pacientes de medicina interna y 12 en la unidad de convalecencia de nuestro hospital), 21,6% procedían de servicios quirúrgicos (de los cuales la mayoría ubicados en cirugía general – 10 casos), 8,3% se recogieron en urgencias y 5% en el ambulatorio. De las muestras estudiadas 48,3% fueron urinarias, 33,3% respiratorias, 10% exudado ulcero, el resto variado (hemocultivos, líquido peritoneal, herida quirúrgica y exudado fistula). El 100% de los casos tenían resistencia a Imipenem, el 18,3% resistencia a piperacilina-tazobactam, el 53,3% a aztreonam, el 85% a ciprofloxacino, el 65% a levofloxacino, el 83,3% a gentamicina, el 76,6% a tobramicina. Mantenían sensibilidad elevada a cefepime en 94,82% de casos (testada en 58 casos), a ceftazidima en 91,52% de casos (testada en 59 casos), a amikacina en 98,3% de casos, a colistina en 100% (testada en 38 casos) El 63,3% fueron infecciones de origen nosocomial (38/60).

**Conclusiones.** A lo largo de estos tres años se observó un descenso progresivo en la incidencia de muestras positivas por *Pseudomonas aeruginosa* resistente a carbapenems. Cabe destacar la alta proporción de muestras de origen nosocomial. Se mantiene una elevada sensibilidad a: cefepime, ceftazidima, amikacina y colistina. Se observó un incremento en el número de casos resistentes a piperacilina tazobactam (2,4 y 5 casos respectivamente) y descenso en el número de casos resistentes a tobramicina (23, 9 y 14 respectivamente) y a levofloxacino (18, 8, 13).

#### A-169

### IMPACTO DE LA COINFECCIÓN POR VHC EN EFICACIA VIROLÓGICA DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH

M. Torralba González de Suso<sup>1</sup>, L. Tamargo<sup>2</sup>, V. Moreno<sup>2</sup>, A. Costa<sup>1</sup>, S. Lainez<sup>1</sup>, J. Costa<sup>2</sup>, A. del Palacio Pérez-Medel<sup>2</sup> y R. Rubio García<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

**Objetivos.** La infección por VHC es actualmente una de las causas de mayor morbimortalidad en los pacientes con infección por VIH en tratamiento antirretroviral. Existe discusión y controversia sobre el papel que juega la coinfección por VHC en la eficacia virológica en estos pacientes. Nuestro objetivo es analizar si la coinfección por VHC es un factor de riesgo independiente de mala evolución virológica en los pacientes con infección por VIH.

**Material y métodos.** Estudio de cohortes retrospectivo. Se estudiaron 327 pacientes en la Unidad VIH del 12 de Octubre. Se incluyeron pacientes que iniciaron por primera vez el TARGA entre 1997 y el año 2004. Todos los pacientes tuvieron la oportunidad de un seguimiento de al menos 2 años. Se analizaron el porcentaje de pacientes con menos de 500 copias/ml, el incremento de linfocitos CD4 respecto de su cifra basal, la coinfección por VHC y VHB, así como el mecanismo de transmisión (ADVP, homosexual, heterosexual, etc). Se determinó la suspensión del primer tratamiento antirretroviral por cualquier causa. Se realizaron análisis multivariante mediante regresión logística y de regresión de Cox condicional hacia atrás.

**Resultados.** El 72,5% fueron varones con una mediana de edad de 35,8 años. El 52,5% fueron ADVP. Un 28,4% padecían SIDA y un 80% iniciaron el TARGA con menos de 350 linfocitos CD4. La mediana de linfocitos CD4 basales fue de 172 y el log CV fue de 4,87. El 58,4% presentaban una serología positiva para VHC y un 4% presentaban un HBsAg positivo. En el análisis univariante, presentar una serología positiva para VHC (OR: 0,42, IC95%: 0,294-0,726; p = 0,0001), presentar una PCR para VHC (p = 0,032), ser ADVP (p = 0,0001), o tomar metadona (p = 0,008) y la edad (p = 0,009) se asociaban con alcanzar una CV < 500 copias/ml a los 12 meses. Cuando se ajusta en un modelo multivariante de regresión de Cox condicional hacia atrás, incluyendo como variables independientes la cifra basal de CD4/100, el log10 de la carga viral, la utilización de IP o de un NN, y la serología para VHC, sólo la serología positiva para VHC se muestra como predictor independiente de suspensión del tratamiento antirretroviral por cualquier causa (HR: 1,53, IC95%: 1,16-2,00, p = 0,002). En la regresión logística multivariante condicional hacia atrás incluyendo como variable dependiente el tener una carga viral menor de 500 copias/ml al año de iniciar el TARGA y como variables independientes la edad, la serología VHC, ser ADVP como mecanismo de transmisión, el tratamiento con AZT frente a D4T, la incorporación de un IP o un NN como tercer fármaco, el haber padecido SIDA, los linfocitos CD4 basales/100 y el tener basalmente una carga viral mayor de 100.000 copias/ml, sólo el ser ADVP (OR: 0,44; IC95%: 0,27-0,73; p = 0,001) y la edad (OR 1,035; IC95%: 1,002-1,069; p = 0,032) se comportaron como predictores de carga viral indetectable en el primer año.

**Discusión.** En muchos estudios la presencia de coinfección por VHC se asocia con una peor respuesta virológica. Sin embargo, como hemos visto en

nuestro estudio, en el análisis multivariante, cuando se añade la variable ser o no ADVP, desaparece el efecto de la VHC como predictor independiente de carga viral indetectable.

**Conclusiones.** La adicción a drogas por vía parenteral es un factor independiente de peor respuesta virológica siendo la coinfección por VHC una variable subrogada de ésta.

#### A-170

### ENDOCARDITIS INFECCIOSA: FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD

R. Núñez Aragón<sup>1</sup>, I. Casas<sup>2</sup>, B. Revollo<sup>1</sup>, M. Pedro-Botet<sup>1</sup>, L. Mateu<sup>1</sup>, A. González<sup>2</sup>, M. Sabrià<sup>1</sup> y C. Rey-Joly<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Medicina Preventiva, <sup>3</sup>Servicio de Cardiología. H. Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona).

**Objetivos.** La elevada morbimortalidad asociada a la endocarditis infecciosa (EI) hace que nos planteemos el objetivo de conocer los factores predictores de mortalidad en esta complicación infecciosa.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio prospectivo observacional realizado entre enero 2003 y enero 2009, con un total de 178 casos, realizado en el H. Germans Trias i Pujol de Badalona. Se incluyeron aquellos pacientes diagnosticados de EI, que cumplieran los criterios de Duke, y se clasificaron en función de su evolución durante la fase aguda de la enfermedad en grupo 1 (60 (33,7%) pacientes fallecidos) y grupo 2 (118 (66,3%) pacientes no fallecidos).

**Resultados.** La mayoría de los pacientes fueron hombres (grupo 1 37 (61,7%) vs. grupo 2 83 (70,3%). La edad media fue de 64,6 (± 12,9) y de 61,5 (± 14,8) en los grupos 1 y 2 respectivamente. Las variables que se asociaron a mortalidad en el estudio univariado fueron el origen nosohusial (36,6% vs. 15,2%, p = 0,001), la infección de catéter (23,3% vs. 7,6%, p = 0,003), la hepatopatía crónica (23,3% vs. 10,2%, p = 0,19), la endocarditis protésica precoz (47,6% vs. 10,8%, p = 0,002), la insuficiencia cardíaca (53,3% vs. 29,7% p = 0,002) y el shock (33,3% vs. 5,9%, p < 0,001) como complicación clínica, la desestimación para la cirugía pese a su indicación (51,7% vs. 87,4%, p < 0,001), la afectación de la válvula mitral (48,3% vs. 34,7%, p = 0,07), el carácter agudo de la infección (2,5 semanas vs. 4,1 semanas, p < 0,001), trastornos analíticos como la leucocitosis (14367,35 leucocitos vs. 11151,94 leucocitos, p = 0,049) y el incremento de la PCR (198,57 mg/L vs. 84,79mg/L, p = 0,058). Por el contrario la cirugía (43,3% vs. 60,7%, p = 0,028) y la localización aórtica (51,7% vs. 68,6%, p = 0,27) se asociaron a una menor mortalidad. En el estudio multivariado, las únicas variables que se mantuvieron significativas fueron la edad (p = 0,043, OR: +1,029) y las complicaciones clínicas durante el episodio infeccioso (p = 0,031, OR: +3,391).

**Conclusiones.** La EI es una complicación infecciosa con una elevada mortalidad asociada a variables de muy distintas índoles, interrelacionadas entre ellas y de las que destacan la edad y las complicaciones evolutivas.

#### A-171

### MALARIA: REVISIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS REALIZADOS EN LOS ÚLTIMOS DIEZ AÑOS

F. Rubio Toral<sup>1</sup>, M. Villegas Urbano<sup>1</sup>, M. Cortés-Lletget<sup>1</sup>, S. Pintado Lauleza<sup>1</sup> y C. Alonso-Tarrés<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología-Consorci de Laboratoris Intercomarcal. Hospital de L'Hospitalet-Consorci Sanitari Integral. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

**Objetivos.** Describir las características clínicas, epidemiológicas y microbiológicas de los pacientes diagnosticados de malaria en los últimos 10 años en un Hospital de 2º nivel que atiende una población de adultos con un alto porcentaje de inmigración.

**Material y métodos.** Se revisaron las historias clínicas de los casos de malaria diagnosticados mediante técnicas de examen microscópico directo y/o PCR entre Junio 1999 y Junio 2009, realizados por sospecha clínica o bien por detección accidental en el frotis de sangre. Se analizaron variables epidemiológicas, clínicas y de laboratorio. Se valoraron el tratamiento y seguimiento realizados.

**Resultados.** Entre junio de 1999 y junio de 2009 fueron diagnosticados 38 casos de malaria, de los cuales el 58% fueron en varones. La edad media fue de 35,9 años (15-74). Procedían de 10 países diferentes: Guinea Ecuatorial (11), Guinea Bissau (3), Guinea Conakry (1), Ecuador (13), Nigeria (4), Mali (2), Bolivia (1), Camerún (1), Ghana (1), Senegal (1), con predominio de población sudamericana durante los 3 primeros años y de subsaharianos durante los últimos 7 años. El tiempo medio de residencia en España fue de 2,7 años. 21 pacientes referían antecedentes de malaria previa y 24 habían realizado un viaje reciente a su país de origen, según constaba en la historia clínica. Ingresaron 34 pacientes y la estancia media hospitalaria fue de 7 días. Los motivos de consulta fueron: fiebre (34), cefalea (22), artromial-

gias (17), dolor abdominal (12), diarrea (8) e ictericia (3). Se detectó anemia en 15 pacientes, plaquetopenia en 25 y elevación de VSG en 23. La sospecha clínica al inicio del cuadro se produjo en 32 de los pacientes; en 4 casos se orientó el diagnóstico durante el ingreso hospitalario y en 2 fue un hallazgo casual en una analítica de rutina en la que se objetivó parasitemia. Se realizó el diagnóstico por tinción de Giemsa de la sangre en 34 casos, posteriormente confirmada por PCR. En 4 pacientes en los que el examen directo fue negativo el diagnóstico se realizó sólo por PCR. Se detectaron 24 casos de infección por *Plasmodium falciparum*, 13 por *P. vivax*, 1 por *P. ovale* y uno de los pacientes presentó una infección mixta por *P. falciparum* y *P. ovale*.

**Discusión.** En un hospital como el nuestro, situado en una zona con elevada proporción de población inmigrante, se han detectado 38 casos de malaria en los últimos 10 años. La totalidad de los pacientes son extranjeros y en su mayoría residentes desde hace tiempo en España. Se deduce insuficiente información y/o motivación en este colectivo para realizar profilaxis cuando viajan a su país. Por ello habría que incidir en la necesidad de realizar profilaxis, no sólo de la población española que realiza viajes al trópico, sino también de aquella población residente que visita su país de origen. Dado que se trata de población inmigrante laboralmente activa era de esperar que la edad media fuera baja, como así fue. Los cambios en la procedencia geográfica de nuestros pacientes coincide con los cambios observados en los flujos migratorios de nuestra área. Ante cualquier paciente que consulta por fiebre y clínica de mal estado general tras un viaje a una zona endémica de malaria, ésta debe ser descartada.

**Conclusiones.** 1) Predominio de pacientes jóvenes con una edad media de 35,9 años. 2) La mayoría de los pacientes vivía en España y había realizado viaje a su país recientemente. No se ha detectado ningún caso en pacientes españoles. 3) Cambio de procedencia geográfica en los últimos años. Predominio de pacientes procedentes de Latinoamérica en los primeros años del estudio y de África subsahariana en los últimos años 4) El motivo de consulta fue fiebre, cefalea, artromialgias y dolor abdominal en la mayoría de los casos y el hallazgo de laboratorio más frecuente fue la plaquetopenia. 5) Importancia de la realización de PCR para el diagnóstico de parasitación mixta y parasitaciones bajas.

#### A-172 VALORACIÓN Y CONSECUENCIA DEL DIAGNÓSTICO TARDÍO DE INFECCIÓN VIH

**E. Sánchez Ballester, K. Antello Cuellar, P. Sorni Moreno, V. González, L. Lionel, D. Gracia Escrivá, E. Ortega y A. Herrera Ballester**  
*Servicio de Medicina Interna. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia.*

**Objetivos.** El diagnóstico precoz de la infección VIH es considerado primordial para acometer de una forma óptima el seguimiento del paciente, así como el inicio de las profilaxis de las infecciones oportunistas en el momento preciso. Existen campañas sanitarias destinadas a tal fin. Pero siguen produciéndose diagnósticos de VIH en el mismo momento en que acontece en el paciente una enfermedad definitoria de sida, son los diagnósticos tardíos. Esto implica un peor pronóstico ya que la eficacia de los tratamientos depende en gran parte de su precocidad. El objetivo de este estudio es analizar las características de los pacientes con diagnóstico simultáneo de infección VIH y de estadio C3 durante el ingreso en nuestra unidad.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes ingresados en nuestra unidad desde Enero 2004 hasta Diciembre 2008 que fueron diagnosticados "de novo" de infección VIH y estadio C3. Estudiamos características epidemiológicas, clínicas (CD4 basales y la patología oportunista que justifica el estadio C3). Se valora la respuesta al tratamiento, por el número semanas de tratamiento necesarias para alcanzar niveles de CD4 superiores a 250 y para lograr carga viral indetectable) y por último, los fallecimientos constatados.

**Resultados.** En el período comprendido entre los años 2004 y 2008 el diagnóstico de VIH coincidió con el de Sida durante el ingreso en 49 pacientes. Esto supuso un 79,6% de los casos diagnósticos de sida en esos años y un 56,1% de los casos sida declarados en nuestro hospital. Los años con más frecuencia de casos fueron 2006 y 2007 con 14 y 17 casos respectivamente. La mayoría fueron hombres (69,4%) con una edad media de 37,96 ± 10,58 años. En cuanto a la vía de contagio predominó la sexual frente a la relacionada con el uso de drogas intravenosas, con 34,7% frente a un 16,3%, respectivamente y hasta en un 49% de los casos los pacientes no consideraban prácticas relacionadas con la infección. Las patologías oportunistas principales que justificaron el estadio C3 fueron la Tuberculosis con un 32,7% (16 pacientes) y la neumonía por *P. jirovecii* con un 22,4% (11 pacientes). Los niveles medios de CD4 al ingreso fueron de 82,9 ± 82,7 cel/ul con un porcentaje de CD4 medio de 8,0 ± 6,2. El 63% (31 pacientes) alcanzaron un nivel de CD4 superior a 250 tras 39,68 ± 43,27 semanas de media y la indetectabilidad del virus tras 41,85 ± 33,44 semanas. El porcentaje de fallecimientos registrados ha sido un 20% (10 pacientes).

**Conclusiones.** Un elevado porcentaje de los nuevos casos de diagnóstico de sida corresponden a casos de diagnóstico muy tardío de VIH, en el que el diagnóstico de sida coincide con el de infección VIH. En estos casos la mortalidad de los pacientes se acentúa. La respuesta al tratamiento fue más tardía, alcanzando su eficacia entre el 6 y 12 mes del inicio. Estos datos justifican la necesidad de insistir con las campañas de ofrecer la determinación de la prueba del VIH de forma generalizada.

#### A-173 IMPACTO DE LA COINFECCIÓN POR VHC EN EFICACIA INMUNOLÓGICA DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH

**M. Torralba González de Suso<sup>1</sup>, L. Tamargo<sup>2</sup>, V. Moreno<sup>2</sup>, A. Costa<sup>1</sup>, S. Lainez<sup>1</sup>, J. Costa<sup>2</sup>, A. del Palacio Pérez-Medel<sup>2</sup> y R. Rubio García<sup>2</sup>**

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

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

**Objetivos.** La infección por VHC es actualmente una de las causas de mayor morbimortalidad en los pacientes con infección por VIH en tratamiento antirretroviral. Existe discusión y controversia sobre el papel que juega la coinfección por VHC en la reconstitución inmunológica en estos pacientes. Nuestro objetivo es analizar si la coinfección por VHC es un factor de riesgo independiente de mala evolución inmunológica en los pacientes con infección por VIH.

**Material y métodos.** Estudio de cohortes retrospectivo. Se estudiaron 327 pacientes en la Unidad VIH del 12 de Octubre. Se incluyeron pacientes que iniciaron por primera vez el TARGA entre 1997 y el año 2004. Todos los pacientes tuvieron la oportunidad de un seguimiento de al menos 2 años. Se analizaron el porcentaje de pacientes con menos de 500 copias/ml, el incremento de linfocitos CD4 respecto de su cifra basal, la coinfección por VHC y VHB, así como el mecanismo de transmisión (ADVP, homosexual, heterosexual, etc). Se determinó la suspensión del primer tratamiento antirretroviral por cualquier causa. Se realizó análisis multivariante mediante regresión logística condicional hacia atrás.

**Resultados.** El 72,5% fueron varones con una mediana de edad de 35,8 años. El 52,5% fueron ADVP. Un 28,4% padecían SIDA y un 80% iniciaron el TARGA con menos de 350 linfocitos CD4. La mediana de linfocitos CD4 basales fue de 172 y el log CV fue de 4.87. El 58,4% presentaban una serología positiva para VHC y un 4% presentaban un HBsAg positivo. Al los 12 meses un tercio de los pacientes tenían un incremento inferior a 117 CD4/mcl. En el análisis univariante, presentar una serología positiva para VHC (OR:2,82, IC95%: 1,44-5,63; p = 0,002), Tener una PCR VHC positiva (p = 0,002), ser ADVP (p = 0,008), y tener un log CV mayor (p = 0,005) se asociaban con alcanzar un incremento inferior a 117 CD4 a los 12 meses. El incremento medio de linfocitos CD4/mcl en los sujetos con menos de 200 CD4/mcl fue de 195 al año y de 312 a los 2 años frente a 185 y 312 linfocitos CD4/mcl en los sujetos con más de 200 linfocitos CD4/mcl basales (p = 0,69 en el primer año y p = 0,99 en el segundo año) En un análisis multivariante de regresión logística, incluyendo en el modelo como variable dependiente una cifra de linfocitos CD4/mcl inferior a 117 cel./mm<sup>3</sup> y como variables independientes: la edad, los linfocitos CD4/mcl basales/100, el presentar una carga viral basal mayor de 100.000 copias/ml, el uso de AZT frente a D4T y el uso de IP frente al uso de NN, la coinfección por VHC y un HBsAg positivo, se observó que sólo la infección por VHC se asociaba a una peor recuperación inmunológica (OR: 3,14, IC95%: 1,44-6,82; p = 0,004; R2 de Nagelkerke: 0,125).

**Discusión.** En muchos estudios la presencia de coinfección por VHC se asocia con una peor respuesta inmunológica. No se conoce bien la razón por la cual existe este efecto negativo en la reconstitución inmunológica. Algunos autores lo justifican por interrupciones frecuentes de tratamiento antirretroviral o hiperesplenismo. Se hace necesario por tanto un esfuerzo en el control y tratamiento de los pacientes con infección por VHC.

**Conclusiones.** La infección por VHC se muestra como un factor independiente de peor respuesta inmunológica.

#### A-174 PERFIL MICROBIOLÓGICO Y LÍNEAS DE ANTIBIOTERAPIA EN PACIENTES CON NEUMONÍA EN UN HOSPITAL GENERAL DE 2º NIVEL

**P. Alcázar Carmona<sup>1</sup>, M. Franco Huerta<sup>1</sup>, A. Escalera Zalvide<sup>1</sup>, M. Sánchez Ruiz de Gordo<sup>2</sup>, R. Molina Cano<sup>1</sup>, L. Salcedo Jódar<sup>3</sup>, L. Rodríguez Rojas<sup>1</sup> y M. Martínez Gabarrón<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Farmacia, <sup>3</sup>Urgencias. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

**Objetivos.** Describir las pautas y duración de tratamiento empleadas en pacientes ingresados por neumonía en el Hospital General La Mancha Centro en 2008, señalar los gérmenes más prevalentes y la frecuencia de toma de muestras para microbiología.

**Material y métodos.** Se seleccionó una muestra aleatoria, homogénea y estadísticamente comparable de 81 pacientes recogidos del CMDB durante el año 2008 (433 pacientes). Se excluyeron 7 pacientes pediátricos, 4 oncohematológicos y 8 en los que el diagnóstico estaba mal codificado. Se llevó a cabo un estudio descriptivo retrospectivo recogiendo de las historias de hospitalización distintas variables de tratamiento y microbiológicas. El análisis estadístico se realizó con SPSS versión 15.0.

**Resultados.** Obtuvimos una muestra aleatoria de 81 pacientes. Se cursaron hemocultivos en 63.3% de los que el 48.1% fueron positivos. Sólo en un tercio se determinó antigenuria de Legionella y Neumococo que fue positiva en 15 y 13 casos respectivamente. En el 24.3% se obtuvo aislamiento microbiológico, de los cuales el 61.5% se hizo en hemocultivos y el 23% en esputos. El neumococo representa el 25%. Todos recibieron tratamiento antimicrobiano empírico al ingreso (43.2% levofloxacino, 30% amoxi-clavulánico y 23.45% ceftriaxona, solos o en combinación). La duración media de tratamiento fue de 14.92 días (DS 11.41), con 8.21 días de media por vía endovenosa y 7.06 días por vía oral. En 2/3 se mantuvo el tratamiento inicial pero en 10 casos se modificó la pauta por mala evolución. Sólo en 5 casos se precisó el cambio por antibiograma y únicamente en 6 pacientes en los que se cambió el régimen recibieron carbapenemes. Recibieron terapia secuencial previa al alta el 54% de los pacientes. Levofloxacino (38.3%), amoxi-clavulánico (16%) y cefditoren (14.8%) fueron los fármacos más utilizados vía oral. Un 63% de los pacientes continuaron tratamiento antimicrobiano al alta.

**Discusión.** Es llamativa la baja utilización de antigenuria respecto al número de hemocultivos solicitados. Como es esperable la etiología más habitual es el neumococo aunque destaca la alta prevalencia de antigenuria positiva para Legionella, que podría estar parcialmente justificada por un brote epidémico que tuvo lugar en nuestro área en los últimos meses. Los tratamientos intravenosos se prolongan más tiempo del recomendado en detrimento de la terapia secuencial que se debía haber introducido más precozmente.

**Conclusiones.** El neumococo es el germen implicado más frecuentemente aislado en nuestro medio. Debe hacerse hincapié en la recogida de muestras microbiológicas en la primera toma de contacto con el paciente ante la sospecha clínica de neumonía. La tasa de terapia secuencial es inferior a lo recomendado en las guías clínicas, si bien las líneas empíricas de tratamiento y la duración del mismo sí que se ajustan a los consensos. La falta de conciencia de uso de terapia secuencial redundante de forma notable en un mayor gasto farmacéutico.

#### A-175

##### CALIDAD ASISTENCIAL EN LA EXACERBACIÓN DE EPOC

P. Wikman, P. Safont, E. Calabuig, P. Esteve, S. Bañón, M. Pacheco y J. Merino

Servicio de Medicina interna. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant. Sant Joan d'Alacant (Alicante).

**Objetivos.** Medir la calidad asistencial en la exacerbación EPOC.

**Material y métodos.** Hemos elaborado un cuestionario con 43 ítems mediante los cuales hemos evaluado la calidad en la asistencia de la exacerbación de EPOC. Hemos incluido todos los criterios de calidad de la GOLD. Separamos el cuestionario en requisitos de la historia clínica, la exploración física, las pruebas complementarias y el informe de alta. Incluimos las exacerbaciones de EPOC ingresadas en nuestro servicio los últimos 6 meses (21 pacientes).

**Resultados.** Las mayores insuficiencias las hemos hallado en el registro de la severidad del EPOC, el número de ingresos previos y el tiempo que hacía desde el último ingreso por EPOC. La ventilación mecánica no invasiva también se empleó de manera insuficiente, únicamente las recibieron la mitad de los pacientes en quien estaba indicado. Es llamativo la cantidad de pacientes que estaban diagnosticados de EPOC y no tenían hechas pruebas funcionales respiratorias 76,2%.

**Conclusiones.** El empleo de la VMNI es altamente insuficiente entre nuestros pacientes. El diagnóstico de EPOC es poco científico, pues un alto porcentaje de pacientes carecen de PFR.

#### A-176

##### ESTUDIO PROSPECTIVO DE LA NEUTROPENIA FEBRIL (NF) POST-QUIMIOTERAPIA (QT) Y RESULTADOS PRELIMINARES DE VALIDACIÓN DE LA ESCALA MODIFICADA DE MASCC EN PACIENTES CON NEOPLASIA SÓLIDA

E. Vizuete<sup>1</sup>, L. Llobera<sup>1</sup>, E. de Felipe<sup>1</sup>, M. Domínguez<sup>2</sup>, D. Vilar<sup>2</sup>, A. Font<sup>3</sup>, M. Pedro-Botet<sup>1</sup> y C. Rey-Joly<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas, <sup>2</sup>Servicio de Urgencias, <sup>3</sup>Servicio de Oncología (ICO). H. Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona).

**Objetivos.** La NF es una complicación frecuente en pacientes oncológicos que reciben QT. La escala de la Asociación Multinacional de Tratamiento de

Soporte en Cáncer (MASCC) es un instrumento útil para estratificar el riesgo individual de pacientes con NF post-QT y cáncer. Recientemente hemos validado esta escala en un estudio prospectivo y observado que presenta una elevada sensibilidad para detectar pacientes con riesgo de desarrollar complicaciones o fallecer, pero una especificidad escasa. Con objeto de aumentar la sensibilidad de esta escala, se han efectuado modificaciones de la misma en lo que concierne a la edad y la gravedad de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de los pacientes. **Objetivos:** 1.- Describir las características epidemiológicas, clínicas y microbiológicas de la NF inducida por QT en pacientes afectados de neoplasia sólida estratificados según la escala de MASCC. 2.- Validar la modificación de la escala clásica de MASCC en estos pacientes.

**Material y métodos.** 1.- Estudio prospectivo de incidencia sobre NF post-QT en pacientes con neoplasia sólida en el HGTIIP. 2.- Se calcularán sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN) de la prueba, definida en este estudio como MASCC modificado de alto riesgo (prueba positiva) y bajo riesgo (prueba negativa) para complicaciones y/o mortalidad. Período de estudio: de julio de 2008 a julio de 2010, aunque se ha realizado un análisis preliminar el 30 de abril de 2009.

**Resultados.** Se han evaluado 32 episodios en 30 pacientes. 18 (56,3%) fueron hombres. La edad media fue 61,3 (rango 35-77). Las neoplasias más frecuentes fueron pulmón (14/43,8%), seguido de colon (5/15,6%) y mama (4/12,5%). 18 (56,3%) tuvieron un cáncer metastático. La indicación de la QT fue paliativa en 19 (59,3%). El origen de la NF fue comunitario en 29 (90,6%). La NF apareció a los 8,1 días (2-17) del ciclo de QT. 19 (59,3%) de los episodios correspondieron a fiebre sin foco, 8 (25%) a episodios clínicamente documentados (CD) y 5 (15,6%) a episodios microbiológicamente documentados (MD). Entre los CD, 4 (50%) presentaron neumonía. Entre los MD, predominó *E. coli* (5/71,4%) y el origen de infección fue urinario en 2 (40%). El único caso de bacteriemia primaria y shock séptico se presentó en 1 paciente de alto riesgo. La media de gránulos al ingreso fue de 283,4 (0-832). 12 (37,5%) tuvieron < 100 gránulos. 19 (59,4%) tuvieron un MASCC  $\geq$  21, de los que 3 fueron dados de alta el día 0, 11 ingresaron en unidad de corta estancia y 5 en S. Oncología. 13 (40,6%) tuvieron un MASCC < 21, de los que 3 (23%) tuvieron un MASCC modificado de bajo riesgo. La S, E, VPP y VPN fueron del 100%, 50%, 70% y 100%, respectivamente. 17 (53,1%) (10 de bajo riesgo, 7 de alto riesgo) desarrollaron alguna complicación grave evolutiva, sin embargo no falleció ningún enfermo. La estancia hospitalaria media global fue de 13,9 días.

**Conclusiones.** La escala de MASCC no ha sido útil para predecir la aparición de complicaciones graves en la NF post-QT. A pesar de la vigilancia activa de los episodios de NF post-QT en nuestro centro, la estancia media hospitalaria ha sido inaceptablemente elevada.

#### A-177

##### CAMBIOS EN LA MICROBIOTA INTESTINAL MULTIRRESISTENTE CON EL USO DE PROBIÓTICOS DURANTE EL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO

M. Velasco<sup>1</sup>, A. Delgado-Iribarren<sup>2</sup>, C. Guijarro<sup>1</sup>, T. Requena<sup>3</sup>, R. Pavon<sup>1</sup>, S. Nistal<sup>1</sup>, B. Herreros<sup>1</sup> y C. Pelaez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Unidad de Infecciosas, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Área de Laboratorio. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón (Madrid). <sup>3</sup>Instituto del Frío. Centro Superior de Investigaciones Científicas (Madrid).

**Objetivos.** Es conocido que el tratamiento con antibióticos altera la microbiota intestinal y puede conducir a la selección de bacterias multirresistentes. Además, hay datos de que la ingesta de probióticos puede modificar la microbiota de forma beneficiosa. Sin embargo, hay pocos estudios aleatorizados y ciegos que hayan valorado el posible efecto protector de los probióticos sobre la microbiota intestinal durante el tratamiento antibiótico, especialmente sobre las bacterias multirresistentes.

**Material y métodos.** Ensayo clínico aleatorizado y triple ciego (junio-05/enero-08) (ref: AGL2004-07285-C02). Los pacientes ingresados en MI que empezaron en las 48 horas previas con amoxicilina-clavulánico o levofloxacino se aleatorizaron a recibir 200 ml/día de (2:2:1) yogur placebo (*S. thermophilus* 109 ufc/ml, *L. bulgaricus* 107 ufc/ml), yogur probiótico (los previos y además *L. acidophilus* 107 ufc/ml, *B. lactis* 108 ufc/ml, *L. casei* 107 ufc/ml) o nada (grupo de control no ciego) hasta cinco días después de terminar el antibiótico. El yogur y el placebo tenían igual sabor y apariencia externa. Seguimiento posterior: un mes. Se recogieron datos epidemiológicos y clínicos de los pacientes y heces de los grupos con yogur para realizar recuento de la microbiota intestinal en 4 momentos: 1) día 1 (sin yogur y con < 48 horas de antibiótico), 2) día 3 (con yogur y antibiótico), 3) día 14 (con yogur y antibiótico) y 4) día 25 (sin antibiótico ni yogur). Se comparó la prevalencia entre ambos grupos ( $\chi^2$ ) de enterobacterias productoras de BLEE (EBLEE) y gram positivos resistentes a vancomicina (GPRV), así como la evolución en cada grupo (ANOVA).

**Resultados.** Se recogieron 168 muestras de heces de 314 pacientes. No hubo diferencias entre las características epidemiológicas y clínicas entre los pacientes de ambos grupos. Todas las EBLEE fueron *E. coli* excepto una *K pneumoniae*. El porcentaje de EBLEE en el grupo placebo fue: 1) 10,5% 2) 36,0% 3) 16,7% 4) 20,0%,  $p > 0,05$ . El porcentaje de EBLEE en el grupo probiótico: 1) 16,7% 2) 26,7% 3) 50,0% 4) 35,7%,  $p > 0,05$ . El porcentaje de ERV fue para el placebo: 1) 20,0% 2) 20,0% 3) 16,7% 4) 50,0%,  $p > 0,05$  y para el probiótico: 1) 11,1% 2) 17,2% 3) 55,0% 4) 50,0%,  $p = 0,003$  No hubo diferencias de prevalencia de EBLEE y GPRV entre los grupos placebo y probiótico en las muestras basales, del día 3 y del final del tratamiento,  $p > 0,05$ . En la 3ª muestra (día 14), el porcentaje de EBLEE y GPRV fue mayor en el grupo probiótico ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones.** Los probióticos no ejercen efecto beneficioso sobre la microbiota intestinal durante el tratamiento antibiótico. La prevalencia de colonización basal por EBLEE y GPRV es alta. El tratamiento antibiótico aumenta esta prevalencia durante el tratamiento y en el mes posterior. El aumento es mayor durante el tratamiento antibiótico, y en ningún caso disminuye hasta el nivel basal. La ingesta de yogur con probióticos no modifica la prevalencia de EBLEE en heces durante y 1 mes después del tratamiento antibiótico y parece aumentar la prevalencia de GPRV.

## PACIENTE PLURIPATOLÓGICO/ EDAD AVANZADA

### EA-1

#### SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS POR FRACTURA DE CADERA

P. Moral, A. González, C. Campo, R. Alonso, J. Todolí, J. Aguilar y J. Calabuig

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

**Objetivos.** Describir la prevalencia de síndrome confusional agudo (SCA) en pacientes ancianos hospitalizados por fractura de cadera, evaluar sus características clínicas, factores predisponentes y mortalidad durante el ingreso.

**Material y métodos.** Estudio observacional y prospectivo en el que se incluyeron 109 pacientes mayores de 64 años ingresados por fractura de cadera a lo largo de dos meses. Se registraron datos demográficos, comorbilidad general con el score de Charlson, capacidad funcional con la escala de Barthel, deterioro cognitivo con la escala de Pfeiffer, estado nutricional con el test MNA-SF y deterioro visual y auditivo con los tests de Jaeguer y del susurro. También número total de psicofármacos que tomaba el paciente, días de hospitalización y mortalidad durante la misma. Los pacientes fueron evaluados cada día por médicos entrenados para constatar la presencia de SCA mediante la realización de la versión validada en español del Confusion Assessment Method.

**Resultados.** De los 109 pacientes evaluados en el estudio 94 eran mujeres (86,2%). La edad media de la muestra fue de 81 años (IC 95% 79,7-82,2). Treinta y seis pacientes (33%) presentaron un SCA, de los cuales el 38,8% fue prevalente y el 61,2% incidente con una duración media del delirium de 3,2 días (IC 95% 2,5-3,8). Por otra parte, de los factores predisponentes evaluados tan solo se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) en los scores de Barthel, Pfeiffer y MNA-SF en el grupo que desarrolló SCA con respecto al resto de pacientes no mostrando diferencias en términos de mortalidad.

**Discusión.** La prevalencia de SCA en pacientes ancianos con fractura de cadera es alta, con unos porcentajes que oscilan entre el 28% y el 50% se-

Tabla 1 (EA-1). Comparación variables estudiadas (medias y desviación estandar)

	Cuadro confusional agudo	Sin cuadro confusional	p
Edad	82,74 (6,3)	81,09 (6,9)	0,2
Barthel	65,29 (26,8)	78,78 (24,2)	0,01
Charlson	1,26 (1,4)	1,54 (1,5)	0,3
MNA-SF	10,66 (2,3)	11,72 (1,9)	0,01
Pfeiffer	5,83 (3,2)	8,76 (1,8)	0,0001
Psicofármacos	1,06 (1,1)	0,7 (0,8)	0,07
Días ingreso	10,91 (3,7)	11,59 (3,6)	0,3
Mortalidad	1 (2,9%)	2 (2,7%)	0,9

gún las series publicadas, asociándose a un aumento tanto de la mortalidad como del deterioro funcional e implicando una prolongación de los días de hospitalización. En nuestra serie la prevalencia fue alta (33%), sobre todo a costa de los casos incidentes (61,2% de los SCA) siendo los factores predisponentes que se asociaron a su aparición el deterioro cognitivo y funcional previo y los estados de desnutrición. Por otra parte, y a diferencia de otras series, la aparición de SCA no implicó un aumento en los días de hospitalización ni un peor pronóstico en términos de mortalidad durante el ingreso.

**Conclusiones.** La prevalencia de SCA en pacientes ancianos ingresados por fractura de cadera es alta, debido sobre todo a los casos de nueva aparición. Los principales factores asociados a su aparición son: los estados de deterioro funcional y cognitivo previos y las situaciones de desnutrición. Deben incrementarse las medidas de detección precoz de dichos cuadros y aplicarse medidas preventivas adecuadas en pacientes de alto riesgo.

### EA-2

#### ESCALAS DE EVALUACIÓN FUNCIONAL EN EL PACIENTE INGRESADO EN MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL TERCIARIO

P. Sorní Moreno<sup>1</sup>, F. Pedro de Lelis<sup>1</sup>, A. San Jose Laporte<sup>2</sup>, E. Sánchez Ballester<sup>1</sup>, D. García Escrivá<sup>1</sup>, J. Pérez Silvestre<sup>1</sup> y A. Herrera<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General Vall d'Hebron - Área General. Barcelona.

**Objetivos.** Gran parte de los pacientes que ingresan en nuestro servicio, son pacientes pluripatológicos de edades avanzadas. El objetivo del estudio es realizar una valoración geriátrica integral que incluya la esfera clínica, funcional, mental y social.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo en el que seleccionamos a los pacientes ingresados en nuestro servicio durante los meses de Mayo y Junio de 2008. Criterios de inclusión: Edad superior a 75 años y/o 3 de los siguientes criterios: Presencia de pluripatología relevante, el proceso o enfermedad principal posee carácter incapacitante, existencia de patología mental acompañante o predominante y/o problemática social en relación con su estado de salud. Fueron un total de 109 pacientes a los cuales les realizamos un Formulario con las siguientes escalas: Escala de Barthel basal (situación previa al episodio que deriva el ingreso). Escala de Barthel en el momento del alta.-Escala de Evaluación Sociofamiliar. Test del informador abreviado. Los datos fueron analizados utilizando el software estadístico SPSS versión 15 para Windows.

**Resultados.** De los 109 pacientes 77 eran mujeres y 31 hombres con una edad mediana de 84 años (65-98). Las patologías que condicionaron el ingreso: sepsis de foco respiratorio 24,1%, sepsis de foco urinario 22,2% e Insuficiencia cardiaca 18,5%. La estancia mediana hospitalaria fue de 9 días (1-32). El 27,8% (30) tenía una dependencia total para las ABVD (Barthel inferior a 20), el 10,2% grave (20-39 pto), el 13% moderada (40 y 59 pto), el 26,9% leve (mayor de 60 pto) y un 22,2% eran independientes (Barthel de 100). Hubieron 22 éxitos durante estos 2 meses. Al alta el 45,4% (49) presentaban una dependencia total para las ABVD, el 10,2% grave, el 7,4% moderada, el 24,1% una leve y el 13% eran independientes. Situación sociofamiliar: El 17,6% procedían de una Residencia por lo que no fue necesario hacer una valoración de este área. El 21,3% presentaban una situación muy buena (menor o igual a 5 puntos en la escala), el 25% buena (entre 6 y 7 puntos), el 20,4% presentaban un problema social moderado (entre 8 y 9 puntos) y el 15,7% un problema social severo. Destino al alta: El 62% domicilio. El 10,2% residencia. El 3,7% hospital de crónicos. El 3,7% hospitalización domiciliaria. El 20,4% (22) fue éxitus. Evaluación del nivel cognitivo: El 31,5% (34) de los pacientes presentaban demencia (tipo Alzheimer, vascular, senil...) diagnosticada previa al ingreso por lo que no fue necesario realizarles el Test del informador abreviado. Detectamos signos de deterioro cognitivo (puntuación mayor a 57 puntos) en el 35,8% de los pacientes.

**Conclusiones.** 1. Más de la mitad de nuestros pacientes presenta un deterioro funcional importante previo a la enfermedad que motiva el ingreso (51% dependencia total, grave o moderada para ABVD). 2. Predominan las dependencias en las áreas del retrete, vestirse, deambulación, subir escaleras y bañarse. 3. A mayor grado de dependencia previa mayor mortalidad durante el ingreso. 4. El impacto de la enfermedad y la hospitalización conducen a una pérdida de autonomía. 5.-Las áreas más deterioradas durante el ingreso fueron: deambulación, traslado sillón-cama, subir-bajar escaleras y bañarse. 6. Existe una alta prevalencia de demencia y detectamos un gran porcentaje de pacientes con signos de deterioro cognitivo (67% en total). 7. El deterioro cognitivo se relacionan con una mayor mortalidad durante el ingreso. 8. Existe un problema social (moderado o severo) en el 36% de los pacientes. A pesar de ello el 67% vuelve al domicilio tras el alta. 9. Las estancias hospitalarias más largas acontecieron en el subgrupo de pacientes con dependencia moderada a las ABVD. En ellos observamos una caída

más severa de la funcionalidad (hasta el 54% generan una dependencia severa o total tras el ingreso) a diferencia de los otros grupos. Por ello el ingreso supone un estudio más exhaustivo con prolongación de la estancia que podría justificar nuestros resultados.

### EA-3

#### MOTIVOS DE CONSULTA Y CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES CENTENARIOS ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

**F. Ruiz Ruiz, B. Sierra Bergua, D. Sáenz Abad, P. Miranda Arto, T. Pardo Vintanel y A. García Noain**

*Servicio de Urgencias. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.*

**Objetivos.** El aumento en la esperanza de vida en los países desarrollados hace que cada vez sea menos infrecuente el atender pacientes que se aproximan o superan los 100 años. El objetivo del presente estudio es conocer el perfil de estos pacientes y los motivos que les llevan a acudir a un Servicio de Urgencias de un Hospital de tercer nivel.

**Material y métodos.** Se seleccionaron los pacientes de 99 años o más que acudieron al Servicio de Urgencias del Hospital Clínico de Zaragoza en el período de tiempo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2008. Se revisaron sus historias clínicas y extrajeron los datos de interés para el estudio.

**Resultados.** Se realizaron 33 consultas para un total de 27 pacientes. El rango de edad comprendía de los 99 a los 103 años (55% de 99 años, 30% de 100 años y 7,5% de 101 y 103 años, respectivamente). El 75% de los pacientes eran mujeres. Las patologías que mayor número de consultas generaron fueron respiratorias, digestivas y traumatológicas (20%, 24% y 24% respectivamente). El 40% de los pacientes presentaban una dependencia moderada-grave y el 25% eran totalmente independientes para actividades diarias. La mitad de los pacientes procedían de domicilio y el resto de residencia. El 60% de las consultas fueron dadas de alta, un 37% hospitalizadas y 1 paciente falleció durante su estancia. Un 20% de los pacientes no tomaba medicación de forma habitual, siendo la media de fármacos por paciente de  $3,3 \pm 2,5$ . Un 18% recibían tratamiento con benzodiacepinas y un 22% con neurolepticos. Del total de ingresos el 60% se realizaron en el Servicio de Medicina Interna.

**Discusión.** El estudio recoge una serie de pacientes cada vez menos excepcionales, con una relativa buena calidad de vida, en general, y que consultan principalmente por procesos médicos o traumatológicos. Dentro de las patologías médicas destacan por su frecuencia las infecciones respiratorias. En aquellos que ingresan es el internista el que asume un papel primordial en el tratamiento, bien como médico responsable o como colaborador. Revisando la bibliografía no existen muchos trabajos que indiquen las características y situación sociosanitaria de estos pacientes en nuestro medio, por lo que sería deseable enfocar estudios hacia estos pacientes con objeto de optimizar su manejo.

**Conclusiones.** El grupo de pacientes de 99 o más años que acudió a nuestro Hospital, presentaba en general una buena calidad de vida. Ingresaron el 37% de las consultas, principalmente en Medicina Interna, y las patologías más frecuentes fueron respiratorias, digestivas o traumatológicas.

### EA-4

#### HEMOCROMATOSIS HEREDITARIA EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS

**A. del Castillo Rueda<sup>1</sup>, S. Gordo Remartínez<sup>2</sup>, J. Hens Gutiérrez<sup>2</sup>, F. de la Calle Prieto<sup>2</sup>, M. Aldámiz-Echevarría Lois<sup>2</sup>, J. Fraile González<sup>2</sup> y L. Álvarez-Sala Walther<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Unidad de Ferropatología y Radicalosis, <sup>2</sup>Unidad de Medicina Interna <sup>2</sup>B. Hospital General Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivos.** La hemocromatosis hereditaria (HH) es una enfermedad que, tras el descubrimiento del gen HFE y sus mutaciones en 1996, se diagnostica cada vez de forma más frecuente y precoz, en torno a los 40 años, siendo raros los casos descritos en mayores de 75 años, sin afectación grave hepática. El objetivo de este trabajo es estudiar las características fenotípicas y genotípicas de los pacientes diagnosticados de HH en una unidad monográfica de un hospital universitario dedicada al estudio de enfermedades relacionadas con los trastornos del metabolismo del hierro.

**Material y métodos.** El estudio se realizó con los pacientes diagnosticados de HH durante un período de 7 años (2002 a 2008) en una unidad de ferropatología. Comparamos el fenotipo y el genotipo del grupo general de todos los pacientes diagnosticados de HH con los pacientes de ese grupo que al momento del diagnóstico tenían 75 o más años.

**Resultados.** Sobre un total de 200 pacientes diagnosticados de HH (71% varones y 29% mujeres, edad media 49 años-rango 13 a 81 y desviación

estándar 15.84-) 6 tenían 75 años o más, lo que supone un 3% del total, (2 varones -33%- y 4 mujeres -66%-, edad media 77 años, rango 75-81 y DE 2,81). Los pacientes mayores presentan cifras de ferritina más elevadas ( $960 \pm 897$  vs  $545 \pm 440$ , en ng/ml) que el grupo general. Los genotipos más frecuentes en el grupo general son la doble heterocigosis (26%) y la homocigosis C282Y (22%) mientras que en los mayores es la homocigosis H63D (50%) sin registrarse casos de homocigosis C282Y. Todos los pacientes mayores se beneficiaron y toleraron las sangrías como tratamiento de la sobrecarga de hierro. Considerando además que los pacientes mayores de 65 años representan el 22% del total, resulta que cuando menos, la quinta parte de nuestros pacientes tienen 65 años o más.

**Discusión.** En España la población de 75 años o más representa actualmente el 8% de la población total y se espera que aumente en el futuro. La hemocromatosis no es ajena a este grupo de edad y así lo comprobamos en este trabajo en el que los mayores de 75 años suponen el 3% de los pacientes. Las características principales de este grupo son el predominio del sexo femenino, la mayor sobrecarga férrica determinada por marcadores séricos y la ausencia de la mutación clásica del gen HFE (homocigosis C282Y). Como el resto de pacientes de otras edades, los mayores de 75 años se benefician de un diagnóstico y tratamiento adecuado con buena tolerancia a las sangrías, adaptadas al peso, por lo que la edad no debe ser un factor limitante para el estudio de enfermedades de sobrecarga de hierro ya que, además, permite realizar cribado, tras la detección del caso índice, a los familiares de primer grado.

**Conclusiones.** El 3% de los pacientes diagnosticados de HH tiene 75 o más años y, frente al grupo general de pacientes, predomina el sexo femenino, tienen mayor sobrecarga y en ninguno aparece el genotipo clásico de homocigosis C282Y. En resumen, la edad se asocia a una mayor sobrecarga y el sexo femenino y la ausencia del genotipo clásico a una mayor longevidad.

### EA-5

#### MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA) COMO MÉTODO DE EVALUACIÓN NUTRICIONAL EN PACIENTES ANCIANOS HOSPITALIZADOS

**M. Calvo Reyes, L. Sánchez Muñoz, Y. Majo Carbajo, M. Aragón de la Fuente, E. Artero Ruiz, M. Municio Saldaña, J. Barbado Ajo y A. Jimeno Carruez**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

**Objetivos.** 1. Evaluar la prevalencia y grado de malnutrición en los pacientes ancianos hospitalizados en un Servicio de Medicina Interna de un Hospital Terciario, mediante el empleo del Mini Nutritional Assessment (MNA). 2. Evaluar la aplicabilidad del MNA (tiempo consumido, recursos, pacientes no valorables), para plantear su empleo sistemático dentro de un proceso asistencial.

**Material y métodos.** Estudio observacional prospectivo del estado nutricional de los pacientes de 65 o más años ingresados, de forma consecutiva, en un Servicio de Medicina Interna. Criterios de exclusión: 1.-Pacientes con enfermedad neurológica avanzada o situación clínica grave, de los cuales no se puede obtener información de familiares/cuidadores. 2.-Pacientes en situación agónica o terminal. 3.-Pacientes en los que no se puede estimar el peso y la talla. Variables a estudio: 1.-Evaluación nutricional a través del MNA y su formato reducido MNA-SF, a las 24-72 horas de ingreso. 2.- Otras variables: edad, institucionalización, estancia, mortalidad, dependencia (Barthel). Material empleado: 1.-Báscula (precisión 100 gr) con tallímetro incorporado (precisión 1mm). 2.-Báscula-silla digital para pacientes encamados (precisión 100 gr.). 3.-Cinta antropométrica flexible (precisión 1mm). El perímetro muscular del brazo (PMB) se obtuvo a través de la ecuación de Jelliffe y la talla de encamados a través de la fórmula de Chumlea. Se realiza un análisis descriptivo de las variables de estudio (cálculo de prevalencia) y se analiza la aplicabilidad de MNA.

**Resultados.** Se han estudiado 106 pacientes (50 varones y 56 mujeres) con una edad media de  $81,0 \pm 7,0$  años. Un tercio de ellos había sido ingresado en los 12 meses previos. El 13,4% provenía de un centro residencial. El 45,54% era independiente o tenía dependencia escasa. La estancia media fue de  $11,08 \pm 9,79$  días y la mortalidad del 5,66%. La prevalencia de malnutrición al ingreso es del 52,83% con MNA-SF (riesgo nutricional) y de 41,50% con MNA completo (riesgo nutricional 36,8%, desnutridos 4,71%). Se analizan las variables de respuesta en los diferentes ítems del MNA agrupadas en: a) variables antropométricas, b) cuestionario dietético, c) evaluación global (estilo de vida, tratamientos farmacológicos y movilidad), y d) evaluación subjetiva (autopercepción de salud y nutrición). Se analiza la aplicabilidad de MNA. Ventajas: amplio uso, reproductibilidad, asociación con la evolución del paciente. Desventajas: 1.-lleva < 15 minutos, 2.- requiere la colaboración del paciente y/o cuidador, 3.- requiere medida de peso, talla, IMC, CB, CP, 4.-suma de 18 ítems; 5.-no se asocia a un plan de inter-

vención; 6.-sólo validado para ancianos; 7. Aplicabilidad ancianos agudos del 66,1% vs 98,2% con NSR-2002.

**Discusión.** La prevalencia de desnutrición obtenida, es inferior a la de otros trabajos de nuestro entorno (desnutrición 24-68%, riesgo nutricional 29-57%), debido a diferencias en los criterios de inclusión. De hecho la prevalencia de desnutrición de nuestro estudio se asemeja a la descrita en trabajos realizados con el MNA en población general (desnutrición 3,3-7%, riesgo nutricional 25-43%). El MNA es una herramienta de cribaje que se correlaciona con los parámetros antropométricos y bioquímicos más utilizados, y ha demostrado ser eficaz para predecir el pronóstico en pacientes hospitalizados. Cuenta con varias desventajas (duración, necesidad de colaboración, suma de 18 ítems (5 antropométricos), estar validado sólo en ancianos y ser aplicable sólo en 2/3 de los ancianos agudos).

**Conclusiones.** El número de pacientes ancianos hospitalizados desnutridos o en riesgo nutricional es elevado. El estado nutricional debe ser valorado y registrado de forma rutinaria en todo paciente ingresado en el hospital, de manera análoga a como se hace con la temperatura, tensión arterial, o el riesgo de úlceras por presión. El MNA, pese a su uso contrastado y su buena correlación con el pronóstico, presenta algunas limitaciones en la valoración nutricional de los pacientes ancianos ingresados con patología aguda en una planta de Medicina Interna general.

#### EA-6 IMPACTO DEL ESTADO NUTRICIONAL EN LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES ANCIANOS HOSPITALIZADOS

**L. Sánchez Muñoz, M. Calvo Reyes, Y. Mayo Carbajo, J. Barbado Ajo, M. Pérez Gutiérrez, R. González Gallego, M. Monteagudo Nogueira y A. Jimeno Carruez**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

**Objetivos.** 1. Determinar la implicación pronóstica de la malnutrición en la mortalidad y en la prolongación de la estancia de los pacientes ancianos ingresados en un Servicio de Medicina Interna de un Hospital Terciario. 2. Determinar la incidencia de desnutrición sobrevenida a lo largo del ingreso.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo de la evolución de los episodios de ingreso de los pacientes de 65 o más años, en un Servicio de Medicina Interna, en relación con su estado nutricional. Criterios de exclusión: 1.- Pacientes con enfermedad neurológica avanzada o situación clínica grave, de los cuales no se puede obtener información de familiares/cuidadores. 2.- Pacientes en situación agónica o terminal. 3.- Pacientes en los que no se puede estimar el peso y la talla. Variables a estudio: 1.- Evolución del episodio: estancia, mortalidad. 2.- Situación Nutricional valorada a través de: 2a.- Mini Nutritional Assessment. 2b.- Datos analíticos (herramientas CONUT e INFORNUT). 2b.- Criterios de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE): datos antropométricos y analíticos. 3.- Otros factores pronósticos: edad, institucionalización, Barthel, Charlson. 4.- Incidencia de desnutrición durante el ingreso. Material empleado: Báscula con tallímetro, báscula-silla digital, cinta antropométrica, lipocalibrador Harpenden análogo. La valoración nutricional se realizó en las primeras 24-72 horas de ingreso y al alta.

**Resultados.** Se han estudiado 106 episodios asistenciales de mayores de 65 años (edad media 81,0±7,0 años), con una estancia media de 11,08±9,79 días y una mortalidad del 5,66%. El 37,73% de pacientes tenían una comorbilidad alta o muy alta. No se evidencian diferencias concluyentes en la mortalidad asociada a la situación nutricional, aunque es superior en desnutridos con MNA (6,97 vs 4,83%), INFORNUT (6,45 vs 4,87%) y CONUT (7,50 vs 4,76%). La estancia es más prolongada en los pacientes desnutridos con cualquiera de las herramientas de screening: MNA-SF +1,58 días, MNA +2,09 días, INFORNUT + 3,32 días, CONUT +5,78 días, SENPE +2,89 días. Los pacientes desnutridos son más mayores (+2 años), y con más frecuencia provienen de una residencia (14,66-20,93%, vs 6,45-10,34%), tienen ingresos recientes (34,8-42,8% vs 22,4-30,1%), mayor comorbilidad (Charlson 2,62-2,93 vs 1,45-2,02), dependencia (Barthel 62,50-70,7 vs 80,85-86,38) y peores datos bioquímicos y antropométricos. La incidencia de desnutrición oscila entre 2,23-17,50%, según el método empleado, y es más frecuente en los pacientes previamente normonutridos. La situación nutricional mejora en 17,07-43-13% de los pacientes.

**Discusión.** La malnutrición en la población anciana es un problema de salud frecuente. Los pacientes mayores de 65 años representan más del 50% de la población hospitalizada y más de la mitad de los ancianos hospitalizados muestran algún grado de malnutrición al ingresar o desarrollan déficits nutricionales durante su estancia en el hospital. La desnutrición, se convierte con frecuencia, en un efecto adverso de la hospitalización en este grupo de edad al actuar como factor pronóstico desfavorable asociado a una mayor morbimortalidad. Como los resultados de estudio muestran, coincidiendo con la bibliografía, la falta de detección y tratamiento adecuado de la malnutrición afecta la calidad de la asistencia y la seguridad del paciente, ya que

favorece la aparición de complicaciones, la prolongación de las estancias hospitalarias, los reingresos, aumenta el consumo de recursos sociosanitarios y acorta la supervivencia.

**Conclusiones.** 1. Dada la elevada prevalencia de desnutrición en el anciano hospitalizado, 2. Que se asocia a una mayor morbimortalidad y a un deterioro en la calidad de la asistencia prestada; 3. Que existen herramientas validadas de cribado nutricional y 4. Que hay evidencias de la eficacia de la intervención nutricional en los pacientes desnutridos, es recomendable la realización y registro de un cribaje nutricional sistemático al ingreso de los pacientes en el hospital, dirigido a facilitar la detección precoz de pacientes con desnutrición o con riesgo de desarrollarla y a instaurar medidas nutricionales individualizadas en los casos en que sea necesario.

#### EA-7 VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN EN EL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO INGRESADO

**J. Hurtado Santos, M. Martínez Martín y A. Salas Aparicio**

*Servicio de Medicina Interna-Infecciosas. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.*

**Objetivos.** Valorar el diagnóstico de infección y los criterios de tratamiento en los pacientes pluripatológicos que precisan ingreso.

**Material y métodos.** Se revisaron todos los informes de alta del Servicio de Medicina Interna del mes de Abril de 2007 siendo 193 los pacientes atendidos. De estos 167(86,52%) eran pacientes en los que confluían diversas patologías crónicas encuadrándose dentro de la definición de paciente pluripatológico. Se seleccionaron de estos 93 pacientes que tuvieron al ingreso diagnóstico de infección asociado o no a descompensación de otra patología, en los que confluían diversas patologías crónicas encuadrándose dentro de la definición de paciente pluripatológico (PPP). Se recogieron datos de sexo, edad, localización de la infección, claves clínicas y pruebas diagnósticas, tratamiento antibiótico y mortalidad durante el ingreso. Se realiza un análisis descriptivo de los resultados.

**Resultados.** De los 167 PPP que ingresaron 92 fueron mujeres y 75 hombres. La edad media fue de 81 años (rango 22-98). Mujeres 82,2, hombres 79,5. Con el diagnóstico de un proceso infeccioso ingresaron 93 pacientes (58,68% del total de ingresos). 65 fueron infecciones respiratorias, 17 infecciones del tracto urinario (ITU) y 11 de otras localizaciones: 2 gastroenteritis, 2 colitis pseudomembranosas, 2 infecciones cutáneas, 2 intraabdominales y 1 meningitis, 1 bacteriemia sin foco y 1 de origen incierto. Dentro de las 65 infecciones respiratorias, 33 no tenían consolidación en la radiografía de tórax y 32 si la tenían (50,76% y 49,23% respectivamente) siendo etiquetadas como neumonía o bronconeumonía. Este grupo presentó fiebre, esputo purulento o leucocitosis en 29 casos (90,6%) siendo la fiebre el dato clínico más frecuente. En el grupo sin consolidación 19 pacientes presentaron alguno de estos signos (57,5%) siendo también la fiebre el más frecuente. En los 14 casos sin ninguno de estos datos clínicos se asumió la existencia de una infección respiratoria como factor desencadenante de insuficiencia cardiaca en 10 pacientes y de insuficiencia respiratoria agudizada en los 4 restantes. El tratamiento en todos los casos fue empírico siendo muy escasos los estudios de hemocultivos, cultivos de esputo, antigenurias y serologías realizadas. El 60% de los pacientes fue tratado con amoxicilina-clavulánico, 20% con levofloxacino y el resto con otras pautas. 11 pacientes fallecieron, 7 con neumonía, En 17 pacientes una ITU fue diagnosticada al ingreso principalmente en base al sedimento urinario patológico en todos los casos. Se encontró, como factor predisponente principal, una enfermedad neurológica (12 de 17). En 6 pacientes se objetivó fiebre, 5 tuvieron leucocitosis. Sólo 3 referían síndrome miccional. En 15 se recogió cultivo siendo positivos 8 (3 *E. coli*, 2 *Pseudomona* y 1 *Enterococo Fecalis*, *Enterobacter Cloacae*, y *Stafilococo Epidermidis*). Falleció una paciente con *Pseudomona*. Fallecieron otros 2 pacientes con infección 1 intraabdominal y 1 por *Clostridium Difficile*. La mortalidad total asociada al diagnóstico de infección al ingreso fue de 14, siendo la total de 19 (73,6%).

**Discusión.** Los PPP son mayoría en los servicios de Medicina Interna siendo compleja su atención debido a la comorbilidad que "per se" implican, en el presente estudio se pone de manifiesto esta dificultad especialmente en el manejo diagnóstico de la infección respiratoria por la falta de procedimientos diagnósticos específicos. La alta mortalidad por neumonía se ha encontrado en pacientes de edad avanzada especialmente si existe comorbilidad.

**Conclusiones.** 1-La infección respiratoria es la causa infecciosa más frecuente en el PPP (> 33% de los ingresos) 2-El tratamiento empírico con amoxicilina-clavulánico y levofloxacino permiten tratar al 80% de los pacientes. 3-La infección respiratoria parece ser un factor predictivo de mortalidad especialmente si existe consolidación. 4-Las ITU tienen como factor predisponente más frecuente la enfermedad neurológica. 5-Se deben optimizar los estudios microbiológicos y serológicos en los pacientes PPP a pesar de las dificultades frecuentes de manejo de estos pacientes.

## EA-8

**APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA DE HIPOGLUCEMIAS EN UNA POBLACIÓN OCTOGENARIA**

**J. Miramontes González<sup>1</sup>, E. Puerto Pérez<sup>1</sup>, E. Fraile Villarejo<sup>1</sup>, I. Corbacho<sup>3</sup>, A. Cordero Vaquero<sup>4</sup>, M. Pérez Gracia<sup>1</sup>, E. Helena<sup>2</sup> y Á. Sánchez Rodríguez<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna I, <sup>2</sup>Servicio de Cirugía Plástica, <sup>3</sup>Servicio de Medicina de Familia. Hospital Universitario de Salamanca. H. Virgen de la Vega. Salamanca.

<sup>4</sup>Servicio de Nutrición y Endocrinología. Hospital Universitario de Salamanca. H. Clínico. Salamanca.

**Objetivos.** La hipoglucemia es una causa común de ingreso en un servicio de M. Interna. Dadas las características poblacionales de los pacientes que se atienden en nuestros servicios la frecuencia de Diabetes Mellitus (DM) es muy alta. El tratamiento con anti-diabéticos orales e insulina en este tipo de población, los hábitos dietéticos y las patologías concomitantes hacen frecuentes las hipoglucemias que en numerosos casos han de tratarse en un medio hospitalario y modificar el tratamiento para evitar nuevos eventos. En otras ocasiones la presencia de hipoglucemia responde a otro tipo de patologías distintas de la diabetes.

**Material y métodos.** Se realiza una búsqueda de los pacientes dados de alta con diagnóstico de hipoglucemia, en un servicio de M. Interna de un hospital de tercer nivel. Conjuntamente con los datos codificados en el diagnóstico de alta se extraen los datos de filiación de sexo edad, patologías previas, así como los tratamientos que el paciente recibe de forma habitual en el momento del ingreso. Se realiza un análisis de los datos obtenidos ajustando los resultados por edades y sexo. Se excluyen a los pacientes menores de 80 años y a los pacientes no diabéticos.

**Resultados.** Se seleccionan 96 pacientes con el diagnóstico de hipoglucemia, tras excluir a los menores de 80 años. De los cuales hay 74 mujeres y 22 hombres. La media de edad resultante fue de 84,6 años. En el análisis de los distintos tratamientos vía oral la presencia de sulfonilureas se encontraba, tanto en monoterapia como en combinación, se encontraba en el 66,66%. Las glitazonas se encontraron en el 23,95%, siempre en combinación. La metformina y otros fármacos ocuparon el 9,4% restante de los casos registrados. En cuanto a la Insulina la mayor presencia de hipoglucemia se ha dado con las pautas de combinaciones (25/75, 30/70, 50/50) justificando el 64% de los casos, 13,8% se han ocupado con NPH y el resto con Insulinas de más de 12 horas de vida media. La combinación de Insulina más fármacos vía oral es casi exclusiva de metformina e insulina de vida media prolongada, encontrándose 7 casos y de NPH con el mismo fármaco 2 casos.

**Conclusiones.** La presencia de hipoglucemia en la población anciana con DM es una causa frecuente de acudir a un centro hospitalario, y en múltiples ocasiones de ingreso en un servicio de M. Interna. Tras analizar los resultados de los pacientes ingresados en nuestro servicio se puede observar que las sulfonilureas y las insulinas premezcladas se asocian con mayor frecuencia a hipoglucemias. Las glitazonas, las glinidas y la metformina se ha asociado con menor número de hipoglucemias. La insulina de acción prolongada se ha asociado a un número bajo de eventos mostrándose segura en la combinación con metformina. En un gran número de casos se recoge en la historia clínica el descenso de la ingesta, la agudización de otras enfermedades de base. La principal conclusión es la no conveniencia del uso de sulfonilureas y pautas fijas de insulinas premezcladas en pacientes octogenarios y la necesidad de realizar un tratamiento dinámico que se adapte a los requerimientos de cada paciente en situaciones especiales como presencia de alteraciones dietéticas, infecciones, etc.

## EA-9

**HIPOGLUCEMIA EN PACIENTES NO DIABÉTICOS**

**J. Miramontes González<sup>1</sup>, E. Fraile Villarejo<sup>1</sup>, I. Corbacho Cambero<sup>4</sup>, N. Cubino Bobeda<sup>1</sup>, A. Bello Conesa<sup>1</sup>, D. Pescador Hernández<sup>2</sup>, E. Elena<sup>3</sup> y Á. Sánchez Rodríguez<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna I, <sup>2</sup>Servicio de Traumatología y ortopedia, <sup>3</sup>Servicio de Cirugía Plástica. Hospital Universitario de Salamanca. H. Virgen de la Vega. Salamanca.

<sup>4</sup>Servicio de Medicina de Familia. C. S San Juan (Salamanca).

**Objetivos.** Habitualmente la causa más frecuente de hipoglucemia en pacientes mayores de 70 años es la secundaria al tratamiento pautado para la Diabetes Mellitus (DM), tanto por efecto secundario de la medicación como por alteraciones en la ingesta. Un porcentaje de pacientes presenta hipoglucemia que no es achacable al tratamiento de la DM ni a otro tipo de circunstancias que rodean a la DM. El objetivo es conocer las distintas causas de hipoglucemia descartando las que se encuentran en relación con la DM.

**Material y métodos.** Se extraen de una base de datos, codificada en filemaker, los pacientes con diagnóstico de hipoglucemia durante el período

de dos años. Se revisan las historias clínicas de 103 pacientes con el diagnóstico citado y se descartan aquellas en las que la hipoglucemia esté en relación con la Diabetes Mellitus (DM) o con su tratamiento. Con los pacientes seleccionados se realiza un análisis de la etiología.

**Resultados.** De las 103 hipoglucemias registradas 16 no estaban en relación con alteraciones del metabolismo hidrocarbonado. La edad media de los pacientes fue de 84,2 años. De los cuales 3 pacientes presentaban alteraciones del vaciamiento gástrico tras cirugía de resección subtotal. 4 pacientes presentaban sepsis. 5 pacientes respondían a un cuadro de importante negativismo para ingesta, de los cuales 3 con diagnóstico previo de ictus isquémico con importantes secuelas neurológicas y 2 pacientes en tratamiento paliativo por causa tumoral. Insulinoma en 2 pacientes.

**Conclusiones.** La hipoglucemia es una causa habitual de ingreso en M. Interna. Habitualmente el diagnóstico se relaciona con la DM y su tratamiento. Dentro de las causas de hipoglucemia no relacionados con DM encontramos etiologías relacionadas con patología tumoral, bien por tumores productores de insulina, por la evolución terminal de pacientes con diagnóstico de un tumor conocido. Esta casuística nos invita a considerar, en caso de pacientes de edad avanzada, diagnósticos alternativos a la DM en caso de evaluar una hipoglucemia sin una etiología del todo definida.

## EA-10

**USO DE SULFONILUREAS EN PACIENTES ANCIANOS**

**J. Miramontes González<sup>1</sup>, E. Fraile Villarejo<sup>1</sup>, E. Puerto Pérez<sup>1</sup>, E. Mosquera Isidro<sup>1</sup>, N. Cubino Boveda<sup>1</sup>, A. Cordero Vaquero<sup>2</sup>, I. Aláez Cruz<sup>3</sup> y Á. Sánchez Rodríguez<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna I. Hospital Universitario de Salamanca. H. Virgen de la Vega. Salamanca.

<sup>2</sup>Servicio de Endocrinología. Hospital Universitario de Salamanca. H. Clínico. Salamanca.

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Camino. Pamplona/Iruña (Navarra).

**Objetivos.** El principal objetivo es conocer, dentro de los pacientes ingresados por hipoglucemia, los pacientes que han ingresado por hipoglucemia secundaria a sulfonilureas. Analizar los fármacos, en el caso de las sulfonilureas realizar un análisis ajustado por edad y sexo y el fármaco administrado.

**Material y métodos.** Se analizan los pacientes con diagnóstico al alta de hipoglucemia, se realiza sobre un período de 2 años en un servicio de M. Interna de un hospital de tercer nivel. Se seleccionan los pacientes mayores de 70 años, y dentro de estos los pacientes que en el tratamiento habitual recibían sulfonilureas en monoterapia o en combinación con otros fármacos. Se analizan los resultados en función del sexo de los pacientes.

**Resultados.** Se obtienen un total de 103 pacientes con el diagnóstico de hipoglucemia, de los cuales 48 recibían sulfonilureas en su tratamiento habitual. 35 de los pacientes se trataban con gliberida, 13 con glibenclamida tanto en monoterapia como en combinación. La edad media de los pacientes ajustada por sexos es de 13 hombres con edad media de 83,4 años, 35 mujeres con edad media de 86,9 años.

**Conclusiones.** Las sulfonilureas son fármacos con amplia distribución de uso, la hipoglucemia es el principal efecto secundario. En pacientes ancianos la presencia de hipoglucemia es amplia, como se puede observar en nuestra serie se aprecia que justifican casi la mitad de los ingresos por hipoglucemia. La edad media de los pacientes es superior a 80 años independientemente de la edad. En muchos casos en la historia clínica se recoge alteraciones dietéticas con disminución de la ingesta. Con los resultados obtenidos sugerimos que las sulfonilureas no son fármacos adecuados para el control glucémico, teniendo otras posibilidades terapéuticas disponibles.

## EA-11

**MALNUTRICIÓN EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES FRÁGILES: COMPARACIÓN DE DOS MÉTODOS DE CRIBADO**

**F. Gamboa Antiñolo<sup>1</sup>, J. Irlas Rocamora<sup>2</sup>, L. Cuenca Guerrero<sup>1</sup>, M. Alcantara Díaz<sup>1</sup>, C. González Llanos<sup>1</sup>, C. Fernández Murillo<sup>1</sup> y M. Rodríguez Fernández<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>UCA Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Nutrición. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla.

**Objetivos.** La unidad de continuidad asistencial (UCA) es una unidad de medicina interna del área hospitalaria de Valme (Sevilla). Esta orientada a la atención de los pacientes frágiles, pluripatológicos o de cuidados paliativos, fomentado la continuidad de la atención con atención primaria. Este grupo de pacientes presentan múltiples problemas de salud, muchas veces condicionados por la comorbilidad. Una adecuada asistencia a estos

enfermos precisa la atención precoz a la malnutrición por condicionar la morbimortalidad de los enfermos. Pretendemos con este trabajo comparar dos métodos de cribado de malnutrición en la población frágil: la escala must (propuesta por la consejería en andalucía) con la escala determine validada para detección de malnutrición en otros ámbitos dentro y fuera del hospital.

**Material y métodos.** Valoramos la situación de riesgo de malnutrición de los pacientes ingresados el día 27/05/09 en las camas de nuestra unidad mediante la escala Must (que consta de 3 ítems y valora de 0-6 el riesgo, precisando mediciones antropométricas del paciente) y la escala determine (encuesta de 8 preguntas simples). Cinco evaluadores tras una sesión formativa solicitaban consentimiento al paciente o a su cuidador principal en pacientes incapacitados para realizar la evaluación.

**Resultados.** Estaban ingresados ese día en la unidad 60 pacientes con una edad media de 82 años. 13 enfermos procedían de residencias y 6 contaban con apoyo del servicio de ayuda a domicilio. El 60% eran grandes dependientes (Barthel menor de 20). El 50% eran diabéticos. Presentaban heridas por presión un 33%. El 70% de los pacientes tenían un must mayor o igual a 2 (implica alto riesgo de malnutrición). El 73% de los pacientes tenían un valor superior a 6 en la escala determine que implica riesgo alto de malnutrición. El 26% de los enfermos tenían nutrición enteral el día del cribado.

**Discusión.** La aplicación del Must o de la escala determine detectan tasas similares de pacientes con riesgo de malnutrición. Parece más fácil de aplicar en esta población este segundo método de cribado dada la dificultad para obtener datos antropométricos.

**Conclusiones.** Ambos métodos detectan altas tasas de pacientes en riesgo, por lo que es preciso aplicar el cribado nutricional en esta población de forma sistemática como medio de mejora la atención clínica a los pacientes frágiles.

#### EA-12

#### ¿ES FACTIBLE EL METODO MUST PARA EL CRIBADO DE MALNUTRICIÓN DE PACIENTES FRÁGILES?

**F. Gamboa Antiñolo<sup>1</sup>, J. Irlas Rocamora<sup>2</sup>, L. Cuenca Guerrero<sup>1</sup>, R. Del Castillo Hernández<sup>1</sup>, R. Cabra Rodríguez<sup>1</sup>, E. Sánchez Galeote<sup>1</sup> y M. Rodríguez Fernández<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>UCA Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Nutrición. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla.

**Objetivos.** La unidad de continuidad asistencial (UCA) es una unidad acreditada de medicina interna en el área hospitalaria de Valme (Sevilla). Esta orientada a la atención de los pacientes frágiles, pluripatológicos o de cuidados paliativos, fomentado la atención en continuidad con atención primaria. Este grupo de pacientes presentan múltiples problemas de salud, condicionados por la comorbilidad. El proceso de soporte nutrición clínica de la consejería de salud propone el must como método de cribado nutricional. Pretendemos con este trabajo comprobar la factibilidad en nuestro medio de dicho método y conocer la situación de desnutrición de estos pacientes frágiles.

**Material y métodos.** Tras una sesión formativa con la unidad de nutrición analizamos la situación de riesgo de malnutrición de los pacientes ingresados el día 27/05/09 en las camas de nuestra unidad mediante la escala Must que consta de 3 ítems. Precisa la toma de medidas antropométricas. Valora de 0-6 el riesgo de malnutrición. Por encima de 2 el riesgo de desnutrición es alto. Se pidió consentimiento para la realización del estudio al paciente o a su cuidador principal cuando este estaba incapacitado.

**Resultados.** Estaban ese día ingresados 60 pacientes con una edad media de 82 años. El 60% eran dependientes para todas las abvd (Barthel menor de 20). El 50% eran diabéticos. Presentaban heridas por presión un 33%. No fue posible tallar ni medir de forma apropiada al 80% de ellos, usándose para el indicador el perímetro braquial. El 70% de los pacientes tenían un must mayor o igual a 2 que implica alto riesgo de malnutrición. El 26% de los enfermos tenían nutrición enteral el día del cribado.

**Discusión.** La aplicación del Must es posible pero precisa aproximaciones (mediante la medición del perímetro braquial, ya descritas en la literatura) para que sea aplicable a esta población de pacientes donde es impracticable la medición adecuada del índice de masa corporal. A pesar de las altas tasas de nutrición enteral en la población estudiada (26%) probablemente sea escasa para las necesidades detectadas en el cribado.

**Conclusiones.** Es preciso aplicar el cribado nutricional en esta población de forma sistemática para tomar las medidas adecuadas de realimentación como forma de mejorar la calidad de la atención y para modificar la morbimortalidad. La dificultad de estos pacientes para calcular de forma adecuada peso y talla obligan a usar otras medidas antropométricas. Sería deseable utilizar otras formas de cribado que sean fácilmente aplicables.

#### EA-13

#### COMORBILIDAD Y PLURIPATOLOGÍA EN MEDICINA INTERNA

**L. Roca Pardiñas<sup>1</sup>, M. Freire Romero<sup>1</sup>, J. Suárez Lorenzo<sup>2</sup> y M. Valcárcel García<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela (A Coruña).

<sup>2</sup>Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Juan Canalejo. A Coruña.

**Objetivos.** La alta prevalencia de comorbilidad en los pacientes de edad avanzada y su repercusión en la salud y asistencia sanitaria, le confieren una gran importancia. En este estudio se comparan 2 escalas de comorbilidad: el índice de Charlson (IC) y la definición de pluripatología (PP).

**Material y métodos.** Estudio observacional de pacientes ingresados en el primer trimestre del 2007 en el servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico de Santiago. Se recogió el diagnóstico principal según CIE-9-MC, la presencia de PP2 (mínimo 2 categorías clínicas), PP3 (mínimo 3 categorías), el IC y su valor ajustado por edad (ICE). El consumo de recursos sanitarios se ha medido mediante el número de hospitalizaciones en el año previo, y el pronóstico recogiendo la mortalidad intrahospitalaria y el reingreso precoz (30 días siguientes al alta). Se realizó un análisis multivariante, donde las variables independientes fueron los diagnósticos principales, las categorías clínicas de PP y sus asociaciones, PP2 y PP3, e IC3 e ICE5. Las variables dependientes fueron mortalidad, reingreso precoz, estancia superior a la mediana e ingresos en el año previo.

**Resultados.** Se recogieron 295 ingresos, con una edad media de 70.57 ± 16.56 años, y una mediana de estancia de 12 días, siendo el 56.3% varones. La mortalidad intrahospitalaria fue del 12.2%, y un 5.8% de los pacientes reingresaron en los 30 días siguientes. La frecuencia de ingresos en el año previo fue del 35.6%. Los diagnósticos principales más frecuentes fueron enfermedades del aparato respiratorio (26.4%), circulatorio (25.1%) e infecciones (13.2%). La mediana del IC fue de 3 (0-11), con un 57.96% de casos con IC3 y un 73.90% con ICE5. Ambos grupos (IC3 e ICE5) se relacionaron con mayor edad, más frecuencia de ingresos previos y una estancia más prolongada (> 12 días). El grupo IC3 presentaba relación con el diagnóstico de neoplasia y con un reingreso precoz (OR 3.60: 1.01-12.8). El grupo de ICE5 se asociaba al diagnóstico de enfermedades del aparato circulatorio y mayor mortalidad (OR 6.93: 1.62-29.57). Las categorías clínicas de PP, agrupadas como PP2 constituían un 59.7%, y los casos definidos como PP3, un 26.4%. Ambos grupos definían pacientes de mayor edad, mayor porcentaje de ingresos previos y con enfermedades del aparato circulatorio. El grupo de casos de PP3, además presentaba mayor frecuencia de reingreso precoz (OR 2.64: 1.01-7.10). Las categorías clínicas de PP y sus asociaciones más frecuentes fueron: PPA 40.3%, PPB 30.8%, PPC 29.8%, AB 15.6%, AC 15.6%, AF 13.2% y ABC 6.1%. Los pacientes de las categorías A, C y las asociaciones AB, AC y ABC se relacionaron con un mayor porcentaje de ingresos previos. Los casos de la categoría E presentaban una mayor frecuencia de mortalidad y los de la G, más reingresos precoces. En el análisis multivariante se encontró una relación independiente entre el diagnóstico de infección (OR 9.57: 1.82-50.39), enfermedades del aparato digestivo (OR 12.81: 1.86-88) e ICE5 (OR 9.52: 1.64-55.15) con la mortalidad intrahospitalaria. También se observó relación entre el diagnóstico de neoplasia y una estancia superior a 12 días (OR 6.49: 1.60-26.44).

**Discusión.** Existen diversas escalas de medición de comorbilidad que se basan en la combinación y severidad de las patologías presentes. La escala basada en la definición de PP, a diferencia del IC, tiene en cuenta el diagnóstico principal y el estado funcional del sujeto. El IC se relaciona con el pronóstico, tal y como vemos en nuestra serie, donde se relaciona con la mortalidad intrahospitalaria. Al contrario, la definición de PP2 (y la modificada PP3) no presenta, en nuestra muestra, relación independiente con ninguno de los parámetros utilizados para valorar el pronóstico y el consumo de recursos, lo que concuerda con estudios similares.

**Conclusiones.** El IC y la definición de PP, aplicados a pacientes hospitalizados, describen distintos grupos de sujetos. Por lo tanto, parece necesaria una modificación de los criterios de las categorías clínicas de la PP, o una variación en sus asociaciones.

#### EA-14

#### ANEMIA EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS: PREVALENCIA, ASOCIACIÓN A OTRAS PATOLOGÍAS E INFLUENCIA EN EL PRONÓSTICO VITAL Y FUNCIONAL

**I. Novo Veleiro<sup>1</sup>, H. Ternavasio<sup>1</sup>, M. Marcos Martín<sup>2</sup>, S. Gómez Lesmes<sup>1</sup>, C. de la Calle Cabrera<sup>1</sup>, H. Llorente Cancho<sup>1</sup>, A. Fuertes Martín<sup>1</sup> y F. Laso Guzmán<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna II. Hospital Universitario de Salamanca. H. Clínico. Salamanca.

<sup>2</sup>Department of Medicine. University of Massachusetts Medical School.

**Objetivos.** Definir la prevalencia de anemia en pacientes pluripatológicos ingresados en un Servicio de Medicina Interna de un hospital de tercer ni-

vel. Valorar su asociación con otras patologías muy prevalentes en estos pacientes. Analizar su influencia en el pronóstico vital y funcional de estos pacientes.

**Material y métodos.** Este estudio se realizó sobre una cohorte recogida durante un año (1/06/2007 a 1/06/2008) entre pacientes ingresados en nuestro servicio que cumplían criterios de paciente pluripatológico (criterios de la Junta de Andalucía). Se consideró criterio de anemia el aplicado por la OMS: Hb < 12 g/dL en mujeres y < 13 g/dL en hombres. Se utilizó el test de Barthel para la valoración funcional en condiciones basales y al alta. Un año después del ingreso se evaluó a los pacientes por vía telefónica recogiendo fallecimientos, reingresos y valoración funcional. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 15.0, considerando significativo un valor de  $p < 0,050$ . Para el estudio comparativo de variables cualitativas se utilizó el test Chi-cuadrado y para variables cuantitativas el test de la *t* de Student. Se realizó un análisis multivariable de regresión logística incluyendo las variables asociadas con la mortalidad con  $p < 0,02$  en el análisis univariante, con el objeto de identificar si la anemia se asocia de forma independiente con la mortalidad.

**Resultados.** Fueron incluidos 234 pacientes con una media de  $80,32 \pm 9,2$  años (44,5% mujeres y 55,5% hombres); con una media de  $2,82 \pm 1,01$  categorías de inclusión y una puntuación de  $67,99 \pm 32,05$  en el índice de Barthel y de  $4,42 \pm 2,75$  en el índice de Charlson. La hemoglobina media fue de  $11,05 \pm 0,25$  g/dL en mujeres y de  $11,45 \pm 0,24$  g/dL en hombres. Se encontraron cifras por debajo de la normalidad en 57 mujeres (54,28%) y 86 hombres (64,65%), representando un 60,59% del total. El 36,66% de los pacientes de este subgrupo presentaba antecedentes de anemia. Los tipos de anemia más frecuentes fueron: ferropénica (46,85%) y de procesos crónicos (29,37%). Los pacientes con anemia presentaron con mayor frecuencia: insuficiencia renal crónica (44% frente a 24%) y hepatopatías (9% frente a 0%) ( $p < 0,05$ ). Fue significativamente menor la presencia de cardiopatía isquémica (27% frente a 48%), dislipemias (28% frente a 42%) y diabetes mellitus (30% frente a 42%) ( $p < 0,05$ ). No se encontraron diferencias en cuanto a insuficiencia cardíaca, neoplasias y deterioro cognitivo. Presentaron deterioro funcional durante el ingreso el 20,83% de los pacientes con anemia y la mortalidad intrahospitalaria alcanzó un 28,67% en este grupo, aunque la diferencia con los pacientes sin anemia (19,86%) no fue significativa. En relación a la mortalidad durante el seguimiento, encontramos diferencias entre los pacientes con anemia y sin ella (OR = 2,31; IC 95% 1,13 – 4,71). El deterioro funcional al cabo de un año fue similar en los dos grupos (45% de los pacientes). El reingreso hospitalario fue más frecuente en el grupo de pacientes con anemia (62% frente a 52%). En el análisis multivariable la presencia de anemia se encontró asociada de forma significativa e independiente con la mortalidad en el primer año (OR = 2,19; IC 95% 1,14 – 4,21). Otras variables asociadas de forma significativa fueron la necesidad de oxigenoterapia domiciliaria (OR = 3,15; IC 95% 1,49 – 6,66) y la puntuación obtenida en el índice de Charlson (OR = 1,22; IC 95% 1,07 – 1,39).

**Discusión.** En nuestro estudio se pone de manifiesto la importancia que tiene la anemia como predictor del pronóstico vital del paciente, requiriéndose nuevos estudios para dilucidar si es únicamente un marcador de riesgo o si la intervención sobre la misma podría estar asociada con una mejora de la mortalidad a medio plazo.

**Conclusiones.** La existencia de anemia es un hecho extremadamente frecuente entre los pacientes pluripatológicos ingresados en un hospital y supone un factor pronóstico de una mayor mortalidad intrahospitalaria y durante el año siguiente al alta.

#### EA-15 EVOLUCIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS CON DISFAGIA HOSPITALIZADOS EN UNA UNIDAD DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA

**E. Castellano Vela, I. Ferrero López, R. Navarro Sanz, N. Fort Navarro y A. Rochina Puchades**

*Área Médica Integral. Hospital Pare Jofré. Valencia.*

**Objetivos.** Estudiar los cambios entre el estado nutricional (EN) al ingreso y al alta en pacientes con disfagia (DFG) que no fallecieron y fueron atendidos en una Unidad de Media y Larga Estancia (UMLE).

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo realizado en el Hospital Pare Jofré de Valencia durante 14 meses (Abril 2006 a Mayo 2007). Incluye todos los enfermos no fallecidos diagnosticados de DFG con el Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad. Variables recogidas: edad, sexo, diagnóstico principal de ingreso, comorbilidad, capacidad funcional previa y al ingreso, estado cognitivo al ingreso (Pfeiffer), presencia de sonda de alimentación enteral (SAE) al ingreso y al alta y parámetros nutricionales (PN) al ingreso y al alta (Mini Nutritional Assessment - MNA -, albúmina en g/dl, colesterol total en mg/dl y linfocitos absolutos por mm<sup>3</sup>). No se evaluó el MNA en pacientes portadores de SAE y/o con objetivos asistenciales de cui-

dados paliativos. Para diagnosticar desnutrición (DN) debían estar alterados al menos 2 de los 4 PN recogidos, salvo cuando no se podía realizar el MNA que solo con 1 era suficiente. Un MNA con puntuación inferior a 17 indica DN. La gravedad de la DN la marcaba la mayor alteración de cualquiera de los 3 parámetros analíticos (PA) recogidos, según la siguiente graduación: para la albúmina se consideró DN leve entre 3-3,5, moderada entre 2,1-2,9 y severa inferior a 2,1; para el colesterol leve entre 140-159, moderada entre 100-139 y severa inferior a 100; y para los linfocitos leve entre 1.201-2.000, moderada entre 800-1.200 y severa inferior a 800. El tipo de DN se clasificó en mixta, proteica o calórica según cuáles de los PA estaban alterados (albúmina parámetro proteico, colesterol calórico y linfocitos mixto).

**Resultados.** Se incluyeron 63 pacientes, con edad media 74,4 años, 55,6% mujeres y estancia media 81,5 días. Diagnósticos principales más frecuentes: enfermedades neurológicas (54%) e infecciosas (25,4%). Objetivos asistenciales de cuidados paliativos: 3 pacientes. Grado de dependencia funcional: leve-moderado antes del ingreso (Barthel 67,4 puntos) y total al ingreso (4,6 puntos). Al ingreso dos terceras partes de los pacientes que pudieron ser evaluados (37) presentaban algún grado de deterioro cognitivo (leve 21%, moderado 46% y severo 33%). Grado de comorbilidad medio-alto (Charlson 2,4 puntos). Portadores de SAE: 19 pacientes al ingreso y 8 al alta. EN de los pacientes al ingreso (60): no desnutridos 16,7%, DN leve 30%, moderada 43,3% y severa 10%. Y al alta (46): no desnutridos 28,3%, DN leve 39,1%, moderada 30,4% y severa 2,2%. Mas del 90% de los pacientes, tanto al ingreso como al alta, presentaron una DN mixta. Comparando el grado de DN del alta con el del ingreso (45 pacientes), el 84,4% mantienen (42,2%) o mejoran (42,2%) dicho grado. De los 4 PN analizados alcanzaron diferencias significativas entre el alta y el ingreso los linfocitos (55 pacientes, ingreso 1.818 y alta 2.020,  $p < 0,021$ ) y el MNA (19 pacientes, ingreso 14,8 y alta 16,9 puntos,  $p < 0,009$ ).

**Discusión.** La DN y la DFG son problemas interrelacionados entre sí y muy prevalentes en pacientes atendidos en UMLE. Es de esperar que el EN empeore durante la hospitalización, hasta en un 50% o incluso mas de los pacientes según los estudios publicados, sino se realiza una intervención nutricional adecuada. La asociación de múltiples factores de riesgo de DN, incluida la propia hospitalización, en los pacientes que atendemos en nuestra UMLE justifica la alta prevalencia de esta al ingreso. Pese a ello una minoría de los pacientes analizados empeora su EN al alta respecto al ingreso. Estos buenos resultados se justifican por un manejo integral adecuado, incluido el nutricional, de los pacientes atendidos en nuestra UMLE.

**Conclusiones.** En nuestra UMLE 5 de cada 6 pacientes con DFG que no fallecen mantienen o mejoran, en una proporción similar, el EN al alta con respecto al ingreso. De los 4 PN analizados, mejoran significativamente al alta en relación al ingreso los linfocitos y el MNA.

#### EA-17 MORTALIDAD EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS INTEGRADA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL DE APOYO

**T. Sáez Vaquero, T. Fluxá Egea, G. García Melcon, M. Bellver Álvarez, F. Pérez Rojas, J. Casado García y B. Viña Carregal**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Torre. Madrid.*

**Objetivos.** Descripción de la atención proporcionada a los pacientes y familiares en la situación de últimos días-agonía.

**Material y métodos.** Revisión de la actividad realizada en los 5 primeros meses de apertura de la unidad. Se identificaron los principales indicadores asistenciales y organizativos, así como las características de éstos pacientes. Se creó una base de datos en el programa Excel que se actualiza diariamente.

**Resultados.** Se recogieron 45 exitus (tasa mortalidad 70%). Edad media 75'7 años (rango 48-96). 27 (60%) eran varones. Sólo 3 pacientes habían ingresado previamente en la Unidad. El 44'4% procedían del Hospital de Agudos de referencia, el 31% del ESAD del área, 4 casos ingresaron a través de la Urgencia. El 82'2% eran pacientes oncológicos. En el 84'4% el motivo de ingreso fue seguimiento y control sintomático. Los síntomas principales por el que se consultó fueron dolor (28'9%), disnea (26'7%), malestar general (13'3%) y astenia (11'1%). El 75'6% fueron atendidos por el psicólogo, el 55'6% por la Unidad de Trabajo Social. Un 77'8% tuvieron apoyo espiritual. La estancia media fue de 11'5 días (rango 1-43). Los diagnósticos principales fueron cáncer de Pulmón (26'75%), cáncer de colon (13'3%), cáncer gástrico (8'9%), cáncer de vías urinarias (8'9%), neoplasias hematológicas (6'7%). El 22'2% de los sujetos no tenían comorbilidades asociadas, y el 22'2% eran pluripatológicos. Las principales patologías asociadas fueron enfermedades respiratorias 24'4%, insuficiencia renal 11'1%, demencia 8'9%. El PPS al ingreso fue menor o igual a 40 en el 84'4% de los casos. El paciente conocía el diagnóstico en un 60% de los casos, y el pronóstico en un 44'4%, un 22'2% no quería saber el pronóstico. La familia conocía diagnóstico y pronóstico en el 93'3% y 91'1% respectivamente. Pre-

cisaron sedación paliativa 73'3%; de ellos el 64'4% por más de un motivo. Las principales causas de sedación fueron: delirium 26'7%, disnea 17'8%, sufrimiento psicológico 15'6%. El tiempo medio desde el inicio de la sedación hasta el exitus, fue 2'4 días; un 62'2% fallecieron en los tres primeros días. Sólo en un caso se recogieron instrucciones previas.

**Discusión.** Los cuidados paliativos forman parte de la actividad diaria del médico internista. Las Unidades específicas de Cuidados Paliativos asisten fundamentalmente al enfermo oncológico. No obstante, el paciente con enfermedad avanzada de un órgano se beneficiaría de una asistencia fundamentada en la filosofía paliativa. Los internistas asisten a ambos tipos de pacientes. Por ello los cuidados paliativos deben contemplarse como un saber transversal.

**Conclusiones.** La mayoría de los pacientes que fallecen en la UCPML (UCP media-larga estancia) son ancianos, presentan enfermedades oncológicas, mucha comorbilidad e ingresan en una situación muy avanzada de la enfermedad. Es fundamental en estos casos el trabajo interdisciplinar por el carácter multidimensional de la situación de últimos días. Todos los profesionales implicados en la atención a estos enfermos deben tener formación actualizada en cuidados paliativos. Para una correcta toma de decisiones habría que potenciar la autonomía del paciente incrementando el conocimiento sobre su enfermedad y el desarrollo de instrucciones previas.

#### EA-18 NONAGENARIOS: CALIDAD ASISTENCIAL EN UNIDADES DE MEDICINA INTERNA. ¿CÓMO NOS OCUPAMOS DE NUESTROS MAYORES?

G. Muñoz, E. Delgado, M. Rodríguez y P. Almagro

Servicio de Medicina Interna. Hospital Mutua de Terrasa. Terrasa (Barcelona).

**Objetivos.** La valoración geriátrica ha demostrado ser un instrumento útil para valorar las necesidades de los pacientes ancianos hospitalizados y su inclusión en el informe de alta es necesaria para mejorar la continuidad asistencial. El objetivo de nuestro estudio fue describir la valoración del paciente nonagenario que ingresa en las diferentes unidades de medicina interna y detectar ítems susceptibles de mejora.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo, observacional. Se repasaron todos los informes de alta de nonagenarios ingresados en los servicios de Medicina Interna (MI), Unidad de Geriátrica de Agudos (UGA) y Unidad de Corta Estancia de Urgencias de Medicina Interna (UCEUM) del Hospital Universitari Mutua de Terrasa durante el año 2008. Se recogieron datos demográficos y se registró si el informe de alta recogía o no datos específicos relacionados con la valoración geriátrica: valoración del estado cognitivo, del nivel de autonomía, de la función esfinteriana, de la función deglutoria, de la presencia o no de caídas y de la situación social. El análisis estadístico se realizó mediante SPSS 15.0, utilizando test de chi cuadrado para el análisis de las variables descriptivas y la t de Student para las continuas.

**Resultados.** Se analizaron un total de 244 informes de pacientes nonagenarios y se clasificaron en 3 grupos según el servicio de ingreso, de manera que 170 pacientes pertenecían al servicio de MI (70%), 33 (13%) a UGA y 41 (17%) a UCEUM. Los resultados se exponen en la tabla 1. Los ítems más valorados son el estado cognitivo previo al ingreso y el estado basal (aunque no se hacen constar las actividades instrumentales). La función esfinteriana sólo se valora en la mitad de los informes de MI y en la cuarta parte de los de UCEUM, y es aún menor la valoración de la función deglutoria. Prácticamente no se hacen constar las caídas o los trastornos del equilibrio. En cuanto a la situación social, en casi la cuarta parte de los informes no consta la procedencia del paciente y en aquellos casos en que el paciente vive en domicilio, en la tercera parte no consta el cuidador principal.

**Conclusiones.** Los datos relacionados específicamente con la valoración geriátrica se reflejan insuficientemente en los informes de alta hospitalaria,

lo que sugiere una infravaloración. Serían necesarias medidas de concienciación para mejorar este aspecto.

#### EA-21 CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS POR FRACTURA DE CADERA

A. González, P. Moral, R. Alonso, C. Campo, J. Todolí, J. Aguilar y J. Calabuig

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

**Objetivos.** Describir las características y subtipos de Síndrome confusional agudo (SCA) desarrollados en un grupo de pacientes ancianos hospitalizados por fractura de cadera, describir los posibles factores precipitantes, pre-disponentes, desencadenantes y pronósticos así como el manejo durante la hospitalización.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio observacional, prospectivo, de 2 meses de duración que incluye 109 pacientes mayores de 64 años hospitalizados por fractura de cadera. Los datos registrados fueron recogidos por médicos entrenados en detectar la presencia de SCA mediante la versión validada en español del Confusion Assessment Method (CAM), así como en la realización de diferentes escalas validadas. En cuanto a las características del SCA se detalló la duración, su subtipo (hipoactivo, hiperactivo, mixto) así como las medidas terapéuticas aplicadas. Se registraron: datos demográficos, comorbilidad general (mediante Score de Charlson), capacidad funcional (Escala de Barthel), deterioro cognitivo (Escala de Pfeiffer), estado nutricional (Test MNA-SF), deterioro visual (Test Jaegger) y auditivo (Test del susurro). Además se recogió el número de psicofármacos que consumía el paciente, día de hospitalización, y presencia de complicaciones: anemia, infecciones, alteraciones hidroelectrolíticas, alteraciones neuro y cardiológicas, y mortalidad durante el ingreso.

**Resultados.** De los 109 pacientes estudiados, 35 presentó SCA (32,11% del total). En cuanto a las características de los SCA, se detectó un predominio de patrón hiperactivo (94,43%), seguido de patrón mixto (17,14%) y en último lugar patrón hipoactivo (2,86%). Respecto al patrón temporal se detectó un predominio nocturno (77,14%) sobre el mixto (17,14%) y diurno (5,7%) y una duración media del delirium de 3,2 días (IC 95% 2,5-3,8). El manejo terapéutico mostró una tasa mayoritaria de pacientes tratados activamente (88,5%), así como un escaso porcentaje de pacientes tratados profilácticamente (11,43%), siendo el fármaco más usado tanto en profilaxis como en tratamiento el Haloperidol (74,28%). Así mismo se objetivó una mayor incidencia de SCA en los pacientes que tomaban uno (28,57%) o ningún psicofármaco (42,86%) sobre los que tomaban 2 (17,14%) ó más (11,43%). Las principales complicaciones registradas fueron: anemia, infección y alteraciones hidroelectrolíticas, siendo el número de muertes equivalente en el grupo de pacientes que desarrolló SCA con aquéllos que no lo desarrollaron.

**Discusión.** La prevalencia de SCA en pacientes hospitalizados por fractura de cadera es elevada en general, siendo los resultados de nuestra serie concordantes con los objetivados en series similares (3,2 días de media). Sobre las características y subtipos de SCA, se objetivan diferencias respecto de otros trabajos: en cuanto al patrón de SCA existe predominio del patrón hiperactivo, siendo el mixto el más habitual en otras series, siendo los fármacos utilizados similares en las series consultadas. No se han encontrado diferencias en cuanto a estancia hospitalaria ni mortalidad, tampoco en gravedad clínica de los subgrupos estudiados. Se ha objetivado una menor frecuencia de aparición de casos de SCA en aquellos pacientes que consumían varios psicofármacos sobre aquellos que no los recibían o recibían uno solo, por lo que se plantea, de cara a estudios más amplios, estudiar este factor con detalle.

**Conclusiones.** La prevalencia de SCA en pacientes ancianos hospitalizados por fractura de cadera ha sido alta (32,11% de 109) siendo el subtipo

Tabla 1 (EA-18)

	MI/N (%)	UGA/N (%)	UCEUM/N (%)	p
Valoración estado cognitivo				
Previo al ingreso	102 (60)	33 (100)	12 (29)	< 0.01
Durante el ingreso	13 (8)	33 (100)	1 (2)	< 0.01
Valoración estado basal	143 (84)	33 (100)	21 (51)	< 0.01
Actividades instrumentales	0	33 (100)	0	< 0.01
Valoración función esfinteriana	86 (51)	33 (100)	1 (27)	< 0.01
Valoración deglución	31 (18)	33 (100)	5 (12)	< 0.01
Valoración caídas	10 (6)	33 (100)	5 (12)	< 0.01
Valoración social				
Consta procedencia	140 (82)	33 (100)	16 (38)	< 0.01
Procede de domicilio	94 (55)	23 (70)	10 (24)	< 0.01
Consta con quién vive	88/94 (93)	23/23 (100)	8/10 (80)	NS

predominante el hiperactivo de predominio nocturno con una duración no excesivamente elevada (3,2 días de media). El subtipo de SCA no ha mostrado tener implicaciones en términos de complicaciones ni tampoco en aumento de la estancia o mortalidad hospitalaria siendo necesaria la realización de estudios a más largo plazo para confirmar estos resultados. En la mayoría de casos la medida terapéutica empleada fue el Haloperidol, fármaco predominante tanto en la terapia como en la profilaxis. Se ha objetivado una menor frecuencia de aparición de casos en aquellos pacientes que fueron tratados con psicofármacos sobre quienes no, por lo que se trataría de un factor a valorar en estudios posteriores más amplios.

#### EA-22

### COLECISTITIS AGUDA EN PACIENTES ANCIANOS: SIGNOS, SÍNTOMAS Y ESTUDIOS DE IMAGEN. ¿MURPHY O LUDWIG? LA PERICIA DEL CLÍNICO

**P. Guisado Vasco, I. Said Criado, G. López Castellanos, G. Fraile Rodríguez, N. Sánchez, M. Moreno Cobo, V. Del Olmo y J. Calleja López**  
Servicio de Medicina Interna. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

**Objetivos.** Estimar la frecuencia de signos clásicos, alteraciones analíticas y hallazgos radiológicos en pacientes mayores de 65 años ingresados en una planta de medicina interna con diagnóstico de colecistitis aguda.

**Material y métodos.** Realizamos una búsqueda retrospectiva de cinco años en la base de datos electrónica del servicio de Medicina Interna del hospital universitario Ramón y Cajal. Se introdujo como palabra clave colecistitis aguda. Los pacientes seleccionados debían tener una edad mayor de 65 años, más de un criterio clínico clásico (temperatura corporal mayor o igual a 37,8°C, ictericia, dolor en epigastrio o hipocondrio derecho, náuseas y/o vómitos, signo de Murphy positivo) y una prueba de imagen diagnóstica (ecografía y/o TAC abdominal). Realizamos un análisis estadístico de los datos obtenidos mediante el programa SPSS versión 15.1.

**Resultados.** De los 24 pacientes estudiados, 17 cumplían los criterios de inclusión. Había 11 mujeres y 6 varones. La mediana de edad era de 86 años (DE 7,95; rango 74-96 años). 7 eran diabéticos (41,2%) y 3 tenían antecedentes de colecistitis aguda o coledolitiasis (17,6%). Los motivos de consulta más frecuente fueron dolor abdominal (70,5%) y deterioro del estado general (41,2%). Sólo el 41,2% tenía fiebre, el 29,4% dolor en hipocondrio derecho y el 17,6% ictericia. El 29,4% no referían dolor abdominal alguno y el signo de Murphy solo era evidente en 2 casos (11,8%). Dos pacientes reunían criterios de shock al diagnóstico (11,8%) y ambos fallecieron. En la analítica presentaban una leucocitosis media de 13.498 leucocitos/mm<sup>3</sup>, todos con desviación izquierda. Había un patrón de colestasis con cifra media de bilirrubina total de 2,03 mg/dl, GGT de 178,21 U/L y fosfatasa alcalina de 148,66 U/L. En todos los pacientes se realizó una ecografía abdominal diagnóstica y en 4 pacientes (23,5%) una TAC abdominal. A 2 se les realizó una colecistostomía percutánea bajo control radiológico. Sólo un paciente tuvo una colecistitis aguda alitiásica. En 2 pacientes (11,8%) se obtuvieron hemocultivos positivos (2/2) (*E. coli*). Todos recibieron antibioterapia sistémica intravenosa. Ningún paciente fue sometido a cirugía laparoscópica o abierta. Del total de pacientes, 4 fallecieron durante el ingreso (23,5%). En el análisis comparativo mediante chi-cuadrado de Pearson ninguna variable tuvo una asociación significativa ( $p < 0.05$ ) que predijera el diagnóstico.

**Discusión.** La edad de los pacientes fue superior a los 75 años. Esto podría ser explicado por dos motivos principales: primero por tratarse de pacientes con comorbilidades que no son candidatas a procedimientos quirúrgicos y, segundo, porque en ocasiones se realizaba el diagnóstico tras su hospitalización. Esto es debido a la presentación clínica atípica de la colecistitis aguda en los ancianos: sólo 3 de los pacientes tenían antecedentes de patología de la vía biliar, 5 no cursaban con dolor abdominal al ingreso, 10 no presentaban fiebre y sólo 2 tenían un signo de Murphy positivo. La ecografía abdominal aportó los datos necesarios para llegar al diagnóstico. La TAC abdominal permitió objetivar complicaciones asociadas y realizar procedimientos terapéuticos percutáneos. La mortalidad fue del 23,5%. No se detectó ningún factor de riesgo de fallecimiento, posiblemente por el escaso número de casos incluidos. Si bien la presencia de shock ( $p = 0.07$ ), fiebre ( $p = 0.68$ ) e ictericia ( $p = 0.52$ ) eran datos que tenían los pacientes que fallecieron. Tampoco la bacteriemia fue un factor predictor de peor pronóstico ( $p = 0.40$ ).

**Conclusiones.** Es muy importante considerar la colecistitis aguda dentro del diagnóstico diferencial del dolor abdominal agudo de los pacientes ancianos porque pueden no tener dolor epigástrico y/o en el hipocondrio derecho y tener síntomas inespecíficos desde fiebre hasta alteración del estado general. La sospecha clínica junto con la realización de una ecografía abdominal permite confirmar el diagnóstico e instaurar de forma precoz un tratamiento antibiótico sistémico intravenoso y mejorar pronóstico de estos pacientes.

#### EA-23

### ¿ENTENDEMOS LO MISMO POR PACIENTE PLURIPATOLÓGICO EN DIFERENTES REGIONES DE ESPAÑA?

**M. Ollero Baturone, L. Moreno Gaviño, J. Galindo Ocaña, A. Escalera Zalvide, M. Sánchez Ledesma, A. Mora Rufete y J. Barbé Gil-Ortega**  
Investigadores del Proyecto PROFUND. Grupo de Estudio de Pacientes Pluripatológicos y de Edad Avanzada de la SEMI.

**Objetivos.** Analizar posibles diferencias en las características clínico-asistenciales de pacientes pluripatológicos (PPP) incluidos en el estudio PROFUND desde diferentes regiones.

**Material y métodos.** Estudio transversal en el que incluyeron a PPP (según la definición vigente desde 2007) de 36 hospitales españoles pertenecientes a 11 Autonomías, entre Febrero 2007 y Junio 2008. Comparación de las características demográficas, clínicas y asistenciales de los PPP incluidos en las diferentes Autonomías. Se utilizaron los test de  $\chi^2$ , ANOVA y post-hoc de Tukey y T3-Dunnett, Kruskal-Wallis y U de Mann-Whitney, con el paquete SPSS 16.0, considerándose el dintel de significación estadística con  $p < .05$ .

**Resultados.** De los 1632 PPP incluidos, un 58.5% ( $n = 955$ ) lo hicieron hospitales de Andalucía+Canarias (zona SUR (S)), seguida de C. Valenciana+Murcia (ESTE(E)) (18.9% ( $n = 309$ )), Castilla-León+Cantabria (NOROESTE(NO)) (12.8% ( $n = 209$ )), Cataluña+ Baleares+Aragón (NORESTE(NE)) (7.2% ( $n = 118$ )), y Madrid+Castilla-La Mancha (CENTRO(C)) (2.5% ( $n = 41$ )). Las diferencias máximas de edad se encontraron entre los PPP del S ( $75.7 \pm 9$  años) y los del NE ( $79 \pm 9$ ,  $p < .0001$ ) y E ( $78.6 \pm 9$ ,  $p < .0001$ ); mientras que el porcentaje de sexos fue similar (diferencia máxima entre NO y E con 55% y 48% de varones respectivamente ( $p = .27$ )). La diferencia más acusada en el nº categorías de inclusión se produjo en los PPP de S ( $2.7 \pm .8$ ) con respecto a los de NO ( $2.5 \pm .7$ ;  $p = .006$ ). Las cardiopatías crónicas fueron más prevalentes en los PPP de S (79.5%) con respecto al E (72.5%,  $p.01$ ; OR = 1.4[1.1-2]) y NO (72.7%,  $p.03$  OR = 1.45[1.03-2]); las neumopatías crónicas tuvieron una prevalencia similar (entre el 43.7%-52.5%,  $p.49$ ), así como las enfermedades neurológicas (entre el 33.3%-40.7%,  $p.15$ ), y el porcentaje de PPP con neoplasia activa (entre el 13-22%,  $p = .29$ ). La carga de comorbilidad por el índice de Charlson fue superior en los PPP de S ( $4.01 \pm 2$ ) y NO ( $4.18 \pm 1.8$  con respecto a E ( $3.59 \pm 1.9$ ;  $p = .004$  y  $.012$ , respectivamente). No hubo diferencias significativas en la clase funcional NYHA (en clase III entre el 30%-48%, y en clase IV entre el 1.2%-4.8%,  $p = .09$ ) ni MRC (en clase III entre el 30%-48%, y en clase IV entre el 1.2%-4.8%,  $p = .09$ ), ni tampoco en el nº de fármacos de prescripción crónica (entre  $7.6 \pm 3$ ) y  $8.6 \pm 4$ ,  $p.3$ ). El porcentaje de PPP con > 1 caída en el año previo fue superior en S (22.4%) respecto al E (14.6%;  $p = .003$ ; OR = 1.7[1.2-2.4]) y NO (11%;  $p < .0001$ ; OR = 2.3[1.5-3.7]). Desde la perspectiva funcional los PPP con mayor deterioro fueron los incluidos en el área E (mediana de I. de Barthel = 65[RIC = 55]) y de L-Brody = 2[RIC = 3]), con diferencias significativas respecto al resto de áreas (mediana de I. de Barthel = 80-85[RIC = 35-45]) y de L-Brody = 3-4.5[RIC = 4-6]). A pesar de que el porcentaje de PPP que desarrolló delirium en el último ingreso fue superior en S (16%) y E (15%) con respecto al resto de las áreas (entre 4.8-5.5%;  $p < .0001$ ), el deterioro cognitivo basal encontrado fue similar (diferencia máxima de errores en la escala de Pfeiffer fue entre C (1.5, RIC = 4) y NE (2, RIC = 5),  $p.08$ ). La situación sociofamiliar (diferencia de puntos máxima en escala Gijón entre C ( $10.9 \pm$ ) y NE ( $10.2 \pm$ ),  $p.19$ ), y el perfil de la cuidadora principal (mujeres en el 80-89% de los casos,  $p = .136$ ; con edades medias de 56-59 años,  $p = .33$ ) fueron similares en todas las áreas. Estos resultados del Proyecto PROFUND se han enviado para su presentación en los congresos de las sociedades autonómicas de Medicina Interna de España.

**Conclusiones.** Existen ciertas diferencias en el perfil de los PPP incluidos desde diferentes áreas en el estudio PROFUND, predominando la fragilidad clínica inducida por la carga de categorías en áreas del SUR y CENTRO, y la inducida por la carga etaria en áreas del ESTE, NOROESTE y NORESTE. El perfil de la cuidadora principal y la situación sociofamiliar de los PPP incluidos fue similar.

#### EA-24

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

**M. Bernabeu Wittel, A. Fuertes Martín, B. Barón Franco, J. Murcia Zaragoza, C. Ramos Cantos, A. Alemán y A. Fernández Moyano**  
Investigadores del Proyecto PROFUND. Grupo de Estudio de Pacientes Pluripatológicos y de Edad Avanzada.

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

**Material y métodos.** Estudio transversal en el que incluyeron a PPP (según la definición vigente desde 2007) de 36 hospitales españoles pertenecien-

tes a 11 Autonomías, entre Febrero 2007 y Junio 2008. Análisis descriptivo (porcentajes, valores centrales y de dispersión) de características demográficas, clínicas, funcionales, mentales, y sociofamiliares de los PPP incluidos con el paquete SPSS 16.0.

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

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

## EA-25

### PERFIL DE PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS DE DIFERENTES HOSPITALES ESPAÑOLES RECLUTADOS PARA EL PROYECTO PROFUND

C. Ramos Cantos, B. Barón Franco, F. Martínez Peñalver, A. Ruiz Cantero, F. Díez, J. Medina y A. Alemán

Investigadores del Proyecto PROFUND. Grupo de Estudio de Pacientes Pluripatológicos y de Edad Avanzada de la SEMI.

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

**Material y métodos.** Estudio transversal en el que incluyeron a 1632 PPP (según la definición vigente desde 2007) de 36 hospitales españoles pertenecientes a 11 Autonomías, entre Febrero 2007 y Junio 2008. Descripción del número de fármacos, de la prevalencia de polifarmacia (prescripción crónica de más de 5 fármacos), tipo de fármacos según cuestionario con 13 familias preseleccionadas y asociaciones de fármacos con significación clínica; realización de análisis inferencial bivariado ( $\chi^2$ , T de Student, ANOVA y post-hoc de Tukey y T3-Dunnett, Kruskal-Wallis y U de Mann-Whitney) y multivariado (regresión logística paso a paso hacia atrás) de los factores asociados a la polifarmacia con el paquete SPSS 16.0, considerándose el dintel de significación estadística con  $p < .05$ .

**Resultados.** Los PPP incluidos tenían prescritos  $8 \pm 3$  fármacos (prevalencia de polifarmacia = 85.6%; un 21% tomaba más de 10 fármacos), siendo los más frecuentes los diuréticos (prescritos en 70% de los PPP), IECA/ARAI (65.5%), antiagregantes (50%), hipolipemiantes (33%), betabloqueantes (BB) (33%), anticoagulantes orales (ACO) (28%), antidiabéticos orales (27%), insulina (25%), benzodiacepinas (BZD) (22%), antidepresivos (12.7%), AINE (10%), neurolepticos (NL) (9%), y esteroides (5%). En asociaciones, el 8% tenía prescrito AINE+diuréticos, el 6.5% AINE+IECA/ARA2, y el 3% AINE+ACO; el 6% BZD+antidepresivos, el 3.4% BZD+NL y el 1% BDZ+NL+antidepresivos. Sólo el 28% de los PPP con insuficiencia cardíaca ( $n = 942$ ) tenían prescritos IECA/ARAI+BB+diuréticos y el 48%

combinaciones de dos de las familias previas. Por el contrario el 83% de los pacientes con cardiopatía isquémica y/o ictus y/o arteriopatía periférica ( $n = 968$ ) tenía prescrita antiagregación (477, un 49.3% con un fármaco y 75, un 8% con dos), hipocoagulación (191, un 20%), ó ambas (63, un 6.5%). En el análisis multivariante los factores asociados a la polifarmacia fueron las categorías de enfermedades cardiológicas ( $p = .004$ ; OR =  $2.2[1.3-3.7]$ ) y insuficiencia renal crónica/autoinmunes ( $p = .01$ ; OR =  $2.4[1.2-4.6]$ ), la puntuación en el índice de Charlson ( $p = .008$ ; OR =  $1.2[1.05-1.4]$ ), el deterioro de las actividades instrumentales en la inclusión ( $p = .03$ ; OR =  $1.1[1.01-1.3]$ ), el número de ingresos en los 12 meses previos ( $p = .003$ ; OR =  $1.4[1.1-1.8]$ ) y el IMC ( $p = .01$ ; OR =  $1.06[1.01-1.1]$ ). Estos resultados del Proyecto PROFUND se han enviado para su presentación en los congresos de las sociedades autonómicas de Medicina Interna de España.

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

## EA-26

### OBESIDAD Y MALNUTRICIÓN: ¿COEXISTEN EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS DE NUESTROS HOSPITALES?

A. Fernández Moyano, M. Cassani Garza, A. Escalera Zalvide, M. Sánchez Ledesma, A. Mora Bufete, J. Barbé Gil-Ortega y N. Ramírez Duque

Investigadores del Proyecto PROFUND. Grupo de Estudio de Pacientes Pluripatológicos y de Edad Avanzada de la SEMI.

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

**Material y métodos.** Estudio transversal en el que incluyeron a PPP (según la definición vigente desde 2007) de 36 hospitales españoles pertenecientes a 11 Autonomías, entre Febrero 2007 y Junio 2008. Análisis descriptivo de valores de IMC, y variables analíticas básicas (porcentajes, valores centrales y de dispersión), y inferencial uni- y multivariante (regresión logística paso a paso hacia atrás) de los factores asociados al sobrepeso-obesidad (IMC  $> 24.9$ ), bajo peso (IMC  $< 18.5$ ), hipoalbuminemia ( $< 3.5g/dL$ ), y la doble malnutrición (definida por la concomitancia de sobrepeso-obesidad+hipoalbuminemia) con el paquete SPSS 16.0. El dintel de significación estadística se estableció para  $p < .05$ .

**Resultados.** Fueron incluidos un total de 1632 PPP (53% varones con edad media de  $77.9 \pm 9.8$  años). El IMC mediano fue 27.24 (rango intercuartil [RIC] = 7); por categorías de la OMS el 2.2% presentaba bajo peso, el 27.3% pesonormal y el restante 70.5% obesidad en diferentes grados (el 37.7% grado 1, el 27.4% grado 2 y el 5.4% grado 3). El sobrepeso-obesidad se asoció con el sexo masculino ( $p < .0001$ , OR =  $1.76[1.34-2.31]$ ), la hipertensión ( $p < .0001$ , OR =  $1.85[1.36-2.5]$ ), la diabetes ( $p = .009$ , OR =  $1.45[1.1-1.91]$ ), el número de fármacos prescritos ( $p = .013$ , OR =  $1.06[1.01-1.1]$ ), y negativamente con la presencia de neoplasia activa ( $p < .002$ , OR =  $0.62[0.46-0.83]$ ), delirium en el último ingreso ( $p < .04$ , OR =  $0.65[0.43-0.97]$ ), antecedentes de úlcus péptico ( $p < .048$ , OR =  $0.6[0.4-0.99]$ ), el deterioro cognitivo por el I. Pfeiffer ( $p < .015$ , OR =  $0.95[0.9-0.99]$ ), y un mayor nº de ingresos en los últimos 12 meses ( $p < .01$ , OR =  $0.9[0.83-0.97]$ ). La albuminemia plasmática mediana fue 3.3 (RIC = .9); el 60%, 13.2%, y 0.3% presentaba valores menores de 3.5, 2.7, y 1.8g/dL, respectivamente. Se asociaron positivamente con la hipoalbuminemia la hepatopatía ( $p = .011$ , OR =  $1.95[1.16-3.2]$ ), las neoplasias activas ( $p < .0001$ , OR =  $1.8[1.3-2.4]$ ), la necesidad de oxígeno domiciliario ( $p = .01$ , OR =  $1.55[1.1-2.2]$ ), el delirium en el último ingreso ( $p = .008$ , OR =  $1.85[1.2-2.2]$ ), haber presentado más de una caída en el último año ( $p = .03$ , OR =  $1.4[1.02-2.02]$ ), y un mayor deterioro funcional para las ABVD en la inclusión ( $p < .0001$ , OR =  $1.025[1.012-1.02]$ ), y negativamente con el número de fármacos prescritos ( $p < .044$ , OR =  $0.95[0.91-0.99]$ ). Un total de 468 PPP (28.7%) presentaba doble malnutrición. Las variables asociadas a la presencia concomitante de obesidad e hipoalbuminemia fueron el sexo masculino ( $p = .005$ , OR =  $1.4[1.1-1.8]$ ), las neoplasias activas ( $p = .009$ , OR =  $1.44[1.1-1.9]$ ), la necesidad de oxígeno domiciliario ( $p = .001$ , OR =  $1.7[1.25-2.3]$ ), y haber presentado más de una caída en el año previo ( $p = .005$ , OR =  $1.5[1.1-2]$ ). Estos resultados del Proyecto PROFUND se han enviado para su presentación en los congresos de las sociedades autonómicas de Medicina Interna de España.

**Conclusiones.** Más de las dos terceras partes de los pacientes pluripatológicos incluidos presentaban diversos grados de obesidad; por el contrario más del 60% tenía hipoalbuminemia, estando ambas situaciones presentes concomitantemente en algo más de la cuarta parte de los mismos. Si bien

el efecto deletéreo de la obesidad y la hipoalbuminemia son de sobra conocidos, el impacto en la salud de la concomitancia de ambos factores se desconoce, a pesar de la frecuencia con la que la hemos detectado.

#### EA-27

### ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO Y ANÁLISIS DE LOS REINGRESOS EN UNA UNIDAD ESPECÍFICA DE PATOLOGÍA INVERNAL. EL PAPEL DEL INTERNISTA

J. Aligué<sup>1</sup>, A. Baraldés<sup>2</sup>, R. Pérez<sup>1</sup>, D. Gassó<sup>2</sup>, Y. Andrada<sup>1</sup>, A. Rodríguez<sup>1</sup>, M. Torrens<sup>2</sup> y M. Carbonell<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Hospitalización a Domicilio. Althaia - Xarxa Assistencial de Manresa. Manresa (Barcelona).

**Objetivos.** Para paliar la sobrecarga asistencial de los meses de invierno, dentro del Plan Integral de Urgencias de Cataluña (PIUC) en nuestro hospital se crea un dispositivo adicional de asistencia que consiste en 12 camas de hospitalización (Unidad PIUC), gestionadas por médicos del Servicio de Medicina Interna. Se seleccionan pacientes con previsión de estancia menor a 7 días y afectos de patología médica propia del período (EPOC agudizada, ICC, etc.). El objetivo del estudio fue evaluar el perfil del paciente atendido en este dispositivo mediante una valoración funcional, cognitiva y de comorbilidad (mayores de 65 años); también se analizaron los reingresos hospitalarios a las 72 horas, 1 mes y 3 meses, y si la causa del reingreso estaba relacionada con el ingreso anterior.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo entre diciembre de 2008 y marzo de 2009 de 221 pacientes que ingresaron de forma consecutiva en la Unidad PIUC de la Fundació Althaia de Manresa. Se analizó: edad, sexo, valoración geriátrica integral (índice de Barthel, test de Pfeiffer, índice de Charlson), causas de ingreso, estancia media, destino al alta, número de reingresos, causas de reingreso y mortalidad.

**Resultados.** n = 221 pacientes. 52,48% hombres y 47,51% mujeres. Edad media: 76,7 años (109 pacientes tenían entre 80 y 89 años). Índice de Barthel: 72% dependencia leve (IB > 60); 11,3% dependencia moderada (IB 60-40); 14,7% dependencia severa o total (IB < 40). Test de Pfeiffer: deterioro cognitivo leve (26 pacientes), moderado (12 pacientes) y grave (13 pacientes). Valor medio de Índice de Charlson: 3,02 (el 23% tenían 2 puntos, el 44% tenían 3 o más puntos). Causas de ingreso: enfermedad respiratoria sola o asociada a ICC (143 pacientes), infección urinaria (30 pacientes), enfermedad cardiológica (13 pacientes), GEA (12 pacientes), enfermedad neurológica (11 pacientes), alteraciones hidroelectrolíticas (7 pacientes), otras causas (5 pacientes). Estancia media: 4,39 días. Destino al alta: alta definitiva a domicilio o residencia, 79% (174), hospitalización a domicilio 16,7% (37), hospitalización convencional, 3,2% (7), exitus en PIUC, 1,3% (3). Reingresos relacionados con el ingreso en Unidad PIUC a los 3 meses: 32 (14,5%); 4 (12,5%) ≤ 72 horas, 18 (56%) entre 72 h - 1 mes y 10 (31,5%) de 1 - 3 meses. Mortalidad en los reingresados: 7 pacientes (16%).

**Discusión.** El ingreso en una unidad específica de patología invernal gestionada por internistas permite la atención de enfermos pluripatológicos con menor estancia media y sin un incremento significativo de reingresos (< 20%). La valoración geriátrica integral nos es útil para evaluar el riesgo de reingreso hospitalario y poner en marcha actuaciones preventivas.

**Conclusiones.** Los reingresos fueron más frecuentes en pacientes con alta comorbilidad, más dependencia y deterioro cognitivo moderado o grave. La mortalidad en los reingresados es alta. La visión integral del médico internista permite una gestión adecuada del paciente pluripatológico, evitando estancias innecesarias en el hospital y favoreciendo el rápido retorno del paciente a su entorno habitual.

#### EA-28

### ATENCIÓN A LOS PACIENTES CRÓNICOS AVANZADOS (COMPLEJOS) EN EL ÁREA MÉDICA INTEGRAL (AMI) DEL HOSPITAL PARE JOFRE (HPJ): ENFOQUE INNOVADOR

R. Navarro Sanz, E. Castellano Vela, N. Fort Navarro, C. Soler Saíz, M. Gil Egea, I. Ferrero López y B. González Gisbert

Área Médica Integral. Pare Jofré. Valencia.

**Objetivos.** a) Describir las características de la herramienta web para la Clínica y la Gestión del AMI del HPJ, denominada "Bellatrix". b) Conocer el perfil de pacientes del AMI del HPJ.

**Material y métodos.** Muestra de Pacientes. Se evaluaron 375 pacientes por medio de la historia clínica biopsicosocial (HCBPS). Tipo de estudio: Transversales (2 en 2007 y 2008 y 1 en 2009). Análisis de los datos: 1) Estudio descriptivo de: a) características de los pacientes y diferencias entre cáncer vs no cáncer con indicación Cuidados Paliativos (ICP); b) pacientes pluripatológicos complejos subsidiarios de ICP; c) porcentaje de intervenciones del equipo multidisciplinar (EMD) en el proceso de hospitalización (PH); d) indi-

cadore de gestión del PH. 2) Modelo de regresión logística (MRL): conocer relación entre la variable dependiente ICP y las explicativas de la HCBPS. 3) El análisis estadístico con SPSS/PC+ 14.0.

**Resultados.** 1) Características de la herramienta web Bellatrix: Valoración multidimensional (VM), factores pronósticos de enfermedades de órgano avanzadas, cambios en la gestión asistencial durante el PH, Plan de atención individualizado (PAI) en EMD e intervención de sus diferentes profesionales, factores relacionados con la ICP en pacientes mayores con enfermedades avanzadas no malignas (PMEANOM), directrices anticipadas (DA), limitación del esfuerzo terapéutico, información sobre últimos días al final de la vida, etc. 2) Estudio descriptivo: a) Características de los pacientes (estudio 2009): Predominio ancianos con comorbilidad, dependencia y deterioro cognitivo. Comparación de pacientes con ICP No oncológicos (NO) vs Oncológicos (estudio 2008): Los NO son de > edad (0.001; IC: 3'8-13'9), > comorbilidad (0.000; IC: 1'4-4'1), > dependencia funcional (0.006; IC: -17-2'3) y > retraso en ICP (0.04; IC: -1'2 - 24). b) Pacientes pluripatológicos con especial complejidad que a lo largo del PH son subsidiarios de ICP = 51,3% de los pacientes ingresados (estudios 2007-2009). c) Porcentajes de intervenciones del EMD (Rehabilitación, Psicología clínica, Dietética-Nutrición y Trabajo social) en el PH: 51-68% de los casos (estudio 2009). d) Indicadores de gestión del PH: PAI y Comunicación del alta en el 96% casos respectivamente (estudio 2009). 3) MRL: Factores relacionados con la ICP en PMEANOM (estudios 2007-2009): Edad (0.026; IC: 1'06-1'11), Insuficiencia respiratoria crónica (0.002; IC: 1'7-12'5), Insuficiencia cardíaca crónica (0.03; IC: 1'1-7'8) y Malnutrición (0.02; IC: 0.8-1).

**Discusión.** Existe un incremento de las necesidades de atención a pacientes crónicos avanzados complejos, lo que influye en que los hospitales, en general, evolucionen a un PH en EMD. En el Plan Funcional del HPJ, hemos apostado por una VM en EMD con una innovación centrada en la visión polivalente de las unidades asistenciales, en el "Bellatrix" teniendo presente a la unidad de atención paciente/familia y ajustándose a la propuesta de Callahan para la medicina del siglo XXI. De la VM en EMD (HCBPS) se realiza el PAI. Una vez conseguidos los objetivos clínico-terapéuticos y determinado el mejor lugar terapéutico, se gestiona el traslado al mismo, garantizando la continuidad de los cuidados. Además esta metodología permite, de una forma práctica, identificar y evaluar a pacientes crónicos complejos avanzados en los que a lo largo del PH existe ICP, ya que nos facilita conocer: el pronóstico, la trayectoria de la enfermedad y las opiniones o deseos del paciente para el final de su vida.

**Conclusiones.** a) Predominio de pacientes ancianos con pluripatología y complejidad; b) El "Bellatrix" permite identificar cambios en los objetivos asistenciales, facilita conocer las intervenciones del EMD y su impacto sobre la calidad de vida de los pacientes; c) Ayuda a realizar "audits" de la HCBPS para la evaluación de indicadores de calidad, a identificar PMEANOM que junto con una adecuada información-DA permite una ICP de calidad y facilita una coordinación entre recursos sanitarios y sociales.

#### EA-29

### FACTORES ASOCIADOS AL DETERIORO FUNCIONAL DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS DE ESPAÑA. PROYECTO PROFUND

J. Machín Lázaro, A. Fernández Moyano, M. Godoy, J. Aligué, L. Felu Mazaría, F. Formiga y E. Sacanella

Investigadores del Proyecto PROFUND. Grupo de Estudio de Pacientes Pluripatológicos y de Edad Avanzada de la SEMI.

**Objetivos.** Conocer el estado funcional para el desarrollo de actividades básicas (ABVD) e instrumentales (AIVD) de la vida diaria así como las variables asociadas a su deterioro de los pacientes pluripatológicos (PPP) incluidos en el estudio PROFUND.

**Material y métodos.** Estudio transversal en el que incluyeron a PPP (según la definición vigente desde 2007) de 36 hospitales españoles pertenecientes a 11 autonomías, entre Febrero 2007 y Junio 2008. Análisis descriptivo del estado funcional de los PPP mediante el índice de Barthel (IB) y el de Lawton-Brody (LB), e inferencial uni- y multivariado (regresión logística paso a paso hacia atrás) de las variables asociadas al deterioro funcional (definido por un IB < 60 puntos para ABVD y por un LB < 8 en mujeres y < 5 en hombres para las AIVD), con el paquete SPSS 16.0, considerando como dintel de significación estadística una p < .05.

**Resultados.** Se incluyeron 1632 PPP (53% varones con edad 77.9 ± 9.8 años). La puntuación media del IB Basal fue 69 ± 31 y en el momento de la inclusión 58 ± 34 (el 31.5% y 44% presentaban deterioro funcional basal y en la inclusión, respectivamente). Las dimensiones con mayores niveles de dependencia basales fueron subir-bajar escaleras (algún nivel de dependencia en 66% de los PPP), seguida del baño (52.5%), deambular (51%), vestirse (50.8%), trasladarse cama-silla (46.2%), uso del retrete (37.6%), micción (36.5%), deposiciones (28.5%), arreglarse (26%), y por último la alimentación (25%). Las variables asociadas de forma independiente con el deterioro funcional basal para las ABVD fueron las enfermedades osteoar-

ticulares degenerativas ( $p < .0001$ ; OR = 3.8[2.5-5.6]), las neurológicas  $p < .0001$ ; OR = 2.2[1.5-3]), la necesidad de oxígeno domiciliario ( $p < .0001$ ; OR = 2.1[1.5-3.1]), el número de errores en el cuestionario Pfeiffer ( $p < .0001$ ; OR = 1.17[1.11-1.24]), una mayor comorbilidad por el Charlson ( $p < .0001$ ; OR = 1.2[1.11-1.29]), el riesgo sociofamiliar por el I. Gijón ( $p < .0001$ ; OR = 1.1[1.05-1.16]), el sexo femenino ( $p < .01$ ; OR = 1.5[1.08-2.04]), y las edades más avanzadas ( $p < .01$ ; OR = 1.02[1.005-1.04]). La puntuación media del LB Basal y en la inclusión fue 2 (rango intercuartil [RIC] = 4) en mujeres/3 (RIC = 5) en hombres (87% de mujeres/64.5% de hombres presentaban deterioro funcional basal y 91%/70.5% en la inclusión, respectivamente). Las dimensiones con mayores niveles de dependencia basal fueron hacer compras (algún nivel de dependencia en 75% de los PPP), preparación de la comida (73.5%), cuidado de la casa (70%), responsabilidad con respecto a la medicación (50%), manejo de asuntos económicos (45%), uso de medios de transporte (40.4%), uso del teléfono (21.3%), y lavado de ropa (18.3%). Las variables asociadas de forma independiente con el deterioro funcional basal para las AIVD fueron el sexo femenino ( $p < .0001$ ; OR = 5.8[3.9-8.6]), las edades más avanzadas ( $p < .0001$ ; OR = 1.04[1.02-1.05]), el riesgo sociofamiliar por el I. Gijón ( $p < .0001$ ; OR = 1.2[1.11-1.26]), el número de errores en el cuestionario Pfeiffer ( $p = .001$ ; OR = 1.14[1.06-1.2]), una mayor comorbilidad por el Charlson ( $p < .005$ ; OR = 1.13[1.04-1.2]), las enfermedades osteoarticulares degenerativas ( $p = .008$ ; OR = 2.9[1.3-6.5]), la necesidad de oxígeno domiciliario ( $p = .0001$ ; OR = 1.73[1.1-2.7]), y haberse caído en más de una ocasión en los 12 meses previos ( $p = .016$ ; OR = 1.9[1.13-3.2]). Estos resultados del Proyecto PROFUND se han enviado para su presentación en los congresos de las sociedades autonómicas de Medicina Interna de España.

**Conclusiones.** En torno a la tercera parte de los pacientes pluripatológicos incluidos presentaron deterioro funcional basal significativo para las ABVD y más de las dos terceras partes para las AIVD, respectivamente. Las actividades más afectadas fueron las motrices, seguidas de las vegetativas para ABVD y las relacionadas con el autoabastecimiento y cuidado de la casa para AIVD. Las variables asociadas al deterioro de ambas fueron las edades mayores, el sexo femenino, las enfermedades osteoarticulares, la carga de comorbilidad, la fragilidad social y el deterioro cognitivo.

#### EA-30

### DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS: ¿ES MÁS FRECUENTE DE LO QUE PENSAMOS?

**J. Murcia Zaragoza, M. Rodríguez Benedito, V. Rodríguez, M. Castillo Blasco, M. Montero Pérez-Barquero, E. Villegas Bruguera y L. Abella Vázquez**

*Investigadores del Proyecto PROFUND. Grupo de Estudio de Pacientes Pluripatológicos y de Edad Avanzada de la SEMI.*

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

**Material y métodos.** Estudio transversal en el que se incluyeron a 1632 PPP (según la definición vigente desde 2007) de 36 hospitales españoles pertenecientes a 11 autonomías, entre Febrero 2007 y Junio 2008. Análisis descriptivo del estado cognitivo basal mediante la escala de Pfeiffer (EP), excluyéndose aquellos pacientes con delirium en el momento de la inclusión. Análisis inferencial uni- y multivariado (regresión logística paso a paso hacia atrás) de las variables asociadas al deterioro cognitivo (definido por una puntuación en la EP con 3 ó más errores [4 ó más si no recibió educación primaria y 2 ó más si recibió estudios superiores]), con el paquete SPSS 16.0, considerando como dintel de significación estadística una  $p < .05$ .

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

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

#### EA-31

### CARACTERÍSTICAS SOCIOFAMILIARES DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS EN DIFERENTES HOSPITALES ESPAÑOLES

**A. Mora Rufete, C. Morales, M. Maiz, M. Soria López, F. Medrano González, F. Martos y A. Muela Molinero**

*Investigadores del Proyecto PROFUND. Grupo de Estudio de Pacientes Pluripatológicos y de Edad Avanzada de la SEMI.*

**Objetivos.** Analizar las características sociofamiliares y los factores asociados al riesgo sociofamiliar en pacientes pluripatológicos (PPP) incluidos en el estudio PROFUND.

**Material y métodos.** Estudio transversal en el que incluyeron a 1632 PPP (según la definición vigente desde 2007) de 36 hospitales españoles pertenecientes a 11 Autonomías, entre Febrero 2007 y Junio 2008. Se excluyeron los PPP que vivían ya en residencias asistidas ( $n = 107$ , un 6.5%). Descripción de la situación sociofamiliar mediante la escala de Gijón (EG) global y de cada una de sus 5 dimensiones (situación familiar, económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de la red social). Análisis inferencial bivariado (Chi2, T de Student, ANOVA y post-hoc de Tukey y T3-Dunnett, Kruskal-Wallis y U de Mann-Whitney) y multivariado (regresión logística paso a paso hacia atrás) de los factores asociados a la presencia de riesgo/problemática social (puntuación en la EG  $\geq 10$ ) con el paquete SPSS 16.0, considerándose el dintel de significación estadística con  $p < .05$ .

**Resultados.** La puntuación mediana en la EG de los PPP incluidos fue 10 (rango intercuartil [RIC] = 5). Por estratos de riesgo social se situaron en riesgo bajo ( $< 10$  puntos) el 42%, en riesgo intermedio (10-16 puntos) el 53% y con problemática social establecida el 5%. La mayoría convivía con familiar(es) sin dependencia (29%) y/o con cónyuge de similar edad (26%), y el resto con familiares con dependencia (27%), ó solos (18%). Económicamente el 66% recibía entre la pensión mínima contributiva y 1.5 veces el salario mínimo, el 18% recibía ingresos inferiores a la pensión mínima ó nada, y el 16% más de 1.5 el salario mínimo. La vivienda fue considerada adecuada en el 62.5% y con barreras arquitectónicas, humedades/mala higiene, ausencia de ascensor/teléfono, ó sin el mínimo equipamiento en el restante 37.5%. Las relaciones sociales las mantenían el 73% de los PPP, mientras que los restantes no salían de su domicilio. Finalmente el 78% no precisaba apoyo de la red social ó bien lo recibía adecuadamente, mientras que el 22% restante no. Las variables asociadas de forma independiente a la situación de riesgo social-problema social (EG  $\geq 10$ ) fueron el sexo masculino ( $p < .001$ ; OR = 1.8[1.3-2.5]), tener más errores cognitivos en la escala de Pfeiffer ( $p = .006$ ; OR = 1.1[1.02-1.16]), una dependencia funcional basal para las básicas medido por el I. Barthel ( $p = .018$ ; OR = 0.991[0.98-0.998]), y el tener un cuidador que no fuera familiar de primer grado ( $p < .0001$ ; OR = 3.7[1.8-7.5]). Estos resultados del Proyecto PROFUND se han enviado para su presentación en los congresos de las sociedades autonómicas de Medicina Interna de España.

**Conclusiones.** La mayoría de los PPP incluidos presentaba riesgo ó problemática social establecida. Las dimensiones más afectadas fueron la situación económica y familiar seguidas de la vivienda. El perfil del PPP con riesgo social correspondió a un varón con deterioro cognitivo y funcional que recibía el apoyo de cuidados de un familiar lejano ó una persona contratada.

#### EA-32

### PRECISIÓN DEL ÍNDICE DE CHARLSON EN LA PREDICCIÓN DE MORTALIDAD DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS: DATOS PRELIMINARES DEL PROYECTO PROFUND

**L. Moreno Gaviño, M. Nieto Martín, T. Martínez, P. Giner, M. Aguayo Canela, I. Novo Valeiro y G. Ternavasio**

*Investigadores del Proyecto PROFUND. Grupo de Estudio de Pacientes Pluripatológicos y de Edad Avanzada de la SEMI.*

**Objetivos.** Analizar el grado de precisión del índice de Charlson-Deyo (IC) para la predicción de mortalidad a los 12 meses en pacientes pluripatológicos (PPP) incluidos en el estudio PROFUND.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo observacional de cohortes en el que incluyeron a 1632 PPP (según la definición vigente desde 2007) de 36 hospitales españoles pertenecientes a 11 Autonomías, entre Febrero 2007

y Junio 2008. Recogida de datos epidemiológicos, clínicos y asistenciales en la inclusión; y seguimiento durante 12 meses ó hasta el fallecimiento. Análisis interino tras finalización del seguimiento de 824 PPP, del grado de calibración (curvas de calibración y bondad de ajuste de Hosmer-Lemeshow) y discriminación (curvas COR y cálculo del área bajo la curva) del IC sin ajustar por edad y ajustado por edad (ICAE) en la predicción de la mortalidad a los 12 meses, con el paquete SPSS 16.0, considerándose el dintel de significación estadística con  $p < .05$ .

**Resultados.** La mortalidad global de la cohorte a los doce meses se situó en el 37.4% (308 PPP), y la mediana del IC y ICAE en 4 (rango intercuartil [RIC] = 2) y 6.3 (RIC = 2.4), respectivamente. La mortalidad observada para el primer cuartil de riesgo del IC fue 0% (pronosticada = 12%), para el segundo cuartil del IC y ICAE fue el 27.6% y el 0%, respectivamente (pronosticada = 26%), para el tercer cuartil del IC y ICAE fue el 35.1% y el 20.6%, respectivamente (pronosticada = 52%), y para el último cuartil del IC y ICAE fue el 49.2% y el 41.7%, respectivamente (pronosticada = 85%). La bondad del ajuste del modelo fue buena para el IC estratificado por cuantiles de riesgo ( $\chi^2 = 1.018$ ,  $gl = 2$ ,  $p = .601$ ), el IC bruto ( $\chi^2 = 0.518$ ,  $gl = 5$ ,  $p = .991$ ), no calculable para el ICAE estratificado por cuantiles de riesgo y buena para el ICAE bruto ( $\chi^2 = 5.617$ ,  $gl = 8$ ,  $p = .691$ ). En el análisis del poder discriminativo el área bajo la curva del IC y ICAE fue 0.608 (IC95% = 0.557-0.622,  $p < .0001$ ) y 0.638 (IC95% = 0.583-0.667,  $p < .0001$ ), respectivamente. Estos resultados del Proyecto PROFUND se han enviado para su presentación en los congresos de las sociedades autonómicas de Medicina Interna de España.

**Conclusiones.** La mortalidad global de la cohorte de PPP a los 12 meses fue elevada (más de la tercera parte). El índice de Charlson-Deyo sin ajustar y ajustado por edad obtuvo una buena calibración y un moderado poder discriminativo, cuando se aplicó a pacientes pluripatológicos.

#### EA-33

##### FACTORES ASOCIADOS A LAS CAÍDAS EN UNA COHORTE MULTICÉNTRICA DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

**J. Murcia Zaragoza, B. Massa, J. Machín Lázaro, S. Ruiz, M. Fernández Miera, A. Sanjosé Laporte y A. López Soto**

*Investigadores del Proyecto PROFUND. Grupo de Estudio de Pacientes Pluripatológicos y de Edad Avanzada.*

**Objetivos.** Analizar la prevalencia y factores asociados a haber presentado caídas en los 12 meses previos, en pacientes pluripatológicos (PPP) incluidos en el estudio PROFUND.

**Material y métodos.** Estudio transversal en el que incluyeron a 1632 PPP (según la definición vigente desde 2007) de 36 hospitales españoles pertenecientes a 11 Autonomías, entre Febrero 2007 y Junio 2008. Análisis de la prevalencia de haber presentado más de una caída en los 12 meses previos a la inclusión y descripción del perfil clínico de los PPP que presentaron caídas. Análisis inferencial bivariado (Chi<sup>2</sup>, T de Student, ANOVA y post-hoc de Tukey y T3-Dunnett, Kruskal-Wallis y U de Mann-Whitney) y multivariado (regresión logística paso a paso hacia atrás) de las variables asociadas a la presencia de más una caída en los 12 meses previos con el paquete SPSS 16.0, considerándose el dintel de significación estadística con  $p < .05$ .

**Resultados.** El 19% de los PPP incluidos ( $n = 308$ ) presentó más de una caída en los 12 meses previos. Los pacientes con caídas fueron mujeres en el 55% de los casos, con  $78 \pm 8$  años, una mediana de 3 (rango intercuartil [RIC] = 1) categorías de inclusión más otras 3 (RIC = 2) comorbilidades, y de 8 (RIC = 5) fármacos prescritos. Un 30% de ellos había presentado delirium en el ingreso previo y un 70% requería de persona cuidadora (el 83% de ellos tenía persona cuidadora). Funcionalmente el I. Barthel basal fue 60 (RIC = 50) y el L-Brody 2 (RIC = 2), la mediana de errores en la escala de Pfeiffer 3 (RIC = 6), y la puntuación en la escala de Gijón 11 (RIC = 5). Las variables asociadas de forma independiente las caídas en los 12 meses previos fueron la categoría D (hepatopatía crónica) ( $p < .03$ ; OR = 1.9[1.06-3.3]), la categoría H (enfermedades osteoarticulares limitantes) ( $p = .008$ ; OR = 1.7[1.15-2.5]), la presencia de delirium en el último ingreso ( $p < .0001$ ; OR = 4[2.6-5.8]), una mayor dependencia funcional basal para las instrumentales medidas por el índice de L-B ( $p < .0001$ ; OR = 0.87[0.81-0.94]), el número de ingresos en los 12 meses previos ( $p = .006$ ; OR = 1.1[1.02-1.16]), y la toma de antidepressivos ( $p < .0001$ ; OR = 2.1[1.4-3.1]), y como factor protector la toma de betabloqueantes ( $p < .015$ ; OR = 0.65[0.45-0.92]). Estos resultados del Proyecto PROFUND se han enviado para su presentación en los congresos de las sociedades autonómicas de Medicina Interna de España.

**Conclusiones.** Una quinta parte de los PPP presentó más de una caída en los 12 meses previos a la inclusión. El perfil de estos pacientes correspondió a los de mayores edades, con elevada complejidad clínica (mediana de al menos 6 enfermedades crónicas), deterioro funcional y riesgo de claudicación social. Las variables asociadas independientemente a las caídas fueron algunas enfermedades (hepatopatías y osteoartropatías limitantes),

el delirium y el número de ingresos previos, el deterioro funcional para instrumentales y la toma de antidepressivos.

#### EA-34

##### PREVALENCIA Y FACTORES PREDISPONENTES DE DELIRIUM EN UNA COHORTE MULTICÉNTRICA DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

**C. Luque Amado, V. Rodríguez Martínez, M. Romero Jiménez, M. Maiz Jiménez, M. Soria López, M. Rincón Gómez y F. Martínez Peñalver**

*Investigadores del Proyecto PROFUND. Grupo de Estudio de Pacientes Pluripatológicos y de Edad Avanzada de la SEMI.*

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

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

**Resultados.** Se incluyeron 1632 PPP (53% varones con edad  $77.9 \pm 9.8$  años, el 75% se incluyó al alta hospitalaria, el 17.5% en consultas y el 7.2% desde Hospitalización Domiciliaria). La prevalencia de delirium en el último ingreso se situó en el 11% ( $n = 198$ , 54% mujeres con edad media de  $79 \pm 9$  años, una media de categorías de inclusión =  $2.8 \pm 0.8$ , y de otras comorbilidades =  $2.9 \pm 1.8$ , un I. Barthel basal de  $47.5 \pm 35$  puntos, y un peso de comorbilidad asociada por el índice de Charlson de  $4 \pm 2$  puntos, con diagnóstico previo de demencia en el 50% de los casos). Las variables asociadas de forma independiente con el delirium fueron el sexo femenino ( $p = .038$ , OR = 1.6 [1.025-2.48]), la mayor dependencia para las actividades instrumentales por el I. de Lawton-Brody ( $p = .041$ , OR = 1.16 [1.34-2.48]), el diagnóstico previo de demencia ( $p = .017$ , OR = 1.95 [1.12-3.4]), una mayor carga de comorbilidad por el I. Charlson ( $p = .028$ , OR = 1.11 [1.011-1.22]), un índice de masa corporal menor ( $p = .037$ , OR = 1.04 [1.002-1.08]), y la presencia de hipoalbuminemia ( $p = .025$ , OR = 1.7 [1.07-2.8]). Estos resultados del Proyecto PROFUND se han enviado para su presentación en los congresos de las sociedades autonómicas de Medicina Interna de España.

**Conclusiones.** Una décima parte de los pacientes pluripatológicos incluidos presentaron delirium en el último ingreso, lo cual es un indicador de la fragilidad de esta población. Las variables asociadas al mismo fueron el sexo femenino, la carga de comorbilidad y el diagnóstico previo de demencia, el deterioro funcional basal, y la malnutrición (bajo IMC e hipoalbuminemia).

#### EA-35

##### PERFIL DE LA PERSONA CUIDADORA DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS DE ESPAÑA

**M. Romero Jiménez, M. Bernabeu Wittel, C. Ramos Cantos, M. Ollero Baturone, J. Galindo Ocaña, A. Escalera Zalvide y M. Sánchez Ledesma**

*Investigadores del Proyecto PROFUND. Grupo de Estudio de Pacientes Pluripatológicos y de Edad Avanzada de la SEMI.*

**Objetivos.** Analizar el perfil de la persona cuidadora de pacientes pluripatológicos de España incluidos en el estudio PROFUND.

**Material y métodos.** Estudio transversal en el que incluyeron a 1632 PPP (según la definición vigente desde 2007) de 36 hospitales españoles pertenecientes a 11 Autonomías, entre Febrero 2007 y Junio 2008. Análisis descriptivo del perfil de la persona cuidadora los PPP en España. Análisis inferencial bivariado ( $\chi^2$ , T de Student, ANOVA y post-hoc de Tukey y T3-Dunnett, Kruskal-Wallis y U de Mann-Whitney) y multivariado (regresión logística paso a paso hacia atrás) de las variables asociadas a la presencia o no cuidador con el paquete SPSS 16.0, considerándose el dintel de significación estadística con  $p < .05$ .

**Resultados.** Del total de PPP incluidos 850 (el 51.9%) requerían cuidador (los requisitos definitorios de necesidad de cuidador fueron un Barthel < 60 [presente en el 31.5%/44% de los PPP basalmente/en inclusión] y/o un Pfeiffer > 5 errores [presente en el 21.6% de los PPP]). Globalmente contaban con una persona cuidadora 1186 PPP (un 72.4%), siendo mujeres en el 80.9% de los casos, con una edad media de  $57.6 \pm 15$  años (edad mayoritaria entre los 41 y 50 años ( $n = 287$ )). El grado de relación con el PPP más frecuente fue hija en un 43.2% ( $n = 455$ ), seguido esposa en el 40% ( $n = 421$ ), profesional contratado en el 9.1% ( $n = 96$ ), y por último familiar de segundo grado en el 7.7% ( $n = 81$ ). En el caso de los PPP que sí requerían

cuidador, el 93,3% (n = 793) lo tenían y sólo un 6.2% (n = 53) no disponían del mismo; la edad media fue muy similar a la global de las cuidadoras (57.1 ± 15.2), con mayoría de sexo femenino en el 78% (n = 670); asimismo la relación con el PPP fue de hija en el 41,5% (n = 353), esposa en el 37% (n = 314), personal contratado en un 13.5% (n = 115) y por último otro parentesco en el 8% (n = 68). El 93,3% (n = 1528) de los PPP vivía en su domicilio y sólo un 6.5% (n = 107) lo hacía en residencias asistidas; los PPP que vivían en su domicilio (n = 1523) estaban atendidos sólo en un 6.4% (n = 98) por personal contratado, sin embargo los que lo hacían en una residencia asistida (n = 107) este porcentaje subía hasta 47.7% (n = 51). Las variables asociadas de forma independiente con disponer de cuidador fueron las enfermedades cardiológicas (p = .045, OR = 1.7[1.012-2.8]), renales (p = .02, OR = 1.6[1.07-2.4]), hepáticas (p = .007, OR = 2.6[1.3-5.15]) y neurológicas crónicas (p < .0001, OR = 2.5[1.6-4]) y la presencia de hipoalbuminemia (p = .009, OR = 1.6[1.13-2.35]). Las asociadas independientemente a la ausencia del mismo fueron el no requerirlo (p < .0001, OR = 6.3[3.6-10.8]), una mayor independencia para las instrumentales (p < .0001, OR = 1.32[1.2-1.45]), y un mayor riesgo sociofamiliar por la escala de Gijón (p = .008, OR = 1.09[1.02-1.15]). Estos resultados del Proyecto PROFUND se han enviado para su presentación en los congresos de las sociedades autonómicas de Medicina Interna de España.

**Conclusiones.** Algo más de la mitad de los PPP requerían cuidador, disponiendo en su gran mayoría de una persona próxima, habitualmente una mujer. Suelen ser las esposas y/o hijas las que asumen este rol. En muy baja proporción los PPP viven en residencias asistidas y/o son atendidos por personal cualificado contratado en su propio domicilio.

#### EA-36

### CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS DE ESPAÑA CON NEOPLASIAS

**A. Mora Rufete, M. Ollero Baturone, L. Moreno Gaviño, V. Rodríguez Martínez, J. Galindo Ocaña, J. Barbé Gil-Ortega y B. Pinilla**

*Investigadores del Proyecto PROFUND. Grupo de Estudio de Pacientes Pluripatológicos y de Edad Avanzada de la SEMI.*

**Objetivos.** Analizar las características diferenciales de los pacientes pluripatológicos con neoplasias (PPP) incluidos en el estudio PROFUND.

**Material y métodos.** Estudio transversal en el que incluyeron a 1632 PPP (según la definición vigente desde 2007) de 36 hospitales españoles pertenecientes a 11 Autonomías, entre Febrero 2007 y Junio 2008. Análisis descriptivo de las características demográficas y clínicas de los PPP con neoplasias, e inferencial bivariado (Chi2, T de Student, ANOVA y post-hoc de Tukey y T3-Dunnett, Kruskal-Wallis y U de Mann-Whitney) y multivariado (regresión logística paso a paso hacia atrás) de las posibles diferencias con la población de PPP reclutada sin neoplasias, con el paquete SPSS 16.0, considerándose el dintel de significación estadística con p < .05.

**Resultados.** Un total de 188 (11.5%) PPP presentaban algún tipo de neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa. El 67% eran varones con edad de 76 ± 9 años, con una media de categorías de inclusión y otras comorbilidades de 2.7 ± 0.8 y 2.67 ± 1.8, respectivamente. El tipo histológico más frecuente fue el de adenocarcinoma 43.6% (n = 82), seguido del carcinoma epidermoide con un 25.5% (n = 48), los hematológicos con un 6.5%, y hepatocarcinoma con un 2.7%. El órgano de origen más frecuentemente afectado fue la próstata 22.3% (n = 42), seguida del pulmón 13.3% (n = 25), colon-recto 12.8% (n = 24), hematológicos 8% (15), vejiga urinaria 7.56% (n = 14) y mama 6.9% (n = 13). En lo que se refiere al estadio en el que se encontraba la enfermedad neoplásica, objetivamos un 60.1% (n = 113) en fase local y un 35.6% (n = 67) en fase metastásica. En el análisis multivariante quedaron como variables independientes asociadas a la población de PPP con neoplasias un mayor número de categorías de inclusión (p = .044, OR = 2.6[1.02-6.6]), un mayor número de comorbilidades (p < .0001, OR = 2.6[1.76-3.7]), un mayor deterioro cognitivo por la escala de Pfeiffer (p = .039, OR = 1.25[1.011-1.55]), y una menor frecuencia de padecimientos cardiológicos (p = .001, OR = 0.034[0.005-0.25]), insuficiencia renal crónica (p = .001, OR = 0.55[0.011-0.28]), y arteriopatía periférica/diabetes con repercusión visceral (p = .001, OR = 0.051[0.009-0.3]). No se encontraron diferencias en cuanto a la situación funcional, sociofamiliar, carga de ingresos hospitalarios, nº de fármacos prescritos, edad ni sexo. Estos resultados del Proyecto PROFUND se han enviado para su presentación en los congresos de las sociedades autonómicas de Medicina Interna de España.

**Conclusiones.** La prevalencia de neoplasias en la muestra de PPP estudiada fue del 11.5% (un tercio de ellos en fase metastásica), siendo la histología y la localización primaria más frecuentes el adenocarcinoma y la próstata, respectivamente. A pesar de las diferencias encontradas, los PPP con neoplasias constituyen una población homogénea y similar al resto de PPP en cuanto al deterioro funcional, situación sociofamiliar y necesidades asistenciales de hospitalización.

#### EA-37

### PERFIL DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS DE ESPAÑA

**M. Rincón Gómez, A. Fuertes Martín, C. Luque Amado, A. Alemán, A. Fernández Moyano, A. Tejera Concepción y P. Tenllado Doblas**

*Investigadores del Proyecto PROFUND. Grupo de Estudio de Pacientes Pluripatológicos y de Edad Avanzada de la SEMI.*

**Objetivos.** Analizar el perfil de riesgo cardiovascular y enfermedades cardiovasculares más prevalentes en pacientes pluripatológicos (PPP) incluidos en el estudio PROFUND.

**Material y métodos.** Estudio transversal en el que incluyeron a 1632 PPP (según la definición vigente desde 2007) de 36 hospitales españoles pertenecientes a 11 Autonomías, entre Febrero 2007 y Junio 2008. Análisis descriptivo (porcentajes, valores centrales y medidas de dispersión) del perfil de riesgo cardiovascular (prevalencia de HTA, diabetes, dislipemia, obesidad y tabaquismo), enfermedades cardiovasculares (insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, arteriopatía periférica y enfermedad cerebrovascular), otras condiciones clínicas relacionadas, y el abordaje terapéutico de estos subgrupos, en pacientes PPP en España.

**Resultados.** Los factores de riesgo vascular más frecuentes de la población de PPP incluida (53% varones, edad media 77.9 ± 9.8 años) fueron la HTA (presente en el 71.8% (n = 1171)), seguida de la obesidad en distintos grados (en el 70.5%), la diabetes (en el 45.6% (sin repercusión visceral en 29% y con repercusión visceral en el 16.6%)), las dislipemias (en el 28.9%), y el tabaquismo (6.1%). Las enfermedades cardiovasculares más frecuentes fueron las cardiológicas, presentes en el 77.5% (insuficiencia cardíaca (IC) en el 57.7% (n = 942), cardiopatía isquémica en el 40.5% (n = 661), y ambas en el 21% (n = 339)), seguidas de la enfermedad cerebrovascular, presente en un 25.8% (n = 421), y la arteriopatía periférica sintomática (grado II ó más de la Fontaine), presente en un 13.1% (n = 214). Otras condiciones frecuentemente relacionadas con el riesgo/enfermedad vascular fueron la fibrilación auricular crónica (en el 35.2%, asociada a enfermedades cardiológicas en el 29.4%, y aislada en el 5.8%), la insuficiencia renal crónica (en el 31%), el hipotiroidismo (en el 6.3%), el síndrome de apnea-hipopnea del sueño (en el 5%) y la enfermedad tromboembólica (en el 3.6%). Un 47.6% de los PPP con IC presentaba disnea ≥ 3 de la NYHA, el 22% requería oxígeno en domicilio, el 8% presentaba diferentes grados de hipertensión pulmonar, el 5.5% portaban marcapasos, y el 4.2% prótesis valvulares. El valor de la HbA1c fue 7.20% ± 1.67%, de la creatinina 1.34 ± 0.9 mg/dL y el de la PCR ultrasensible 5.95 (rango intercuartil 19) mg/dL. El 7.1% de los 1171 PPP con HTA no recibían tratamiento antihipertensivo, el 24.1% recibía un fármaco y el 68.8% dos ó mas (mediana de hipotensores 2 [RIC = 2] por paciente). Un 16% de los 740 PPP diabéticos no recibía antidiabéticos, un 35% antidiabéticos orales (27.7% uno y 7.3% dos ó mas), un 31.7% insulina y un 17.3% recibía ambos; además un 72.7%/41% de ellos recibía IECA-ARAI/hipolipemiantes, respectivamente. El 63% de los 472 PPP con dislipemia recibían hipolipemiantes y el resto no. Sólo el 28% de los 942 PPP con insuficiencia cardíaca tenían prescritos IECA/ARAI+betabloqueantes+diuréticos. Por el contrario el 83% de los pacientes con cardiopatía isquémica y/o ictus y/o arteriopatía periférica tenía prescrita antiagregación (un 49.3% con un fármaco y un 8% con dos), hipocoagulación (20%), ó ambas (un 6.5%). Estos resultados del Proyecto PROFUND se han enviado para su presentación en los congresos de las sociedades autonómicas de Medicina Interna de España.

**Conclusiones.** Las enfermedades cardiovasculares así como sus factores de riesgo en general y las cardiológicas en particular se constituyen en las categorías y comorbilidades con mayor protagonismo en la población de PPP multicéntrica reclutada. Sin embargo se han detectado datos de tratamiento subóptimo según guías en la mayoría de las condiciones evaluadas. El probable impacto positivo en resultados en salud al intensificar las estrategias para el control del riesgo vascular y enfermedades cardiovasculares debe ser evaluado específicamente en esta población.

#### EA-38

### COMORBILIDADES ASOCIADAS A LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES CRÓNICAS EN UNA POBLACIÓN MULTICÉNTRICA DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

**A. Fuertes Martín, I. Novo Valeiro, G. Ternavasio, C. De la Calle Cabrera, H. Llorente Cancho, S. Gómez Lesmes y J. Forteza-Rey**

*Investigadores del Proyecto PROFUND. Grupo de Estudio de Pacientes Pluripatológicos y de Edad Avanzada de la SEMI.*

**Objetivos.** Analizar las comorbilidades más frecuentemente asociadas a las categorías de inclusión más prevalentes en los pacientes pluripatológicos (PPP) incluidos en el estudio PROFUND.

**Material y métodos.** Estudio transversal en el que incluyeron a 1632 PPP (según la definición vigente desde 2007) de 36 hospitales españoles pertenecientes a 11 Autonomías, entre Febrero 2007 y Junio 2008. Análisis descriptivo (porcentajes, valores centrales y medidas de dispersión) del perfil de riesgo cardiovascular (prevalencia de HTA, diabetes, dislipemia, obesidad y tabaquismo), enfermedades cardiovasculares (insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, arteriopatía periférica y enfermedad cerebrovascular), otras condiciones clínicas relacionadas, y el abordaje terapéutico de estos subgrupos, en pacientes PPP en España.

necientes a 11 Autonomías, entre Febrero 2007 y Junio 2008. Análisis descriptivo (porcentajes, valores centrales y medidas de dispersión) del perfil diferencial de las comorbilidades que se asociaron con más frecuencia a cada una de las categorías de inclusión con mayor prevalencia (cardiopatías, enfermedades respiratorias, neurológicas, renales, y neoplásicas) en pacientes PPP en España.

**Resultados.** El 77.5% de los PPP incluidos (n = 1264) padecían enfermedades cardiológicas, siendo las comorbilidades más frecuentemente asociadas la HTA (en el 75.2%), la obesidad grado 2 ó más (65.5%), la diabetes (46.1%), las enfermedades respiratorias crónicas (el 45.5%), la fibrilación auricular (FA)(41.2%), las enfermedades neurológicas (33%), la dislipemia (32%), la insuficiencia renal crónica (IRC) (31%), las neoplasias (16%), la poliartritis invalidante (14.7%), la arteriopatía periférica (13.4%), la hiperplasia prostática (HPB)(11.1%) y la depresión (10.2%). El 45.6% (n = 744) de ellos padecían enfermedades respiratorias crónicas, siendo las comorbilidades más frecuentemente asociadas las cardiopatías (en el 77.3%), la HTA (72%), las cardiopatías (66.7%), la obesidad grado 2 ó más (62.6%), la diabetes (40.3%), la FA (34.2%), la dislipemia (27.6%), la IRC (24.6%), las enfermedades neurológicas (23.7%), la HPB (14.7%), la poliartritis invalidante (12.4%), las neoplasias (11.6%), y la hipertensión pulmonar (11%). El 38.2% (n = 624) padecía enfermedades neurológicas, y como comorbilidades asociadas presentaron HTA (69.6%), la obesidad grado 2 ó más (59%), la diabetes (46.8%), la FA (34.6%), la dislipemia (28.8%), las enfermedades respiratorias (28.2%), IRC (24.7%), la poliartritis invalidante (16%), las neoplasias (13%), la depresión (11.5%), y la arteriopatía periférica (11.4%). El 32.2% (n = 526) padecía enfermedades renales (n = 491)/autoinmunes (n = 22)/ó ambas (n = 13); las comorbilidades asociadas a la enfermedad renal crónica fueron la HTA (78.6%), las cardiopatías (en el 77.8%), la obesidad grado 2 ó más (63%) la diabetes (50.4%), la FA (37.5%), las enfermedades respiratorias (36.2%), la dislipemia (31%), las neurológicas (29.4%), las neoplasias (23%), la arteriopatía periférica (14.3%), la HPB (11.3%), la poliartritis invalidante (11%), y la depresión (10.5%). El 25.6% (n = 418) padecía una neoplasia activa/anemia crónica/ó ambos. Las enfermedades más frecuentemente asociadas a las neoplasias fueron las cardiopatías (n = 73.6%), la HTA (69%), la obesidad grado 2 ó más (50%), la diabetes (43%), la IRC (42%), la FA (39%), las enfermedades respiratorias (31%), la dislipemia (27%), las neurológicas (21.2%), la poliartritis invalidante (14%), la anemia crónica (12.3%), la arteriopatía periférica (11.2%), la HPB (10.7%), el úlcus péptico (10.1%) y la depresión (10.1%). El resto de todas las múltiples comorbilidades analizadas en cada una de las 5 categorías (hepatopatías, enfermedades gastrointestinales, colelitiasis, nefrolitiasis, osteoporosis, enfermedad por reflujo gastroesofágico, tiroidopatías, enfermedad tromboembólica, toxicomanías, trastorno de ansiedad, entre otras) no superaron en ningún caso el 10%. Estos resultados del Proyecto PROFUND se han enviado para su presentación en los congresos de las sociedades autonómicas de Medicina Interna de España.

**Conclusiones.** En la muestra de PPP analizada las enfermedades concomitantes a las categorías de inclusión más prevalentes son las cardiovasculares (incluyendo la FA) y los factores que las determinan, seguidas de las neoplasias, enfermedades prostáticas, la poliartritis y la depresión.

#### EA-39

#### CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE VARONES Y MUJERES PLURIPATOLÓGIC@S. RESULTADOS PRELIMINARES DEL PROYECTO PROFUND

**J. Díez Manglano, M. Bernabeu Wittel, L. Moreno Gaviño, M. Albert Coll, B. Barón Franco, M. Ollero Baturone y A. Escalera Zalvide**

*Investigadores del Proyecto PROFUND. Grupo de Estudio de Pacientes Pluripatológicos y de Edad Avanzada de la SEMI.*

**Objetivos.** Analizar las posibles diferencias clínico-asistenciales entre varones (V) y mujeres (M) pluripatológic@s (PPP) incluidos en el estudio PROFUND.

**Material y métodos.** Estudio transversal en el que incluyeron a 1632 PPP (según la definición vigente desde 2007) de 36 hospitales españoles pertenecientes a 11 Autonomías, entre Febrero 2007 y Junio 2008. Análisis descriptivo diferencial de las características clínicas de los PPP V y M. Análisis bivariado de las posibles diferencias mediante los test de Chi cuadrado, T de Student y U de Mann-Whitney, utilizando el paquete estadístico SPSS 16.0.

**Resultados.** Se incluyeron 871 V (53%) y 761 M. La edad media de V/M fue de 75.5 ± 9.5/78.5 ± 9.1 (p < .0001), una media de categorías de inclusión V/M 2.7 ± 0.8/ 2.65 ± 0.8 (p = .012) y de comorbilidades asociadas de 2.9 ± 1.8/3.1 ± 1.7 (p = .012); las categorías más frecuentes tanto en V y M fueron las enfermedades cardíacas en 73.8% y 81.6% (p < .0001; OR 1.6 [1.2-2]) seguidas de las respiratorias y neurológicas V/M 58.2/ 31.5%; (p < .0001; OR 0.33 [0.27-0.4]) y 35.7/41.1%; (p < .024; OR 1.26 [1.03-1.5])

respectivamente, enfermedad renal crónica/autoinmunes V/M: 33.6/31%, arteriopatía periférica/diabetes con neuropatía V/M: 26.2/ 24.1%; y neoplasias/anemias crónicas V/M: 25.6/24%, la poliartritis invalidante V/M: 16/25.5%; p < .0001; OR 3.6 [2.7-4.8]). Las otras comorbilidades más frecuentes fueron la HTA V/M: 70/77.5% (p < .0001; OR 1.7 [1.36-2.1]), obesidad grado 2 ó más V/M 57.6/67.1% (p < .0001; OR 1.6 [1.3-2.1]), fibrilación auricular V/M: 30.5/40.8% (p < .0001; OR 1.6 [1.3-2]), diabetes sin repercusión visceral V/M: 29.6/29.2%, y la dislipemia en ambos del 29%. La depresión V/M (7.9% vs 14.4%; p < .0001; OR 1.98 [1.4-2.7]), estando el I. Charlson en V 4.25 ± 2.1 y en M 1.9 ± 3.5 puntos (p < .0001). Precisa-ba cuidador el 54% de V y el 62% de M, teniéndolo el 68.4% de ellos y el 77% de ellas; en el caso de los hombres la persona cuidadora fue mujer en 80.3% (esposa en 70% seguida de la hija-hijo en 17.3%) y en el caso de las mujeres la persona cuidadora fue mujer en 68% (esposo en 37.7% seguido de la hija-hijo en 45.1%). El 24.5/ 37.3% (V/M) presentaba disnea clase III ó superior de la NYHA (p < .0001) y 30/19% (V/M) disnea grado 3 de la MRC y oxigenoterapia domiciliar V/M: 21.6/15.3% (p = .0001; OR 0.6 [0.5-0.8]). Un 10.4/16% había presentado delirium en el último ingreso/caídas(1 ó más) en el último año en el caso de los varones y en las mujeres 14/22.4% había presentado delirium en el último ingreso (p = .02; OR 1.4 [1.05-1.9])/caídas (p = .001; OR 1.5 [1.2-2]); el número de ingresos en el último año V/M fue de 1.95 ± 1.5/1.83 ± 1.7 (p = .017). La prescripción crónica de fármacos V/M fue 7.9 ± 3.2/ 8 ± 3.3, presentando polifarmacia el 81.4% y 81.7% respectivamente; la situación funcional basal para las actividades básicas V/M (I. Barthel (IB)) fue 75 ± 30/63 ± 30 (p < .0001) y las instrumentales (I. Lawton-Brody (LB)) 3.5 ± 2.6/3.1 ± 3.1 (p < .0001) y la cognitiva (errores en el I. Pfeiffer) fue 2.5 ± 3 en V y en M 3.5 ± 3.2 (p < .0001) y el riesgo sociofamiliar (escala de Gijón) V/M: 9.9 ± 3.4/ 11.3 ± 3.2 (p < .0001). Estos resultados del Proyecto PROFUND se han enviado para su presentación en los congresos de las sociedades autonómicas de Medicina Interna de España.

**Conclusiones.** Existen diferencias visibles entre los varones/mujeres PPP incluidos, siendo los varones más jóvenes, pero con mayor comorbilidad medida por el Charlson, con mayor frecuencia de enfermedades respiratorias y necesidad de oxigenoterapia, y siendo las mujeres más dependientes funcionalmente, con un mayor nivel de deterioro cognitivo y depresión, así como un mayor porcentaje de enfermedades cardiológicas, neurológicas y osteoarticulares.

#### EA-40

#### CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON FRACTURA DE CADE-RA EN UN HOSPITAL TERCIARIO: PAPEL DEL INTERNISTA

**V. Jarne Betrán<sup>1</sup>, M. Arteaga Mazuelas<sup>2</sup>, M. Ruiz Castellano<sup>2</sup>, O. Ateka Barrutia<sup>2</sup>, M. Acha Arrieta<sup>2</sup>, J. Sánchez-Álvarez<sup>2</sup>, M. Abinzano Guillén<sup>1</sup> y J. Ruiz Ruiz<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital García Orcoyen. Estella/Lizarrar (Navarra).

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>Servicio de Traumatología. Hospital Virgen del Camino. Pamplona/Iruña (Navarra).

**Objetivos.** Estudiar las características de los pacientes ingresados en traumatología por fractura de cadera y de las interconsultas realizadas a Medicina Interna, desde el 1 de Enero del 2008 hasta el 31 de Diciembre del mismo año, en un hospital terciario (Hospital Virgen del Camino).

**Material y métodos.** Se realiza un estudio retrospectivo revisando la historia clínica de los pacientes ingresados en Traumatología con fractura de cadera en el período arriba mencionado.

**Resultados.** En el año 2008 fueron ingresados en el Servicio de Traumatología de nuestro hospital, 227 pacientes con el diagnóstico de fractura de cadera. El 76.2% eran mujeres. Su edad media era de 82.27 años, el 4% era menor de 60 años, el 24,7% tenía entre 60 y 80 y el 71,4% era mayor de 80 años. El 3% de los pacientes no presentaban enfermedades de base, el 54.7% 1 ó 2 y el 42.3% eran pluripatológicos (3 ó más patologías de base asociadas). La estancia media fue de 14.37 días. El riesgo anestésico de los pacientes fue medido según la escala ASA, el 75% tenían un ASA III. Se realizó consulta a Medicina Interna en el 74.5% (169) de los casos, con una edad media de 83.15 años, mientras que de los pacientes no consultados fue de 79.71 años siendo estadísticamente significativo (p = 0,021). Se siguió al 11.1% de los pacientes menores de 60 años, al 80.3% de los pacientes entre 60 y 80 y al 75.9% de los mayores de 80 años siendo estadísticamente significativo (p = 0,025). De los seguidos por nosotros, el 76.3% fue para control perioperatorio y el 23.7% por haber surgido algún tipo de complicación médica durante su ingreso siendo estadísticamente significativo (p < 0,0001). Valoramos al 64% de los pacientes con menos de tres enfermedades de base y al 88% de los pluripatológicos siendo estadísticamente significativo (p < 0,001). Los pacientes pluripatológicos suponen un 50.3% de los atendidos, mientras que los no vistos suponen 19%. De

los pacientes ingresados, el 50,6% presentó alguna complicación durante su estancia hospitalaria; de los seguidos en consulta por nosotros lo hicieron el 63,9%, mientras el 12% de los no valorados la presentaron siendo estadísticamente significativo ( $p < 0,001$ ). En cuanto a la mortalidad global, durante el primer año falleció el 22,4% de los pacientes ingresados durante los 6 primeros meses del 2008 y durante el ingreso un paciente por complicación médica.

**Discusión.** En el servicio de Traumatología de nuestro hospital se atienden pacientes con fractura de cadera. Los pacientes permanecen ingresados, un mínimo de 10 días, hasta que se han retirado todos los puntos de la herida quirúrgica, e iniciado rehabilitación precoz. Se trata de pacientes de edad avanzada, la mayor parte mujeres, pluripatológicos y con importante riesgo anestésico. Fueron valorados por medicina interna el 74,5% de los pacientes. Se puede observar, que los pacientes seguidos en interconsulta son mayores, presentan mayor número de patologías médicas asociadas de base, más complicaciones y una mayor mortalidad. Estos datos, nos sugieren la necesidad de realizar estudios prospectivos basados en un protocolo multidisciplinar.

**Conclusiones.** Los pacientes con fractura de cadera seguidos por medicina interna tienen edad más avanzada y mayor comorbilidad de base, presentan más complicaciones y mayor mortalidad, a pesar de un seguimiento integral.

#### EA-41 LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN LAS NEOPLASIAS DIAGNOSTICADAS EN MEDICINA INTERNA: INFLUENCIA DE LA EDAD Y DEL DETERIORO COGNITIVO

M. Pérez Rueda, R. Barrena, B. Sánchez Sauce, Á. Asenjo, C. Guijaro y B. Herreros

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

**Objetivos.** Determinar si la edad y el deterioro cognitivo son parámetros que determinan la limitación del esfuerzo terapéutico (LET) en los pacientes diagnosticados de neoplasia maligna en la planta de medicina interna.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de una muestra aleatoria de 1000 pacientes ingresados en MI entre los años 2005-2009. Se creó una base de datos donde se registraron las variables edad, sexo, deterioro cognitivo, motivo de consulta, tipo de neoplasia, diagnóstico por anatomía patológica (AP), extensión al diagnóstico, actitud terapéutica y éxito durante el ingreso. Análisis de los datos con el paquete estadístico SPSS.

**Resultados.** 36 nuevas neoplasias (3,6%). El 42% mayores de 80 años y el 33% presentaba deterioro cognitivo. Al 44% no se le realizó diagnóstico anatomía patológica (AP) y el 56% recibió tratamiento paliativo. En mayores de 80 había más neoplasias urológicas (12% vs 5%) y de origen desconocido (21% vs 0%) y en menores de 80 hematológicas (19% vs 6%), de ovario (9% vs 0%) y pulmonares (24% vs 6%). En los menores de 80 se presentaban más en relación con síntomas locales de neoplasia (62% vs 53%), aunque la enfermedad estaba más extendida al diagnóstico (62% vs 47%). Diagnóstico por AP: Edad media 66 años (sin AP: 88 años), el 86% menores de 80. Ninguno sin AP recibió tto activo y al 80% de los que tenían AP se les realizó tto activo ( $p < 0,0001$ ). Diferencias de actitud por edad (mayores de 80 vs menores): Diagnóstico AP 13% vs 86% ( $p < 0,0001$ ) y tratamiento paliativo 93% vs 75% ( $p < 0,0001$ ). Diferencias de actitud por deterioro cognitivo (deterioro cognitivo vs no deterioro cognitivo): Diagnóstico AP 0% vs 87% ( $p < 0,0001$ ) y tratamiento paliativo al 100% vs 30% ( $p < 0,0001$ ).

**Discusión.** Los menores de 80 años presentan diferencias en las neoplasias de nuevo diagnóstico, tanto etiológicamente (más neoplasias hematológicas, de ovario y pulmonares y menos urológicas y de origen desconocido que los mayores de 80 años), como clínicamente (se presentaban más en relación con síntomas locales de la neoplasia) o desde su agresividad (más extendidas al diagnóstico). Existe una relación clara entre la edad y el deterioro cognitivo con la realización de pruebas agresivas (AP) y con el establecimiento de tratamiento oncológico activo: Si presentan deterioro cognitivo y mayor edad la actitud es más conservadora, tanto desde el punto de vista diagnóstico como terapéutico.

**Conclusiones.** En un porcentaje importante de los pacientes diagnosticados de nuevas neoplasias en la planta de MI no se realiza confirmación histológica (44%) y se realiza tratamiento exclusivamente paliativo (56%). La edad muy avanzada (más de 80 años) y el deterioro cognitivo son determinantes en la limitación de los esfuerzos diagnósticos y terapéuticos. Aunque ambos factores se asocian a la realización de menos pruebas agresivas y al establecimiento de tratamiento exclusivamente paliativo, el deterioro cognitivo es aún más determinante (a ninguno de los enfermos con deterioro cognitivo se le realizó estudio AP ni se inició estableció tratamiento activo).

#### EA-42 PRESCRIPCIONES INAPROPIADAS EN ANCIANOS AMBULATORIOS AL INGRESO EN MEDICINA INTERNA. CRITERIOS DE BEERS

J. Ferrando Vela<sup>1</sup>, A. Bandrés Liso<sup>2</sup>, I. Martín Algora<sup>1</sup>, P. Lambán Aranda<sup>1</sup> y C. Lahoz Lasala<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Farmacia. Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

**Objetivos.** Conocer y analizar las prescripciones potencialmente inapropiadas de fármacos en pacientes mayores de 65 años.

**Material y métodos.** Se consultaron las historias clínicas de urgencias junto con los datos de facturación de recetas (especialidades farmacéuticas facturadas) de todos los pacientes mayores de 65 años que ingresan en una planta de Medicina Interna del Hospital en un año. Además se entrevistó a los pacientes para completar su tratamiento habitual: consumo de medicamentos sin receta y valorar la adherencia a los tratamientos. Con todo ello, se elaboró la historia farmacoterapéutica domiciliaria completa de cada paciente con el objetivo de detectar prescripciones potencialmente inapropiadas. Para catalogar las prescripciones como inapropiadas se aplicaron los criterios explícitos de Beers basados en consensos de expertos y en la revisión de la literatura científica y que recogen una serie de principios activos considerados potencialmente no adecuados para este grupo etéreo independientemente del diagnóstico o condición clínica del paciente. Se consideran solo aquellas prescripciones inapropiadas de severidad alta, con un total de 43 principios activos considerados como inapropiados.

**Resultados.** Se revisaron los tratamientos domiciliarios de un total de 415 pacientes mayores de 65 años, con un total 2998 prescripciones (7,22 prescripciones por paciente). Tras aplicar los criterios de Beers, se detectaron 62 prescripciones inapropiadas (2% del total). Estas prescripciones afectaron a 57 pacientes, lo que supone que el 13,73% de los pacientes tenían, al menos, una prescripción inapropiada al ingreso. Se registró prescripción de 9 de los 42 principios activos considerados como inapropiados. Entre las prescripciones inapropiadas destacan las de las benzodiazepinas de acción larga, clorazepato dipotásico y diazepam (33,87% de las prescripciones), que producen sedación prolongada e incremento del riesgo de caídas y fracturas y que afectaron al 5% de los pacientes, amiodarona (30,65% del total de prescripciones), que además de demostrar escasa eficacia en ancianos se asocia a problemas del intervalo QT y a hipertiroidismo, la prescripción de potentes anticolinérgicos como la hidroxizina (9,68% de las prescripciones) o amitriptilina (9,68% de las prescripciones) y de AINES como ketorolaco o naproxeno (8% de las prescripciones inapropiadas), que podrían ser sustituidos por otros menos gastrolesivos.

#### EA-43 PROGRAMA PARA MEJORAR LA ADHERENCIA EN EL ANCIANO POLIMEDICADO

J. Ferrando Vela<sup>1</sup>, A. Bandrés Liso<sup>2</sup> e I. Martín Algora<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Farmacia. Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

**Objetivos.** Puesta en marcha de un programa para fomentar la adherencia a los tratamientos en pacientes ancianos y polimedicados que ingresan en Medicina Interna.

**Material y métodos.** En el año 2008 se puso en marcha un programa para aumentar la adherencia a los tratamientos en los pacientes que ingresan en una planta de Medicina Interna, con la participación de los médicos de Medicina Interna y un farmacéutico. Criterios de inclusión: se seleccionaron en el momento del alta a los mayores de 65 años con más de cuatro medicamentos. Metodología: en el momento del alta se les proporcionó información oral y material escrito sobre su tratamiento que incluye, dosis, pautas, recomendaciones de administración, contraindicaciones y posibles efectos adversos. Además, a los pacientes que deben finalizar pautas iniciadas en el hospital y de duración limitada o tratamientos finitos (medicamentos con duración de tratamiento inferior a un mes tras el alta como antibióticos, corticoides, etc) o pacientes que hayan iniciado tratamiento con fármacos de Diagnóstico Hospitalario (necesitan tramitación del visado) se les facilitaron las dosis necesarias para la finalización del tratamiento. Variables estudiadas: porcentaje de pacientes que reciben información oral y escrita, porcentaje de pacientes que reciben medicación al alta, número de medicamentos y grupo terapéutico al que pertenecen y ahorro económico que supone la dispensación del número exacto de dosis necesarias para finalizar los tratamientos. El ahorro se calculó frente a la dispensación a través de receta (PVP –(dosis dispensadas \*precio unitario de compra en el hospital)).

**Resultados.** Durante el año 2008 se proporcionó información oral y escrita mediante el programa gráfico Infowin (ver imagen 1) a 552 pacientes de los

2242 pacientes que ingresaron en Medicina Interna (25% de los ingresos). De todos los pacientes a los que se proporcionó información oral y escrita, 230 pacientes (41,6%) necesitaron al menos un tratamiento finito, dispensándose 314 tratamientos distintos en un total 4483 dosis. Con ello, se evitó la acumulación de 3.279 dosis de medicamentos en los botiquines de estos pacientes. La mayor parte de las dosis entregadas correspondieron a antibióticos, seguido de corticoides y clopidogrel. El ahorro frente a lo que hubiese supuesto la dispensación por receta alcanzó los 4.784 €.

**Discusión.** Los pacientes mayores de 65 años que ingresan en nuestro Servicio de Medicina Interna consumen una media de 7,29 fármacos (según estudio realizado en 2007) lo que supone al menos 7 administraciones diarias y se traduce en una polifarmacia difícil de manejar y que puede llevar en muchos casos al incumplimiento<sup>1</sup>. Este incumplimiento supone un grave problema con consecuencias negativas para la salud, de manera que es considerado un tema prioritario de salud pública por la OMS y otras instituciones científicas que inciden en la necesidad de poner en marcha medidas para corregirlo<sup>2</sup>. Mediante el desarrollo de esta estrategia de intervención realizada en equipo (médico-farmacéutico), se pretende mejorar la adherencia a los tratamientos mediante la educación y la entrega de material escrito y medicación necesaria para finalizar los tratamientos, evitando además que el paciente acumule medicamentos en casa con el riesgo de posterior automedicación y aparición de resistencias (en el caso de los antibióticos). Esto supone además un ahorro económico para el sistema sanitario ya que se eliminan las unidades no utilizadas de envases comerciales más grandes.

**Conclusiones.** Los pacientes ancianos polimedados constituyen el principal grupo de riesgo de incumplimiento. Es necesaria la puesta en marcha de programas que incluyan distintas medidas para fomentar la adherencia a los tratamientos.

#### EA-44

##### DIFERENCIAS DE GÉNERO EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

R. Dolz Aspas<sup>1</sup>, M. Calpe Gil<sup>1</sup>, L. Mouronval Morales<sup>1</sup>, G. Pérez Vázquez<sup>1</sup>, A. Fernández Alamán<sup>1</sup>, L. García Aragón<sup>2</sup> y P. Gracia Sánchez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Obispo Polanco. Teruel.

**Objetivos.** Debido al envejecimiento progresivo de la población encontramos en el ámbito hospitalario pacientes ancianos, que habitualmente presentan varias patologías asociadas, que condicionan una mayor discapacidad funcional y fragilidad del sujeto. Aunque inicialmente el género no es un condicionante claro de pluripatología, a medida que avanza la edad la proporción de mujeres va siendo mayor. Por las implicaciones que ello pudiera suponer en su manejo asistencial, tanto en el curso clínico, como tratamiento y en su evolución, hemos querido conocer la comorbilidad que afecta a este tipo de pacientes y si existe un perfil diferencial entre hombres y mujeres en la presentación de pluripatología, o bien en la presentación de las diferentes categorías previamente establecidas.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de 310 historias clínicas de una muestra aleatoria de 1983 pacientes ingresados durante un año en el servicio de Medicina Interna del Hospital Obispo Polanco de Teruel. Se realizó un análisis bivariante para comparar el paciente pluripatológico con cardiopatía del resto. Utilizamos el paquete estadístico SPSS 10.0 para el cálculo t de Student (para variables cuantitativas) y Chi cuadrado (para variables cualitativas).

**Resultados.** De los 310 pacientes estudiados un 53,2% (n = 165) fueron considerados pluripatológicos (presentaban 2 o más enfermedades crónicas distribuidas dentro de siete posibles categorías definidas por un panel de expertos). El 59% de los pacientes varones estudiados cumplieron criterios para ser considerados pluripatológicos, mientras que el 45% de las mujeres fueron consideradas como tales, lo que determinó una diferencia estadísticamente positiva con una p < 0,025. Las mujeres con pluripatología presentaron una edad media superior a los hombres sin llegar a ser significativa (79,62 años frente a 76,71; p = 0,09). Desglosando los resultados de las distintas categorías establecidas en relación al sexo de los pacientes con

pluripatología se encontraron algunas diferencias en su distribución que no llegaron a ser significativas. (Tabla 1) Si atendemos al tipo de patología, en las enfermedades pulmonares predominaron los hombres, así como en los procesos oncohematológicos no subsidiarios de tratamiento activo, mientras que las mujeres con pluripatología presentaron un porcentaje mayor que los hombres de cardiopatía isquémica o insuficiencia cardiaca, enfermedad osteoarticular con limitación funcional o insuficiencia renal crónica, enfermedad neurológica, diabetes mellitus complicada, sin una diferencia estadísticamente significativa.

**Conclusiones.** Los hombres presentaron pluripatología en un porcentaje significativamente mayor a las mujeres, con algunas diferencias en la distribución de las diferentes categorías establecidas estadísticamente no significativas.

#### EA-45

##### COMORBILIDAD EN EL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA. DIFERENCIAS CON EL RESTO DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

R. Dolz Aspas<sup>1</sup>, L. Mouronval Morales<sup>1</sup>, M. Calpe Gil<sup>1</sup>, G. Pérez Vázquez<sup>1</sup>, L. García Aragón<sup>2</sup>, C. Fonseca López<sup>1</sup>, J. Vicario Bermúdez<sup>1</sup> y P. Gracia Sánchez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Obispo Polanco. Teruel.

**Objetivos.** La insuficiencia renal crónica, al igual que otras patologías crónicas, es una enfermedad cuya prevalencia aumenta con la edad. El envejecimiento de la población y las secuelas de las patologías vasculares (con origen en la hipertensión y la hipercolesterolemia) y diabéticas son actualmente la fuente de mayor consumo de recursos asistenciales sanitarios. Por las implicaciones que ello pudiera suponer en su manejo asistencial, tanto en el curso clínico, como tratamiento y en su evolución, hemos querido conocer la comorbilidad que afecta a este tipo de pacientes y su perfil diferencial con el resto de pacientes pluripatológicos.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de 310 historias clínicas de una muestra aleatoria de 1983 pacientes ingresados durante un año en el servicio de Medicina Interna del Hospital Obispo Polanco de Teruel. Se realizó un análisis bivariante para comparar el paciente pluripatológico con Insuficiencia Renal Crónica del resto. Utilizamos el paquete estadístico SPSS 10.0 para el cálculo t de Student (para variables cuantitativas) y Chi cuadrado (para variables cualitativas).

**Resultados.** De los 310 pacientes estudiados un 53,2% (n = 165) fueron considerados pluripatológicos (presentaban 2 o más enfermedades crónicas distribuidas dentro de siete posibles categorías definidas por un panel de expertos). De estos pacientes el 40,6% (n = 67) presentaron una insuficiencia renal crónica. Los pacientes pluripatológicos con insuficiencia renal crónica presentaron una edad media de 76 años, superior al resto de pacientes pluripatológicos con una edad media de 74,16 años y una estancia media de 10 días. Un 62% fueron hombres. En el análisis realizado observamos un porcentaje menor de enfermedad pulmonar crónica o cor pulmonale crónico (categoría C) en pacientes con insuficiencia renal crónica respecto al resto de categorías, (un 60% vs. 48%) p < 0,05. Un elevado de pacientes presentaron cardiopatía asociada, tanto en el caso de pacientes con insuficiencia renal crónica un 63% como en el resto de las categorías (68%). Sin una diferencia significativa con el resto de pacientes pluripatológicos en el porcentaje mostrado de pacientes con enfermedad inflamatoria crónica intestinal o hepatopatía crónica asociada (Categoría D) (9% vs 16%), enfermedad neurológica con déficit motor o cognitivo causante de discapacidad (categoría E) (36% vs 41%) arteropatía periférica sintomática o diabetes complicada excepto cardiopatía isquémica (categoría F) (20% vs. 24%), así como procesos oncohematológicos no subsidiarios de tratamiento activo (categoría G) (17% vs 18%).

**Conclusiones.** Un 40% de los pacientes pluripatológicos presentaron insuficiencia renal crónica. Los pacientes con insuficiencia renal crónica presentaron un porcentaje significativamente menor de patología respiratoria crónica asociada, comparativamente al resto de pacientes. Estos pacientes no se

Tabla 1 (EA-44). Diferencias encontradas en relación al sexo, en la distribución de las categorías clínicas establecidas en pacientes pluripatológicos

Diferentes categorías clínicas	% de hombres	% de mujeres	Valor de significación estadística
Categoría A	65%	68%	p<0,9
Categoría B	37%	44%	p<0,9
Categoría C	59%	47%	p>0,1
Categoría D	15%	9,5%	p<0,1
Categoría E	38%	41%	p<0,9
Categoría F	17,4%	23,8%	p<0,9
Categoría G	14%	7%	p>0,1

diferenciaron significativamente al resto de pacientes pluripatológicos en su asociación a las diferentes categorías clínicas establecidas.

#### EA-46

##### ICTUS ISQUÉMICO EN EL OCTOGENARIO

S. Serrano Villar<sup>1</sup>, P. Ruiz Artacho<sup>1</sup>, C. Valencia Sánchez<sup>2</sup>, A. Bravo<sup>1</sup>, G. Fresco Navacerrada<sup>1</sup>, V. Piedrafita Mateo<sup>1</sup>, C. Sánchez Parra<sup>1</sup> y J. Porta Etessam<sup>1</sup>

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

**Objetivos.** Comparar las características clínicas y el pronóstico al año en los pacientes mayores y menores de 85 años ingresados por ictus isquémico.

**Material y métodos.** Recogida de datos retrospectiva a través de revisión de historias clínicas y llamadas telefónicas de pacientes diagnosticados de ictus isquémico en el 2007 en un hospital terciario, en Madrid. Se recogieron datos del momento del ingreso, durante la hospitalización, al alta y al año del evento.

**Resultados.** El 25% de los pacientes tenía más de 85 años en el momento del ictus; a los pacientes de este grupo se le denominó "muy ancianos". Los muy ancianos con mayor frecuencia fueron mujeres (76% vs 43%,  $p < 0.01$ ), estaban en fibrilación auricular (42% vs 26%, OR 2.9,  $p < 0.003$ ), padecían insuficiencia renal crónica (11% vs 7%, OR 2.9,  $p = 0.37$ ), HTA (68% vs 58%,  $p = 0.6$ ), presentaban discapacidad funcional previa (70% vs 29%, OR 5.6,  $p < 0.0001$ ), y sufrieron un ictus de mayor gravedad ( $>$  mediana en la escala pronóstica de ictus NIH: (56% vs 32%, OR 2.6,  $p = 0.006$ ). Durante el ingreso, la incidencia de neumonía fue mayor en el grupo de muy ancianos (26% vs 9%, OR 3.7,  $p < 0.003$ ), así como la de insuficiencia renal aguda (22% vs 14%, OR 0.8-4.3,  $p = 0.16$ ). Sólo se realizó fibrinolisis en 1 paciente en este grupo. La mortalidad en los muy ancianos fue superior durante el ingreso (24% vs 8%, OR 3.8,  $p = 0.03$ ) y durante el año siguiente al alta (32% vs 13%, OR 3.2,  $P = 0.006$ ). Su estancia media fue también mayor: superior a 9 días (mediana): 58% vs 45% (OR 1.6,  $p = 0.15$ ); mayor de 1 mes 24% vs 10% (OR 2.9,  $P = 0.01$ ). Además, presentaron con menor frecuencia dislipemia (criterios ATPIII): 16% vs 31% (OR 0.4,  $p < 0.05$ ), hipercolesterolemia 21% vs 39% (OR 0.4,  $p = 0.07$ ), niveles altos de LDL 11% vs 33% (OR 0.3,  $p < 0.01$ ), niveles bajos de HDL 11% vs 36% (OR 0.3,  $p = 0.056$ ). El mecanismo más frecuente del ictus en los muy ancianos fue el cardioembólico (51.8% vs 40%,  $p < 0.05$ ), frente al aterotrombótico en los menores de 85 años. Los pacientes muy ancianos fueron dados de alta a residencias o a hospitales de pacientes crónicos respectivamente en un 7% vs 1%, y en un 21% vs 12% ( $p < 0.001$ ). Del total de pacientes con fibrilación auricular, cuya prevalencia fue superior en los muy ancianos, la tasa de muerte durante el ingreso fue mayor en los muy ancianos (31% vs 5%, OR 7.9,  $p = 0.000$ ), así como la tasa de muerte al año del alta (40% vs 9%, OR 6.6,  $p = 0.000$ ).

**Discusión.** La proporción de individuos que alcanzan edades avanzadas ha aumentado sustancialmente en los últimos años. Existe una idea ampliamente aceptada de que los pacientes muy ancianos que sufren un ictus tienen peor pronóstico simplemente por el hecho de ser ancianos, sin embargo, existen muy pocos estudios que analicen las características clínicas y el pronóstico a corto plazo de los pacientes muy ancianos con un ictus. En nuestro estudio hemos encontrado que los pacientes muy ancianos presentaron peor pronóstico, mayor número de complicaciones médicas, mayor duración de la estancia hospitalaria, mayor discapacidad y mayor mortalidad, tanto durante el ingreso como el año siguiente al alta. Sorprendentemente, la dislipemia no parece un factor de riesgo tan importante en los ancianos, a diferencia de la fibrilación auricular, que se asocia de forma importante con mayor mortalidad. Estos hallazgos deberían tener implicaciones terapéuticas y organizativas en la asignación de recursos.

**Conclusiones.** -La edad es un factor de mal pronóstico en el ictus isquémico: implica mayor número de complicaciones durante el ingreso, mayor gravedad del ictus y mayor mortalidad. - De los predictores de mortalidad conocidos en el ictus, la fibrilación auricular es el que está más representado y tiene mayor impacto en los muy ancianos.

#### EA-47

##### HIPÓGLUCEMIA SEVERA AL INGRESO: ASOCIACIÓN CON MORTALIDAD A LOS DOS AÑOS

F. Arnalich<sup>1</sup>, M. Menéndez<sup>2</sup>, V. Lagos<sup>1</sup>, R. Montejano<sup>1</sup>, F. Montoya<sup>1</sup>, R. Mayayo<sup>1</sup>, J. Sobrino<sup>2</sup> y M. Quesada<sup>1</sup>

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

**Objetivos.** La hipoglucemia sintomática es una frecuente complicación en diabéticos mayores o que padecen otras enfermedades, pero el pronóstico a

Tabla 1 (EA-47). Diferencias entre los grupos de pacientes con hipoglucemia

	Grupo HO (N = 103)	Grupo INS (N = 79)	p
Edad	74.8 (9.6)	70.2 (8.3)	< 0.01
Confusión al ingreso	43%	27%	< 0.01
Cardiop. isquémica	39%	32	< 0.05
horas hipoglu.	9.1 (5.8)	4.7 (2.8)	< 0.01
Estancia hospital	10.3 (5.8)	8.9 (4.4)	< 0.05
Mortalidad 2 años	21/103 (20.3%)	13/79 (16.4%)	N.S.

largo plazo no está bien determinado. Nuestro objetivo es evaluar las características de los pacientes hospitalizados por hipoglucemia, comparar las diferencias entre los pacientes tratados con hipoglucemiantes orales (HO) o insulina, y analizar la asociación con la mortalidad a los dos años.

**Material y métodos.** Se estudia una serie consecutiva de pacientes que acudieron al servicio de urgencias durante 2004-5 por hipoglucemia severa ( $<$  3.0 mmol/l, según la EMEA). Se comparan las características de estos pacientes con las de pacientes con DM-2 atendidos en urgencias por otros motivos. Se recogieron los datos demográficos y clínicos, comorbilidad, tratamiento, función renal y hepática, nivel de conciencia, complicaciones diabéticas, duración de hipoglucemia y glucometría. La mortalidad por cualquier causa fue la variable primaria de desenlace. Se compararon las variables continuas (t de Student) y categóricas (chi-cuadrado) entre los pacientes tratados con HO o con insulina. La influencia de estas variables sobre la mortalidad fue evaluada mediante análisis de regresión logística multivariable.

**Resultados.** 182 (7.6%) de 2380 pacientes con DM-2 fueron atendidos por hipoglucemia. Los pacientes con hipoglucemia sintomática eran mayores (73.5 vs 70.8 años,  $p < 0.01$ ), y presentaban con mayor frecuencia obesidad (38.4% vs 23.4%; OR = 1.68) y dislipemia (33.2% vs 21.6%, OR = 1.32). 103 pacientes recibieron tratamiento con HO (en 19 casos asociado a una dosis diaria de insulina), y 79 fueron tratados con dos dosis diarias de insulina (tabla 1). La mortalidad a los 2 años fue 18.6 %, en comparación con una tasa de 7.9% en el conjunto de diabéticos sin hipoglucemia. Los factores independientemente asociados a mortalidad fueron: enfermedad vasculocerebral (OR 3.32, CI 1.58-4.5.70), cardiopatía isquémica (OR 2.09, CI 1.38-4.52), insuficiencia renal (OR 1.78, CI 1.12-3.92).

**Discusión.** Los pacientes con hipoglucemia tienen mayor edad y con más frecuencia padecen obesidad o HTA. Los pacientes tratados con HO presentan más frecuentemente deterioro de conciencia, mayor duración de hipoglucemia y mayor estancia hospitalaria, pero la mortalidad por todas las causas a los dos años es similar entre los dos grupos.

**Conclusiones.** La hipoglucemia severa es causa frecuente (7.6%) de ingreso y se asocia más frecuentemente con el uso de HO solos o combinados a insulina. Constituye un factor prevenible de mal pronóstico asociado a una mayor mortalidad a los dos años.

#### EA-48

##### ¿INFLUYEN LA COMORBILIDAD Y EL DETERIORO FUNCIONAL DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA PLANTA DE MEDICINA INTERNA EN SU EVOLUCIÓN AL ALTA?

C. Sáez Béjar, M. Martínez Martín, A. Gómez Berrocal, N. Ruiz-Giménez y C. Suárez Fernández

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

**Objetivos.** Los pacientes "frágiles" ingresados en una planta de MIR destacan por el elevado grado de comorbilidad que presentan. Se conoce que un ingreso hospitalario produce en ellos un deterioro funcional. El objetivo de este trabajo es evaluar si el deterioro funcional y el grado de comorbilidad influyen en la evolución a los tres meses del alta.

**Material y métodos.** Se recoge la comorbilidad de los pacientes  $>$  75 años ingresados entre febrero y junio de 2006 ( $n = 60$ ) mediante la revisión de su historia médica informatizada y se mide con el índice de Charlson abreviado que otorga una puntuación a cada uno de los siguientes ítems: 1 punto a la enfermedad cerebrovascular, a la DM, al EPOC, a la IC/CI, a la demencia y a la enfermedad arterial periférica, y dos puntos a la IRC en diálisis y la presencia de neoplasia. Clasifica a los pacientes en tres grupos de comorbilidad: ausente (0 o 1 punto), baja (2 puntos) y alta (3 ó más puntos). Se recoge la existencia de deterioro funcional definido como caída de más de 15 puntos entre el índice de Barthel al ingreso y el medido al alta, y se realiza un seguimiento (telefónico) a los tres meses del alta. Se considera que la evolución es desfavorable si el paciente ingresa o fallece en ese tiempo. Los datos se analizan mediante programa informático SPSS 13.0.

**Resultados.** Se analizan 60 pacientes, 26 (43%) varones y 34 mujeres (57%). Su media de edad es de 85,35  $\pm$  6.5 años (rango 75-99). La media

del IB al ingreso es de 61.07 y al alta de 46.2; 25 pacientes (42%) experimentan deterioro funcional, con una evolución posterior desfavorable en el 68% de los casos frente al 14% de los pacientes que no se deterioran ( $p < 0,05$ ). El ICH medio es de 2.27 (baja comorbilidad), la distribución de pacientes considerados sin, con baja y con alta comorbilidad es de 33%, 31.6% y 35% respectivamente. No existen diferencias significativas en el deterioro funcional intrahospitalario entre estas tres categorías (presentan deterioro un 50, 32 y un 43% respectivamente), tampoco en la evolución posterior, presentando evolución desfavorable un 35, 26 y un 47% respectivamente, ni en la aparición de síndromes geriátricos nuevos (45, 42 y 43%). En el análisis univariante ninguno de los ítems del ICH condiciona un peor pronóstico evolutivo o funcional a corto plazo.

**Discusión.** Dada la comorbilidad habitual en los pacientes ingresados en Medicina Interna, resultaría esperable que ésta fuese la que condicionase su pronóstico en mayor medida. Sin embargo, en un tiempo corto de tres meses, la cuantificación del deterioro funcional intrahospitalario se mostró más útil para predecir un reingreso o el éxito del paciente. El índice de Charlson abreviado no mostró un valor pronóstico adecuado para establecer categorías de riesgo en los ancianos ingresados en nuestro servicio.

**Conclusiones.** El grado de comorbilidad medido con el índice de Charlson abreviado no es determinante a la hora de condicionar la evolución de los pacientes ancianos ingresados en Medicina Interna a corto plazo, mostrándose como un elemento mucho más fiable el deterioro funcional que experimentan durante el ingreso.

#### EA-49

### ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO Y RETROSPECTIVO DEL DOLOR ABDOMINAL COMO CAUSA DE INGRESO DURANTE 5 AÑOS EN MEDICINA INTERNA

**L. Mateos Polo, N. Cubino Boveda, M. Borao Cengoitita, A. Plata Izquierdo y A. Sánchez Rodríguez**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. H. Virgen de la Vega. Salamanca.*

**Objetivos.** Valoración de las características clínico-biológicas, sexo, edad y la etiología de los enfermos ingresados en un Servicio de Medicina Interna durante 5 años (desde Enero del 2004 hasta Diciembre del 2008).

**Materiales y métodos.** Se recogieron de la base de datos del Servicio de Medicina Interna I todos los sujetos cuyo diagnóstico de ingreso fue dolor abdominal. Se cotejó este diagnóstico a su alta hospitalaria y se revisaron las Historias Clínicas que cumplían los siguientes requisitos: anamnesis y exploración física, hemograma completo, pruebas hepáticas y pancreáticas, función renal, iones, calcio, proteinograma, estudio de monoclonalidad, serología virus hepatotropos, enterovirus, coxiella, brucella, salmonella Typhi, coprocultivo, hemocultivos, autoinmunidad, hormonas tiroideas, paratiroideas y de suprarrenales si procedía. En relación al diagnóstico se exigía TAC abdomino pélvico, AngioRNM de arterias mesentéricas y estudio anatomopatológico. Se agruparon los resultados en las siguientes categorías: 1-inflamación o infección de vísceras abdominales: gastroenteritis aguda, colecistitis y/o colangitis, hepatitis pancreatitis, apendicitis, enfermedad inflamatoria intestinal, anexitis y linfaadenitis mesentérica. 2-trastornos motores intestinales: colon irritable, estreñimiento, obstrucción de intestino delgado o grueso. 3-distensión de cápsula viscerales hepática y/o esplénica y/o vesical: hígado congestivo, cirrótico, infarto, infección y/o congestión esplénica, retención de orina. 4-trastornos vasculares: embolia y/o trombosis mesentérica, hernia estrangulada, vasculitis, disección aórtica. 5-patología endocrinometabólica: PAI, cetoacidosis diabética, hiperparatiroidismo, insuficiencia renal y/o suprarrenal. 6-patología osteomuscular: espondilitis, osteomielitis, metástasis y tumores de la columna vertebral. 7-tumores incluyendo el mesotelioma y los linfomas abdominales.

**Resultados.** De los 324 casos se rechazaron 35 casos por no cumplir los requisitos de la evaluación exigidos en el anterior apartado. De los 288 historias analizadas la inflamación de las vísceras del abdomen fue la causa más frecuente con 58.3%, seguida de los tumores abdominales con un 17,7% (varones de 76.7 años). En 3º lugar se sitúan la alteración de las cápsulas viscerales hepáticas con un 6,25%, (edad de 57 años) y predominio masculino. En 4º lugar los trastornos motores intestinales con un 5,5%, (sexo femenino y edad 83,4 años). En quinto lugar la patología endocrino metabólica con un 3,8% y en último lugar la patología osteomuscular (mujeres 85,2% y edad 79,8 años). Entre las causas de inflamación de vísceras abdominales la colecistitis/colangitis con un 56,5% es la etiología que soporta mayor peso, de predominio en el sexo femenino (58.3%) y edad media de 83.8 (rango 69-101 años), seguida de la pancreatitis con 18.4% de predominio en varones y edad media de 56,8 años y de la gastroenteritis aguda y de la hepatitis con un 5,9%. La tercera causa de dolor abdominal es la cirrosis enólica (44,4% de predominio en varones, edad media de 63,5 años), seguida de la insuficiencia cardíaca congestiva con el 27.7%, edad de 84,5 y sexo femenino. Respecto los trastornos motores intestinales el colon irritable en

mujeres (76,8%) es la causa más frecuente (edad 77,2). De los trastornos vasculares la isquemia mesentérica por embolia y/o trombosis representa la etiología más frecuente (53,8%) y edad media de 84,5 y por último la patología endocrino metabólica representa el 3,8% de las causas de dolor abdominal, a expensas de la cetoacidosis diabética

**Conclusiones.** La causa más frecuente de ingreso hospitalario por dolor abdominal en el Servicio de Medicina Interna I es la inflamación y/o infección de vísceras abdominales siendo la colecistitis/colangitis en mujeres seguida de la pancreatitis enólica en varones las principales etiologías. En segundo lugar se sitúan los tumores de colon y gástricos de predominio en el sexo masculino. La distensión de las cápsulas ocupa el tercer lugar siendo la cirrosis enólica en varones y el hígado congestivo en mujeres las más frecuentes. Respecto a la cuarta posición son los trastornos motores intestinales, fundamentalmente el colon irritable el más frecuente. Por tanto, debemos realizar ante toda mujer con dolor abdominal, además de lo consensuado en las Unidades de Emergencias pruebas hepáticas y ecografía abdominal para descartar litiasis biliar mientras que a los varones se debería de interrogar sus hábitos enólicos con mayor intensidad.

#### EA-50

### PATOLOGÍA CARDÍACA URGENTE EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

**E. Castelar Delgado<sup>1</sup>, S. Castellanos Viñas<sup>1</sup>, R. De Castro Losa<sup>1</sup>, E. Magaz García<sup>1</sup>, P. Díos Díez<sup>1</sup>, M. Prieto García<sup>1</sup> y E. Mas Magide<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de León. León.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida.

**Objetivos.** Se trata de un estudio que analiza el perfil del paciente que requiere atención urgente e incluso pase de Servicio de Cardiología durante su estancia en Medicina Interna. Se analizan la morbimortalidad, los factores de riesgo cardiovascular asociados y las técnicas que precisan dichos pacientes por parte del Servicio de Cardiología.

**Materiales y métodos.** Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo, observacional y no controlado en el que se han tomado como caso aquellos pacientes que, ingresando inicialmente en el Servicio de Medicina Interna, son dados de alta por el Servicio de Cardiología en el Complejo Asistencial de León durante el año 2007.

**Resultados.** Se analizaron un total de 53 pacientes de los cuales 34 eran hombres (64.2%) con una edad media de 76.23 años. Como antecedentes personales de interés destaca patología cardíaca previa al ingreso en el 66% y patología pulmonar en el 47.2%, principalmente EPOC. Hábitos tóxicos (5.7% fumadores activos y 13.2% bebedores ocasionales). HTA 69.9%, DM 32.1%, DL 35.8% con cifras de LDL media de 94.52 (máx. 242, mín. 37.6) y una mediana de 84.4. IRC diagnosticada en el 24.5% de los pacientes; sin embargo no se objetivó hiperpotasemia severa en ningún caso, siendo la cifra media de potasio registrado de 4.39 (máx. 5.55, mín. 3.2). La estancia media global de estos pacientes fue 15.04 días. El motivo principal de ingreso, en el Servicio de Medicina Interna, fue la disnea secundaria a insuficiencia cardíaca (31 pacientes, 58.5%) y el motivo principal de traslado al Servicio de Cardiología fueron síntomas refractarios al tratamiento convencional de la insuficiencia cardíaca, precisando traslado a la unidad coronaria en 2 casos o IQ sobre Valvulopatía conocida previamente (5 casos, 9.5%). En 5 casos de insuficiencia cardíaca refractaria a tratamiento se diagnosticó de miocardiopatía dilatada que, en un caso (1.9%), debido a la depresión severa de la fracción de eyección precisó implante de resincronizador cardíaco. La mayoría (88.7%) de los pacientes sobrevivieron a lo largo de un año. De todos los pacientes estudiados el 34% tomaban dicumarínicos al ingreso y al alta ese% se mantiene, teniendo en cuenta, que algunos se fueron de alta con fraxiparina con la finalidad de reintroducir anticoagulantes orales posteriormente. Siendo un total de pacientes anticoagulados al alta de 33.5%. El% de pacientes que fue dado de alta con AAS fue del 34%; mientras que al ingreso solo lo tomaban el 24.5% de pacientes.

**Discusión.** En el tratamiento de la insuficiencia cardíaca hay, según las últimas guías clínicas disponibles, medidas farmacológicas y no farmacológicas. Dentro de las no farmacológicas está la resincronización cardíaca. Es rara esta terapia en pacientes de edad avanzada, de hecho en nuestro estudio tan solo se hace en un caso, en un paciente de 77 años con miocardiopatía dilatada con depresión severa de la fracción de eyección en clase funcional IV de la NYHA. Respeto a los Síndromes coronarios agudos (con y sin elevación del ST) varios autores han observado un mejor pronóstico en los pacientes ancianos revascularizados (ya sea por cirugía convencional de bypass o mediante angioplastia) sin observarse mayor riesgo de ACV en este subgrupo de pacientes. Sin embargo en la serie de nuestro estudio tan solo en un caso se practica revascularización quirúrgica (enfermedad de tronco y tres vasos) y en dos casos mediante angioplastia. Todos ellos con éxito.

**Conclusiones.** Los pacientes que ingresan en medicina interna y precisan traslado a cardiología tienen elevada morbilidad asociada a su proceso car-

diológico pero, no se debe concluir que ha sido inadecuado el ingreso en el Servicio de Medicina Interna. La edad no debe ser criterio para el nihilismo terapéutico ni de inclusión de técnicas cardiológicas cruentas. Una coordinación ágil de las disciplinas reduce la estancia hospitalaria.

**EA-51**  
**PERFIL DE 24 HORAS DE PLURIPATOLOGÍA INGRESADA EN UNA SECCIÓN DE MEDICINA INTERNA**

**R. Corzo Gilabert, V. Manzano Román, V. Lechuga Flores, V. Pérez Vázquez, P. Jiménez Aguilar, J. Andrey Guerrero, S. Romero Salado y F. Gómez Rodríguez**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).*

**Objetivos.** Análisis clínico y epidemiológico del paciente ingresado en la Sección de Medicina Interna un día de finales de primavera. Se analizará las siguientes variables: edad, sexo, motivo de ingreso, pluripatología y antecedentes personales.

**Material y métodos.** De la base de datos de nuestro hospital seleccionamos los pacientes ingresados un día de finales de primavera al azar y se recogieron los datos clínicos y epidemiológicos a partir de la historia de urgencias y de ingreso en Medicina Interna. El criterio de pluripatológico se definió según el cumplimiento de dos o más categorías clínicas descritas en el proceso pluripatológico del SAS.

**Resultados.** De los 123 pacientes ingresados en el Área Médica, el 38% (47 pacientes) estaban a cargo de la Sección de Medicina Interna. La edad media de los pacientes fue de 64 años (18-89), el 51% pertenecían al sexo femenino (SF). El 36% de los pacientes cumplían los criterios de pluripatología, siendo la media de edad de 71.4 años y el 52% de SF. El 29% de los pacientes pluripatológicos presentaban 4 categorías clínicas, siendo el accidente cerebrovascular la más frecuente (58%), seguido de: insuficiencia cardiaca y DM tipo 2 (ambas un 41%), insuficiencia renal crónica (29%) y EPOC, anemia y cardiopatía isquémica (23%). La HTA fue el antecedente clínico más frecuente (42%, con igual distribución por sexos), seguidos de: DM tipo 2 (27%, el 53% SF), ACVA (25%, el 75% SM), EPOC (21%, el 90% SM), Insuficiencia cardiaca (17%, el 75% SF), cardiopatía isquémica (17%, distribución igual por sexos), dislipemia (14%, el 57% SF), y otros (FA crónica, neoplasia, anemia, hepatopatía crónica e insuficiencia renal crónica).

**Discusión.** Los pacientes ingresados en Medicina Interna respecto a otras especialidades suelen ser pacientes con patología compleja y, cada vez más, con pluripatología. En nuestro estudio; la media de edad fue de 64 años predominio en sexo femenino. La HTA, DM tipo 2, ACVA, EPOC e Insuficiencia cardiaca figuraban entre los antecedentes más frecuente en nuestro pacientes, teniendo en cuenta que el 36% presentaban pluripatología (29% cumplían al menos 4 categorías clínicas y la presencia de ACVA seguida de DM tipo 2 e insuficiencia cardiaca fueron las más frecuentes). Aun tratándose de un corte de estudio de un solo día, los obtenidos son similares a los referidos en la literatura.

**Conclusiones.** 1. Los antecedentes de los pacientes ingresados suelen ser diversos y en un número importante de casos concomitantes (pluripatológicos). 2. La visión integral del médico internista lo capacita en el abordaje de dicha pluripatología. 3. El paciente ingresado en Medicina Interna es un paciente complejo en cuanto a la clínica y manejo terapéutico.

**EA-52**  
**LA FRACTURA DE CADERA EN NONAGENARIOS**

**M. Ruiz Castellano<sup>1</sup>, O. Ateka Barrutia<sup>1</sup>, M. Arteaga Mazuelas<sup>1</sup>, V. Jarne Betrán<sup>2</sup>, M. Acha Arrieta<sup>1</sup>, M. Abinzano Guillén<sup>2</sup>, J. Sánchez-Álvarez<sup>1</sup> y J. Ruiz Ruiz<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Traumatología. Hospital Virgen del Camino. Pamplona/Iruña (Navarra).

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital García Orcóyen. Estella/Lizarrá (Navarra).

**Objetivos.** Estudiar las características de los pacientes mayores de 90 años con fractura de cadera, que ingresan en el servicio de Traumatología del Hospital Virgen del Camino durante el año 2008.

**Material y métodos.** Se analizan de forma retrospectiva las historias clínicas de estos pacientes.

**Resultados.** En el período estudiado ingresaron en el Servicio de Traumatología 45 pacientes de 90 ó mas años con fractura de cadera, correspondiendo al 19.8% del total de pacientes ingresados. El 93.4% eran mujeres. La edad media fue de 92.93 años. La estancia media es 14.6 días. El 33.3% de los pacientes son pluripatológicos (3 ó más enfermedades de base). El riesgo anestésico fue medido con la escala ASA, el 80% presentaban un ASA III. Se realizó interconsulta a medicina interna por el 73.3% de los pa-

cientes, siendo el 72.2% de éstos para control perioperatorio y el resto por haber surgido una complicación. Presentaron complicaciones el 53.3% de los pacientes ingresados. El 17.7% presentaron complicaciones cardíacas (fundamentalmente insuficiencia cardiaca), también el 17.7% presentaron complicaciones neurológicas (síndrome confusional agudo) e igualmente el 24.4% presentaron complicaciones infecciosas (en primer lugar respiratorias), ningún paciente presentó enfermedad tromboembólica. Se trasladaron el 48.9% de los pacientes. Durante el ingreso no murió ningún paciente, la mortalidad temprana (menos de 1mes tras el alta) es del 8.5%, del mes al año de 19.2% y la global del 30.8%.

**Discusión.** Prácticamente el total de pacientes nonagenarios con fractura de cadera son mujeres siendo estadísticamente significativo ( $p = 0,001$ ). Respecto al resto de características estudiadas no se encontraron diferencias significativas respecto a la población de menos de 90 años. Esto hace pensar que es población que se debería manejar de forma similar al resto.

**Conclusiones.** A pesar de su edad avanzada los pacientes nonagenarios con fractura de cadera no presenta diferencias características respecto a la población más joven y el manejo específico debería basarse en directrices generales para este tipo de patología.

**EA-53**  
**FIBRILACIÓN AURICULAR Y ANEMIA**

**J. Díez Manglano, E. Del Corral Beamonte e I. Martín Algorta**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Royo Villanova. Zaragoza.*

**Objetivos.** Valorar la prevalencia de anemia en los pacientes ingresados por fibrilación auricular (FA) y si la presencia de la misma tiene valor pronóstico sobre la mortalidad al año.

**Material y métodos.** Se han incluido todos los pacientes ingresados por FA durante 2007 en una unidad de Medicina Interna. Sólo se ha incluido el primer ingreso en la unidad. Para el diagnóstico de anemia se han usado los criterios de la OMS. Se ha realizado un seguimiento de los pacientes. Se han calculado las curvas de supervivencia con el test de regresión de Cox y las curvas de Kaplan-Meier. Para las comparaciones se han utilizado los test t de Student y  $\chi^2$ .

**Resultados.** Se han incluido 324 pacientes ingresados por FA, 150 varones y 174 mujeres, con una edad media de  $81 \pm 8$  años (38-101). De ellos tenían anemia 166 (51,2%). La anemia normocítica (134 casos, 80,7%) era más frecuente que la microcítica (24 casos, 14,5%) y la macrocítica (8 casos, 4,8%). La existencia de anemia no se relacionaba con la edad, el sexo, ni con la existencia de hipertensión, diabetes mellitus, insuficiencia cardiaca, ictus o isquemia cerebral previa. La prevalencia de anemia era similar en los pacientes con FA conocida que el los pacientes con FA de novo. La presencia de anemia era menor en los pacientes con tratamiento antigregante en el momento del ingreso (42,1%) que en los pacientes con anticoagulantes orales (52%) o sin tratamiento antitrombótico (58,1%). La tasa de filtración glomerular era similar en los pacientes con y sin anemia (66,7 vs 74,1 ml/min;  $p = 0,07$ ). No se observó asociación entre la presencia de anemia y la muerte durante el ingreso hospitalario (16,3% vs 14,6 %;  $p = 0,67$ ). En el año siguiente al día de ingreso la anemia se asociaba con un incremento de la mortalidad (OR 1,41 [1,03-1,94];  $p = 0,03$ ). Tras excluir a los pacientes fallecidos durante el primer ingreso la existencia de anemia seguía asociándose a la mortalidad (45,3% vs 31,8%;  $p = 0,02$ ).

**Discusión.** La FA y la anemia son dos entidades frecuentes en pacientes de edad avanzada ingresados en unidades de Medicina Interna. Sin embargo la presencia de anemia no está asociada a la edad ni a otros factores. Además es una anemia normocítica de perfil de proceso crónico y no parece debida a insuficiencia renal. Es probable que en ancianos pueda existir un síndrome fibrilación auricular-anemia con mal pronóstico y cuya existencia habría que investigar con nuevos estudios.

**Conclusiones.** La anemia es una condición prevalente entre los pacientes con FA ingresados en Medicina Interna y su presencia se asocia con una mayor mortalidad al cabo de un año con independencia de la edad.

**EA-54**  
**EL MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA) ES UN BUEN PREDICTOR DE MORTALIDAD EN NONAGENARIOS HOSPITALIZADOS**

**A. Gil Díaz, M. Hemmersbach Miller, A. Conde Martel, M. Arkuch Saade, S. Pérez Correa y P. Betancor León**

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

**Objetivos.** Conocer si el estado nutricional evaluado mediante el Mini Nutritional Assessment (MNA) se relaciona con la mortalidad en pacientes nonagenarios hospitalizados en un servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Se analizaron de forma prospectiva 120 pacientes con edad igual o superior a 90 años, ingresados consecutivamente durante un

año en un Servicio de Medicina Interna a los que se puede realizar una evaluación del estado nutricional mediante el Mini Nutritional Assessment (MNA). Se recogieron además, las características demográficas, los diagnósticos, el índice de comorbilidad de Charlson y la mortalidad hospitalaria. Se evaluaron los factores relacionados con la mortalidad. La relación entre variables cualitativas se analizó mediante el test de Chi cuadrado y la relación entre variables cualitativas y cuantitativas mediante el test T-Student o el test U de Mann Whitney.

**Resultados.** De los 120 pacientes, el 64,2% (n = 77) eran mujeres y el 35,8% (43) varones. La edad media fue de 92,8 años (DE 2,6); rango de edad: 90 a 100. Los diagnósticos más frecuentes fueron infecciones (62%), HTA (66%), insuficiencia cardiaca (46%), anemia (41%), diabetes (31%), demencia (24%) y neumonías 22,5%. Un 21,7% de los pacientes mostraron malnutrición (puntuación < 17) y el 48,3% estaban en riesgo de malnutrición (puntuación entre 17 y 23,5). Fallecieron 23 de los 120 pacientes (19,2%). La mortalidad se asoció a los diagnósticos de infección en general (p = 0,022), neumonía (p = 0,007), e insuficiencia respiratoria (p < 0,001). Los pacientes que fallecieron mostraron una mayor edad (94 vs 92,5 años, p = 0,009) y un peor estado nutricional, con una puntuación significativamente inferior en el MNA que los supervivientes (18,2 vs 21 puntos; p = 0,02). Sin embargo, no se observaron diferencias significativas en la puntuación del índice de comorbilidad de Charlson entre los pacientes que fallecieron y los que no (2,8 vs 2,3 puntos; p = 0,17).

**Discusión.** Con el progresivo envejecimiento de la población asistimos a un incremento de la edad de los pacientes hospitalizados, ingresando con frecuencia creciente pacientes nonagenarios. Pocos estudios han analizado el pronóstico de los pacientes de este grupo de edad hospitalizados. Cabe destacar la falta de valor pronóstico del índice de comorbilidad de Charlson. Quizás influya el que hayamos obtenido un índice de comorbilidad poco elevado y que suele ser algún evento grave, como procesos infecciosos los que llevan a fallecer al paciente nonagenario hospitalizado. Sin embargo, si resulta relevante el que el estado nutricional evaluado mediante el MNA muestre valor pronóstico.

**Conclusiones.** El estado nutricional evaluado mediante el Mini Nutritional Assessment (MNA) es un buen predictor de mortalidad en pacientes nonagenarios hospitalizados.

#### EA-55

#### ¿CUÁLES SON LOS PROBLEMAS SOCIOSANITARIOS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA?

M. Noureddine López<sup>1</sup>, A. Rubio<sup>2</sup>, J. Simón<sup>2</sup>, M. Villena<sup>1</sup>, L. Mérida<sup>1</sup>, A. Aguilar<sup>1</sup>, D. Urdiales<sup>1</sup> y J. García Alegría<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Trabajo Social. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga).

**Objetivos.** En numerosos estudios se ha demostrado que la edad avanzada, los ingresos hospitalarios y la pluripatología se asocia a una mayor necesidad de asistencia social, pero no se han evaluado los problemas principales que afectan a estos pacientes y las alternativas que se proponen desde el ámbito hospitalario. **OBJETIVO:** Conocer y evaluar las necesidades e intervenciones sociosanitarias en pacientes con enfermedad cardiovascular ingresados en el Servicio de Medicina Interna de un hospital general.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo. Variables: características epidemiológicas, clínica y evolutivas de los ingresados por un accidente cerebrovascular agudo (ACVA) o por insuficiencia cardiaca (IC), durante el período entre Enero de 2005 y Diciembre de 2006. Análisis pormenorizado de todas las interconsultas (HIC) a la Unidad de Trabajado Social, con descripción de los problemas sociales y de las alternativas de intervención, según historia estandarizada.

**Resultados.** Del total de 4413 pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna se les solicitó HIC de evaluación social a 536 (12,1%). De ellos, 248 (5,6%) tenían enfermedad cardiovascular del tipo IC o ACV. En este grupo 130 eran hombres (52,4%; edad media = 73,5 años) y 118 mujeres (47,6 %; edad media 78,3 años). La estancia media fue de 17,3 (15,3-19,1, IC 95%), con una estancia promedio del Servicio de 9,6 días. El índice de Charlson fue de 2 puntos (± 1,4) y la mortalidad global del 7,3% (n = 18). Respecto a los problemas sociales detectados fueron: dificultad de manejo domiciliario en 99 casos (39%), ausencia de soporte familiar en su domicilio o vivir sólo en 63 casos (27,4%), cónyuge o conviviente con edad avanzada en 40 (20%), cuidador principal con ocupación fuera de casa en 10 (2%), sobrecarga del cuidador en 9 (4%), incapacidad del cuidador en 9, claudicación familiar en 7, familiares fuera de la comunidad autónoma o país en 6, abandono familiar, carencia de vivienda, alcoholismo, pérdida del contrato de trabajo o maltrato por parte de la pareja, un caso respectivamente. Las alternativas de intervención propuestas por la trabajadora social fueron: información de ayuda por las administraciones pública, intervención sobre la familia, búsqueda de residencia privada y tramitación de recursos técnicos. **Conclusiones.** En el 12% de los pacientes ingresados se detectan factores de riesgo sociosanitarios y precisan una intervención por la Unidad de Tra-

bajo Social. La mitad corresponden a ingresados por patología cardiovascular prevalente, crónica, y que generan alto grado de dependencia. Los principales problemas sociales detectados han sido déficit de soporte social, especialmente la dificultad de manejo domiciliario y la ausencia, ó limitación funcional, de un familiar o conviviente. Entre las alternativas destacan la propuesta de asistencia en el domicilio, con gestión pública o privada, y la oferta de información y búsqueda de recursos técnicos. Por otra parte se hace una propuesta de clasificación de los problemas y alternativas de intervención ante la ausencia de escalas validadas.

#### EA-56

#### PLURIPATOLOGÍA ENTRE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

F. Álvarez de Miguel, A. Pérez Jacoiste Asin, O. Pardo Bisbal, L. Pérez Ordoño, E. Muro Fdz. de Pinedo, C. Gómez Cuervo y J. Medina Asensio

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

**Objetivos.** Analizar la prevalencia de pluripatología entre los pacientes ingresados en los servicios quirúrgicos de un hospital de tercer nivel, la incidencia de complicaciones en este grupo y la necesidad de una atención integral del paciente pluripatológico mediante la solicitud de interconsultas a especialistas médicos.

**Material y métodos.** Estudio observacional de corte transversal en el que se incluyen 232 pacientes ingresados a cargo de los servicios de Urología, Traumatología, Cirugía general y Cirugía vascular del Hospital 12 de Octubre. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, tipo de ingreso (urgente/programado), días de ingreso, necesidad de intervención quirúrgica, aparición de complicaciones (médica y/o quirúrgicas), comorbilidad, pluripatología (siendo necesario la presencia de dos de las siguientes categorías A: ICC y cardiopatía isquémica; B: Insuficiencia renal crónica; C: Enfermedad respiratoria crónica; D: Enfermedad del aparato digestivo; E: enfermedades neurológicas; F: arteriopatía periférica y microangiopatía diabética; G: anemia crónica y neoplasias y H Enfermedad osteoarticular incapacitante), número de fármacos previos y durante el ingreso y petición de interconsulta. Los datos se analizan mediante el programa R-Sigma, empleándose la t-Student para la comparación de medias y el Ji-cuadrado para la comparación de proporciones.

**Resultados.** Los enfermos pluripatológicos (EPP) suponen un 17% de los pacientes ingresados en el área quirúrgica. La categoría más frecuente es la A1 (insuficiencia cardiaca con grado II NYHA en situación de estabilidad clínica) que aparece en el 38,46% de los EPP. Los EPP presentan una edad media mayor que aquellos no pluripatológicos (72,8 (12.77) vs 63.58 (17.34) p < 0,001). Sin embargo, no hay diferencias en cuanto a la distribución por sexos, el tipo de ingreso, la gravedad, la necesidad de intervención, la inmobilización Los EPP tienen más complicaciones médicas (26% vs 10% p < 0,05) y toman más fármacos (6.87 (3.63) vs 3.05 (2.91) p < 0.001). De la misma manera, se han solicitado más interconsultas en los EPP que en los otros (51% vs 31% p < 0,05)

**Discusión.** 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 funcional, importantes repercusiones profesionales, económicas y sociales y riesgos múltiples secundarios a patologías interrelacionadas. El porcentaje de pacientes pluripatológicos de nuestra serie es similar al descrito en la bibliografía. Nuestros pacientes presentan una edad avanzada, y con toma de múltiples fármacos. Esto conlleva una importante fragilidad como se manifiesta en la mayor frecuencia de complicaciones médicas, resultando esto en una necesidad de interconsultar por parte de los servicios quirúrgicos con mayor frecuencia.

**Conclusiones.** Por todo ello el paciente pluripatológico obliga más que ningún otro a una atención compartida entre los servicios quirúrgicos y Medicina Interna.

#### EA-57

#### VALORACIÓN FUNCIONAL EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA

E. García Lamberechts<sup>1</sup>, C. Fernández Alonso<sup>1</sup>, F. Martín Sánchez<sup>1</sup>, D. Chaparro Pardo<sup>1</sup>, R. Cuervo Pinto<sup>1</sup>, P. Villarroya González-Elipe<sup>1</sup>, J. González Armengol<sup>1</sup> y J. González del Castillo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Urgencias. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

<sup>2</sup>Urgencias. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón (Madrid).

**Objetivos.** Determinar la importancia de la valoración funcional (VF) al ingreso en pacientes mayores admitidos en una Unidad de Corta Estancia (UCE).

**Material y métodos.** Estudio de serie de casos prospectivo de todos los pacientes > 75 años ingresados en la UCE del Hospital Clínico San Carlos

(HCSC) durante abril de 2008. Se elaboró protocolo con datos clínicos, funcionales y asistenciales. Análisis estadístico: spss 13.0.

**Resultados.** N = 60 pacientes. Edad media: 80,7 (DE 4,2) años. 71,7% mujeres. Motivos de ingreso: 23,3% insuficiencia cardiaca, 31,7% infección aguda, 15,0% síncope, 8,3% arritmias, 10,0% hemorragia digestiva y 11,7% obstrucción intestinal. Índice de Charlson 2,27 (DE 1,45). Valoración Funcional: Índice de Barthel (IB) Basal 79,25 (DE 25) y al ingreso: 62,92 (DE 28,19). Índice de Lawton (IL) basal: 4,85 (DE 2,45) y al ingreso: 2,98 (DE 2,42). Deterioro funcional agudo o Impacto Funcional (IF) (ingreso-basal) para IB: 20% (1,25-38,23) e IL 37,50% (16,7-70,2%). Estancia media: 1,70 (DE 0,62) días. Destino al alta: 46,7% a domicilio, 35,0% a hospital secundario y 18,3% a hospitalización convencional. Análisis bivariable (casa vs hospital). A domicilio: pacientes más jóvenes (77,9 (DE 7,9) vs 83,1 (DE 7,7),  $p = 0,013$ ), menor dependencia según IB: basal (89,5 (DE 15,8) vs 70,3 (DE 28,2),  $p = 0,002$ ) y al ingreso (79,8 (DE 18,7) vs 48,1 (DE 79,8),  $p < 0,0001$ ); y según IL: basal 5,7 (DE 2,1) vs 4,1 (DE 2,5),  $p = 0,0012$ , al ingreso (DE 2,2) vs 1,6 (DE 1,8),  $p < 0,0001$ ). Menor IF: según IB (5,7% (0,0-18,7) vs 34,2% (18,1-50,0)) e IL (22,5% (13,0-33,0) vs 66,7% (40,6-87,1) con  $p < 0,0001$ ). Regresión logística: IF-IB  $\geq 16\%$  (OR = 7,99 (1,1-60,5),  $p = 0,037$ ), IF-IL  $\geq 35\%$  (OR = 19,6; (0,04-0,52),  $p < 0,0001$ ).

**Conclusiones.** El IF y la mayor dependencia basal según IB e IL se asocian con estancias más prolongadas independientemente de variables clínicas en nuestra muestra. La valoración funcional es por tanto recomendable para pacientes mayores en unidades de corta estancia a efector de evitar estancias prolongadas innecesarias y previsibles.

#### EA-58

### PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS CON FIBRILACIÓN AURICULAR

**N. Ramírez Duque, J. Medina, P. Giner, B. Massa, T. Martínez, M. Fernández Miera y S. Ruiz**

*Investigadores del Proyecto PROFUND. Grupo de Estudio de Pacientes Pluripatológicos y de Edad Avanzada de la SEMI.*

**Objetivos.** Analizar las características clínicas diferenciales de los pacientes pluripatológicos (PPP) con fibrilación auricular crónica (FA) incluidos en el estudio PROFUND.

**Material y métodos.** Estudio transversal en el que incluyeron a 1632 PPP (según la definición vigente desde 2007) de 36 hospitales españoles pertenecientes a 11 Autonomías, entre Febrero 2007 y Junio 2008. Análisis de las características clínicas de los PPP con FA y inferencial uni- y multivariante (regresión logística paso a paso hacia atrás) de las variables asociadas a la presencia de FA. Dintel de significación estadística para  $p < .05$ . Cálculos con el paquete estadístico SPSS 16.0.

**Resultados.** De los PPP incluidos 575 (un 35,2%, el 53,6% de ellos mujeres, con edad media de 79,5  $\pm$  7,3) presentaban FA (en 480 de ellos asociada a la categoría de enfermedades cardiológicas), otras arritmias (flúter y otras en 28 (un 1,7%)) y el portar marcapasos definitivo (en 90, un 5,5%) fueron menos frecuentes. La carga de categorías de inclusión/otras comorbilidades por paciente fue 2,9  $\pm$  0,9/3,9  $\pm$  1,7, respectivamente. Las categorías de inclusión más frecuentes en los PPP con FA fueron las cardiológicas (en el 90,4%), seguidas de las enfermedades respiratorias (44,2%), neurológicas (37,6%), enfermedades renales/autoinmunes (33%), la arteriopatía periférica/diabetes con neuropatía (24%), las neoplasias/anemias crónicas (23%), y la poliartritis invalidante (18%); y del resto de comorbilidades la HTA (78%), obesidad (64,5%), la diabetes sin repercusión visceral (30,1%) y la dislipemia (28%); la media del I. de charlson fue de 3,91  $\pm$  1,7 puntos. El 39,8% y el 22,3% presentaban disnea clase III-IV de la NYHA y oxigenoterapia en domicilio, respectivamente; la media de ingresos hospitalarios en los últimos 12/3 meses fue 2,1  $\pm$  1,7/1,1  $\pm$  0,7, respectivamente. La media de fármacos prescritos fue 8,6  $\pm$  3, cumpliendo criterios de polifarmacia el 88% de ellos (el 82%/73%/35% estaba recibiendo IECA-ARAI/diuréticos/metabólicos, respectivamente, y sólo el 26% un tratamiento combinado con fármacos de las 3 familias). Por el contrario el 86% estaba recibiendo anticoagulantes (50%), antiagregantes (26,4%), ó ambos (9,6%). La situación funcional para las actividades básicas (puntuación del I. Barthel)/ instrumentales (puntuación del I. Lawton-Brody) fue 63,5  $\pm$  29/2,7  $\pm$  2,3; y la media de errores en la Escala de Pfeiffer 3,4  $\pm$  3,2 (el 43% cumplía criterios de deterioro cognitivo al menos moderado). Las variables asociadas de forma independiente a la presencia de FA fueron la edad ( $p < .0001$ ; OR = 1,04[1,02-1,05]), las enfermedades cardiológicas ( $p < .0001$ ; OR = 3,14[2,2-4,4]), y un mayor número de comorbilidades ( $p < .0001$ ; OR = 1,6[1,5-1,7]). Estos resultados del Proyecto PROFUND se han enviado para su presentación en los congresos de las sociedades autonómicas de Medicina Interna de España.

**Conclusiones.** Más de una tercera parte de los PPP incluidos presentaba FA, en su mayoría asociada a cardiopatías, a una mayor edad y mayor número de comorbilidades. Optimizar su manejo farmacológico así como

abordar e investigar los criterios de indicación de terapia hipocoagulante en términos de riesgo-beneficio debe ser una prioridad en estas poblaciones.

#### EA-59

### INCONTINENCIA FECAL EN EL PACIENTE DE EDAD AVANZADA

**F. García Verdejo<sup>1</sup>, F. García Monlleo<sup>2</sup>, F. Gómez Jiménez<sup>3</sup>, L. Díaz Rubia<sup>4</sup>, J. de la Higuera Torres-Puchol<sup>3</sup> y J. de Teresa Galván<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Digestivo, <sup>4</sup>Servicio de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de San Rafael de Granada. Granada.

<sup>3</sup>Departamento de Medicina. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

**Objetivos.** La incontinencia fecal se define como incapacidad para retener el contenido intestinal, sea cual sea su consistencia. Es uno de los síndromes geriátricos que comporta más repercusiones en la calidad de vida del anciano y una mayor carga en el cuidador. Es la segunda causa de institucionalización en ancianos asociada a Incontinencia urinaria. Presenta una alta prevalencia, del 2-17% en la comunidad y 10-39% en pacientes institucionalizados. Por todo lo anteriormente expuesto partimos con el siguiente objetivo: conocer las características y prevalencia de la IF en una población de ancianos institucionalizados, así como las características clínicas y funcionales de los pacientes.

**Material y métodos.** Se revisaron todos los pacientes (> 65 años) que sufrían Incontinencia Fecal (IF) en las diferentes áreas asistenciales de un hospital de perfil geriátrico durante el período de un mes. Se realizó un estudio descriptivo transversal mediante la aplicación de un cuestionario sencillo compuesto por 11 ítems, entre los que cabe destacar la escalas de valoración de las actividades básicas de la vida diaria, escalas de valoración cognitiva y las de tipo social. Además de la asociación con otros síndromes geriátricos como es la incontinencia urinaria.

**Resultados.** Se han estudiado un total de 126 pacientes mayores de 65 años (edad media de 80), lo que supone un 72% de todos los pacientes hospitalizados en el Hospital Universitario de San Rafael. De los cuales 62 (49%) presentaban incontinencia fecal, las salas, donde estaban ingresados los pacientes con un mayor porcentaje de incontinencia fecal fueron las de larga estancia y cuidados paliativos. Por lo que respecta al sexo, 28 (45%) eran varones y 34 (55%) mujeres. En el 90% de los casos se asoció a incontinencia urinaria, en solo 6 casos (10%) se presentó de manera aislada. Todos los pacientes tenían polifarmacia y usaban absorbentes y el 74% presentaban pluripatología. Los pacientes presentaban un deterioro mental moderado (6 errores de media, según cuestionario de Pfeiffer) y un deterioro funcional importante (16,85 sobre 100 en el índice de Barthel). Entre los pacientes la mayoría hacía una vida cama/sillón (65,12%) y la media de la escala del dolor era del 2,86 sobre 10.

**Discusión.** Nuestros datos son coincidentes con los publicados en diferentes trabajos publicados, tanto en la prevalencia como en la distribución por sexos. Nos llama la atención los graves deterioros tanto desde el punto de vista psicológico como funcional. La calidad de vida está disminuida en estos pacientes.

**Conclusiones.** La IF en pacientes ancianos presenta una importante prevalencia según podemos deducir de nuestro estudio. Esto nos hace pensar que la IF posiblemente se escape habitualmente a los ojos del clínico y que habría que poner más medios en diagnosticarla adecuadamente. Es preciso encontrar tratamientos efectivos debido a la importancia en la calidad de vida y la magnitud de su presencia en la sociedad.

#### EA-60

### PACIENTES CON FRACTURA DE FÉMUR QUE GENERAN SOLICITUD DE INGRESO EN CENTRO SOCIO SANITARIO

**C. Estrada Díaz, V. Román Costa, M. Mañás Magaña, J. Caño Rodríguez, F. Ortega González y N. Gómez Enrich**

*UFISS Geriatria-paliativa. Hospital Mutua de Terrasa. Terrasa (Barcelona).*

**Objetivos.** Descripción del perfil de los pacientes que generaran solicitud de ingreso en centro sociosanitario, tras fractura de fémur proximal, comparativamente respecto a los que no.

**Material y métodos.** Análisis de los datos recogidos prospectivamente en el registro realizado por el equipo de soporte hospitalario interdisciplinar de geriatría, valoración geriátrica integral, durante el año 2008 de todos los pacientes mayores de 75 años con fractura de fémur proximal que provienen del domicilio. Análisis por grupos: los casos en que se ha solicitado ingreso en CSS respecto los casos en que no se ha solicitado. Estudio comparativo de las variables discretas con  $\chi^2$ , las variables continuas de distribución normal con t de Student y las variables continuas de distribución no normal con la U de Mann Whitney.

**Resultados.** Durante el año 2008 se atendió 162 pacientes mayores de 75 años con fractura de fémur que procedían de domicilio, de los cuales en 74 (46 %) se solicitó ingreso en CSS. Estos presentaban la misma edad y distribución por sexo que en los que no se solicitó, la misma capacidad funcional valorada con el índice de Barthel al ingreso [73 (DE 25) vs 75 (DE 29)], y el mismo descenso de Barthel entre el ingreso y el alta [40 puntos (DE 20) vs 39 (DE 21)], pero tenían peor Lawton [2.9 (DE 3.3) vs 4.7 (DE 3.2),  $p = 0.017$ ]. No hubo diferencias estadísticamente significativas en el estado cognitivo valorado mediante el test de Pfeiffer ni en la mortalidad. En los pacientes que se solicitó ingreso en CSS detectamos más inestabilidad a la marcha previamente al ingreso [37% vs 20%,  $p = 0.034$ , OR = 2.2 (1.1-4.5)], polifarmacia [65% vs 46%,  $p = 0.017$ , OR = 2.2 (1.2-4.2)], incontinencia aguda [43% vs 27%,  $p = 0.046$ , OR = 2 (1.1-3.9)], estreñimiento [53% vs 31%,  $p = 0.006$ , OR = 2.5 (1.3-4.8)], inestabilidad a la marcha aparecida durante el ingreso [19% vs 7%,  $p = 0.029$ , OR = 3.2 (1.2-8.8)] y iatrogenia durante el ingreso [5% vs 0%,  $p = 0.042$ , OR = 2.56 (1.9-2.7)], pero menos depresión previa [7% vs 18%,  $p = 0.036$ , OR = 0.3 (0.1-0.9)], no encontrando diferencias estadísticamente significativas en el resto de síndromes geriátricos registrados. El análisis de la convivencia (vive solo, con pareja, con pareja e hijos, con hijos, con hijos en rotación, con otros familiares) no objetivó diferencias estadísticamente significativas, así como tampoco en el análisis de la valoración de barreras arquitectónicas de acceso al domicilio (escaleras) o intradomiciliarias (escaleras, bañera).

**Discusión.** Pacientes geriátricos con fractura proximal de fémur atendidos en nuestro hospital de agudos, al alta pueden ingresar en un centro socio-sanitario (CSS) o bien volver a domicilio, según la valoración e indicación geriátrica integral, y la preferencia del paciente y/o la familia. Algún dato valorable a la llegada al hospital de agudos que sea predictivo de ingreso en CSS permitiría anticipar la solicitud de traslado y optimizar la trayectoria de derivación.

**Conclusiones.** Según los datos que registramos, el perfil de los pacientes que generaran solicitud de ingreso en CSS es igual que el resto. Pero en el equipo tenemos la percepción de que sí que existen características que predisponen a solicitar ingreso en CSS. Probablemente nuestro registro debería incluir la valoración más exhaustiva de factores como la calidad de la marcha, la fragilidad del cuidador, o las relaciones familiares.

#### EA-61 ESTUDIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DEL SÍNDROME ANÉMICO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA I DURANTE 5 AÑOS (2004-2008)

**L. Mateos Polo, P. Miramontes González, N. Cubino Bóveda, I. González Fernández, J. Herraez García y A. Sánchez Rodríguez**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. H. Virgen de la Vega. Salamanca.*

**Objetivos.** Determinar las características clínicas y biológicas, la distribución etaria, y las etiologías más frecuentes de los pacientes ingresados para estudio de síndrome anémico en una Unidad de Medicina Interna durante 5 años, en el período comprendido entre Enero del 2004 y Diciembre del 2008.

**Material y métodos.** Se extrajeron todas aquellas historias clínicas en las que el diagnóstico de ingreso fue síndrome anémico y/o anemia durante 5 años. Se encontraron 258 sujetos, se rechazaron 44 por no cumplir los requisitos del estudio. Se evaluó anamnesis, exploración física, hemograma, VSG, VCM, HCM, leucocitos y plaquetas, índice reticulocitario, frotis, perfil férrico completo, vitamina B12, folato, hormonas tiroideas, cortisol, eritropoyetina (si procedía) autoinmunidad, anticuerpos antifactor intrínseco) función hepática, renal, diabética, iones, anticélulas parietales, antigliadina, test de Coombs directo e indirecto, citometría de flujo en s.p y sangre oculta en heces. Estudios baritados, TAC abdominal, gastroscopia, colonoscopia y cápsula endoscópica, biopsia de médula ósea, gástrica, etc, si procedía. Se agruparon los diagnósticos según el Volumen corpuscular medio y el índice reticulocitario en tres categorías: 1-Anemias con VCM bajo (> de 81): por pérdidas de sangre nutrición inadecuada, hemólisis vascular crónica, sideroblástica (alcohol, plomo y otros metales pesados), alfa y betatalasemias y de los procesos inflamatorios crónicos. 2-Anemias con VCM normal (81-100: a) fallo 1º de la médula ósea. b) Fallo 2º de la médula ósea (urémia, endocrinopatías, colagenosis,) y-Regenerativas: sangrado y hemólisis. 3-Anemias con VCM elevado (> de 100: a) deficiencia de vitamina B12 y/o folato (anemia pernicioso, enteritis, desnutrición, alcoholismo. b) asociada a enfermedad de la médula ósea: anemia refractaria sideroblástica, etc.

**Resultados.** De los 214 historias clínicas analizadas que cumplían los requisitos se hallaron 132 casos de anemia con VCM bajo el 61,6% (mujeres, 67,4% con edad de 91,7 (límites entre 102-25 años). De las anemias con VCM normal: 64 casos (el 29,9%) de predominio en mujeres (62,5%) y edad media de 70,2 años. De las Anemias con VCM elevado se hallaron 18 casos el 8,4%. En el grupo de Anemia con VCM bajo la etiología más frecuen-

te fue la sideropenia en 97,7% y de ésta, las pérdidas digestivas representaron el 91,3%, seguidas de la desnutrición y/o malabsorción 4,09% y de las pérdidas ginecológicas 3,8%. De las anemias por sideropenia la causa más frecuente estaba en el tracto gastrointestinal con el 46,2%, siendo las LAMG (20,9%) la causa más frecuente, seguidas de las pérdidas gastrointestinales bajas por angioplasia y/o hemorroides con el 14,4%. En 2º lugar están los tumores (38,7%), el carcinoma gástrico (26%) en primer lugar, seguido del colon 20%. De las anemias con VCM normal la causa más frecuente fue el fallo 2º de la médula ósea (42,1%): la diabetes y el hipotiroidismo 21,8% seguidas de las autoinmunes (14,6%). En 2º lugar se situó el fallo primario de la médula ósea (25%) síndrome mielodisplásico en primer lugar (17,1%), seguido del mieloma múltiple 7,8% y de la leucemia/linfoma (6,25%). Respecto a la Anemia con VCM elevado la etiología más frecuente fue el déficit de vitamina B12 (81,8%) secundaria (90%) a atrofia gástrica, edad media de 89,9 años, seguida del déficit mixto (folato+B12) con 15,2%.

**Conclusiones.** Durante los 5 años revisados en el Servicio de Medicina Interna I la causa más frecuente de síndrome anémico fue la deficiencia de hierro debida en la mayoría de las ocasiones a LAMG (gastritis, duodenitis y bulbitis) seguido del sangrado tumoral del tracto gastrointestinal, fundamentalmente gástrico y del colon. En segundo lugar se sitúa la anemia secundaria a enfermedades metabólicas, esencialmente diabetes mellitus e hipotiroidismo y la relacionada con enfermedades autoinmunes, esencialmente artritis reumatoide. La tercera causa está ocupada por la anemia pernicioso por déficit de vitamina B12 asociada a atrofia gástrica. La edad media tan elevada de nuestros pacientes ocasionó que en bastantes casos no se pudiera llegar al diagnóstico etiológico. Estos datos concuerdan con el resto de las series publicadas en otros hospitales.

#### EA-62 PERFIL DE LOS FACTORES DE RIESGO VASCULAR EN UNA COHORTE DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS DEL PROYECTO PROFUNDO MODIFICADO PARA ATENCIÓN PRIMARIA

**L. de la Higuera Vila, D. Mendoza Giraldo, J. Praena Segovia, C. Hernández Quiles, D. Nieto Martín, M. Bernabeu Wittel y M. Ollero Baturone**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Objetivos.** Análisis descriptivo del perfil cardiovascular en una cohorte 447 pacientes pluripatológicos (PPP) de Atención Primaria pertenecientes al área sanitaria de los Centro de Salud de Camas, Candelaria y Bermejales, Sevilla.

**Material y métodos.** Estudio transversal en el que se incluyeron 447 paciente PPP (siguiendo la definición vigente desde 2007) pertenecientes al área sanitaria del Centro de Salud de Camas, Candelaria y Bermejales de Sevilla durante el año 2008. Variables analizadas: edad, sexo, categorías clínicas PPP, perfil de riesgo cardiovascular (HTA, diabetes, dislipemia, obesidad y perímetro abdominal), índice de Charlson, escala de Barthel y tratamiento farmacológico. La comparación entre grupos se realizó mediante la U de Mann-Whitney, el test de Kruskal-Wallis, y la R de Pearson y el análisis multivariante mediante técnica de regresión lineal paso a paso hacia delante mediante el paquete estadístico SPSS 12.0.

**Resultados.** Del total de 447 PPP incluidos en el estudio el 53,7% eran varones y el 46,3% mujeres, la edad media fue 75,6 años (DE 13). La prevalencia de categorías definitorias de PPP fueron: A 76,2%, de los cuales 36,1% presentaban cardiopatía isquémica, 28,1% insuficiencia cardiaca y el 28,3% presentaron estas dos entidades, B 18,4%, C 28,3%, D 4,3%, E 34%, F 33,1%, G 15,2%, H 26,2%. Charlson:  $3,4 \pm 1,6$ , Barthel < 60: 59%. El 50,3% de la muestra presentaban HTA, la media de los pacientes presentaba un IMC de 24,73, DE 10,6, presentando obesidad 25% y obesidad mórbida el 13%. El 39,7% de la muestra era diabético, 12,2% presentaba afectación vascular. La HbA1C en el 65,8% de la muestra se encontraba por debajo de 7,5%, media de 7,27% y DE de 1,27. El 20,5% presentaba dislipemia y el 6,4% tenía un hábito tabáquico. Respecto al tratamiento administrado media de  $8,6 \pm 3$  fármacos. 30,6% estaba insulinizado, 50% tomaba un antihipertensivo oral y el 11,5% dos antihipertensivos orales. 57,9% de los dislipémicos tomaba un hipolipemiante, De los pacientes diabéticos AAS 67,9% e IECA ó ARA II el 69,4%. Dentro de los pacientes que presentaban insuficiencia cardiaca el 45,5% tomaba IECAs, el 18,2% ARAII, 1,3% IECAs/ARAII, 74,8% diuréticos y 41,9% beta bloqueantes. De los pacientes con enfermedad vascular el 76,2% estaba antiagregado y el 22,1% hipocoagulado con HBPM o anticoagulantes orales, mientras que los pacientes con fibrilación auricular no recibían tratamiento el 39,6%, HBPM 35,2% y anticoagulantes orales el 27,3%.

**Conclusiones.** Las categorías diagnósticas de pluripatología relacionadas con el riesgo vascular suponen las de mayor peso diagnóstico dentro de la muestra de PPP estudiada, siendo necesario evaluar el probable impacto positivo en resultados en salud del tratamiento intensivo y la polimedición para el control del riesgo vascular y enfermedades cardiovasculares de estos sujetos.

### EA-63 CARACTERIZACIÓN DE LAS INFECCIONES EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS. SALAMANCA, 2007-2008

H. Ternavasio de la Vega<sup>1</sup>, S. Gómez Lesmes<sup>1</sup>, H. Llorente Cancho<sup>1</sup>, I. Novo Veleiro<sup>1</sup>, C. De la Calle Cabrera<sup>1</sup>, M. Marcos Martín<sup>2</sup>, S. Inés Reuelta<sup>1</sup> y J. Laso Guzmán<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna II. Hospital Universitario de Salamanca. H. Clínico. Salamanca.

<sup>2</sup>Department of Medicine. University of Massachusetts Medical School.

**Objetivos.** Describir las características de las infecciones presentadas por pacientes pluripatológicos ingresados en el transcurso de un año en un servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal que incluyó a todos los pacientes pluripatológicos, de acuerdo con criterios de 2007 de la Junta de Andalucía, ingresados durante un año (junio de 2007 a junio de 2008) en el servicio de Medicina Interna II del Hospital Universitario de Salamanca.

**Resultados.** Ingresaron 234 pacientes pluripatológicos durante el período estudiado (edad 80.3, SD 9.2, hombres 55%, categorías de inclusión 2,82 SD 1,0). En 55% (130 pacientes) se diagnosticaron 159 infecciones (1.22 infecciones por paciente, 73.6% adquiridas en la comunidad). Las infecciones más frecuentes fueron de aparato respiratorio (84, 52.8%), vías urinarias (37, 23.2%), piel y tejidos blandos (18, 11.3%), bacteriemia y sepsis (9, 5.6%) e intraabdominales (8, 5.0%). Las infecciones más frecuentes por aparatos y sistemas en frecuencia absoluta y frecuencia relativa del total según aparatos y sistemas fueron, respectivamente: de las respiratorias, neumonía (46, 29.9%), laringo-traqueo-bronquitis (17, 10.7%), otras infecciones respiratorias bajas (13, 8.2%); de las urinarias, bacteriuria sintomática (23, 14.4%), bacteriuria asintomática (7, 4.4%), otras infecciones urinarias (8, 5%); de piel y tejidos blandos, infecciones de úlceras y escaras de decúbito (7, 4.4%), otras no especificadas (6, 3.8%); de las infecciones sistémicas, bacteriemia primaria (4, 2.5%), sepsis clínica (2, 1.2%); de las intraabdominales, biliares (6, 3.8%). Se aislaron 78 microorganismos causales en 74 de las 159 infecciones (46%), 4 de ellas polimicrobianas. Los microorganismos más frecuentes fueron: bacilos Gram-negativos (37, 50%; *E. coli* 19, *K. pneumoniae* 5, *P. mirabilis* 4, *P. aeruginosa* 4, *E. cloacae* 2, otros 3), cocos Gram-positivos (26, 35%; *S. aureus* 10, *S. pneumoniae* 6, *E. faecalis* 3, *Estafilococos coagulasa negativa* 5, *Streptococcus spp* 2), hongos-levaduras (11, 14%; *C. albicans* 10, *C. tropicalis* 1), anaerobios (2, 2.0%; *C. difficile*, *B. fragilis*). De las 74 cepas de microorganismos aislados, 27 (36%) mostraron resistencia a antibióticos (9 de *E. coli*, 2 de *E. cloacae*, 2 de *P. mirabilis* y 2 de *P. aeruginosa* resistencia a quinolonas; 9 de *S. aureus* resistencia a meticilina; 1 de *Estafilococo coagulasa negativa* resistencia a quinolonas; 1 de *S. pneumoniae* resistencia a penicilina y cefalosporinas; 1 de *A. baumannii* con múltiples resistencias).

**Discusión.** En este estudio como indican las tendencias actuales, las infecciones más frecuentemente encontradas fueron, las de aparato respiratorio y tracto urinario. Las tasas de resistencias a antimicrobianos reflejan la utilización amplia que se hace de éstos en un grupo de paciente con un perfil de reingreso frecuente.

**Conclusiones.** Las infecciones respiratorias en primer lugar y las urinarias representan más del 75% de las infecciones presentadas por este colectivo de pacientes frágiles. Las infecciones de vías respiratorias bajas, con la neumonía en primer lugar y la bacteriuria sintomática son el diagnóstico más frecuentemente encontrado. El aislamiento de bacilos Gram-negativos supone la mitad de los casos y supera en 15% a los cocos Gram-positivos. Entre los patrones de resistencia encontrados destaca el 41% de enterobacterias resistentes a quinolonas y el 90% de cepas resistentes a meticilina entre *S. aureus*.

### EA-64 NEUMONÍAS EN PACIENTES NONAGENARIOS

D. Godoy Díaz, A. Puente Fernández, A. Conde Martel, M. Hemmersbach Miller, M. Serrano Fuentes y P. Betancor León

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

**Objetivos.** Analizar las características y mortalidad de pacientes nonagenarios hospitalizados por neumonía en un servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Se analizaron retrospectivamente todos los pacientes con edad igual o superior a 90 años hospitalizados por neumonía durante un período de 5 años en un Servicio de Medicina Interna. De un total de 421 pacientes nonagenarios hospitalizados, 87 presentaron una neumonía (20,7%). Se recogieron las características demográficas, los antecedentes personales, las constantes vitales al ingreso, la capacidad funcional evaluada mediante la escala de la Cruz Roja, el índice de comorbilidad de Charlson, la gravedad evaluada mediante la escala de Fine y mediante el CURB. Se registró la mortalidad hospitalaria y se analizaron los factores que se re-

lacionaban con la misma. La relación entre variables cualitativas se analizó mediante el test de Chi cuadrado y la relación entre variables cuantitativas y cuantitativas mediante el test T-Student o el test U de Mann Whitney.

**Resultados.** De los 87 pacientes con neumonía, el 59,8% (n = 52) eran mujeres y el 40,2% (35) varones. La edad media fue de 92,8 años (DE 3,1). Los antecedentes más frecuentes fueron HTA (48,3%), demencia (31%), diabetes (29,9%), insuficiencia cardiaca (25,3%) y EPOC (18,4%). El 92% (80 pacientes) vivían en su domicilio y el 8% (7) en Residencia. Fallecieron 41 pacientes (47,1%; IC 95%: 36,1 – 58,2%). La distribución de gravedad según los criterios de Fine fue de 8 pacientes en clase III, 40 en clase IV y 39 en clase V. La mortalidad no difirió entre los 3 grupos siendo del 37,5%; 50% y 46,2% respectivamente (p = 0,8). La mortalidad tampoco difirió en función de la puntuación obtenida con el índice pronóstico CURB, ni con la puntuación obtenida mediante el índice de comorbilidad de Charlson. Únicamente la capacidad funcional evaluada mediante la escala de la Cruz Roja se relacionó de forma significativa con la mortalidad (p = 0,007).

**Discusión.** La neumonía es una causa frecuente de mortalidad en los pacientes mayores y se incrementa con la edad. Los índices pronósticos para evaluar la gravedad de las neumonías dan un peso importante a la edad. Sin embargo, en pacientes de edad muy avanzada, como son los nonagenarios, los índices pronósticos evaluados (Fine y CURB) no permiten discriminar la mortalidad. En estos pacientes habría que considerar otras variables no incluidas en estos índices pronósticos. La capacidad funcional podría ser un indicador de mortalidad como se observa en este estudio.

**Conclusiones.** Las neumonías constituyen una causa frecuente de ingreso en nonagenarios. La mortalidad de estos pacientes es muy elevada, falleciendo al menos un tercio de los mismos. Se debería disponer de otros indicadores pronósticos de mortalidad en este grupo de pacientes de avanzada edad.

### EA-65 EVALUACIÓN DE UNA ACTIVIDAD DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD IMPARTIDA A CUIDADORES MEDIANTE TALLERES

M. Díaz Benavente, T. Cano Rodríguez, S. Martín Matute, E. Valero Aliaja, M. Falcón Ortega, R. García Guerrero, C. Rdruejo Delgado y A. Díaz Cira

UCAMI. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** Introducción: nos enfrentamos a un nuevo escenario, derivado de la transición epidemiológica y demográfica del país, representado por envejecimiento de la población e incremento de enfermedades crónicas degenerativas, que frecuentemente precisan hospitalización. Durante este período requieren la compañía de un familiar el cual contribuye al cuidado. Período que debe ser utilizado por el personal de enfermería para impartir esta estrategia de apoyo al cuidador. **Objetivos generales:** 1. Adiestrar al cuidador informal o familiar de pacientes pluripatológicos en todas las actividades a realizar en el domicilio, y facilitar los conocimientos necesarios para la promoción del auto cuidado de los propios cuidadores 2. Determinar la relación entre el apoyo educativo de enfermería con la capacidad de autocuidado del cuidador principal **Objetivos específicos:** A) Describir el perfil del cuidador principal que proporciona cuidado al paciente con enfermedad crónica en el hogar. B) Describir el apoyo educativo y formativo realizado por enfermería para el desarrollo de las actividades que realizarán los cuidadores informales a los del pacientes en su domicilio. C) Valorar la capacidad de autocuidado del cuidador principal que proporciona cuidado al paciente con enfermedad crónica en el hogar. D) Evaluar el aumento en habilidades y técnicas de cuidados adquiridas. E) Detectar nuevas necesidades formativas o educativas para posteriores sesiones.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, transversal, en el que se analizan: \*perfil del cuidador; \* resultados obtenidos con la educación grupal efectuada con cuidadores de grandes discapacitados realizada por los enfermeros de UCAMI (Unidad Clínica de Atención Médica Integral) del H. U. V. R de Sevilla Se estudiaron 66 cuidadores informales seleccionados por un muestreo no probabilístico por conveniencia, se aplicaron dos instrumentos de recolección de datos; uno autoelaborado de 23 ítems y uno de evaluación de la actividad docente **Criterios de Inclusión:** \* Familiar directo o cuidador principal- \*Aceptación y participación en la formación-+ proyecto- \* Ingresado durante la realización del estudio-\* Índice de Barthel < 45. **Criterios de Exclusión:**\*Familiar directo con disminución psíquica/física Se han impartido talleres educativos enfocados a: Necesidades fisiológicas, (eliminación, alimentación, higiene), Medidas de protección (movilización), Apoyo a la terapéutica médica alimentación, cumplimiento terapéutica), Comunicación Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 16.0 y un análisis descriptivo.

**Resultados.** La mayoría de los cuidadores eran mujeres, casadas, amas de casa, los receptores del cuidado 81.6% dependientes, la ocupación que predominó fue la de ama de casa; 58.3% eran hijas, 16% esposas; se encontró 15% hombres en el rol de cuidadores. Con un promedio de 7.2 días

de cuidado y con una permanencia continua en promedio de 13.3 horas las actividades que realiza el acompañante con mayor frecuencia son las relacionadas a satisfacer las necesidades fisiológicas, seguidas de las terapéuticas, en menor proporción de seguridad y comunicación; del total de actividades del cuidador 15.77% fueron apoyadas por enfermería. Posterior al apoyo educativo se incrementaron las capacidades de autocuidado y si hubo significancia estadística tanto en capacidades de autocuidado ( $p = .003$ ) como en desempeño ( $p = .004$ ).

**Conclusiones.** El apoyo educativo proporcionado influyó positivamente en las capacidades de autocuidado y desempeño del cuidador que atiende al enfermo crónico en el hogar. Enfermería debe tomar al cuidador como sujeto de estudio y de atención. Son necesarios programas permanentes a cuidadores. Cuando una persona va a ser atendida en el hogar se debe de proporcionar al cuidador la información necesaria y la capacitación que el cuidado de su familiar enfermo requiere, así como considerarlo sujeto de los cuidados de enfermería.

#### EA-66

### UTILIDAD DE LA GAMMAGRAFÍA CON TC99 PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA AMILOIDOSIS SISTÉMICA SENIL

**M. Pérez Rodríguez, B. Sopena, A. Argibay, J. Lamas, R. Longueira, M. Vázquez Triñanes, I. Vaqueiro y M. Alonso Parada**

*Servicio de Medicina Interna. Unidad de Trombosis y Vasculitis. Complejo Universitario de Vigo. Vigo (Pontevedra).*

**Objetivos.** La amiloidosis sistémica senil (ASS) es una entidad causada por el depósito fundamentalmente a nivel cardíaco de amiloide compuesto por transtiretina (ATTR) nativa. Suele ocurrir en personas de edad avanzada manifestándose como insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), fibrilación auricular (FA) o trastornos de la conducción.

**Material y métodos.** Se presentan los dos primeros casos de ASS diagnosticados en nuestro hospital. Ambos tenían confirmación histológica por biopsia endocárdica y demostración del depósito de ATTR por inmunohistoquímica. En ambos casos se demostró intensa captación cardíaca de Tc99.

**Resultados.** Los dos pacientes eran varones de 82 y 88 años de edad. Ninguno de ellos hipertenso. Habían ingresado en múltiples ocasiones por ICC con datos de fallo derecho, uno de ellos con ascitis cardíaca. Uno había sido diagnosticado de infarto de corazón derecho por presentar un patrón de pseudo-infarto en ECG y en ecocardiograma. El otro era portador de marcapasos por FA lenta y había ingresado tres años antes por ICC. Ambos tenían hipertrofia importante de ventrículo izquierdo (VI) con voltajes normales en derivaciones de los miembros (baja relación voltaje/masa VI). El cateterismo de corazón derecho demostró presiones pulmonares elevadas en uno y normales en otro. Las coronarias no mostraban lesiones significativas en ninguno de ellos. La biopsia de grasa abdominal así como la inmunofijación en suero y orina fueron negativas en ambos. La biopsia endocárdica se realizó sin incidencias y fue diagnóstica en los dos. La gammagrafía con Tc 99 realizada en uno de ellos para descartar espondilodiscitis y en el otro de forma dirigida, mostró intensa captación a nivel del corazón.

**Discusión.** La ASS debe tenerse presente en pacientes varones ancianos que se presentan con ICC derecha y trastornos del ritmo. Los datos que orientan sobre su presencia son: antecedente de túnel carpiano bilateral, baja relación voltaje/masa VI, hipertrofia VI superior a 14 mm, alteración de la contractilidad importante, patrón de pseudoinfarto (en ECG y ecocardiograma) y captación a nivel cardíaco de Tc99. Una biopsia de grasa negativa no descarta su presencia (sensibilidad 20%).

**Conclusiones.** La captación a nivel del corazón en la gammagrafía con Tc es un dato que debe hacernos pensar en ASS.

#### EA-67

### TIEMPO DE ESTANCIA MEDIA Y REINGRESOS EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS Y DEPENDIENTES FÍSICOS INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA DURANTE EL AÑO 2008

**O. Mera Gallardo<sup>1</sup>, G. García Domínguez<sup>1</sup>, J. Borrallo Torrejón<sup>2</sup>, R. Corzo Gilbert<sup>1</sup>, V. Manzano Roman<sup>1</sup>, S. Romero Salado<sup>1</sup>, B. Sainz Vera<sup>1</sup> y F. Gómez Rodríguez<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).

<sup>2</sup>Universidad Malaga. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

**Objetivos.** Análisis clínico-epidemiológico de los pacientes ingresados en nuestro Servicio de Medicina durante el año 2008. Se analiza la relación entre el grado de pluripatología y dependencia física con la estancia media hospitalaria y número de reingresos. MATERIAL Y MÉTODOS Estudio transversal en el que se incluyeron los 1252 paciente ingresados en el servicio de Medicina Interna de nuestro hospital durante el año 2008. Se analiza

la relación entre el hecho de ser pluripatológico (según la definición vigente desde 2007) y dependiente funcional con la estancia media hospitalaria y número de reingresos. Análisis multivariado de las variables asociadas con el paquete SPSS 16.0.

**Resultados.** De los 1252 pacientes ingresados en nuestro servicio, un 63.5% (795) eran pluripatológicos. La estancia media de los no pluripatológicos (36.5% del total, 457 pacientes) fue:  $\leq 1$  semana: 20.9%, 1-2 semanas: 10.3%, 2-3 semanas: 3.2% y 3-4 semanas: 2.1%. La estancia media de los pacientes pluripatológicos fue de 1 a 7 días en el 25.3% de los casos, en el 23.5% de 1 a 2 semanas, de 2 a 3 semanas en el 9.7%, en el 4.4% fue de 3 a 4 semanas y solo se sobrepasó en un 0.6%. Analizando dentro de los pluripatológicos, aquellos que además sufren dependencia funcional, estratificándola en total o parcial, hallamos que en los pluripatológicos dependientes totales, en un 7.4% la estancia media fue  $\leq 1$  semana, de 1 a 2 semanas en 4.2%, un 2.8% de 2-3 semanas, 1.9% de 3 a 4 semanas y en 0.5% más de 4 semanas. En los dependientes parciales, la estancia fue:  $< 1$  semana: 7.4%, 1-2 semanas: 8.3%, 2-3 semanas: 1.4%, 3-4 semanas: 1.4%,  $> 4$  semanas: 0.5%. En los no dependientes los resultados fueron:  $< 1$  semana: 26%, 1-2 semanas: 30%, 2-3 semanas: 13.3%, 3-4 semanas: 4.4%. En cuanto a los reingresos, en los pluripatológicos dependientes totales fue de 0.5% (16.1% un único ingreso), en los dependientes parciales reingresaron en el 1.8% (20.3% ingreso único) y en los no dependientes el 5.5% reingresaron (68.5% ingreso único).

**Discusión.** La mayor parte de los paciente ingresados en nuestro servicio de Medicina Interna son pluripatológicos, siendo la estancia media más prevalente, tanto en pluripatológicos como no, el intervalo comprendido entre 1 y 7 días, sin embargo, a medida que avanza el tiempo de estancia comprobamos mayor prevalencia en pluripatológicos. Al analizar la diferencia entre los pluripatológicos dependientes y no dependientes, observamos que la estancia media es mayor en los no dependientes, y dentro de los dependientes es mayor en los que lo son de forma parcial. En cuanto a los reingresos, se producen en mayor número en los pacientes pluripatológicos dependientes parciales. La menor estancia media y número de reingresos en los pacientes pluripatológicos dependientes totales puede ser explicado por la mayor mortalidad de estos pacientes en los primeros días de ingreso debido a su situación crítica.

**Conclusiones.** La mayoría de los pacientes atendidos en nuestro servicio son pluripatológicos no dependientes, y dentro de los dependientes destacan los dependientes parciales. La estancia media suele ser de 1 a 7 días, aumentando en el caso de los pluripatológicos en ocasiones. Los pluripatológicos no dependientes parecen tener una estancia media mayor (1-2 semanas) respecto a los dependientes (1-7 días), no existiendo diferencia significativa en relación al grado de dependencia. Reingresan con mayor frecuencia los pacientes pluripatológicos dependientes parciales (más que los totales, por mayor defunción de éstos).

#### EA-68

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE UNA COHORTE DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

**H. Llorente Cancho, H. Ternaveiro de la Vega, S. Gómez Lesmes, C. De la Calle Cabrera, I. Novo Veleiro, G. Alonso, L. Moralejo Alonso y A. Fuertes Martín**

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

**Objetivos.** Estudiar las características clínicas y la evolución de los pacientes pluripatológicos (PPP) que ingresan en un servicio de Medicina Interna de un hospital de tercer nivel.

**Material y métodos.** De entre los pacientes que ingresaron entre junio de 2007 y junio de 2008 en el servicio de Medicina Interna II del Hospital Universitario de Salamanca, se incluyeron aquellos que cumplieran los criterios de PPP de la Junta de Andalucía (Ollero et al., 2007). Se recogieron variables clínicas y analíticas de estos pacientes y se llevó a cabo el seguimiento evolutivo mediante contacto telefónico y revisión de historias clínicas al año del alta. Análisis descriptivo (porcentaje, media y desviación estándar) de características demográficas, clínicas, funcionales, y evolutivas de los PPP incluidos.

**Resultados.** Se incluyeron 234 pacientes, que supusieron el 21,9% del total de ingresos en ese período. Presentaban  $80,3 \pm 9,2$  (media  $\pm$  SD) años de edad, y el 55% fueron hombres. La estancia media fue de  $10,77 \pm 9,8$  días. Cumplían  $2,82 \pm 1,01$  categorías de inclusión, que por orden de frecuencia fueron: 75,2% cardíacas (ICC  $> 6$  = grado II de la NYHA/cardiopatía isquémica), 40,2% neoplasia/anemia crónica grave, 39,3% pulmonares, 35,5% renales/autoinmunes, 35% neurológicas, 17,5% osteoartropatía, 16,6% arteriopatía periférica/diabética, y por último 6% hepatopatía. Las comorbilidades más frecuentes fueron: HTA (67,9%), anemia (62,4%), infección (55,5%), arritmias (39,3%), dislipemia (32,9%), DM sin repercusión visceral

(26,9%), obesidad (15%), HBP (12%), depresión (9,8%). Del 53% con ICC, un 40,3% presentaba disnea  $\geq$  III de la NYHA, mientras que del 32% de PPP con EPOC un 45,3% mostraba disnea  $\geq$  III de la MRC (Medical Research Council). El deterioro funcional con dependencia al menos moderada (Barthel  $\leq$  60) se observó en 36,3% de los PPP. El índice de Charlson fue  $\geq$  5 en el 36,3%. El número de fármacos pautados fue de  $7 \pm 3$ . Un 48,3% habían ingresado en el año previo a la inclusión y el 40,2% en los 3 meses previos. De todos los PPP fallecieron durante el ingreso el 25,2%; de los supervivientes fallecieron al año el 30,2%, y la mitad volvieron a ingresar al menos una vez durante el seguimiento. Entre estos cuatro grupos el número de categorías de inclusión fue mayor en los grupos con peor evolución, aunque no hubo diferencias significativas entre los mismos ( $p = 0,15$ ). La mortalidad al año en los pacientes que tuvieron Barthel  $\leq$  60 al ingreso fue del 43,2%, frente al 25,8% de aquellos con menor grado de dependencia ( $p = 0,03$ ). De aquellos con Charlson  $\geq$  5 (mortalidad esperada del 85%) fallecieron el 57% en el primer año.

**Discusión.** Nuestro estudio evidencia que los pacientes pluripatológicos suponen un considerable reto en nuestra práctica clínica diaria, pues la amplia variedad de comorbilidades que padecen exige la coordinación de un gran número de recursos. La dependencia funcional es frecuente en estos pacientes y parece estar relacionada con una mayor mortalidad. Por el contrario, el índice de Charlson no predijo de forma certera la mortalidad en nuestros pacientes, lo que podría explicarse por el hecho de que fue desarrollado en 1987. Especial importancia tiene el grado de dependencia como factor pronóstico.

**Conclusiones.** Los pacientes pluripatológicos constituyen una importante proporción de los que ingresan en un Servicio de Medicina Interna, acumulando además múltiples episodios de ingreso, lo que acentúa su importancia sanitaria. Es necesaria la búsqueda un índice pronóstico que nos guíe en la toma de decisiones, en el que el grado de dependencia debería tener un papel relevante. Estos datos refuerzan la necesidad de realizar nuevos estudios en este grupo de pacientes que contribuyan al manejo óptimo de los mismos.

#### EA-69

### ANÁLISIS DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y DE LOS FACTORES DE RIESGO SOCIOFAMILIAR EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

**D. Mendoza Giraldo, L. De la Higuera Vila, C. Hernández Quiles, L. Moreno Gaviño, M. Nieto Martín, M. Bernabeu Wittel y M. Ollero Baturone**  
Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** Analizar la capacidad funcional, el grado de autonomía y los factores de riesgo socialfamiliar de una cohorte de pacientes pluripatológicos en el ámbito de la Atención Primaria.

**Materiales y métodos.** Estudio transversal en el que se incluyeron un total de 447 pacientes pluripatológicos (PPP, según la definición vigente desde 2007) pertenecientes al área de salud de Camas, Los Bermejales y Candelaria (Sevilla) entre marzo y agosto de 2008. Se realizó un análisis descriptivo de la capacidad funcional, mediante las escalas de Barthel, Lawton-Brody y Pfeiffer y de los factores de riesgo sociofamiliar mediante la escala de Gijón. Las variables dicotómicas se describieron mediante el número total y el porcentaje, y las continuas, mediante la media, la mediana, el máximo y el mínimo y la desviación estándar analizándose los resultados con el paquete informático SPSS 15.0.

**Resultados.** De los 447 PPP incluidos el 53,7% eran varones y el 46,3% mujeres. La edad media fue de 75,6 años. Se analizó la capacidad funcional cuantificando el grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria (escala de Barthel), para las actividades instrumentales (Lawton-Brody) y el grado de deterioro cognitivo (Pfeiffer). Un 45,4% presentaba dependencia total para las actividades básicas de la vida diaria, un 11,4% dependencia severa, un 15,3% dependencia moderada, un 9,2% dependencia leve y el 18,8% independencia. En cuanto a las actividades instrumentales de la vida diaria, el 28,1% presentaba dependencia total, el 18,7% presentaba dependencia severa, el 17,4% dependencia moderada, el 14% dependencia ligera y el 21,7% independencia. En cuanto a la escala de Pfeiffer, un 5,7% presentaba deterioro cognitivo severo, un 4,3% moderado, un 12,4% leve y un 77,6% no presentaba deterioro cognitivo. Se analizó el grado de dependencia, definido éste como una puntuación en la escala de Barthel inferior a 60 y/o una escala de Pfeiffer con resultado superior a 5 errores. En base a ello fue determinada la necesidad o no de cuidador y fueron analizadas las características del mismo. El 53,4% de los pacientes PPP no requería cuidador mientras que el 46,6% sí lo requería. Del total de los pacientes analizados un 63,1% disponía de él, siendo éste en un 67,7% de los casos mujer. En cuanto a la relación que mantenía con el paciente, un 21,3% era cónyuge, un 22,9% hijo, un 25,9% familiar de segundo grado, un 15,2% vecino o amigo y un 13,1% personal contratado. Por otro lado se analizó el riesgo social mediante la escala de valoración sociofamiliar de Gijón

detectándose que el 83,3% de la muestra no presentaba riesgo sociofamiliar, mientras que el 14,1% se encontraba en situación de riesgo. En la esfera familiar, un 24,3% convivía con familiares sin dependencia, el 31,8% con cónyuge de edad similar, el 31,1% convivía con familiares con dependencia, el 9,4% solo con hijos próximos y el 3,4% vive completamente solo. Económicamente el 19,2% percibía más de 1,5 veces el salario mínimo, el 28,6% hasta el salario mínimo, un 44% entre el salario mínimo y la pensión mínima contributiva, un 3,8% la pensión mínima no contributiva y un 4,5% no percibía ingreso alguno. La vivienda se consideró adecuada en el 65,2% de los casos, mientras que el 34,8% presentaba barreras arquitectónicas, humedades, mala higiene o se encontraba carente del equipamiento adecuado. En cuanto a las relaciones sociales, un 49,6% de los pacientes salía a la calle manteniendo relaciones sociales con amigos, un 38% las mantenía sólo con vecinos o familiares, el 10,9% no salía del domicilio pero recibía visitas y un 1,5% no salía a la calle ni recibía visita alguna. El 84,6% tenía apoyo familiar o vecinal, el 3% voluntariado social o ayuda al domicilio, un 9% disponía de cuidados permanentes y un 3,4% no disponía de apoyo alguno.

**Conclusiones.** Los pacientes pluripatológicos en el ámbito de la asistencia sanitaria primaria presentan bajo riesgo sociofamiliar, la mayoría conserva las relaciones sociales y dispone de apoyo familiar, vecinal o de la red social, pero el 46,6% presenta dependencia de un cuidador en mayor o menor grado siendo el perfil del cuidador el de una mujer, esposa o hija del paciente.

#### EA-70

### PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LAS INFECCIONES EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

**S. Gómez Lesmes<sup>1</sup>, H. Ternavasio de la Vega<sup>1</sup>, H. Llorente Cancho<sup>1</sup>, I. Novo Veleiro<sup>1</sup>, C. de la Calle<sup>1</sup>, M. Marcos Martín<sup>2</sup>, A. Fuentes Martín<sup>1</sup> y F. Lazo Guzmán<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna II. Hospital Universitario de Salamanca. H. Clínico. Salamanca.

<sup>2</sup>Department of Medicine. University of Massachusetts.

**Objetivos.** Definir la prevalencia de infecciones durante el ingreso hospitalario y los posibles factores asociados a las mismas en una población de pacientes pluripatológicos.

**Materiales y métodos.** Estudio transversal en el que se incluyeron pacientes que cumplían los criterios de pluripatológicos según las categorías de inclusión de la Junta de Andalucía, año 2007 (presencia de dos o más enfermedades crónicas que afectan diferentes aparatos), ingresados entre junio de 2007 y junio de 2008 en el servicio de Medicina Interna II del Hospital Universitario de Salamanca. Se realiza un análisis de prevalencia y de distribución de frecuencias de infecciones diagnosticadas durante el ingreso y un análisis univariante teniendo en cuenta comorbilidad, estado funcional según Barthel, Charlson, Pfeiffer con el paquete SPSS 15.0.1 considerando estadísticamente significativa una  $p < 0,05$  de los 3 grupos de infección más frecuentes encontrados, teniendo en cuenta utilización de  $\chi^2$  para estudio de variables cualitativas y t de Student Fisher para las cuantitativas.

**Resultados.** Se incluyeron 234 pacientes con edad 80.32 SD = 9.2, el 55% de los individuos eran hombres, 2.82 SD = 1.01 categorías de inclusión, índice de Barthel basal de 66.02 SD = 35.44, índice de Charlson 4.42 SD = 2.75, Pfeiffer 3.66 SD 3.51. La prevalencia de infecciones durante el ingreso fue de 55.6% ( $n = 130$ , edad 79.23 SD = 10.3, varones 58.5%). Las infecciones más frecuentes en orden de prevalencia fueron: respiratoria 32.8%, urinaria 14.4% y piel y tejidos blandos 5.6%. Las infecciones respiratorias se asociaron a enfermedad respiratoria crónica (categoría C1) (OR = 2.509; IC95% 1.44 a 4.360;  $p = 0.001$ ) y tabaquismo (OR = 4.28; IC95% 1.99 a 9.2;  $p < 0.005$ ); (OR = 2.509; IC95% 1.44 a 4.360;  $p = 0.001$ ). En cuanto a infección urinaria se observó fuerte asociación con la presencia de enfermedad neurológica, tanto con déficit motor permanente (Barthel  $< 60$ , categoría E2) (OR = 5.69; IC95% 2.40 a 13.45;  $p < 0.001$ ), como con deterioro cognitivo permanente (Pfeiffer  $\geq 5$  errores, categoría E3) (OR = 3.49; IC95% 1.68 a 7.25;  $p < 0.001$ ); y con sondaje previo a la infección (OR = 3.83; IC95% 1.74 a 8.46;  $p = 0.001$ ). Los factores asociados a la infección de piel y tejidos blandos fueron: el número de categorías de inclusión, la presencia de enfermedad neurológica con déficit motor permanente (Barthel  $< 60$ , categoría E2) y el ingreso en los 3 meses previos, aunque sin alcanzarse significación estadística. No se encontró asociación estadísticamente significativa de ninguna de las infecciones mencionadas con la mortalidad y la estancia hospitalaria.

**Discusión.** la infección es un hallazgo frecuente en este grupo de pacientes frágiles como diagnóstico del ingreso, ya que más del 50% de los pacientes presentaron al menos una infección. Las infecciones encontradas no difirieron de las de la población general. No se ha evaluado el grado de repercusión que éstas pueden ocasionar en un organismo con deterioro múltiple y avanzado.

**Conclusiones.** La alta frecuencia de infecciones encontradas evidencia la importancia del manejo tanto preventivo como terapéutico en este grupo de pacientes. Más estudios sobre la epidemiología de las infecciones en este colectivo serían necesarios para ampliar el conocimiento en este sentido.

#### EA-71

### COMPARACIÓN DEL ANÁLOGO DE HUMANO DE GLP-1, LIRAGLUTIDA, EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 MAYORES Y MENORES DE 65 AÑOS: UN META-ANÁLISIS

X. López<sup>1</sup>, R. García<sup>1</sup> y B. Bode<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Departamento Médico. Novo Nordisk A/S, Bagsvaerd, Denmark

<sup>2</sup>Diabetes Unit. Atlanta Diabetes Associates, Atlanta, GA, USA.

**Objetivos.** Liraglutida, un análogo humano de GLP-1 de administración única diaria, reduce la HbA1c en un 1.0-1.5%, el peso corporal alrededor de 2-3 kg y la presión arterial sistólica (PAS) entre 2.7 y 6.6 mmHg, con muy bajo riesgo de hipoglucemia. Sin embargo hasta ahora no se conocen resultados en personas de edad avanzada. El objetivo de este meta-análisis es evaluar el efecto de liraglutida en el control glucémico en pacientes con diabetes tipo 2 menores y mayores de 65 años.

**Material y métodos.** Meta-análisis de 5 ensayos clínicos de fase 3, evaluando el efecto de liraglutida (1.8 mg, 1.2 mg o placebo) en la HbA1c en sujetos mayores y menores de 65 años de edad.

**Resultados.** Se evaluaron 2276 pacientes igual o menores de 65 años, y 474 pacientes > de 65 años. La HbA1c media al inicio del estudio fue similar (8.3 %) en todos los grupos. La disminución media de la HbA1c fue similar en los pacientes igual o menores de 65 años y en los > de 65 años, después de 6 meses de tratamiento: -1.38 y -1.33 con liraglutida 1.8 mg respectivamente (p = 0.3296); -1.30 y -1.33 con liraglutida 1.2 mg respectivamente (p = 0.6546). La disminución de la HbA1c con placebo fue de -0.21% y -0.44%, respectivamente. La edad no tuvo un efecto en la proporción de sujetos que alcanzaron los objetivos de la ADA (HbA1c < 7%): con liraglutida 1.8 mg, el 64% en los pacientes más jóvenes vs. el 66% los pacientes de mayor edad los alcanzaron, y con liraglutida 1.2 mg, 60% vs 59% respectivamente.

**Conclusiones.** Liraglutida es una opción eficaz, segura y con beneficios en el perfil cardiovascular, en sujetos con diabetes tipo 2 mayores de 65 años de edad.

#### EA-72

### CARACTERÍSTICAS Y PREVALENCIA DE LA ANEMIA EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE GERIATRÍA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

C. Pérez Bocanegra, S. Romero Ruperto, A. Toscano, R. Solans, J. Barbé, S. Bujan y A. San José y M. Vilardell

Unidad Geriatria. Servicio Medicina Interna. Hospital General Vall d'Hebron - Área General. Barcelona.

**Objetivos.** Analizar la prevalencia y características de la anemia en pacientes de edad avanzada ingresados en una unidad de geriatría de agudos de un hospital de tercer nivel. Realizar una valoración geriátrica integral y ver si hay diferencias entre los pacientes con anemia y los que no la tienen.

**Material y métodos.** Se incluyeron todos los pacientes ingresados en la unidad de agudos de geriatría del hospital Vall d'Hebron, entre septiembre de 2008 y enero de 2009. Se recogieron variables demográficas, antropométricas; diagnósticos, principal y secundarios; datos analíticos, especialmente hemograma y estudio de anemias; y, se realizó a todos los pacientes una valoración geriátrica integral. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, utilizando el paquete informático SPSS 12.0 para Windows.

**Resultados.** La muestra estudiada incluyó 145 pacientes, eran mujeres 81 (55,9%) y la media (DE) de edad era de 80,74 (7,26) años (60-99). El diagnóstico principal más frecuente fue la infección respiratoria, en 28 (19,9%) pacientes, seguida de la insuficiencia cardiaca, 21 (14,9%) pacientes, entre los diagnósticos secundarios la diabetes mellitus era el más frecuente, 16 (11,6%) pacientes. Del total de 145 pacientes, 95 (65,5%) presentaban anemia. Respecto a los tipos de anemia, la más frecuente era la anemia de procesos crónicos en 35 (36,5%) casos, seguida de la anemia ferropénica en 27 (28,1%), la mixta en 23 (24%) pacientes, por déficit de vitamina B12 en 6 (6,3%), de causa desconocida en 4 (4,2%), y, por último, en 1 (1%) caso anemia hemolítica. Dentro del grupo de los pacientes con anemia 60 pacientes (63,16%) tomaban 6 o más fármacos. La diferencia entre la media de fármacos basales en el subgrupo de anemia respecto el de no anemia no fue significativa (p = 0,366). El índice de Barthel medio de los pacientes

con anemia era de 64, se ha comparado el tener o no anemia con la media del valor de la escala de Barthel (p = 0,02); el índice de comorbilidad de Charlson de los pacientes con anemia fue de 2,91, no mostró diferencias significativas respecto al de los que no tenían anemia (p = 0,663); en cuanto al estado nutricional, valorado mediante el MNA, en pacientes con anemia fue de 19,26, y tampoco se hallaron diferencias significativas respecto a los que no tenían anemia (p = 0,352). Tampoco se encontraron diferencias significativas respecto a la presencia o no de síndromes geriátricos entre ambos grupos (p = 0,465).

**Discusión.** En nuestra serie la prevalencia de anemia ha sido superior a la descrita en otros estudios. Cuando se compara el número de fármacos que consumía el grupo de pacientes con anemia con los fármacos del grupo sin anemia la diferencia no fue estadísticamente significativa, ello puede ser debido a que ambos grupos son pacientes muy frágiles con mucha pluriopatología. Respecto a los tipos de anemia más frecuentemente presentes vemos que en nuestro estudio hallamos las mismas prevalencias descritas en la literatura, siendo la más frecuente la anemia de procesos crónicos (36,5%) seguida de la ferropénica (28,1%), mixta (24%), por déficit de vitamina B12 (6,3%) y, por último, de causa desconocida (1%). una mayor dependencia para las actividades básicas de la vida diaria en los pacientes con anemia. En cuanto a la valoración geriátrica, se encontraron diferencias significativas en el índice de Barthel, siendo los pacientes de edad avanzada los que presentan una mayor dependencia para las actividades básicas de la vida diaria.

**Conclusiones.** 1. La anemia es muy prevalente en la población hospitalaria de edad avanzada. 2. Los tipos de anemia más frecuentes son la de procesos crónicos y la ferropénica. 3. Los pacientes ancianos con anemia tienen un deterioro funcional moderado, una alta comorbilidad, y elevada prevalencia de malnutrición. 4. Los pacientes con anemia tienen mayor dependencia para las ABVD que los que no la tienen.

## GESTIÓN CLÍNICA

#### G-1

### ANÁLISIS COSTE-EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN DE CONTROL DE PORTADORES DE S. AUREUS METICILIN RESISTENTE (SAMR) EN RELACIÓN A LOS INGRESOS POR ENFERMEDADES RELACIONADAS EN UN HOSPITAL COMARCAL

J. Díaz Peromingo, M. Gayol Fernández, P. Pesqueira Fontán, S. Molinos Castro, J. Sánchez Leira, M. García Suárez, J. Saborido Froján y E. Padín Paz

Servicio de Medicina Interna. Fundación Pública Hospital da Barbanza. Ribeira (A Coruña).

**Objetivos.** Realizar un análisis de coste-efectividad de una intervención de control de portadores de SAMR realizada en una Residencia de la Tercera Edad y su relación con los costes derivados de las hospitalizaciones por patologías readicionadas con dicho germen en un Hospital Comarcal.

**Material y métodos.** Se recopilaron las infecciones por SAMR que requirieron ingreso en nuestro centro entre los años 1998 (fecha de apertura del Hospital) y 2007. En el segundo semestre de 2006 se realizó evaluación de portadores nasales de SAMR en la Residencia de la Tercera Edad (abierta en 2002) que existe dentro de área de influencia de nuestro centro. Se evaluaron los costes de la actuación y de los ingresos hospitalarios por SAMR según datos de costes del año 2005 publicados por el Ministerio de Sanidad y Consumo en 2008.

**Resultados.** En los años 1998 y 1999 no hubo ningún ingreso por infecciones por SAMR. En los siguientes años el número de ingresos fue el siguiente: 2000 (3), 2001 (5), 2002 (3), 2003 (8), 2004 (13), 2005 (20), 2006 (23), 2007 (6). Los costes estimados de la actuación fueron de 2350€. Los costes de las hospitalizaciones por SAMR (37.398€/infección) fueron según los años los siguientes: 2000 (112.194€), 2001 (186.990€), 2002 (112.194€), 2003 (299.184€), 2004 (486.174€), 2005 (747.960€), 2006 (860.154€) y 2007 (224.388€). Con respecto al año anterior a la intervención se produjo un ahorro de 638.116€ tras descontar el coste de la intervención.

**Conclusiones.** 1. Las infecciones por SAMR son un problema muy costoso y creciente en nuestro entorno. 2. La identificación de posibles reservorios, como instituciones, de infección por SAMR puede ser útil a la hora de disminuir la tasa de infecciones por SAMR hospitalarias especialmente en hospitales comarcales. 3. El ahorro de costes en nuestra serie es de 638.116 € con una inversión mínima en comparación por lo que consideramos que la puesta en marcha de un programa de control como el realizado es altamente coste-efectivo.

## G-2 ESTANCIA MEDIA EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL PRIVADO GRANDE (2ª CATEGORÍA)

J. Robles Ruiz y A. Calvo Elipe

Servicio de Medicina Interna. Hospital San Rafael. Madrid.

**Objetivos.** Valorar la estancia media global de una unidad de Medicina Interna de un hospital privado de Madrid en relación con otros centros hospitalarios así como los datos que marcan dicha estancia media.

**Material y métodos.** Desde el 1 abril del 2008 al 31 de marzo del 2009 y descontando el período vacacional se recogieron los datos de aquellos pacientes que ingresaban en una de las 4 unidades del Servicio de Medicina Interna tanto desde urgencias como a través de ingresos programados o traslados de otras especialidades/centros. De todo paciente se tomó su edad, sexo, días de estancia desde el ingreso al alta, patología y consideraciones especiales. Los datos fueron guardados y analizados en programa Microsoft office Excel.

**Resultados.** Durante el período estudiado que corresponde exactamente a 1 año el número de pacientes que ingresaron en las camas asignadas fueron de 291 pacientes con una edad media de 70 años. El 47% de los pacientes eran mayores de 70 años y algo más de ¼ parte de los pacientes se situaban en la década de los 80 años. La proporción mujer/hombre es similar (51/49). La estancia media es de 4,15 días con una progresión aritmética en relación con la edad del paciente. La patología infecciosa seguida por la cardiovascular fueron las causas fundamentales de ingreso siendo la insuficiencia cardiaca congestiva, la ITU complicada y la neumonía las causas fundamentales de aumento en la estancia media. Por el otro lado, los pacientes ingresados por patologías banales como Cefalea, dolor torácico atípico y GEA fueron los pacientes con estancias media inferior a 2 días.

**Discusión.** La estancia media en una planta de Medicina Interna es muy arbitraria estando publicado valores desde 8,25 días en algunos hospitales de la red pública hasta valores de 4,71 días en hospitales de red privada. En nuestro estudio el resultado es satisfactorio posiblemente en relación con varias variables: 1- actividad continua durante los 365 días al año lo que permiten dar altas en períodos festivos. 2- Control por parte del propio servicio de los pacientes que ingresan desde nuestra urgencia. 3- Rápido contacto con especialistas y servicios centrales que permiten una disminución en el tiempo de espera de pruebas y valoraciones. 4- No tener unidad de corta estancia lo que lleva a ingresar a pacientes con patologías benignas 5- Una mejor situación social de los paciente ingresados.

**Conclusiones.** La estancia media de los pacientes hospitalizados en una unidad de Medicina Interna de un Hospital privado tiende a ser mejor que la de otros centros de ámbito público en relación con la propia característica del centro y del paciente ingresado.

## G-3 UTILIDAD DE LA APLICACIÓN DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A LOS USUARIOS DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA: DETECCIÓN DE PROBLEMAS Y SEGUIMIENTO DEL IMPACTO DE LAS MEDIDAS DIRIGIDAS A SU SOLUCIÓN

J. García Aparicio<sup>1</sup>, J. Herrero Herrero<sup>1</sup>, L. Corral Gudino<sup>1</sup>, R. Jorge Sánchez<sup>2</sup> y J. Martín González<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna-Los Montalvos. Complejo Asistencial de Salamanca. Salamanca.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora.

**Objetivos.** Las encuestas son la herramienta más sencilla para conocer la satisfacción de los usuarios con respecto a los servicios recibidos. En los centros sanitarios pueden utilizarse para detectar problemas de calidad y para efectuar un seguimiento de los mismos en el tiempo. El objetivo de este estudio fue la detección de problemas específicos subyacentes en materia de calidad en un Servicio de Medicina Interna y la evaluación del impacto sobre la calidad percibida de las medidas de mejora implantadas en relación con aquellos.

**Material y métodos.** En el Servicio de Medicina Interna - Los Montalvos (Salamanca), desde su constitución, se aplica la encuesta SERVQHOS basada en la metodología SERVQUAL, de cumplimentación anónima y voluntaria, como método de detección de problemas de calidad y punto de partida para la puesta en marcha de acciones correctoras.

**Resultados.** Analizamos las 1.160 encuestas recogidas desde febrero de 2004 a enero de 2008, que hacían referencia a un total de 3.314 pacientes hospitalizados (60,6% hombres y 39,4% mujeres, edad 79 ± 10,3 años, participación del 35,0 %). Si bien el 99,0% de los encuestados se encontró 'satisfecho' o 'muy satisfecho' tras su paso por el servicio y que nueve de cada diez pacientes recomendaría, sin dudar, el Hospital Los Montalvos a otras personas, se encontró que el 33,6% consideraba por debajo de sus expectativas (18,1% (210) 'peor de lo esperado', y 15,5% (179) 'mucho peor de lo esperado') "la facilidad para llegar al hospital". Se analizaron las causas

por las que los usuarios podrían percibir tan desfavorablemente este ítem. El acceso al hospital, que se encuentra a 9 km del centro urbano de Salamanca, se realiza a través de dos carreteras comarcales. En ninguna de ellas figuraba ningún indicador con el nombre del hospital. Además, la mayoría de los familiares de los pacientes acudían al hospital en autobús de transporte público que tenía un horario muy limitado. Ante estos hallazgos se pusieron en marcha medidas de mejora respecto al servicio de autobuses (se amplió en número y frecuencia de los mismos, y se realizó una amplia difusión de los nuevos horarios en los tableros de anuncios y en folletos informativos repartidos a todos los pacientes en el momento del ingreso), y se renovaron los carteles indicadores en las carreteras de acceso al hospital. Se compararon, posteriormente, los resultados de las primeras encuestas -previas a las actuaciones- con las de marzo a septiembre de 2008 (248 encuestas; participación 28,3 %; 42,2% hombres y 57,8% mujeres; edad 60,7 ± 17,0 años), objetivándose una mejoría significativa en el grado de satisfacción de los usuarios. Así, descendió al 24,8% (16,4% (40) 'peor de lo esperado', y 8,4% (20) 'mucho peor de lo esperado') el grupo de pacientes que percibieron por debajo de sus expectativas "la facilidad para el acceso al hospital", con respecto a los datos previos a las modificaciones (chi cuadrado: p = 0,020).

**Conclusiones.** La encuesta de satisfacción SERVQHOS, basada en la metodología SERVQUAL, aplicada en un servicio de hospitalización de Medicina Interna ha resultado útil para la detección de problemas de calidad y en el seguimiento de las acciones de mejora dirigidas a solucionarlos.

## G-4 APLICACIÓN DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PARA VALORAR LA CALIDAD PERCIBIDA POR LOS USUARIOS DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

J. García Aparicio<sup>1</sup>, J. Herrero Herrero<sup>1</sup>, L. Corral Gudino<sup>1</sup>, R. Jorge Sánchez<sup>2</sup> y A. López Bernús<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna-Los Montalvos. Complejo Asistencial de Salamanca. Salamanca.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora.

**Objetivos.** Las encuestas de satisfacción son un método descriptivo, comúnmente utilizado para la detección de problemas de calidad en los centros sanitarios. A través del análisis de la satisfacción percibida por los usuarios se cuantifican diferentes componentes de la calidad, permitiendo su evaluación y seguimiento en el tiempo. Los objetivos del presente estudio fueron valorar la calidad percibida por los usuarios del Servicio de Medicina Interna-Los Montalvos (Salamanca), a lo largo de sus cinco primeros años de funcionamiento y detectar los problemas subyacentes, en materia de calidad.

**Material y métodos.** A todos los pacientes hospitalizados en Servicio de Medicina Interna-Los Montalvos, se les entregó, en el momento del alta, explicando el contenido y objeto de la misma, una encuesta de cumplimentación anónima y voluntaria, que tras rellenar ellos mismos o un acompañante en su nombre, era depositada en un buzón situado en el vestíbulo del Hospital. Se empleó el modelo de encuesta SERVQHOS que consta de dos bloques. Un primer bloque, de diecinueve variables, que evalúa la calidad en base a cinco dimensiones (fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y elementos tangibles). Y, un segundo bloque, con cinco variables, que aborda la satisfacción global y la congruencia de la primera parte. Tras la recogida de los datos, al final del período del estudio (enero de 2009), se analizó cada una de las variables, realizándose las comparaciones pertinentes.

**Resultados.** Se atendieron, en régimen de hospitalización a 6.947 pacientes. Se recogieron 2.435 encuestas (participación 35,1%). Las encuestas fueron rellenas por el acompañante del paciente en un 58,0% de los casos, siendo la edad media de los encuestados 60,1 ± 18,8 años. "Las indicaciones (señalizaciones) para orientarse y saber dónde ir en el hospital" y "La facilidad para llegar al hospital" fueron valoradas por el 1,4% (34) y 9,6% (166) respectivamente, como 'mucho peor de lo esperado' y por el 6,8% (234) y 18,1% (441) como 'peor de lo esperado'. Sin embargo, el resto de los ítems del primer bloque fueron percibidos, como se esperaba o por encima de las expectativas por más del 85% de los encuestados. El 90,6% (2.206) de los pacientes encuestados estaban satisfechos o muy satisfechos con la atención recibida y el 83,9% (2.042) recomendaría, sin dudar, el Hospital a otras personas. El 81,6% (1.987 pacientes) consideraron que habían estado ingresados en el centro el tiempo necesario; el 84,1% (2.048 pacientes) refirieron haber recibido suficiente información sobre lo que les pasaba; y el 76,4% (1.861 pacientes) conocía el nombre de su médico, frente al 34,7% (844 pacientes) que conocían el de las enfermeras. Las variables con mayor capacidad predictiva, en relación con la satisfacción global percibida por el paciente, en orden de importancia, fueron: "El trato personalizado que se da a los pacientes", "El interés del personal por solucionar problemas de los pacientes", "La rapidez con que se consigue lo que se necesita o se pide", "La tecnología de los equipos médicos", "El interés del personal de enfermería por los pacientes", "El estado en que están las habitaciones" y "La facilidad para llegar al hospital". Los pacientes por encima de 81 años fueron los más

satisfechos con la atención recibida [75,3% 'satisfechos' o 'muy satisfechos' (125 pacientes)], en comparación con los de menor edad  $-p 0,010-$ . Las encuestas rellenas por el propio paciente mostraron mayor satisfacción que las cumplimentadas por los acompañantes [74,9% (390) frente a 58,4% (806)  $-p 0,000-$  de usuarios 'satisfechos' o 'muy satisfechos'].

**Conclusiones.** La participación en la cumplimentación de la encuesta fue elevada (35,1%). El 90,6% de los pacientes encuestados estaban satisfechos o muy satisfechos con la atención recibida; sólo el 0,2% de los pacientes estaba muy insatisfecho. El 83,9% de los pacientes encuestados recomendaría el Hospital a otras personas. Las variables, que según los pacientes estaban más vinculadas con su satisfacción global, fueron las relacionadas con el personal del servicio ("El trato personalizado que se le da a los pacientes" y "El interés del personal por solucionar problemas de los pacientes").

## G-5

### ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE LOS INFORMES DE ALTA DE HOSPITALIZACIÓN DE MEDICINA INTERNA

**F. Marcos Sánchez, M. Albo Castaño, A. Vizuete Calero, M. Vázquez Ronda, M. González Rubio, E. Núñez Cuerda, S. Casallo Blanco y E. Ferreira Pasos**

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

**Objetivos.** El informe de alta (IA) es una herramienta de comunicación, entre el clínico que lo redacta y varios receptores: el paciente, sus familiares, el médico de Atención Primaria, el médico que lo ha redactado y el Servicio donde estuvo ingresado, otros especialistas, médicos del área de Urgencias y los codificadores clínicos. También puede ser utilizado por enfermería, trabajadores sociales, evaluadores de calidad asistencial, autoridades sanitarias o judiciales. El informe debe realizarse prestando atención a los datos de filiación del paciente, facilitando una lectura fácil y evitando las abreviaturas y términos ambiguos, deben estar cumplimentadas todas las variables del conjunto mínimo básico de datos (CMBD), hay que incluir todas las complicaciones sucedidas durante el ingreso; debe existir un diagnóstico principal preciso y unos diagnósticos secundarios; las recomendaciones deben redactarse de un modo claro; es necesario ser realista al prescribir fármacos, empleando pautas precisas y fáciles de entender, hay que describir el seguimiento necesario tras el alta (consultas externas, otras especialidades, médico de Atención Primaria) y debe identificarse correctamente el autor del informe. El objetivo de nuestro estudio es valorar los informes de alta de un Servicio de Medicina Interna, analizando la precisión y corrección de los diagnósticos principal y secundarios, el tratamiento indicado y las recomendaciones en el seguimiento al alta.

**Material y métodos.** Estudio observacional, retrospectivo, se valoran 106 informes de alta correlativos, excluyendo los exitus, de un Servicio de Medicina Interna de un hospital del grupo 2. Se analizan la precisión y corrección en la emisión del diagnóstico principal y secundarios, la claridad en las indicaciones del tratamiento farmacológico, valorando de un modo especial el número de fármacos prescrito y las recomendaciones del seguimiento al alta.

**Resultados.** De las 106 altas analizadas, 56 correspondieron a varones (52,8%) y 50 a mujeres. Analizando la precisión y corrección en la emisión de un diagnóstico principal y secundarios, observamos en 71 casos, una correcta adecuación (67%), existiendo 35 casos (33%), que no se consideraron adecuados, pues se indicaban varios diagnósticos principales ó diagnósticos secundarios que no habían tenido influencia en el curso del ingreso y que se trataba de meros antecedentes personales. El tratamiento prescrito en cuanto al nombre del fármaco, dosis, pauta, normas de uso y duración, se considero adecuado en 105 casos (99%), pero es necesario destacar que en 21 pacientes (20%), se prescribieron un excesivo número de fármacos (más de 8) y no se habían indicado expresamente los medicamentos imprescindibles. Las recomendaciones del seguimiento tras el alta, se estimaron adecuadas en la totalidad de los 106 historias (100%).

**Discusión.** La calidad de los informes clínicos de alta hospitalaria es superior en los servicios médicos, respecto a los quirúrgicos, existiendo de todas formas una gran variabilidad. Se ha comprobado que la calidad de los informes de alta es superior en los hospitales más pequeños. En un importante estudio en el que se analizaron los informes de alta hospitalaria de los Servicios de Medicina Interna de 24 hospitales andaluces, la proporción de altas con información suficiente desde el punto de vista clínico y administrativo ascendió únicamente al 58% de las mismas. Los resultados de nuestro estudio muestran excelentes resultados en cuanto a la precisión del tratamiento y en las indicaciones del seguimiento al alta, sin embargo debemos mejorar claramente en la precisión y corrección de la emisión del diagnóstico principal y los secundarios y además en el 20% de los casos, prescribimos un número excesivo de fármacos, sin recomendar expresamente los medicamentos imprescindibles.

**Conclusiones.** Es necesario mejorar la calidad de los informes de alta hospitalaria. Por nuestra parte, debemos mejorar en la precisión y corrección

en la emisión del diagnóstico principal y secundarios y en los casos en los que prescribimos un elevado número de medicamentos, deberíamos enfatizar claramente los que consideramos imprescindibles y los que se podrían suprimir.

## G-6

### LA VIDEOCONFERENCIA, HERRAMIENTA DE TRABAJO PARA LA MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

**M. Allali<sup>1</sup>, M. Hoyos Valladares<sup>1</sup>, J. Martínez Senmartí<sup>1</sup>, F. Franquet Sanz<sup>2</sup>, E. Chamarro Martí<sup>1</sup>, E. Rodado Alabau<sup>1</sup>, C. Escrich Monfort<sup>1</sup> y D. Bofill Montoro<sup>1</sup>**

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

<sup>2</sup>*CAP Sant Carles de la Rápita. ABS Sant Carles de la Rápita-Alcanar (Tarragona).*

**Objetivos.** En la era de la informática, las nuevas tecnologías son habituales en nuestra actividad cotidiana. En nuestro territorio, en el que existe una gran dispersión geográfica entre los diversos centros asistenciales del mismo, hemos iniciado una experiencia de comunicación a través de videoconferencia, con el objetivo de mejorar, facilitar y agilizar la comunicación entre asistencia primaria y asistencia hospitalaria, evitando desplazamientos innecesarios de los enfermos, unificando criterios terapéuticos y ofreciendo una respuesta rápida a problemas que se plantean en el día a día asistencial.

**Material y métodos.** En el proyecto ha participado el Hospital de Tortosa Verge de la Cinta, y el Área Básica de Salud (ABS) de Sant Carles de la Rápita-Alcanar; que dispone de dos Centros de Asistencia Primaria (CAP). El CAP Sant Carles de la Rápita, situado a 29 Km del Hospital, y el CAP de Alcanar, situado a 41 Km, siendo la distancia entre éstos dos centros de 15 Km. La videoconferencia se ha realizado mediante conexión por vía telemática, a través de videoconferencia entre los dos centros y el Hospital. La conexión se realiza por la red interna, lo que permite que la videoconferencia sea segura y sin gasto telefónico. La frecuencia de conexión ha sido de 2 sesiones programadas mensuales, con participación simultánea de los tres centros, y conexiones por problemas puntuales espontáneos, entre dos centros, previa solicitud telefónica de la conexión.

**Resultados.** Población atendida por el programa: 26291 durante el año 2008. Actividad: Nº de sesiones programadas realizadas: 20 Nº de sesiones clínicas expuestas en las sesiones programadas: 64 Nº de comunicaciones puntuales espontáneas: 117 Comentarios clínicos: 42 ECG: 27 Radiología simple: 32 Otras imágenes: 16 Sesiones teóricas. Talleres prácticos. Sesiones de gestión de enfermos crónicos. Gestión de procesos clínicos.

**Discusión.** La Ley general de Sanidad de 1986 estableció dos niveles asistenciales: La atención primaria (AP) y la atención hospitalaria (AH), y apuntó que "en todo caso se establecieran medidas adecuadas para garantizar la interrelación entre los diferentes modelos asistenciales". Lo cierto, es que la falta de coordinación es más que evidente y patente en muchas áreas del sistema sanitario español; genera bolsas de ineficiencia en el área de consultas externas, desplazamientos innecesarios de los pacientes, empeoramiento de las listas de espera e insatisfacción de los profesionales sanitarios. Las dificultades con las que nos encontramos a la hora de llevar a cabo ésta propuesta fueron la gran demanda asistencial, que no permite la planificación a medio y largo plazo. La falta de tiempo en la asistencia primaria favorece las derivaciones injustificadas. Existe un sentimiento generalizado de que ambos niveles asistenciales compiten y los esfuerzos son unilaterales en lugar de unidos. La poca presencia de la atención primaria en el hospital y la falta de sesiones clínicas conjuntas da lugar a desconfianza y un círculo vicioso que genera un ambiente tenso y poco rentable desde el punto de vista médico.

**Conclusiones.** La videoconferencia: Facilita la comunicación entre los diversos niveles asistenciales. Mejora la eficiencia en la gestión del tiempo de los profesionales. Mejora el continuum asistencial de los pacientes crónicos y proporciona una respuesta inmediata a problemas puntuales. Facilita la gestión transversal de los procesos clínicos. Mejora el conocimiento de la problemática asistencial de ambos niveles asistenciales.

## G-7

### MODIFICACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL ÁREA DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES TRAS UNA DÉCADA (1998-2008)

**F. Brun Romero<sup>1</sup>, V. Pérez Vázquez<sup>2</sup>, R. Gámiz Sánchez<sup>1</sup>, J. Aparicio Oliver<sup>1</sup>, J. Benítez Macías<sup>1</sup> y D. García Gil<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>*Sección de Urgencias Hospitalarias,* <sup>2</sup>*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).*

**Objetivos.** Estudiar la modificación en las características de los pacientes que ingresan en el Área de Observación de Camas (AOC) de la Sección de

Urgencias Hospitalarias (SUH) en dos décadas diferentes, para adaptar los recursos disponibles a una posible modificación de la demanda asistencial. *Material y métodos.* Estudio realizado en el Hospital Universitario Puerto Real, hospital general de especialidades que atiende a una población de 285.000 habitantes y dispone de 400 camas de hospitalización. La SUH cuenta con un AOC con 12 camas disponibles. Se compararon las características demográficas, tipo de patologías y destino de los pacientes ingresados en el AOC en dos periodos diferentes: 1 a 31 de mayo de 1998 (Período A) frente al mismo periodo del año 2008 (Período B).

*Resultados.* En el Período A ingresaron 375 pacientes en el AOC (12,1 pacientes/día de media) frente a los 450 pacientes del período B (14,5 pacientes/día), lo que supone un incremento del 19,8% diario (2,4 pacientes/día). La media de edad de los pacientes en el Período A fue de 57 ( $\pm$  20,3) años, con un incremento estadísticamente significativo ( $p < 0,001$ ) en el Período B, 63,1 ( $\pm$  18,3) años. La mayoría de los pacientes fueron varones, aunque con mayor proporción en el Período B (262 (58,3%) vs 202 (54%)). Las patologías más frecuentes en el Período A fueron: 1) reagudización de EPOC en el 15,4% de los casos (58); 2) dolor torácico en el 11,5% (43); 3) dolor abdominal en el 9,7% (37); 4) fibrilación auricular en el 7,0% (26); 5) descompensación hiperglucémica en el 4,5% (17); 6) ACVA isquémico en el 4,0% (15) e; 7) insuficiencia cardiaca 3,5% (13). Las causas de ingreso, por orden de frecuencia, en el Período B fueron: 1) dolor torácico, 18,3% (82); 2) fibrilación auricular, 11,8% (53); 3) trastornos hidroelectrolíticos, 10,0% (45); 4) reagudización de EPOC, 9,5% (43); 5) dolor abdominal no filiado, 6,5% (29); 6) hemorragia digestiva alta, 6,0% (27); 7) ingesta voluntaria de fármacos, 5,0% (23); 8) síndrome anémico, 4,8% (22); y 9) ACVA isquémico, 4,5% (20). En el período A ingresaron en planta de hospitalización el 53,5% de los pacientes, porcentaje ligeramente inferior al 55,4% del Período B. El porcentaje de éxitos se duplicó en el segundo período (0,8%) cuando se comparó con el primero (0,35%).

*Discusión.* La edad de los pacientes que requieren ingreso en el Área de Observación de Urgencias ha aumentado de forma considerable en los últimos 10 años, siendo la proporción de varones cada vez mayor. El dolor torácico y la fibrilación auricular han sufrido un incremento superior al 50% en el período estudiado, con una importante disminución del paciente con EPOC. La necesidad de Observación en el dolor abdominal ha disminuido de forma marcada, probablemente por el aumento en la eficacia de las técnicas diagnósticas. Las patologías más prevalentes podrían beneficiarse de una Unidad de Corta Estancia, lo que liberaría recursos en el Área de Observación de Urgencias y disminuiría el número de ingresos en planta de hospitalización convencional.

#### G-8 PACIENTES ONCOLÓGICOS INGRESADOS EN LOS PRIMEROS 6 MESES DEL HOSPITAL GENERAL DE TOMELLOSO

A. Navarro Martínez<sup>1</sup>, M. Galindo Andúgar<sup>2</sup>, R. Espinosa Aunión<sup>3</sup>, L. González Sánchez<sup>4</sup>, F. Martínez Pérez<sup>5</sup>, G. López Larramona<sup>6</sup>, J. Castellanos Monedero<sup>2</sup> y R. Molina Cano<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Almansa (Albacete).

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>Servicio de Oncología, <sup>4</sup>Servicio de Alergología. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

<sup>5</sup>Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

<sup>6</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Tomelloso (Ciudad Real).

*Objetivos.* El Hospital General de Tomelloso inició la hospitalización en abril'07. En junio funcionaban entre 20 y 40 camas. Oncología estaba en el Hospital Mancha Centro (30 km). El objetivo es describir los pacientes oncológicos que fallecieron durante el ingreso entre junio y diciembre de 2007.

*Material y métodos.* Selección de casos entre los pacientes ingresado desde junio a diciembre de 2007 y que fallecieron durante el ingreso, con procesos oncológicos activos y relacionados con la causa de mortalidad. Se incluyeron características clínicas, tipo de tumor, si se ofreció derivación a domicilio con apoyo de la Unidad de Cuidados Paliativos, y la respuesta del paciente y los familiares. Análisis estadístico con SPSS 12.0.

*Resultados.* Se seleccionaron 11 casos, 7 varones y 4 mujeres, con edad media de 80,5 años (70-91) y estancia media de 11 días (1-18). Las poblaciones de procedencia fueron Tomelloso en 8, Socuéllamos en 1, Argamilla de Alba en 1 y Pedro Muñoz en 1. De los 11 pacientes, 5 habían ingresado en el último año por motivos relacionados con el tumor (1 de ellos por claudicación familiar). Hubo 6 casos en los que el diagnóstico de neoplasia se hizo durante el ingreso: 2 varones con NEO VESICAL con metástasis, una mujer con CA. PÁNCREAS y ACVA asociado que presentó múltiples complicaciones durante el ingreso que hicieron difícil manejo ambulatorio, una mujer con MIELOMA MÚLTIPLE que debutó con ACVA hemorrágico y que presentó varias infecciones nosocomiales (la familia se negó a alta

hospitalaria), un varón con CA. PULMÓN MICROCÍTICO con metástasis hepáticas, y un varón con sospecha de cáncer pulmonar que falleció en 4 días sin poder completar diagnóstico. De los pacientes con neoplasias ya conocidas, hubo dos casos en los que se intentó alta y derivación a Paliativos con la negativa de la familia: un varón de 84 años con adenocarcinoma de páncreas que fue dado de alta tras un mes de ingreso y traído de nuevo por la familia en menos de 8 horas, y un varón de 79 años con HEPATOCARCINOMA con fallo hepático subagudo y encefalopatía progresiva. Los otros 3 casos fueron: un varón de 85 años con ca. COLON en fase terminal en seguimiento por Paliativos, que fue traído por disnea brusca y que falleció en las siguientes horas, una mujer de 76 años en tratamiento con quimioterapia que ingresó por delirium grave (con varias complicaciones difíciles de manejar a nivel ambulatorio), y una mujer de 70 años, con neo MAMA en progresión, que presentó un derrame pleural masivo y disnea de reposo, declinando completar estudio y falleciendo en 48 horas.

*Discusión.* En dos de los casos los pacientes permanecieron ingresados por negativa familiar al alta y a seguimiento por Paliativos a pesar de que la situación era lo suficientemente estable para permitirlo. También se negaron a valorar residencia de Asistidos o cuidador en domicilio; ambas eran familias sin problemas económicos. Uno de los pacientes fue dado de alta tras un mes de ingreso con alta retención de los familiares que volvieron a traerlo al Hospital en menos de 8 horas negándose al alta desde Urgencias e ingresando de nuevo. En los casos restantes, el síntoma predominante que más angustió a los familiares fue la disnea de difícil control.

*Conclusiones.* En estos pacientes contar con la colaboración familiar es vital para poder asegurar una correcta atención médica. El equipo de Cuidados Paliativos es un punto de apoyo complementario. Se observa tendencia creciente a que los pacientes fallezcan en entorno hospitalario en lugar de su domicilio.

#### G-9 ESTUDIO PARA LA VALORACIÓN DE NECESIDADES, SELECCIÓN DE PROCESOS Y DISEÑO DE VÍAS CLÍNICAS DIRIGIDO A LA ORGANIZACIÓN DE UNA UNIDAD POLIVALENTE DE CUIDADOS SUBAGUDOS DE ADULTOS

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

Servicio de Medicina Interna - Los Montalvos. Complejo Asistencial de Salamanca. Salamanca.

*Objetivos.* No existe un criterio universal o disposiciones normativas que establezcan de forma inequívoca el perfil de los pacientes candidatos a la atención subaguda, los requerimientos técnicos y profesionales de estas unidades o los procedimientos asistenciales específicos a utilizar. En esta situación, desde el punto de vista institucional, existe un amplio margen para la adaptación, por un lado, a las necesidades y, por otro, a las posibilidades de un entorno sanitario y social determinado. Constituyó, así, el objetivo inicial del presente trabajo el estudio de las necesidades de atención subaguda en el Área de Salud de Salamanca. Establecidas y priorizadas éstas, y adoptando a priori un modelo de gestión por procesos, planeamos elaborar Vías Clínicas adaptadas a nuestro entorno para el manejo de las patologías seleccionadas.

*Material y métodos.* Desde un punto de vista metodológico, el estudio se organizó en tres fases sucesivas. 1.) Valoración de necesidades. Desde dos perspectivas. 1. A.) Análisis de las altas hospitalarias en servicios seleccionados, médicos y quirúrgicos: 1. B.) Encuestas a los Jefes de Servicio y Responsables de Calidad de las unidades potencialmente proveedoras de pacientes. 2.) Selección de procesos. El criterio general de selección de procesos se guió fundamentalmente, considerando: a) la mejora de la calidad de la asistencia, particularmente en sus aspectos de adecuación y eficiencia, y b) las necesidades específicas y posibilidades de la atención sanitaria en el Área de Salud de Salamanca. 3.) Elaboración de Vías Clínicas.

*Resultados.* La metodología referida permitió identificar las necesidades de atención subaguda y elaborar once vías clínicas de forma conjunta con los servicios de Cirugía General (2), C. Vascular (3), C. Torácica (2) y Medicina Interna (4).

*Discusión.* Por un lado, el estudio de las estancias medias y su comparación con la norma, permitió identificar las unidades con mayor potencial de optimización. El análisis de la distribución en unidades seleccionadas de los episodios por tramos de estancia, de los procesos totales, médicos y quirúrgicos con mayor impacto en estancias consumidas y con mayor presencia de casos extremos, facilitó datos más precisos sobre los GRD's potencialmente candidatos a la protocolización en el sentido del estudio. Asimismo, el análisis de las estancias medias preoperatorias nos permitió establecer la potencial utilidad de una estancia prequirúrgica en la Unidad de Cuidados Subagudos de pacientes candidatos a Cirugía. Sin embargo, la realidad demostró que, por encima de los datos estadísticos, fueron las apreciaciones subjetivas y la disposición para la colaboración de los representantes de

los servicios los factores determinantes en el diseño de los procedimientos candidatos a la protocolización.

**Conclusiones.** El análisis de la información disponible respecto a la casuística de hospitalización del Hospital Universitario de Salamanca revela la existencia de oportunidades de mejora respecto a la gestión de estancias en distintos servicios. El estudio de los procesos con mayor impacto en estancias consumidas (generales y preoperatorios) nos han permitido identificar los GRD's candidatos teóricos a la protocolización con la Unidad de Cuidados Subagudos que se diseña. Ha resultado, no obstante, más relevante en el diseño de vías clínicas la información 'intraservicio' de las unidades colaboradoras. Los criterios de priorización más útiles en el diseño de protocolos de asistencia conjunta han sido las necesidades apreciadas subjetivamente por los servicios potencialmente proveedores de pacientes. (El trabajo se ha desarrollado becado como Proyecto de Investigación en materia de Gestión Sanitaria, expte SAN673/08, SOCIO673/SA, 02/08, en la convocatoria de subvenciones para la realización de proyectos de investigación en el marco de I+D+I de la Junta de Castilla y León, según Orden SAN/673/2008, de 21 de abril).

#### G-10

### ESTUDIO PARA LA ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO DE VALORACIÓN GLOBAL DE LOS PACIENTES DIRIGIDO A DETECTAR EL RIESGO SOCIAL Y A GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS AL ALTA HOSPITALARIA EN EL ÁREA DE SALUD DE SALAMANCA

**J. Herrero Herrero**

*En nombre de la Comisión de Coordinación Sociosanitaria. Área de Salud de Salamanca.*

**Objetivos.** Condicionantes como el envejecimiento de la población, la aparición de nuevas patologías, la cronificación de procesos, la necesidad de atención domiciliaria, los cambios en los perfiles familiares –que disminuyen la disponibilidad de cuidadores–, las nuevas demandas sociales, etc., han aumentado los requerimientos de los ciudadanos a los sistemas sanitarios, de los que esperan continuidad y coordinación en la provisión de servicios. Una propuesta inicial de actuación en este sentido ha sido elaborada por nuestro grupo y puesta en marcha de forma experimental. Su evaluación constituye el objetivo específico principal del presente trabajo.

**Material y métodos.** El protocolo objeto de estudio regula una serie de actuaciones coordinadas entre distintos profesionales de Atención Especializada, Atención Primaria y los Servicios Sociales implicados en la resolución de los casos de riesgo social. La primera fase del protocolo (detección de riesgo social) se realiza en el Hospital en el momento de cumplimentar la Historia de Enfermería, mediante la aplicación de la Escala Gijón, contenida en el sistema informático GACELA. Detectado el caso, la Unidad de Trabajo Social coordina a los profesionales de Enfermería y de los Servicios Médicos Hospitalarios, y orienta los recursos sociales que se precisen con el fin de planificar el alta. El paciente es recibido en Atención Primaria, donde se efectúa, el control y seguimiento clínico y sociosanitario del caso. El protocolo, asimismo, establece un sistema ágil de intercambio de información entre todos los profesionales implicados en el mismo. La Dirección de Enfermería del Hospital Universitario de Salamanca implantó un sistema de pilotaje de la primera fase del protocolo (fase de detección) basada en la evaluación de distintos indicadores tras la aplicación del procedimiento durante seis meses en unidades seleccionadas.

**Resultados.** En la muestra analizada se detectó entre los pacientes ingresados un 3,0% de portadores de riesgo social, 50% varones, 22,7% previamente institucionalizados, y 18,2% con patología vascular cerebral aguda. La detección del riesgo social se efectuó durante las primeras 48 horas de la hospitalización en el 62,2% de los casos. La aplicación de planes de cuidados específicos y la comunicación al servicio de Trabajo Social se realizó en el 100% de los casos.

**Conclusiones.** Es posible diseñar un protocolo de valoración global de pacientes dirigido a la detección precoz del riesgo social y a garantizar la continuidad de cuidados al alta hospitalaria. La puesta en marcha de este protocolo precisa de la implicación de los estamentos gerenciales correspondientes. El Protocolo propuesto, el cual se ha pilotado durante seis meses, y que se implantará progresivamente en las distintas Unidades de Hospitalización del Hospital Universitario de Salamanca, es eficaz en la detección de situaciones de riesgo social. Entre las distintas fases del procedimiento analizadas, debe prestarse especial atención a la valoración enfermera inicial, como medio de conseguir la necesaria precocidad en la detección del riesgo. Es necesaria la evaluación de las fases posteriores del procedimiento, evaluación que no se ha incluido en el presente estudio. (1) Son miembros de la Comisión y del Grupo de Trabajo ad hoc que contribuyeron al diseño y/o evaluación del Protocolo: Carmen García García, Alejandrina García Muñoz, Juan Carlos Ibáñez Martín, Pilar Lorenzo Blanco, José Ángel Martín Oterino, Mercedes Martínez Manuel, María Jesús Morán Corredra, José Luis Ramos Castellanos, María de los Ángeles Rivera Ríos, José

María Sánchez Martín, Florentino Teijeiro Bermejo, Nicanor Zapico Álvarez, Carlos Hernán Moreno, M<sup>º</sup> Dolores Miñambres Miñambres, Águeda Agustín Sánchez, M<sup>º</sup> Trinidad Aybar Zurita, M<sup>º</sup> Teresa Martín Cano, Isabel Velázquez San Francisco, Jesús Martín Chaves.

#### G-11

### ¿HAY DIFERENCIAS SEGÚN EL GÉNERO EN LOS INGRESOS EN MEDICINA INTERNA?

**M. González Anglada, M. Delgado Yagüe, C. Aranda Cosgaya, Á. Asenjo, B. Herreros, M. Velasco Arribas, G. Palacios y V. Castilla Castellanos**

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

**Objetivos.** Introducción: Es conocido la diferencia entre ambos sexos en muchas enfermedades, la mayor longevidad de las mujeres y la mayor morbilidad de los varones. El conjunto mínimo de datos (CMBD) es un conjunto de datos administrativos, demográficos y médicos entre los que se incluye la codificación de los diagnósticos al alta según CIE y su análisis permite sacar conclusiones relevantes. Objetivo: Valorar las diferencias según el sexo en los ingresos hospitalarios y su mortalidad según el registro mínimo de datos.

**Material y métodos.** Se analizó el CMBD del Hospital Universitario Fundación Alcorcón desde 1999 hasta diciembre de 2008 excluyendo los ingresos en obstetricia y pediatría. Se realizó un análisis descriptivo de las diferencias por sexo en causas frecuentes de ingreso, distribución en los distintos servicios del hospital y en medicina interna. Se valoró su mortalidad tanto precoz como tardía. Se consideraron estadísticamente significativas diferencias con una  $p < 0.05$  (dos colas), posteriormente se llevó a cabo un análisis multivariado (modelo de regresión logística) para valorar si el sexo era un factor de riesgo independiente de mortalidad.

**Resultados.** Se identificaron 149377 ingresos en adultos. Un 49.8% eran varones. Las mujeres ingresaron más en medicina interna y traumatología. Los varones ingresaron más en cardiología, neumología, oncología, nefrología, hematología, cirugía e intensivos. No hubo diferencias en psiquiatría y neurología. Centrando el análisis en Medicina Interna, las mujeres representaban el 53,4% de los ingresos, eran mayores que los varones pero tenían menor estancia media y menor índice de Charlson. En las mujeres era más frecuente de forma significativa el ingreso por fibrilación auricular, insuficiencia cardiaca, ictus, diabetes y demencia. En los hombres era más frecuente el ingreso por cardiopatía isquémica, cirrosis, EPOC, neoplasia e insuficiencia renal. El número de muertes ocurridas en medicina interna era mayor en mujeres de forma significativa: 57,3% en mortalidad total y un 60,3% en mortalidad precoz. Cuando ajustábamos la mortalidad por sexo, edad e índice de Charlson el sexo no era predictor de mortalidad.

**Discusión.** Existen importantes diferencias según el género en los ingresos hospitalarios y en medicina interna. La distribución por sexos es diferente en cada servicio. Las mujeres ingresan más en medicina interna pero, aunque son más ancianas, su estancia y morbilidad es menor. La mortalidad tras ajustar por edad y morbilidad no está influida por el sexo.

#### G-12

### CASUÍSTICA DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DURANTE 2008: CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN, ANÁLISIS POR GRUPOS ETARIOS, COMORBILIDAD Y COMPARACIÓN DE GRD'S MÁS FRECUENTES CON OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS

**M. Vallejo Rodríguez, A. Pardillos Tomé, M. Rubio Rubio, O. Gavín Blanco, T. Omiste Sanvicente, M. Ruiz Mariscal, J. Veliilla Marco y J. Aguirre Errasti**

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

**Objetivos.** El objetivo de nuestro estudio es analizar las características de la población de Medicina Interna, así como distintos parámetros inherentes a la estancia hospitalaria, de los 10 GRD más frecuentes en nuestro Servicio durante 2008 y los resultados para los mismos GRD de las especialidades correspondientes durante el mismo período de tiempo. También se analizó la edad media de los pacientes de Medicina Interna y sus diferencias según GRD, y la frecuencia y evolución de la pluripatología o comorbilidad, observando las características epidemiológicas, mortalidad, carga asistencial y requerimiento de recursos de cada una de las características diagnósticas. **Material y métodos.** Se trata de un estudio retrospectivo y observacional. Los datos se obtuvieron de la base del Servicio de Documentación de nuestro hospital. Para el estudio de la evolución de los grupos erarios se analizaron datos del período 2003- 2008. Para la comparación de los datos de Medicina Interna con respecto a otras especialidades se analizaron las características de los 10 GRD más frecuentes en Medicina Interna durante

2008 y se compararon con los mismos datos en sus correspondientes especialidades según el CMD en el que se englobaban dichos GRD. Para estudiar la comorbilidad se dividieron todas las altas dadas en nuestro servicio durante 2008, codificadas según el actual sistema de Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRDs), en 4 categorías: GRD con comorbilidad mayor, GRD con comorbilidad simple, GRD sin comorbilidad y Entidad Clínica con comorbilidad no evaluada, estudiando las características de cada uno de los grupos, en cuanto a frecuencia, sexo, edad media, porcentaje de ingresos urgentes y programados, mortalidad, estancia media y carga asistencial.

**Resultados.** El 60.75% de nuestros pacientes tienen una edad superior a 75 años. En este grupo etario hay predominio ligero de mujeres (56%), la edad media es muy elevada (84,09 años) con un progresivo aumento de 0,62 por año. Este grupo de pacientes consituye el 62,39% de las estancias totales del Servicio y su estancia media (12,7 días) es superior a la media del Servicio. La mortalidad de los mayores de 75 años es la mayor de todos los grupos (12,40%). El total de los pacientes incluidos suponían el 57% del total de pacientes atendidos en Medicina Interna durante 2008. La tendencia general fue a presentar estancias medias superiores a las de los servicios correspondientes para el mismo GRD, si bien también se observó una edad media superior con diferencias entre 6.05 y 10.74 años. De los 3220 pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna durante el año 2008, solamente el 14.91% de los pacientes evaluados pertenecieron al grupo de GRD sin pluripatología. El mayor porcentaje de pacientes fue el de GRD con comorbilidad mayor (29.22%). La edad media de los pacientes fue superior en el grupo con comorbilidad mayor.

**Discusión.** Consideramos como principales datos diferenciales del paciente de Medicina Interna la evidencia de tratarse de población más envejecida lo que por lo general conlleva una mayor comorbilidad asociada. Por lo tanto consideramos que no existe homogeneidad de pacientes y por tanto tampoco se deberían de asignar los mismos estándares de valoración de la actividad asistencial. La edad media de los pacientes y su progresiva tendencia al alza así como su elevada mortalidad, traduce lanecesidad de aplicar: programas de atención geriátrica y de Cuidados Paliativos, para pacientes pluripatológico y en fases avanzadas de enfermedad, por parte del servicio de Medicina Interna.

**Conclusiones.** La población que centra la actividad asistencial de Medicina Interna es una población envejecida y con gran comorbilidad asociada,

### G-13

#### ¿PODEMOS MEJORAR LA CALIDAD DE NUESTRA ASISTENCIA?: ANÁLISIS DE LA CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL ALTA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

C. Rodríguez Leal<sup>1</sup>, A. Gómez Pedrero<sup>2</sup>, M. González Anglada<sup>1</sup>, R. Barrena Puertas<sup>1</sup>, Á. Asenjo Mota<sup>1</sup>, M. Delgado Yagüe<sup>1</sup>, M. Pérez Encinas<sup>2</sup> y V. Castilla Catellano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Farmacia Hospitalaria. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón (Madrid).

**Objetivos.** La conciliación de la medicación al alta es un criterio de calidad en asistencia hospitalaria. Los objetivos de este estudio son: identificar el grado de conciliación al alta en la medicación de los pacientes atendidos en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Fundación de Alcorcón (SMIHUFA) y analizar las variables que puedan influir en ella.

**Material y métodos.** Es un estudio transversal retrospectivo. Se revisan las historias electrónicas y los informes de alta de 97 pacientes ingresados de forma consecutiva durante el mes de febrero de 2009 en el SMIHUFA a través del programa SELENE. Se recogieron las variables: edad, sexo, fecha de nacimiento, ingreso y alta, tipo de ingreso, alergias conocidas, participación del residente en la redacción del informe, patologías de base, juicios clínicos al alta, medicación al ingreso y medicación al alta. Se definió la ausencia de conciliación como: no figurar cese, inicio, continuación y cambio de posología; producirse duplicidad o confusión en cuanto a la prescripción; o no respetar alergias e interacciones potenciales. Los datos se recogieron en una base de Access 97 y el procesamiento estadístico se realizó con el paquete SPSS 15.0 a través de las herramientas chi cuadrado, t de student y regresión logística para variables múltiples.

**Resultados.** De un total de 97 pacientes, el 52% fueron mujeres. Su edad media fue 76.93 años  $\pm$  16.13. Todos fueron ingresos urgentes y un 12% presentaba alergias medicamentosas. La media de fármacos al alta fue de 5.63  $\pm$  4.07 y en cuanto a la comorbilidad un 73.2% presentaba un índice de Charlson ajustado a la edad mayor o igual a 5. Los informes de alta también estaban firmados por un residente en el 23.7% de los casos. En cuanto a la conciliación completa de la medicación, sólo se consiguió en el 36.1%; siendo los errores más frecuentes: no incluir detalle sobre cese de tratamientos antes del ingreso (44.3%), no contemplar todas las patologías del paciente a la hora de diseñar el tratamiento (30.9%) y la no indicación de continuidad de un tratamiento al alta (23.7%). En este último punto destaca que el 21.6% de las prescripciones de tratamiento antibiótico no especifica el tiempo de

duración del mismo. En torno a un 10% de los casos no se indicó el inicio de nuevos tratamientos, hubo duplicidad o confusión entre fármacos o se finalizó una medicación sin justificar. En menos de un 5% de los casos: se inició una medicación o se hizo un cambio de posología sin justificar. En ningún caso se prescribió un fármaco al que el paciente tuviera alergia o se produjo una potencial interacción grave. Los fármacos que más conflicto han generado son: antibióticos (21%), psiquiátricos (4.1%) e inhalables (4.1%). En el análisis inferencial se analizó: sexo, edad, índice de Charlson ajustado a la edad, número de fármacos al alta y presencia de residente en el informe de alta; mediante el test de regresión logística para variables múltiples. Sólo se obtuvo significación estadística en el número de fármacos al alta que figura en el informe de alta, de forma que los pacientes en los que se efectuó una correcta conciliación recibían 7,8  $\pm$  0,8 medicamentos; en tanto que en los que no se consiguió tenían 4,4  $\pm$  0,4 ( $p < 0.001$ ).

**Discusión.** En un 63,9% de los casos no se concilió la medicación al alta, pero no se produjeron errores graves. El error más frecuente fue no especificar el tiempo de duración del tratamiento, muy relevante en el caso de los antibióticos. El número de fármacos prescritos al alta es una variable predictora de conciliación, de forma que a mayor es su número, mayor conciliación total. Esto significa que en los casos en que se concilió bien se tuvo en cuenta la complejidad global del paciente, diseñando un tratamiento que abarcara todas las facetas necesarias y adecuándolo a la terapéutica del paciente previa al ingreso.

**Conclusiones.** Aún se puede mejorar en la calidad del informe al alta (y por tanto la de nuestra asistencia) mejorando la conciliación de la medicación. Se debe prestar especial atención a indicar el cese de los tratamientos, duración de los mismos y tratar todas las patologías del paciente.

### G-14

#### EVOLUCIÓN DE LAS FUGAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL EN RELACIÓN CON SU NUEVA UBICACIÓN

J. Sobrino Martínez<sup>1</sup>, C. Netto Miranda<sup>1</sup>, B. Batalla Insenser<sup>1</sup>, C. Chico Chumillas<sup>1</sup>, M. Sánchez Torres<sup>1</sup> y A. Piñol Piñol<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Urgencias, <sup>2</sup>Sistemas de información y gestión. Hospital de l'Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet (Barcelona).

**Objetivos.** La Fundación Hospital del Espíritu Santo es un hospital comarcal situado en Santa Coloma de Gramenet con un área de influencia de 215.323 habitantes. El 29 de junio de 2007 se realizó el traslado al nuevo hospital. Durante el año 2008, han aumentado las consultas al servicio de urgencias en un 6.3% más respecto del 2007. Concomitantemente en el 2008, ha habido un aumento de las fugas del servicio de urgencias en un 18% respecto del 2007. Los objetivos del estudio fueron: Comparativa de las fugas del servicio de urgencias en 3 periodos de 6 meses: septiembre 2006-febrero 2007 (período 1), septiembre 2007-febrero 2008 (período 2) y septiembre 2008-febrero 2009 (período 3). Análisis de las diferencias entre los periodos y posibles factores que han influido en estas diferencias.

**Material y métodos.** Se ha realizado un estudio retrospectivo del número de fugas comparando 3 periodos de 6 meses, antes del traslado del hospital, inmediatamente posterior y después de 1 año del traslado. Se han evaluado las especialidades de medicina, cirugía y traumatología. Se ha analizado la causalidad de las fugas en los 3 periodos, evaluándolas por: meses y especialidad asignada. Se ha correlacionado con la actividad en urgencias y con la realización de cirugía urgente en el caso de las especialidades quirúrgicas.

**Resultados.** Analizados los 3 periodos descritos, basándonos en el número de urgencias y de fugas total: durante el período 2 aumentó el número de urgencias en un 8.5% y el número de fugas en 77.2% respecto al período 1 y durante el período 3 disminuyó la actividad en 0.9% y las fugas en 62% respecto al período 2. La media diaria de fugas era de 6.1/día en el período 1, 11.7/día en el período 2 y 7.2/día en el período 3. Al analizarlo por especialidades: 1-Cirugía general: la actividad aumentó un 14% en el período 2 respecto al 1 y las fugas aumentaron un 29.1%. En el período 3, la actividad disminuyó un 14% y las fugas aumentaron un 5.8%. La cirugía urgente ha aumentado progresivamente en los 3 periodos: 0.57 intervenciones/día en período 1, 0.67/día en el 2, 0.85/día en el 3. 2-Medicina interna: la actividad aumentó un 10.35% en el período 2 respecto al 1 y las fugas aumentaron un 128.6%. En el período 3, la actividad aumentó 10.7% respecto al 2 y las fugas disminuyeron un 55%. La media de fugas diarias fue de: 2.38/día en período 1, 5.96/día en período 2, 3.66/día en el 3. 3-Traumatología: la actividad aumentó un 3.9% en el período 2 respecto al 1 y las fugas aumentaron un 50.5%. En el período 3, la actividad disminuyó 9.6% respecto al 2 y las fugas disminuyeron un 58%. Ha aumentado la cirugía urgente progresivamente: 0.88 intervenciones/día en período 1, 1.18/día en el 2 y 1.23/día en el 3.

**Conclusiones.** El aumento de la actividad que conllevó el traslado al nuevo hospital llevó a un aumento exponencial del número de fugas que posteriormente ha disminuido. -Por especialidades, medicina ha disminuido el número de fugas a pesar del aumento de actividad a diferencia de traumatología que ha disminuido la actividad y las fugas y cirugía general que ha disminu-

do la actividad pero ha aumentado las fugas. Las especialidades quirúrgicas han aumentado la cirugía urgente que contribuye a mantener las fugas en el 4-5% respecto de la actividad de cada especialidad.

#### G-15

### COMORBILIDAD EN PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA R. Barba<sup>1</sup>, S. Plaza<sup>2</sup>, J. Marco<sup>3</sup>, J. Losa<sup>4</sup>, J. Canora<sup>5</sup>, G. García de Casasola<sup>1</sup>, C. Rosado<sup>1</sup> y A. Zapatero<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Infanta Cristina (Parla) (Madrid).

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid).

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

<sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón (Madrid).

<sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada. Fuenlabrada (Madrid).

**Objetivos.** El índice de Charlson es una escala utilizada para determinar la comorbilidad de pacientes ingresados. Fue desarrollado varios años atrás y demostró su capacidad de predecir la mortalidad al año de forma eficiente. En el momento actual se usa sobre todo como un índice de comorbilidad que ayuda a ajustar en las investigaciones de los servicios de salud. Se basa en un peso ponderado para cada una de unas enfermedades que pueden estar presentes o no en un paciente tanto en el momento del ingreso como durante el mismo. Existe una versión adaptada al CMBD. El objetivo de nuestro estudio es ver la distribución de pacientes ingresados en los servicios de medicina interna (MI) de España durante los años 2005-7 en función del Charlson.

**Material y métodos.** Se estudiaron los episodios de alta de los pacientes atendidos en los servicios de MI de toda España durante los años 2005-7 codificados en el CMBD, una base de obligado cumplimiento, que fue cedida para este estudio por el MSC al Grupo de Gestión Clínica de la SEMI. En dicha base se recogen datos administrativos (edad, sexo, filiación) y clínicos (un diagnóstico principal y hasta 12 diagnósticos secundarios y 19 procedimientos clínicos según la versión 9-MC del CIE) de todos los pacientes ingresados en los hospitales públicos y privados. Se construyó el índice de Charlson<sup>1</sup> según la versión adaptada por DEYO en 1992, que valora la presencia de 19 condiciones médicas, con un peso de 1-6 cada una de ellas, y una puntuación total que oscila de 0-37. Los pacientes con un Charlson de 0 tienen una posibilidad de fallecer al año del 10%, los que puntúan 1-2 de 25%, 3-4 del 50% y más de 5 del 85%. Se describieron los pacientes en función de la puntuación obtenida.

**Resultados.** Disponemos de datos válidos de 1,567,659 altas de MI, con una edad media de 70,8 años y un 46,4% de mujeres. Un 23% de los pacientes tenía un índice de comorbilidad bajo (0), mientras que un 7,5% tiene un índice de más de 5. Los pacientes con un índice de Charlson elevado tienen una estancia media mayor, más coste y más mortalidad durante el ingreso.

**Discusión.** Más del 70% de los pacientes ingresados en Medicina Interna tienen alguna comorbilidad que condiciona un riesgo elevado de mortalidad en el año siguiente al ingreso, superando el 50% los que su riesgo es más de la mitad. El índice de Charlson sirve para reflejar la complejidad de los pacientes ingresados a nuestro cargo, y ayuda a justificar estancias medias prolongadas y costes elevados. (DEYO RA, CHERKIN DC, CIOL MA. Adapting a clinical comorbidity index for use with ICD-9-CM administrative databases. J Clin Epidemiol. 1992;45:613-9).

#### G-16

### LA INFORMATIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

M. De Damborenea González, A. Larrazábal Arbaiza, A. Basterretxea Ozámiz y M. Santiago Ayarza

Hospitalización a Domicilio. Hospital de Cruces. Barakaldo (Vizcaya).

**Objetivos.** La Telemedicina abarca desde una simple consulta telefónica a una intervención quirúrgica a distancia. Una de sus definiciones es la de "Nuevo tipo de medicina en la que se utiliza la información electrónica y las tecnologías de la comunicación para dar apoyo médico a distancia". En un

Servicio asistencial que presta la atención en el domicilio del paciente (Hospitalización a Domicilio), se consideró necesario la informatización de la historia clínica y la conexión a distancia con las bases de datos del hospital, así como la incorporación del electrocardiograma al ordenador portátil, que es lo que se presenta en este trabajo

**Material y métodos.** El Servicio Vasco de Salud-Osakidetza dispone de varias herramientas corporativas Cliente-Servidor, alguna de los cuales se ha integrado con el fin de aportar al S<sup>o</sup> de HaD la herramienta informática apropiada para crear la historia clínica informatizada. Se establece la accesibilidad a los sistemas informáticos del hospital desde el ordenador portátil, a través de una conexión por tarjeta mediante VPN (Virtual Personal Network), donde se pueden consultar los resultados de cualquier prueba diagnóstica que se haya realizado a un paciente, informes clínicos de otros servicios asistenciales, así como solicitar citas para pruebas diagnósticas o para consultas externas. Se crean las conexiones necesarias para la interacción con el Servicio de Urgencias del hospital así como para la visualización de la historia clínica desde cualquier servicio hospitalario. Se dotó a todos los facultativos y enfermería de guardia de ordenadores portátiles de acceso personalizado, formateados con los programas descritos. Se incorpora un programa con electrocardiograma, cuyo registro se visualiza en pantalla y se almacena en la carpeta del paciente. Todas las actividades realizadas en domicilio quedan registradas en el programa informático del área de administración (tipo de visita que se efectúa al paciente y actividades realizadas en el domicilio)

**Resultados.** La puesta en marcha de la historia clínica informatizada ha supuesto un avance importante, tanto en la actividad diaria como para el médico y la enfermería de guardia que disponen de toda la información necesaria desde su ordenador portátil. El informe de alta clínica lo genera cada facultativo y se puede imprimir toda la documentación (en el formato oficial) para incluir el episodio en la historia clínica que se archiva en el servicio de Archivos-Documentación del hospital. Por otra parte, si algún paciente recurre al Servicio de Urgencias del hospital en horario nocturno, desde éste Servicio pueden acceder a la historia clínica del paciente, dejando constancia escrita de los motivos de consulta y actuaciones realizadas. Así mismo, si el Servicio de origen del paciente quiere consultar la evolución del mismo, puede acceder a la historia clínica a tiempo real. Toda la actividad asistencial realizada queda registrada, fiscalizada por la dirección y reenviando la información al Servicio de HaD mensualmente

**Discusión.** El avance de las tecnologías de las comunicaciones ha permitido y permitirá el nacimiento de una serie de aplicaciones o servicios que mejorarán la calidad de la asistencia. En este momento disponemos de la historia clínica, pero la tendencia es a la transformación de la forma en que se ha venido suministrando la atención médica hasta ahora. Ya existen distintas experiencias, en determinadas patologías, de control a distancia y la telemedicina se proyecta como una buena herramienta para la planificación y optimización de recursos, así como un recurso a tener en cuenta para la atención a la población con difícil acceso a los servicios sanitarios.

**Conclusiones.** La informatización de la historia clínicas es un primer paso que permitirá avanzar y perfeccionar el sistema de informatización de los registros clínicos. La práctica de la Telemedicina no está asentada ni integrada en nuestros sistemas sanitarios, aunque algunas aplicaciones han demostrado su utilidad y otras se están experimentando en estos momentos. El futuro pasa por su implantación, que va a modificar los escenarios y esquemas establecidos en la provisión de servicios de salud, con importantes consecuencias en la organización y gestión de los recursos.

#### G-17

### UNIDAD DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO (UDR). BREVE EXPERIENCIA: MEDICINA INTERNA. HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR DE GRAN CANARIA

R. Apolinario Hidalgo, J. Pérez Marín, F. Acosta de Bilbao, A. Ojeda Sosa, A. Martín Sánchez y J. Gómez Díaz

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos.** Las consultas o unidades de diagnóstico rápido atienden pacientes que presentan enfermedad potencialmente grave, que por lo común re-

Tabla 1 (G-15). Comparativa Índice Charlson

	Nº casos	% casos	Estancia	Coste
Índice 0 (10% mortalidad)	359.552	22,9	8,5	2936
Índice 1 -2 (25% mortalidad)	803.059	51,2	9,7	3624
Índice 3-4 (50% mortalidad)	287.575	18,3	11,2	4009
Índice > 5 (85% mortalidad)	117.473	7,5	12,6	4505
Total	1.567.659	100%	9,6	3602

Tabla 1 (G-17). Relación nº ingresos programados urgentes 2008/2009

	Nº ingresos 2008	Nº ingresos 2009	% programados/urgentes 2008	% programados/urgentes 2009	Estancia media 2008	Estancia media 2009
Enero	10	11	7,25	6	16	15,53
Febrero	9	9	6,77	5,73	15,38	13,31
Marzo	15	11	12,30	7,55	17,92	13,4
Abril	14	12	11,20	6,88	14,21	11,88
Mayo	14	11	11,76	7,10	16,3	12,71

queriría ingreso hospitalario para su evaluación, pero cuyo estado general permite un estudio en régimen ambulatorio. Experiencias previas han demostrado, disminución de la presión asistencial de hospitalización al disminuir el número de ingresos y de las consultas no programadas. El objetivo de nuestro trabajo es analizar el funcionamiento de la consulta y evaluar la repercusión sobre el número de ingresos programados del servicio respecto a años anteriores.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo descriptivo de la UDR desde su inicio el 19 de enero del 2009 hasta finales de Mayo (19 semanas). Se calculó el número de pacientes atendidos y distribución de frecuencias según edad y sexo, lugar de procedencia, motivo de consulta, diagnóstico definitivo, tiempo medio de espera para la primera visita, tiempo medio de espera para la realización de pruebas complementarias, frecuencia de pacientes en los que se evitó un ingreso hospitalario y por último se comparó el número de ingresos programados urgentes respecto al año anterior.

**Resultados.** El número de pacientes evaluados fue de 128 (6-8 pacientes nuevos a la semana) con edad media de 52 años (65 mujeres y 62 varones). El 85% fueron remitidos desde urgencias. Los motivos de consulta más frecuentes fueron por orden la anemia, el síndrome constitucional, los hallazgos radiológicos y las tumoraciones o adenopatías patológicas. El tiempo medio de espera hasta la primera visita fue de 5,84 días y los de espera para la realización de TAC y estudios endoscópicos fue de 9,8 y 7 días respectivamente. Entre los diagnósticos más frecuentes predominaron los carcinomas, linfomas y anemias secundarias a pérdidas gastrointestinales. Se evitó el ingreso hospitalario en 79 pacientes (61,7%) lo que supone 1058,6 estancias evitadas. Comparando con el año 2008 ha disminuido de manera significativa el número de ingresos programados urgentes (tabla 1).

**Discusión.** El inicio de esta unidad asistencial como alternativa a la hospitalización convencional, ha supuesto de momento, una disminución "significativa" del número de ingresos programados urgentes respecto al año anterior. Este hecho unido al número de ingresos que se han evitado supone un considerable descenso del gasto sanitario sin contar, ya que no se ha evaluado de manera objetiva, la satisfacción que supone para el paciente el no tener que ingresar.

**Conclusiones.** Aunque estos resultados son aún muy preliminares parecen demostrar que las UDR constituyen una alternativa eficaz al ingreso convencional.

#### G-18

#### EL INDICADOR OLVIDADO: ANÁLISIS DE LOS CASOS EXTREMOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN MÉDICA QUE SE GESTIONA POR PROCESOS

J. Castiella, F. Sanjuán, J. Lajusticia, J. González-Gay y J. Naya, M. Vallejo

Unidad de Medicina. Fundación Hospital Calahorra. Calahorra (La Rioja).

**Objetivos.** La hospitalización médica de la Fundación Hospital Calahorra utiliza la gestión por procesos normalizados (UNE ISO 9001:2008) como una herramienta alternativa a la hospitalización tradicional, necesaria para acercar la gestión clínica al profesional, para orientar nuestros flujos de trabajo hacia el paciente y con ello dar satisfacción a sus necesidades y requerimientos. Este modelo de gestión requiere de un conjunto de indicadores, con objetivos, evaluados de forma periódica y revisados con carácter anual. Entre ellos, se encuentra el indicador de "casos extremos" que, analizado de forma global y por proceso asistencial (GRD), nos permite acercarnos a la variabilidad en el manejo de nuestros pacientes. Este indicador, con frecuencia olvidado, se excluye para el cálculo de la estancia media depurada. Nuestro modelo, tiene como objetivo un porcentaje global de casos extremos < 1,8%. Nos proponemos analizar los casos extremos recogidos en el período 2001-2008

**Material y métodos.** Se realiza un análisis de 10.629 pacientes dados de alta entre 2001-08, con un 100% de codificación, según los códigos la ICD-9-CM y el agrupador AP-GRD v 23. Se define como "caso extremo" aquel paciente cuya estancia es superior o inferior a un punto de corte, establecido de forma global y por GRD. Para el límite inferior se establece el Percentil

25 -1,5 días de su GRD y para el límite superior el Percentil 75 + 1,5 del GRD (fuente: Sistema Nacional de Salud). Los casos extremos se obtienen a través de los programas Clinos. Inf y Clinos. Cal (Iasist®).

**Resultados.** Hemos detectado 173 "casos extremos", lo que supone el 1,63% del total de las altas, la practica totalidad por sobrepasar el límite superior (outliers superiores), el 42,8% son mujeres, su estancia media es de 28,5 días, su edad media de 72,8 años, su peso medio de 2,104, su mortalidad es del 17,3% (significativamente superior a la media de la unidad: 6,9%). Los casos extremos en nuestros 5 primeros GRDs es: GRD 541 con el 2,1% (12,7% de las altas), GRD 014 con el 0,6% (6% de las altas), GRD 544 con el 1,5% (5,7% de las altas), GRD 087 con el 3,4% (4,2% de las altas) y el GRD 127 con el 0,6% (3,1% de las altas). Por especialidades, Neurología tiene un 2,4% (con un 1,2% de las altas), Medicina Interna un 1,7% (con el 88,9% de las altas), Digestivo y Nefrología el 1,5% (con el 2,6 y el 1,8% de las altas), Neumología el 0,9% (con el 5,1% de las altas) y Cardiología el 0% (con el 0,5% de las altas).

**Conclusiones.** Los "casos extremos" son pacientes frecuentemente olvidados y retirados de las estadísticas de gestión, con el fin de homogeneizar los datos, índices e indicadores. Reflejan la variabilidad en el tratamiento de la casuística, así como otras múltiples variables demográficas y estructurales (organizativas) de cada hospital. En nuestro caso, con un objetivo del 1,8%, tenemos un 1,63% de pacientes que sobrepasan los límites de estancia media, son más complejos y tienen una mortalidad significativamente superior. El uso de vías clínicas por procesos clínico-asistenciales frecuentes, en el contexto de una gestión por procesos, es una alternativa para su reducción.

#### G-19

#### ACERCAR LA A. PRIMARIA AL HOSPITAL A TRAVÉS DE LA TECNOLOGÍA Y LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

M. De Damborenea González y B. Beneítez López

Hospitalización a Domicilio. Hospital de Cruces. Barakaldo (Vizcaya).

**Objetivos.** Es común denominador en la mayoría de las Comunidades Autónomas, la incomunicación existente entre la A. Primaria y la A. Especializada hospitalaria. A menudo los SS de Urgencias hospitalarios se ven sobrecargados por los pacientes remitidos desde A. Primaria, que podrían haber sido atendidos y su problema resuelto sin que el paciente llegara al Sº de Urgencias. Presentamos el sistema informático puesto en marcha para establecer una comunicación a tiempo real entre A. Primaria y el hospital que consisten en: Permitir el acceso informático a la base de datos del hospital; Crear la Hoja de Consulta informatizada de respuesta inmediata y establecer un sistema de videoconferencia con los centros de salud más remotos al hospital.

**Material y métodos.** El programa informático Global Net de Osakidetza, se ha puesto al alcance de A. Primaria, para que puedan consultar informes o resultados de las pruebas realizadas a los pacientes. En segundo lugar, se establece una conexión con el Sº de Hospitalización a Domicilio y se crea la Hoja de Consulta informatizada, colgada en la página web del Servicio y desde donde, una vez cumplimentada, es remitida por correo electrónico siendo contestada desde el hospital casi de inmediato. Se crea una conexión informática para que puedan visualizar la historia clínica, a tiempo real, de los pacientes que hayan sido remitidos para su control por HaD. En tercer lugar, actualmente en avanzada fase de estudio-montaje, se está estableciendo una conexión estable y programada por videoconferencia, con fines de consulta y docencia, para contactar con los médicos de A. Primaria que se encuentran a mayor distancia dentro del área sanitaria del hospital

**Resultados.** El poder consultar la base de datos del hospital permite al médico de familia estar informado sobre todas las actuaciones que se realizan sobre el paciente. La Hoja de Consulta informatizada se puede considerar un éxito. Desde su puesta en marcha (Enero 2.009) se han recibido 126; 116 solicitando el control puntual por el Sº de HaD evitando el ingreso hospitalario y 10 de consulta sobre tratamientos. El motivo de consulta más frecuente ha sido sobre tratamiento del dolor y el motivo de remisión de pacientes para control por HaD ha sido: 40,5% Cuidados Paliativos; 19%

Procesos crónicos reagudizados; 18% Procesos infecciosos (medicación i.v.); 14% Paracentesis evacuadoras y 8,5% transfusión de hemoderivados. La posibilidad de acceder a la historia de HaD durante el seguimiento de estos pacientes ha sido altamente apreciada. En cuanto al montaje del sistema de videoconferencia, aceptado y acordado entre ambas partes, en el momento de presentar este trabajo no se ha puesto en marcha aunque está en fase avanzada de realización.

**Discusión.** No se pueden mantener dos formas de asistencia (Hospital-A. Primaria) actuando al margen una de otra, ya que no se consigue una verdadera continuidad de cuidados y eso es perjudicial para el paciente. La posibilidad de disponer de una mayor información sobre el paciente al acceder a la base de datos del hospital y la Hoja de Consulta informatizada, han supuesto un importante paso para la integración de los dos sistemas y aunque en el momento actual el único interlocutor real en el hospital es un médico del Sº de HaD, esto ha permitido demostrar la idoneidad de la experiencia y la posibilidad de que este sistema pueda implantarse con otros servicios asistenciales del hospital.

**Conclusiones.** La Hoja de Consulta informatizada han permitido, no solo dar asesoramiento u opinión sobre determinadas actitudes diagnóstico-terapéuticas, sino que ha evitado que un porcentaje importante de pacientes haya sido derivado al Sº de Urgencias del Hospital. El grado de satisfacción de los médicos de A. Primaria con este sistema ha sido muy alto, como lo demuestra las encuestas realizadas. Aunque todavía no podemos presentar resultados sobre el sistema de videoconferencia, que esperamos hacerlo en un próximo congreso, podemos decir que, tras las reuniones mantenidas, la idea ha sido aceptada con la esperanza de iniciar una verdadera integración A. Primaria-Hospital.

## G-21

### FACTORES MOTIVACIONALES EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

**P. Wikman, R. Andrés, E. López Calleja, P. Safont Gasó, P. Esteve y J. Merino**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant. Sant Joan d'Alacant (Alicante).*

**Objetivos.** El éxito de una organización se centra en la forma como estructura y gestiona sus recursos. El principal activo (recurso) de una empresa son sus trabajadores. importa que sean competentes y estén motivados. Y por ello es clave que la Empresa se centre en desarrollar el factor humano: la persona. Los intereses respectivos de empresas y trabajadores han cambiado en el tiempo. seguridad a cambio de trabajo no basta hoy. Trabajar en un servicio de medicina es duro: por la edad del enfermo, dependencia, pluripatología, abordaje global, déficit de soporte social, sobrecargas e insuficiencias, bajo peso social del enfermo. Para hacer ese trabajo con calidad la motivación es clave. Los objetivos son: a) valorar el nivel de motivación de los trabajadores del servicio de medicina interna de este hospital. b) conocer los principales factores implicados en la misma y c) analizar los factores que más desmotivan.

**Material y métodos.** Estudio observacional, prospectivo. 2008. Se diseñó un cuestionario con 51 factores o condiciones del trabajo (a responder según escala likert con 5 niveles) máximo 5. (10, lugar y condiciones del trabajo, 5, ambiente de trabajo, compañeros, enfermos, 12, organización y órganos directivos, 10, propia actitud 9, identificación de factores desmotivantes). Fue ofrecido a profesionales sanitarios del servicio de medicina interna para cubrirse de forma anónima. El manejo de la información y análisis estadístico SPSS de Windows. Se expresa en una escala de 1 a 5 y % de encuestados con valor de 4 y 5.

**Resultados.** 88 cuestionarios: 35 médicos/as, 33 enfermeras/os. La satisfacción media fue de 3,37 (3,4 médicos/as y 3,3 enfermeras/os). La motivación media: 3,77 (3,74 médicos/as y 3,73 enfermeras/os). La percepción de motivación ajena: 3,18 (3,23 médicos/as y 3,12 enfermeras/os).

**Discusión.** Nuestro nivel de motivación es aceptable/alto, pero mejorable; es semejante en enfermeras y médicos. los factores mas motivantes tienen que ver con: el ambiente, compañeros y enfermos o la propia actitud; los

que menos con la estructura y decisiones de la dirección. el factor mas motivante es la satisfacción por hacer bien el trabajo o pensar que es útil a otros; el que menos sentirse implicado en las decisiones de la empresa. La mayor fuente de motivación es nuestra propia actitud. Los factores con mas influencia para desmotivar han sido el exceso de trabajo o determinadas condiciones de él. Y lo que menos son los sueldos insuficientes o la falta de estímulos o felicitación.

**Conclusiones.** Este tipo de estudios son factibles, sencillos de realizar ya portan información útil Y son importantes porque un equipo motivado es mas feliz y consigue mejores indicadores de calidad, costo-eficiencia y seguridad para el enfermo y los directivos que están convencidos del valor de su equipo logran mejores resultados.

## G-22

### LOS GRDS NO VALORAN ADECUADAMENTE LA ACTIVIDAD CLÍNICA EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA

**P. Wikman<sup>1</sup>, M. Rugero<sup>2</sup>, P. Safont<sup>1</sup>, J. Peris<sup>1</sup>, E. Luch<sup>2</sup>, J. Seguí<sup>1</sup> y J. Merino<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Documentación. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant. Sant Joan d'Alacant (Alicante).*

**Objetivos.** Los GRDs son útiles para valorar la actividad asistencial y sus costes en enfermos con patología única: Incluso se ajustan a ciertos rasgos del enfermo: edad, co-morbilidades, complicaciones, etc. Los servicios de Medicina Interna atienden enfermos con pluri-patología, abordando el estudio y tratamiento de todos los procesos a la vez. En ocasiones la circunstancia que motiva el ingreso (habitualmente utilizada para definir el GRD) no es la causa que prolonga la estancia o la más grave y en ocasiones se diagnostican en ese enfermo nuevas enfermedades sin relación con las previas. Se ha planteado este trabajo sobre la hipótesis de que en los Servicios de M. Interna los GRDs pueden tener limitaciones en la valoración real de la actividad clínica realizada.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo para el que hemos elaborado un cuestionario que recoge los GRDs de una muestra seleccionada al azar de enfermos de la sección de M. Interna atendidos los primeros trimestres de 2007 y 2009. Son 65 casos en cada período, aproximadamente 15% de los ingresados. Se recogió el GRD asignado al episodio de alta de la enfermedad causante del ingreso con sus co-morbilidades. Luego se solicitó a los médicos que habían elaborado el informe que señalaran aquella enfermedad que fue causa de que la estancia se alargara y si se había descubierto otra nueva enfermedad no relacionada con las previas. En 2009 también se valoró la más grave. Así se ajustaron los GRDs correspondientes a esas situaciones. El análisis estadístico se llevo a cabo con el programa SPSS 13.0 para Windows.

**Resultados.** 2007: El peso de los 65 GRDs iniciales fue 102,5 (media por GRD 1,57). Si se consideraba la enfermedad que mas alargaba la estancia, subían 17 y bajaban 11: peso final 112,4, media 1,72. En 18 se encontraron nuevas enfermedades no relacionadas, la suma de cuyos GRDs era 18,5. 2009. El peso de los 65 GRDs iniciales fue de 113,6 (media por GRD 1,74). Si se consideraba la enfermedad que alargaba la estancia subían 19 y bajaban 8, con un peso total 114,7 y medio de 1,76 por GRD. Si se consideraba la enfermedad más grave subían 24 y bajaban 11, con peso total 127,3 y valor medio por GRD 1,95. En 38 casos se encontraron nuevas enfermedades no relacionadas, la suma de esos GRDs era 69,39.

**Discusión.** En ambos períodos cambiar el GRD asignado por la causa de ingreso al GRD que causaba la estancia mas larga influye poco, pero considerar nuevos diagnósticos incrementa el valor por cada GRD entre 0,28 y 1,07 (distribuyendo peso de los hallazgos entre todos los casos), y otro tanto sucede si se elige la enfermedad más grave, que incrementa el peso de los GRDs una media de 0,21.

**Conclusiones.** En el modelo asistencial español en el que los servicios de M. Interna trabajan sobre varias enfermedades en un enfermo, los GRDs no serían indicadores adecuados como medida de la actividad realizada. El hallazgo tiene trascendencia si se usa este indicador para estudios de coste por proceso.

Tabla 1 (G-21)

Factores relacionados con	Puntuacion global	Medicos/as	Enfermeros/as	Encuestados con puntuaciones altas o muy altas (%)
Condiciones o rasgos del trabajo	3	3,06	2,93	36,93
Ambiente de trabajo, compañeros y enfermos	3,76	3,63	3,92	69,62
Organización y órganos directivos	2,45	2,61	2,36	47,10
Propia visión o actitud	3,71	3,57	3,85	64,70
Media	3,23	3,21	3,26	54,58

Tabla 1 (G-23)

	Orales						Escritas					
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Tipo	2	1	4	5	5	18	8	5	16	24	31	21
Sexo reclamante	5/3	3/2	6/10	8/16	13/18	12/8	0/2	0/1	2/2	3/2	0/5	4/14
Área												afectada
consultas/hospital	5/3	5/0	13/2	14/10	15/15	14/5	0/2	0/1	0/4	0/5	1/4	7/11
Motivos queja	Demoras, lista de espera, errores administrativos, elección de médico						Desacuerdos atención recibida, educación/cortesía, actuaciones inadecuadas, discrepancias internas					
Personal implicado												
Médico/Enfermera	0/0	1/0	0/2	5/2	0/0	0/0	0/0	1/0	0/2	0/1	2/0	1/0
Edad reclamante												
<40 años	0	0	0	4	4	2	0	0	0	0	1	0
41-50 años	2	1	2	1	2	3	0	0	0	0	0	3
51-60 años	0	1	1	0	4	0	0	0	0	0	0	4
61-70 años	0	0	2	5	5	1	0	0	2	0	0	0
71-80 años	0	2	5	6	9	5	0	0	0	3	2	0
>80 años	6	1	3	1	7	9	2	0	0	0	2	11

## G-23

**LAS RECLAMACIONES DE LOS USUARIOS COMO FORMA INDIRECTA DE VALORAR LA CALIDAD DE LAS ATENCIONES PRESTADAS EN UNA SECCION DE M INTERNA. ANÁLISIS EVOLUTIVO DE 6 AÑOS**J. Peris<sup>1</sup>, P. Wikman<sup>1</sup>, M. De Juan<sup>2</sup>, M. Rugero<sup>2</sup>, P. Safont<sup>1</sup>, M. Gracia<sup>1</sup> y J. Merino<sup>1</sup><sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Documentación. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant. Sant Joan d'Alacant (Alicante).

**Objetivos.** La opinión de los enfermos es una forma de valorar la calidad de sus cuidados. Las reclamaciones son una forma particular de valorar las atenciones recibidas/ calidad de la actividad hospitalaria, aunque habitualmente supera las actuaciones médicas. Nuestro hospital tiene un servicio de ayuda- información a los enfermos que además canaliza sus reclamaciones. Nos ha parecido de interés, y aportamos aquí, realizar un análisis de las reclamaciones presentadas durante los años 2003 al 2009 de las reclamaciones presentadas a la Sección de M. Interna de nuestro hospital.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, retrospectivo, para el que hemos elaborado un protocolo de recogida de datos que utiliza las quejas (orales u escritas) presentadas por los enfermos o sus acompañantes respecto a esa sección. La relacionamos con la actividad de la misma (por 100 ingresos o consultas) y con la media del Servicio de M Interna durante 2007-2008.

**Resultados.** Tabla1.

**Conclusiones.** Las reclamaciones presentadas pueden calificarse de muy escasas, muy por debajo de la media de otras secciones del servicio. A señalar que las motivaciones son diferentes en las escritas que en las orales, que afectan más a la marcha de la consultas que a la hospitalización, y que excepcionalmente afectan de forma directa al personal sanitario. Este tipo de trabajos no sólo informa de la calidad de las atenciones sino al detectar insuficiencia permite poner en marcha programas de mejora.

## G-24

**INFLUENCIA EN LA ESTANCIA MEDIA DE UNA GESTIÓN COORDINADA ENTRE UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA Y LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO**A. Baraldés<sup>1</sup>, J. Aligüé<sup>2</sup>, R. Pérez<sup>2</sup>, D. Gassó<sup>1</sup>, A. Martín<sup>1</sup>, O. García<sup>1</sup>, P. Fons<sup>1</sup> y M. Puig<sup>1</sup><sup>1</sup>Unidad de Hospitalización a Domicilio, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Althaia - Xarxa Assistencial de Manresa. Manresa (Barcelona).

**Objetivos.** Dentro del Plan Integral de Urgencias de Catalunya (PIUC), dispositivo creado desde el Servicio Catalán de Salud para atender el incremento de demanda asistencial en periodo de invierno, en nuestro hospital se creó un dispositivo adicional de 12 camas de hospitalización (Unidad PIUC), donde ingresaron pacientes con previsión de estancia media menor a 7 días y afectos de patología propia del periodo, coordinada por 2 médicos internistas, uno a dedicación completa, y otro a dedicación parcial, combinando la planta con la UHaD. El objetivo del estudio fue determinar si el hecho de conectar ambas unidades era eficaz y eficiente, en cuanto que disminuía la estancia media (y, por tanto, permitía descongestionar las Urgencias) pero manteniendo la calidad asistencial, evaluada en parámetros de reingreso hospitalario y mortalidad. La estancia media en el Servicio de Medicina Interna de nuestro hospital es de 9,5 días y la tasa global de reingresos a los 30 días para este tipo de enfermos (EPOC, ICC) es del 10%.

**Material y métodos.** Se analizaron retrospectivamente 221 pacientes ingresados en la Unidad PIUC de la Fundació Althaia, entre los meses de diciem-

bre de 2008 y marzo de 2009. Se evaluó el perfil del paciente (sexo, edad, valoración geriátrica integral en los mayores de 65 años (índice de Barthel - IB, test de Pfeiffer y índice de Charlson)), causas de ingreso, estancia media hospitalaria, destino al alta, número de reingresos totales antes de los 3 meses, tasa de reingresos a 30 días para EPOC e ICC y mortalidad.

**Resultados.** n = 221 pacientes. 52,48% hombres y 47,51% mujeres. Edad media 76,7 años. 26% con dependencia importante: 11,3% dep. moderada (IB 60-40); 14,7% dep.severa o total (IB < 40). Deterioro cognitivo en el 23% (leve, 26; moderado, 12; grave,13). Valor medio de Índice de Charlson: 3,02 (23%, 2 puntos, 44%, 3 o más puntos). Causas de ingreso: enfermedad respiratoria sola o asociada a ICC (143 pacientes, 65%), infección urinaria (30 pacientes), enfermedad cardiológica (13 pacientes), GEA (12 pacientes), enfermedad neurológica (11 pacientes), alteraciones hidroelectrolíticas (7 pacientes), otras causas (5 pacientes). Estancia media hospitalaria: 4,39 días. Destino al alta: alta definitiva a domicilio o residencia, 79% (174), hospitalización a domicilio, 16,7% (37), hospitalización convencional, 3,2% (7), exitus en la Unidad PIUC, 1,3% (3). Reingresos totales relacionados a los 3 meses: 32 (14,5%); 4 antes de las 72 horas, 18 entre 72 h - 1 mes y 10 de 1 - 3 meses. Tasa de reingresos a los 30 días para este tipo de enfermos (EPOC, ICC): 8,6% (19 pacientes).

**Discusión.** La búsqueda activa de candidatos a hospitalización a domicilio en el momento de ingreso a la Unidad PIUC ayudó a una atención hospitalaria más eficiente (disminución de la estancia media), manteniendo la eficacia (retorno a domicilio, no aumento de reingresos, mortalidad baja) y permitiendo una disminución de las complicaciones intrahospitalarias. Dichos parámetros de buena gestión se mantuvieron a pesar de que los enfermos tenían una edad media avanzada, elevada comorbilidad y alto grado de dependencia.

**Conclusiones.** La estrecha relación entre Medicina Interna y la Unidad de Hospitalización a Domicilio puede ayudar, en periodos de más demanda asistencial, a descongestionar la sobreocupación hospitalaria y los servicios de Urgencias. La polivalencia del internista le permite trabajar en ambas unidades, permitiendo un mejor flujo de pacientes entre ellas, lo que revierte en unos resultados óptimos en cuanto a calidad asistencial, aunque se trate de enfermos pluripatológicos.

## G-25

**VÍAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS MULTIDISCIPLINARES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN UN HOSPITAL RECIÉN NACIDO**P. Martín Rico<sup>1</sup>, J. Poquet Jornet<sup>2</sup>, J. Ortolá Devesa<sup>3</sup>, J. Guzmán de Damas<sup>4</sup>, M. Mateo Pascual<sup>5</sup>, C. Espín Abellán<sup>5</sup>, V. Monchó Mas<sup>6</sup> y F. Campoy Domene<sup>7</sup><sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Farmacia, <sup>3</sup>Diagnóstico Biológico, <sup>4</sup>Gestión de Calidad, <sup>5</sup>Dirección de Cuidados, <sup>6</sup>Dirección de Tecnologías y Sistemas, <sup>7</sup>Dirección Gerencia, <sup>8</sup>Dirección Asistencial. Hospital de Denia (Alicante).

**Objetivos.** Iniciar un proyecto de informatización de protocolos asistenciales integrados previo a la apertura del Hospital, mediante la creación de grupos locales de trabajo multidisciplinares para el desarrollo de vías clínicas electrónicas, basadas en la mejor evidencia científica, utilizando herramientas informáticas actualizables que permitan crear paquetes de ordenes e indicaciones (ordersets) de diferentes entidades nosológicas que funcionen como sistemas de recuerdo a tiempo real para la implementación de Guías de Práctica Clínica (GPC).

**Material y métodos.** 1.- Se realizó un proceso de selección de un SI de Historia Clínica Electrónica que permitiera soportar la creación por los clínicos

de vías clínicas (ordersets) actualizables. 2.- Se creó un mapa de procesos de alta prevalencia relevantes para el Departamento de Salud. 3.- Se crearon grupos de trabajo locales previos a la apertura del hospital para el desarrollo de las vías clínicas seleccionadas. 4.- Se crearon mediante herramientas apropiadas y en formato electrónico los ordersets o paquetes de ordenes de cada una de las vías.

**Resultados.** Para la informatización de los procesos asistenciales se seleccionó el sistema Cerner Millennium (Cerner Corporation, Kansas City, Missouri, USA) Se seleccionaron 42 vías clínicas (VC) estandarizables relevantes para la asistencia clínica. Los grupos de trabajo desarrollaron 12 VC multidisciplinares con sus planes de cuidados de enfermería (Parto, Cesarea, ACVA, ICC, EPOC exacerbación aguda, Síndrome Coronario Agudo, Pancreatitis aguda, Sepsis Severa/Shock séptico, Neumonía adquirida en la Comunidad, Hemodialisis, TVP-TEP, Fractura de Cadera). Las VC se transformaron en paquetes de ordenes electrónicos estandarizados e integrados que incluyeron Cuidados de enfermería, Pruebas complementarias de Diagnóstico Biológico, Radiodiagnóstico u Otras pruebas Técnicas, Tratamiento farmacológico e Interconsultas. Todas ellas estuvieron disponibles para los clínicos en la aplicación asistencial PowerChart del sistema desde la apertura del hospital.

**Discusión.** La implementación real de GPC en la práctica clínica habitual no es fácil. Las herramientas de implementación que se han mostrado más eficaces hasta la actualidad han sido estrategias de "desarrollo local" y estrategias de implementación mediante "sistemas de recuerdo a tiempo real". Los ordersets electrónicos han mostrado su eficacia en el objetivo de cambio en la práctica clínica y la facilitación al profesional del uso de recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica y su actualización, ayudando en la toma de decisiones, sin restringir sus grados de libertad a la hora de la decisión clínica final. La presentación al profesional a tiempo real y en el punto de atención clínica de todas las ordenes e indicaciones de forma integrada, así como su discusión previa entre los miembros de los grupos de trabajo permite una optimización de la asistencia y de la gestión clínica. Para el uso de estas herramientas electrónicas es imprescindible una planificación directiva orientada hacia la gestión clínica que las ponga en manos de los clínicos y que de soporte a su evaluación periódica.

**Conclusiones.** 1.- El desarrollo local y los sistemas de recuerdo a tiempo real se han mostrado como las estrategias más eficaces para la implementación de GPC. 2.- Nuestro hospital ha optado por un soporte informático para la creación de vías clínicas electrónicas creadas por grupos locales que acerquen la mejor evidencia a los clínicos sin limitar sus opciones de decisión. 3.- Actualmente nuestro reto es medir el impacto de esta estrategia sobre la práctica clínica. 4.- Este proyecto de informatización de protocolos asistenciales es, en nuestro conocimiento, pionero en nuestra comunidad y posiblemente en nuestro país.

## G-27

### ANÁLISIS DE ASISTENCIA AL SERVICIO DE URGENCIAS

J. Villegas de la Lama, R. Portilla Chocarro, A. Peña Irán, L. Velasco Arjona y C. Armiñanzas Castillo

Servicio de Medicina Interna. Hospital Sierrallana. Torrelavega (Cantabria).

**Objetivos.** La escasez de recursos sanitarios obliga a optimizar los disponibles, para que puedan repartirse de la forma más adecuada entre la población. Los servicios de urgencias se presentan como un pilar básico en el que actuar, pues una parte importante de la asistencia allí prestada podría llevarse a cabo en los Centros de Salud. Una muestra de ello es la variabilidad existente en el número de pacientes que acuden a Urgencias según diversos factores que no pertenecen propiamente al ámbito sanitario. Este estudio pretende analizar cómo influyen realmente dichos factores en el volumen de pacientes recibidos a diario en Urgencias.

**Material y métodos.** El Hospital Sierrallana (Torrelavega, Cantabria) cuenta con 250 camas, cubre un área sanitaria de 180.000 habitantes y asiste anualmente a unas 65.000 personas en Urgencias. Se recogió el número de pacientes atendidos cada día en el servicio de Urgencias entre el 26 de mayo y el 26 de junio de 2009, registrando también el número diario de ingresos y estableciendo el índice U, definido como:  $U = \left[ \frac{n^2 \text{ pacientes ingresados}}{n^2 \text{ pacientes atendidos en Urgencias}} \right] \cdot 100$  Desarrollamos la siguiente hipótesis: un mayor valor de U, implicaría una mayor justificación para haber asistido al Urgencias. Posteriormente relacionamos el índice U con aquellos factores que, a priori, parecen más influyentes sobre la asistencia a Urgencias: (1) la situación meteorológica, (2) la existencia de eventos de interés general, televisados o accesibles en directo en nuestra área sanitaria y (3) el día de la semana.

**Resultados.** La media de asistencia a Urgencias durante los días estudiados fue de 192, con un promedio de 26'05 ingresos (índice U medio: 13'5). Se ha encontrado asociación entre el día de la semana y el índice U, que se incrementa hasta mediados de semana para decrecer después conforme se aproxima el fin de semana. No se han hallado, en cambio, resultados significativos en la relación de U con los otros dos factores estudiados.

**Discusión.** De esta primera fase del estudio podemos concluir que la asistencia a Urgencias está más justificada a mediados de semana que en los extremos de la misma.

**Conclusiones.** En posteriores fases sería interesante completar el presente trabajo con el análisis de otros factores, como podría ser el estudio de la asistencia por franjas horarias en relación a los eventos propuestos, lo que aportaría más luz en este campo.

## G-28

### CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES TRAUMATOLÓGICOS ATENDIDOS POR MEDICINA INTERNA

F. Navarro Romero<sup>1</sup>, L. Medina Rodríguez<sup>2</sup>, J. Carrillo Linares<sup>1</sup> y A. Cuenca Guerrero<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

<sup>2</sup>Servicio de Oncología Médica. Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria. Málaga

**Objetivos.** Conocer las características de los pacientes ingresados en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) que son atendidos por parte del Servicio de Medicina Interna, desde que se inició en nuestro hospital la actividad de consultoría en el Servicio de COT con la adscripción de dos internistas a tiempo parcial, con el objetivo de mantener un seguimiento diario de los pacientes traumatológicos que así lo requiriesen.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de los pacientes de COT atendidos por dos consultores de Medicina Interna durante un período de un año, desde el inicio de la actividad de consultoría en abril de 2008 hasta marzo de 2009. Utilizamos el registro de pacientes atendidos por los 2 consultores en el que se incluyen características demográficas y clínicas. Se analizan el sexo, la edad, la causa de ingreso, el tipo de ingreso, el motivo de la consulta, la situación al alta y los días de asistencia. No se incluyen en este estudio los pacientes atendidos por parte de la Unidad de Enfermedades Infecciosas.

**Resultados.** Se atendieron 123 pacientes, 89 mujeres (72.4%) y 34 varones (27.6%), con una edad media de  $77.29 \pm 12.37$  años (rango de 25 a 96). Son menores de 60 años el 6.5%, el 28.5% tienen entre 60 y 75 años y el 64.2% tienen más de 75 años. Las causas de ingreso fueron: fractura de cadera en 81 pacientes (65.9%), prótesis de rodilla en 9 (7.3%), politraumatismo en 5 (4.1%), sustitución de prótesis de cadera en 5 (4.1%), fractura de fémur en 2 (1.6%) y otros diagnósticos en 21 (17.1%). El tipo de ingreso fue urgente en 102 pacientes (82.9%) y programado en 21 (17.1%). Los motivos de consulta fueron dificultad respiratoria en 35 casos (28.5%), control de medicación en 16 (13%), vómitos/alteración ritmo intestinal en 13 (10.6%), confusión/somnolencia en 10 (8.1%), arritmias en 8 (6.5%), diabetes mellitus en 8 (6.5%), alteraciones analíticas en 8 (6.5%), hemorragia digestiva en 5 (4.1%), hipertensión arterial en 5 (4.1%), hipotensión arterial en 3 (2.4%), mareo en 2 (1.6%), valoración prequirúrgica en 2 (1.6%), dolor torácico en 1 (0.8%), fiebre en 1 (0.8%) y otros motivos en 6 (4.9%). Cada día se solicita la valoración de 0.34 pacientes, con un seguimiento medio de  $6.66 \pm 7.51$  días (1-43), generándose por lo tanto 2.27 asistencias/día. Por lo que respecta a la situación al alta, del total de pacientes atendidos 105 (85.4%) fueron dados de alta hospitalaria, 14 (11.4%) fallecieron y 4 (3.3%) se trasladaron a Medicina Interna.

**Discusión.** Presentamos los resultados de la actividad del Servicio de Medicina Interna como consultor del Servicio de COT, que se realiza a demanda tanto del personal facultativo como de enfermería, destacando la elevada edad de los pacientes atendidos, así como la variedad en los motivos de consulta. Los dos principales motivos de consulta, que conjuntamente suponen el 40% de los casos, son especialmente importantes para los internistas, en el caso de la dificultad respiratoria por las múltiples posibilidades diagnósticas y la gravedad de algunas de ellas; en el caso del control de la medicación porque nos indica la pluripatología y la polifarmacia de estos pacientes. Creemos que nuestro modelo asegura el seguimiento de este grupo de pacientes especialmente complejos.

**Conclusiones.** Los pacientes atendidos tienen una edad media muy elevada, el motivo de ingreso más frecuente es la fractura de cadera y necesitan la atención de un internista fundamentalmente por dificultad respiratoria o control de la medicación. La mortalidad en nuestra serie es de un 11.4%.

## G-29

### EFFECTOS ADVERSOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA

T. Aldamiz Echevarría Lois<sup>1</sup>, A. Jiménez Muñoz<sup>2</sup>, T. Blanco Moya<sup>1</sup>, F. de la Calle Prieto<sup>1</sup>, M. Gómez Antúnez<sup>1</sup>, J. Cabrera Aguilar<sup>1</sup>, M. Rodríguez Pérez<sup>2</sup> y A. Muñio Míguez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna 2A, <sup>2</sup>Medicina Preventiva y Gestión de Calidad. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivos.** Los pacientes en Medicina Interna, por sus características, como edad avanzada, polimedición, tienen un riesgo alto de presentar efectos

adversos (EA). Estudiamos la incidencia de EA en pacientes hospitalizados en una unidad de medicina interna.

**Material y métodos.** Estudio de cohortes en dos fases una retrospectiva y otra prospectiva. En la primera fase se estudiaron todos los pacientes con ingreso hospitalario de más de 24 horas producidos en un mes, siempre que la historia clínica estuviera disponible en el archivo. Médicos de medicina interna y Medicina preventiva revisaron los registros siguiendo la metodología del Estudio Nacional sobre efectos adversos (ENEAS) para la identificación de EA. En la fase prospectiva se estudiaron diariamente todos los pacientes hospitalizados en la unidad durante un mes. La recogida de datos la realizó un médico de medicina preventiva, analizando los registros clínicos y mediante entrevista directa a los médicos responsables y al propio paciente a lo largo de toda la hospitalización. Se consideró EA a cualquier lesión no intencionada causada por la atención sanitaria recibida y no el proceso natural de la enfermedad.

**Resultados.** En la fase retrospectiva se revisaron 57 pacientes, 38% varones, con una edad media de 69 años. La estancia media fue de 8 días. Los diagnósticos más frecuentes insuficiencia cardiaca y neumonía. El 88% presentaban factores de riesgo extrínseco (catéter venoso, sonda nasogástrica, sonda urinaria). Se detectaron 11 pacientes con EA. La incidencia de pacientes con EA relacionados directamente con la asistencia hospitalaria fue del 13%. Los EA fueron por orden de frecuencia: relacionados con la medicación (42%), infección nosocomial (17%), relacionadas con procedimientos (17%). En la fase prospectiva se estudiaron 58 pacientes, 41% varones, con una edad media de 75 años. La estancia media fue de 8,5 días. Los diagnósticos más frecuentes neumonía e insuficiencia cardiaca. El 100% tenían factores de riesgo extrínseco. La incidencia de pacientes con EA relacionados directamente con la asistencia hospitalaria fue del 31%. Los EA fueron por orden de frecuencia: relacionados con la medicación (37%), y relacionadas con procedimientos (37%).

**Discusión.** El conocer los EA que se producen en la asistencia sanitaria es el punto de partida para poder establecer programas de intervención para aumentar la seguridad de los pacientes. Su estudio se puede abordar con distintas metodologías, estimando algunos autores que los estudios prospectivos pueden sobreestimar su incidencia.

**Conclusiones.** Los efectos adversos más frecuentes en medicina interna están relacionados con la medicación, seguidos de los relacionados con procedimientos y la infección nosocomial.

### G-30

#### NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN MEDICINA INTERNA: RESULTADOS DEL PRIMER AÑO

O. López Berastegui<sup>1</sup>, A. Jiménez Muñoz<sup>2</sup>, E. Duran García<sup>3</sup>, T. Aldamiz Echevarría Loís<sup>1</sup>, M. Gómez Antunez<sup>1</sup>, J. Cabrera Aguilar<sup>1</sup>, B. Pinilla Llorente<sup>1</sup> y A. Muñio Miguez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna 2A, <sup>2</sup>Medicina Preventiva y Gestión de Calidad, <sup>3</sup>Farmacia. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivos.** Describir la implementación de un programa de notificación de incidentes y efectos adversos y analizar los resultados iniciales.

**Material y métodos.** El programa de notificación es voluntario, confidencial y anónimo. Consiste en estimular a los profesionales a registrar situaciones en que se ven enfrentados a una situación que pudo haber tenido consecuencias negativas para los pacientes o que realmente las produjeron. La implementación fue simultánea a la impartición de formación específica sobre el tema. Se realizó un pilotaje del sistema de comunicación previo a su implantación. Se analizan las notificaciones producidas en el periodo de un año en el área de Medicina Interna. Se consideró efecto adverso los daños, o lesiones que acontecen durante el proceso asistencial y, al no estar directamente producidos por la enfermedad en sí, se pueden considerar motivados por el propio sistema sanitario, ya sea por acción u omisión. Un incidente es una acción o conjunto de acciones por comisión u omisión

que podría haber dañado al paciente, pero que este daño no ha llegado a producirse.

**Resultados.** Durante un período de un año se recibieron 37 notificaciones. El 60% correspondía al turno de mañana, 27% al de tarde y 13% al de noche. Entre los que quisieron identificarse, el personal de enfermería fue el que más notificó. Los motivos más frecuentes de notificación fueron los relacionados con: la medicación (24%), la documentación clínica (22%), problemas con la identificación de pacientes (14%), los relacionados con las pruebas diagnósticas (11%) y los relacionados con las infraestructuras (8%). Los errores relacionados con la medicación fueron por orden de frecuencia: selección inapropiada del medicamento, error en la dosis, error en la preparación. La mayoría de los de los incidentes fueron clasificados por los propios notificadores como sin lesión 43%, daños potenciales 30% y daños menores el resto. Todas las notificaciones fueron analizadas por un grupo de trabajo y en algunos casos originaron actuaciones concretas de mejora.

**Discusión.** La creación de sistemas de registro y notificación de problemas de seguridad constituyen una estrategia clave para aprender de los errores y evitar su recurrencia en un contexto de mejora continua. Los sistemas que se enfocan hacia la mejora de la seguridad son los sistemas de carácter voluntario. Estos sistemas no tienen como objetivo conocer la frecuencia de efectos adversos, sino obtener información sobre los acontecimientos que llevan a su producción. Se centran en los incidentes (donde no ha habido daño) o en errores que han producido daño mínimo. Su objetivo principal es identificar áreas o elementos vulnerables del sistema antes de que se produzca el daño en los pacientes. Los efectos adversos son el vértice de una pirámide cuya base son los incidentes compartiendo unos y otros las mismas causas, por lo que el aprendizaje del análisis de las causas de los incidentes es también útil para la prevención de los efectos adversos.

**Conclusiones.** Las notificaciones son una importante fuente de información. En Medicina Interna la notificación más frecuente está relacionada con el uso de medicamentos. La implementación de un programa de notificación de incidentes y efectos adversos puede ser una herramienta útil para fomentar una cultura de seguridad clínica y definir un perfil de riesgo que permita desarrollar actuaciones de mejora.

### G-31

#### EVALUACIÓN DE ESTANCIA HOSPITALARIA INADECUADA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. CORTE TRASVERSAL

A. Martín Armas, J. Ruíz Henadez, M. León Mazorra, A. Conde Martel y P. Betancor León.

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

**Objetivos.** Evaluar la estancia hospitalaria inadecuada en un Servicio de Medicina Interna de un hospital de tercer nivel.

**Material y métodos.** Mediante la aplicación de la escala Appropriateness Evaluation Protocol (AEP) se realiza un corte transversal de los paciente ingresados en el Servicio de Medicina Interna. Se excluyeron los paciente con menos de 24 horas de ingreso y aquellos que iban a ser dados de alta ese mismo día. Se recogieron la edad, el sexo, los motivos de estancia inadecuada y el número de días de prolongación de estancia generada.

**Resultados.** Se evaluaron de un total de 96 camas a 74 pacientes, con una edad media de 70,9 años (DE 16,6), siendo un 51% varones. El número de pacientes con estancia inadecuada (EI) fue de 22 (29,7%; IC 95%: 18,6-40,8). La edad media de los pacientes con EI fue de 66,2 (DE 20,6) años, frente a 71,7 (DE 15,1) años en el grupo de pacientes con estancia adecuada (EA), no siendo significativa la diferencia ( $p = 0,30$ ). Las mujeres mostraron una tendencia a tener más estancias inadecuadas (33,3%) que los varones (24%), no siendo significativa la diferencia ( $p = 0,42$ ). Las causas identificadas se muestran en la tabla.

**Discusión.** El envejecimiento de la población, asociado a la creciente presión asistencial, genera la necesidad de adecuar la estancia de los ingre-

Tabla 1 (G-31). Motivos y días de estancia inadecuada

Item	Nº pacientes	% pacientes	Nº días EI que genera
Problema de calendario para pruebas diagnósticas.	3	13,6%	12
Pendiente de resultados para toma de decisiones.	7	31%	25
No se presta atención a la necesidad de dar el alta rápidamente.	10	45%	45
No hay plan diagnóstico.	2	9%	8
Cualquier procedimiento puede realizarse ambulatorio.	6	27%	22
Falta de familiares.	1	4,5%	6
Falta de preparación de la familia.	1	4,5%	5
Rechazo de instalaciones alternativas.	2	9%	6
Paciente pertenece a medio desfavorable.	2	9%	7
No disponibilidad de tto alternativo.	2	9%	6

sos hospitalarios. En nuestro estudio observamos que los factores que más se relacionan con la estancia inadecuada son aquellos dependientes de la responsabilidad del médico o el hospital y del retraso en el desarrollo del estudio. El número de días que se genera en consecuencia es considerable. No se encuentra asociación estadística entre los mismos y la edad de los pacientes, aunque se determina menos edad en el grupo de pacientes de El. Esto último podría estar en relación con que los pacientes más jóvenes serían susceptibles de estudio y tratamiento ambulatorio.

**Conclusiones.** Hasta un tercio de las estancias hospitalarias pueden resultar inadecuadas. Al igual que en otros estudios similares comprobamos que el principal factor que influye en la El es el conservadurismo de los médicos.

### G-32

#### CONSULTA DE ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA EN COMUNICACIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA. EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL TERCIARIO

F. Montoya Lozano, C. García Cerrada, M. Quesada Simón, F. Zamora Vargas, M. Díaz Menéndez, I. Pérez Valero, F. Arnalich Fernández y M. Fernández Capitán

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

**Objetivos.** La Consulta de Orientación Diagnóstica (COD) en Medicina Interna tiene los objetivos de reducir la demora diagnóstica, mejorar la coordinación con Atención Primaria y otras especialidades, y reducir los ingresos hospitalarios inadecuados. Recientemente se han puesto en marcha consultas de este tipo en varios hospitales de nuestro medio. Presentamos los resultados obtenidos en un año por la COD puesta en marcha en nuestro centro.

**Material y métodos.** Se estudian todos los pacientes derivados a la COD durante 1 año (mayo de 2008 a mayo de 2009). Los pacientes son derivados de forma tradicional (mediante parte de interconsulta). En los últimos seis meses se inicia a modo de prueba con algunos centros de salud y con Urgencias una vía de comunicación directa mediante correo electrónico, fax y teléfono de contacto. Se han recogido de forma sistemática y prospectiva los siguientes datos: procedencia, motivo de consulta, sexo, edad, número de visitas, pruebas solicitadas, diagnóstico y destino al alta. Se realiza un análisis estadístico descriptivo de los datos.

**Resultados.** Se han visitado 464 pacientes, realizándose un total de 996 visitas (ratio sucesivas/primeras de 1,14). En el momento de hacer el análisis el 82,97% estaban cerradas y el resto estaban pendientes de visitas sucesivas. La edad media fue de 59,51 (18,6) años y un 51,3% fueron varones. La mayoría de los pacientes procedían de Urgencias (42,67%) y de Atención Primaria (39,22%). En los últimos seis meses, el 27,4% de los pacientes fueron derivados tras comunicación directa (fax, teléfono, correo). Los motivos de consulta son muy variados, aunque se identifican cuatro más prevalentes: síndrome constitucional, adenopatías, anemia y fiebre sin focalidad (globalmente casi 1/3 del total). Otro grupo importante lo representan los pacientes remitidos para valoración de alteraciones analíticas o radiológicas no explicadas (15,52%). La mayoría de los pacientes (75,67%) fueron diagnosticados en 1-2 visitas. La exploración más solicitada fueron las determinaciones analíticas (387), que se realizaron siempre en el mismo día de la consulta. Menos del 20% de los pacientes necesitaron otras pruebas (radiológicas, endoscopias), que se realizaron en el plazo de 1 semana. Un 11,5% de los pacientes se diagnosticó de enfermedad neoplásica maligna, que se manejó exclusivamente de forma ambulatoria. Solo el 5,36% de los pacientes requirió su derivación a Urgencias o ingreso hospitalario.

**Discusión.** Desde que se abrieron las vías de comunicación directa, fueron utilizadas por el 27,4% de los pacientes, lo cual es una cifra elevada dado que estaban a prueba solo con una parte de los centros de salud y del personal de Urgencias. Para incrementar la eficiencia de la consulta externa de Medicina Interna vamos a extender la cobertura de la COD al resto de centros de salud y de servicios del hospital. Dado que los motivos de consulta son muy variados es necesario organizar la asistencia en forma de vías

clínicas sobre los cinco motivos más prevalentes. La COD mostró una buena capacidad de resolución, pues aunque la complejidad de los casos fue significativa consiguió el diagnóstico con pocas visitas, una baja demanda de pruebas diagnósticas complejas y una tasa muy bajas de ingresos.

**Conclusiones.** La COD es una alternativa útil a la hospitalización convencional para el diagnóstico y evaluación inicial de patologías potencialmente graves. Se evitan ingresos inapropiados y mejora la coordinación con otras especialidades. Los resultados obtenidos en nuestro centro son similares a los de otros hospitales de nuestro medio.

### G-33

#### ANÁLISIS DE CALIDAD DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE USO HOSPITALARIO EN ANDALUCÍA

I. Martín-Garrido<sup>1</sup>, M. Martínez-Risquez<sup>1</sup>, R. Terán<sup>1</sup>, S. Gutiérrez-Rivero<sup>1</sup>, A. Navarro<sup>2</sup>, S. Vidal<sup>3</sup>, J. Varela<sup>1</sup> y F. Medrano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. CIBER de Epidemiología y Salud Pública. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>Documentación Clínica. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla.

**Objetivos.** Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática, con el objetivo de ayudar a los profesionales y a los pacientes a decidir la intervención sanitaria más adecuada según las mejores evidencias científicas disponibles en el momento. El objetivo principal en nuestro estudio fue la evaluación de la calidad de las GPC utilizadas en las unidades de gestión clínica (UGC) de Atención Especializada en Andalucía.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio descriptivo transversal donde se identificaron todas las GPC incluidas en los acuerdos de gestión de 2005 de UGC de Atención Especializada del Servicio Andaluz de Salud. Dos evaluadores aplicaron de forma individual e independiente el instrumento AGREE a cada una de las GPC.

**Resultados.** Un total de 95 GPC de 87 UGC fueron recuperadas para su evaluación según la herramienta AGREE. La puntuación más alta encontrada en cuanto a los diferentes objetivos de las guías fue de un 70,4% en alcance y propósito y 61,3% en cuanto a claridad y presentación. La evaluación global de las guías fue la siguiente: 24,7% muy recomendables para su uso en la práctica; 27,4% recomendable con algunas modificaciones y 37,9% no recomendables como aptas para su uso en la práctica clínica diaria.

**Conclusiones.** La calidad general de las directrices utilizadas en el Sistema de Salud de Andalucía es relativamente alto. Las GPC de alta calidad pueden ser poderosos instrumentos de educación médica continua para llevar los conocimientos basados en la evidencia a la práctica clínica diaria. Financiado por la Consjería de Salud de Andalucía (Ref. 218/05).

### G-34

#### DEPENDENCIA DE LA UNIDAD MÉDICA DE CORTA ESTANCIA (UMCE)

G. Gascón Ramón<sup>1</sup>, R. Muñoz Balada<sup>2</sup>, A. Balanza Garzón<sup>1</sup>, A. Blasco Claramunt<sup>1</sup>, I. Sanz Acebedo<sup>1</sup> y F. Bertomeu Blanch<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Documentación Clínica y Admisión. Hospital de la Plana. Villarreal/Vila-real (Castellón).

**Objetivos.** Las UMCE surgieron a finales del siglo pasado como alternativas a la hospitalización convencional, enfocadas a la atención de pacientes agudos que no necesitan recursos especiales, o para estabilización clínica de procesos crónicos agudizados, y con estancias previsiblemente breves. Habitualmente dependen de los Servicios de Urgencias (SU) y en otras ocasiones de Medicina Interna (MI). En nuestro hospital se creó en 2003, sobre todo para estabilizar a pacientes que luego se ingresarían en la Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD). Hasta 2008 la UMCE ha dependido del

Tabla 1 (G-34). Actividad asistencial UMCE

	Altas mensuales	Altas a UHD	Estancia media	Edad media
2004	34,5	35,66%	2,78	69
2009	57,7	23,84%	3,67	71

Tabla 2 (G-34). Procesos atendidos

	Neumonías	EPOC	Otros respiratorios	Pielonefritis	TCE y otros traumas	Otros procesos
2004	16,62%	14,94%	7,46%	11,08%	10,84%	39,01%
2009	21,15%	11,53%	22,30%	8,84%	4,23%	31,91%

SU, y en enero de 2009 pasa a depender de MI. Este cambio se produjo porque la saturación del SU dificultaba mantener la cobertura asistencial fuera del horario de mañanas; y además cuando los enfermos se complicaban y la evolución se prolongaba, se debía trasladar la responsabilidad asistencial a MI. Se pretende evaluar el cambio de dependencia funcional de la UMCE, del SU a MI.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo y observacional que compara la actividad de la UMCE vinculada al SU o dependiendo de MI. Se analiza la influencia de este cambio en el volumen de pacientes, tipo de procesos atendidos, y estancia media, dentro del mismo hospital, y con los mismos protocolos, durante los años 2004 y 2009. La única modificación producida es que cuando los pacientes se complican y se alarga su estancia, siguen dependiendo y contabilizándose en la UMCE. Solo se trasladan pacientes a UHD, o cuando deben ser atendidos en otros centros.

**Resultados.** Se ha comparado el año de mayor actividad de la UMCE dependiente del SU (2004) con los 4 primeros meses de su vinculación a MI en 2009 (Tablas 1 y 2).

**Discusión.** Existe cierta controversia acerca de quién debe responsabilizarse de la asistencia de estas unidades, e incluso sobre la conveniencia de su existencia. En nuestro centro, los ingresos en la UMCE habían disminuido paulatinamente, y la integración en MI ha permitido revitalizarla. El interés de este trabajo radica en la posibilidad de observar el cambio de actividad en un mismo centro al cambiar la dependencia funcional de la UMCE. El análisis periódico de su evolución y su comparación con otras unidades similares es fundamental para su consolidación.

**Conclusiones.** 1. Se ha conseguido mejorar la actividad de la UMCE. 2. Con una estancia media contenida, y menos ingresos en UHD. 3. La vinculación a MI ha resultado una opción operativa.

### G-35

#### MORTALIDAD EN PACIENTES VIH INGRESADOS EN FIN DE SEMANA A. Asenjo<sup>1</sup>, R. Barrena<sup>1</sup>, J. Losa<sup>1</sup>, R. Barba<sup>2</sup>, J. Marco<sup>2</sup>, J. Canora<sup>2</sup>, S. Plaza<sup>2</sup> y A. Zapatero<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Fundación Alcorcón (Madrid).

<sup>2</sup>Grupo de Trabajo de Gestión Clínica de la Sociedad Española. SEMI

**Objetivos.** Los pacientes con infección por el VIH siguen ingresando en los servicios de medicina interna de los hospitales. Los fines de semana (sábados y domingos) se reduce el personal que trabaja en los hospitales. El objetivo de nuestro trabajo fue analizar la relación entre la mortalidad de los pacientes VIH y su ingreso en fin de semana.

**Material y métodos.** Se recogieron del conjunto mínimo básico de datos (CMBD) al alta de los servicios de medicina interna (MI) de España los episodios de hospitalización de pacientes VIH en el año 2005. Para ello se seleccionaron los ingresos no programados que contenían el código CIE-9 correspondiente a esta entidad en alguna de las 13 categorías diagnósticas. Se definió como mortalidad precoz la ocurrida en las 48 primeras horas tras el ingreso y se utilizó el diagnóstico principal y las categorías diagnósticas secundarias para medir la comorbilidad. El CMBD no incluye información sobre recuento de CD4, viremia ni tratamiento antirretroviral. Se hizo un análisis descriptivo de los casos, y se compararon los pacientes que habían ingresado en fin de semana y entre semana y los pacientes que habían fallecido. Se consideraron estadísticamente significativas diferencias con una  $p < 0.05$  (dos colas) y se llevó a cabo un análisis multivariado (modelo de regresión logística) para valorar si el ingreso en fin de semana es un factor de riesgo independiente de mortalidad.

**Resultados.** Se identificaron 7637 hospitalizaciones no programadas de pacientes VIH, lo que supone el 1,77% de todas las hospitalizaciones de los servicios de MI de España. La edad media de los pacientes fue de 41 años (DE 8) y el 75% fueron varones. El 19,2% de las hospitalizaciones se produjeron en sábado o domingo y la mortalidad global y precoz fueron respectivamente 7,9% y 1,4%. La mortalidad global de las hospitalizaciones en sábado y domingo fue similar a las de lunes a viernes (OR 1,065, IC95% 0,865 - 1,311), pero la mortalidad precoz fue superior en los ingresos en fin de semana (OR 1,560, IC95% 1,016 - 2,397). No se objetivaron diferencias entre los ingresos en fin de semana y en día laborable en edad, sexo, ni en el peso relativo del grupo relacionado de diagnóstico (GRD); cuando se analizaron las diferencias en más de 300 variables de diagnóstico principal y comorbilidad, sólo se encontró que en los fines de semana había más estupor, obesidad, arteriopatía, neumonías, bronquitis, intoxicaciones y muguet oral. Además del ingreso en fin de semana otras variables que se asociaron a mayor mortalidad precoz fueron la insuficiencia respiratoria aguda, el shock, la septicemia, la acidosis, la broncoaspiración, la insuficiencia renal crónica, las neoplasias y la hepatopatía crónica. Cuando se ajustó la asociación de la mortalidad y el ingreso en fin de semana por el sexo, la edad, y todos los factores que se asociaban a mayor mortalidad en el análisis univariado y por los que condicionaban diferencias entre fin de semana y día laborable, la

asociación del ingreso en fin de semana con la mortalidad en las primeras 48 h se mantuvo (OR ajustada 1,670; IC95% 1,074-2,598).

**Conclusiones.** El ingreso en fin de semana es un factor de riesgo independiente de mortalidad precoz en las hospitalizaciones de los pacientes VIH.

### G-36

#### VIREMIA Y RECuento DE CD4 EN PACIENTES VIH INGRESADOS EN FIN DE SEMANA

R. Barrena<sup>1</sup>, A. Asenjo<sup>1</sup>, L. Moreno<sup>1</sup>, R. Hervás<sup>1</sup>, M. Velasco<sup>1</sup>, V. Castilla<sup>1</sup>, R. Barba<sup>2</sup> y J. Losa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. (Madrid).

<sup>2</sup>Directora Médico. Hospital Infanta Cristina. Parla. (Madrid).

**Objetivos.** Los pacientes con infección por el VIH siguen ingresando en los servicios de medicina interna de los hospitales. Los fines de semana (sábados y domingos) se reduce el personal que trabaja en los hospitales. El objetivo de nuestro trabajo fue analizar la relación entre la situación inmunoviroológica y el ingreso en fin de semana.

**Material y métodos.** Se recogieron del conjunto mínimo básico de datos (CMBD) al alta todos los episodios de hospitalización urgente de pacientes VIH en el servicio de medicina interna de la Fundación Hospital Alcorcón (FHA) en el período 1999-2006. Para ello se seleccionaron los ingresos no programados que contenían el código CIE-9 correspondiente a esta entidad en alguna de las 13 categorías diagnósticas. Se utilizó el diagnóstico principal como el motivo de ingreso y las categorías diagnósticas secundarias para conocer la comorbilidad. El recuento de CD4, la viremia y si el paciente estaba en tratamiento antirretroviral (TAR) se obtuvieron de la historia clínica y de la base de datos específica de pacientes VIH. Se hizo un análisis descriptivo de los casos, y se compararon los pacientes que habían ingresado en fin de semana y entre semana y los pacientes que habían fallecido. Se consideraron estadísticamente significativas diferencias con una  $p < 0.05$  (dos colas) y se llevó a cabo un análisis multivariado (modelo de regresión logística) para valorar si el estado inmunoviroológico se asociaba al ingreso en fin de semana.

**Resultados.** Se identificaron 435 hospitalizaciones no programadas de 202 pacientes VIH, lo que supone el 1,63% de todas las hospitalizaciones urgentes del servicio de MI de la FHA. El 20,5% de las hospitalizaciones se produjeron en sábado o domingo, la edad media de los pacientes fue de 39 años (DE 7) y el 78% fueron varones. En el 49% de los casos los pacientes tenían prescrito TAR; la mediana de CD4 fue de 186 céls/mL (en el 47% el recuento era  $\geq 200$ ) y la de viremia 15816 copias/mL (en el 32% la viremia era  $< 500$ ). La proporción de pacientes con CD4  $\geq 200$  fue significativamente mayor en las hospitalizaciones en fin de semana que de lunes a viernes (62% vs 45%,  $p = 0.005$ ), pero no existieron diferencias en la proporción de pacientes en TAR ni en la de viremia  $< 500$ . No se objetivaron diferencias entre los ingresos en fin de semana y en día laborable en edad, sexo, ni en el peso relativo del grupo relacionado de diagnóstico (GRD); cuando se analizaron las diferencias en más de 300 variables de diagnóstico principal y comorbilidad, sólo se encontró que en los fines de semana había más ingresos por intoxicaciones farmacológicas y enfermedades respiratorias y con insuficiencia respiratoria aguda. Además del ingreso en fin de semana otras variables que se asociaron con un mejor estado inmunológico fueron: viremia indetectable, TAR, menor peso relativo del GRD, presencia de EPOC, ingreso por neumonía, por hepatopatía o por infecciones de la piel y ausencia de anemia y de infecciones oportunistas. Cuando se ajustó la asociación del ingreso en fin de semana y el estado inmunológico, por el sexo, la edad, y todos los factores que se asociaban a mejor situación inmunológica en el análisis univariado y por los que condicionaban diferencias entre fin de semana y día laborable, la asociación de la inmunocompetencia con el ingreso en fin de semana desapareció (OR ajustada 1,662; IC95% 0,904-3,055).

**Conclusiones.** El ingreso urgente en medicina interna durante el fin de semana no se asocia con la situación inmunoviroológica en los pacientes VIH.

### G-37

#### INFLUENCIA DEL MODO DE DERIVACIÓN EN LA UTILIZACIÓN INADECUADA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

A. Carpio Pérez<sup>1</sup>, M. Alonso Sardón<sup>2</sup>, M. Belhassen García<sup>1</sup>, A. López Bernús<sup>1</sup>, M. Moreiro Barroso<sup>1</sup> y J. Mirón Canelo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Salamanca. Salamanca.

<sup>2</sup>Departamento de Medicina Preventiva. Universidad de Salamanca (Salamanca).

**Objetivos.** En los últimos años se ha comprobado un aumento de la demanda asistencial. La presión ejercida por la demanda se transmite fundamen-

talmente a la Atención Hospitalaria. Urgencias inadecuadas se establece al comprobar que el incremento de urgencias en los SUH, no conlleva un incremento de los ingresos. Utilización inapropiada es el uso de servicios hospitalarios cuando, el paciente podría haber sido atendido en niveles asistenciales menos costosos o en menor tiempo. El objetivo general es conocer la situación actual de los SUH de Salamanca, que permita evaluar la demanda atendida en el SUH, así como la adecuación/inadecuación de las visitas a Urgencias en el Área de Salud de Salamanca. Objetivo específico recoger datos de asistencia y accesibilidad al SUH para comprobar su relación con la adecuación de las visitas al SU y estudiar las formas de derivación de los usuarios al SUH, especificando las características de aquellos que acuden "motu proprio" frente a los que son derivados por un médico.

**Material y métodos.** Diseñamos un estudio epidemiológico observacional, de carácter descriptivo longitudinal, de base poblacional, aplicado a la población que acude, por cualquier motivo, al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Salamanca, durante el período comprendido entre enero y diciembre del año 2003. El total de Urgencias asistidas fue de 137.333 pacientes, (media de 376,25 pacientes/día). Obtuvimos una muestra de 1068 historias para incluir en nuestro estudio. Para evaluar la adecuación de la utilización del SUH utilizamos el PAUHm.

**Resultados.** Realizamos el ANÁLISIS BIVARIANTE entre la modalidad de derivación a Urgencias y el resto de variables. Presentamos y describimos sólo aquellas variables que han demostrado tener una relación estadísticamente significativa. Los máximos porcentajes de derivación por propia voluntad los encontramos en los tramos de edad de 14-19 años (89,5%), 19-25 (85,5%) y 26-35 (80,0%) años. También en los pacientes que residen en la misma localidad del hospital (474 pacientes; 83,2%) y a menos de 15 km del mismo (83 pacientes). Los que son derivados con mayor frecuencia por un médico de primaria, son los que se encuentran a más de 100km de distancia (45,0%). De los 549 pacientes de la zona urbana, 460 (83,8%) acuden al SUH sin haber sido derivados por un médico. Los pacientes que sólo refieren un síntoma son los que utilizan el "motu proprio" con un porcentaje del 73,6% (658), y sólo el 19,1% (171) han consultado antes en primaria. Encontramos que, el grupo que no tiene antecedentes de interés, es el que acude a urgencias por iniciativa propia en el porcentaje más elevado (82,8%). Por el contrario, son los pacientes con mayor morbilidad los que lo utilizan en menor proporción (53,1%). De los 623 pacientes cuya visita se ha considerado adecuada, 393 (63,1%) habían acudido "motu proprio", 162 (26,0%) derivados por primaria y 68 (10,9%) por otros medios. De los 434 pacientes cuya visita se ha considerado inadecuada, 367 (84,6%) habían acudido por iniciativa propia, 58 (13,4%) derivados por un médico de AP y 9 (2,1%) por otros medios. En nuestro estudio, el análisis de regresión logística identificó como variables independientes asociadas con un mayor riesgo de inadecuación de la visita al SUH, según el PAUH modificado, a la derivación "motu proprio", la ausencia de diagnóstico CIE, la ausencia de antecedentes personales y la consulta por problemas no agudos.

**Conclusiones.** 1.- Existe una relación estrecha entre la modalidad de derivación a urgencias y la adecuación de las visitas. En todos los casos la mayor proporción de inadecuación la encontramos en los pacientes que acuden "motu proprio". 2.- El PAUHm ha demostrado ser un instrumento válido, fiable y de reproductibilidad elevada con alta sensibilidad y su especificidad se puede aumentar con la valoración simultánea de varios criterios.

### G-38

#### CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN QUE ACUDE AL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

A. Carpio Pérez<sup>1</sup>, M. Alonso Sardón<sup>2</sup>, M. Belhassen García<sup>1</sup>, M. Moreiro Barroso<sup>3</sup>, A. López Bernús<sup>3</sup> y J. Mirón Canelo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. H. Clínico. Salamanca.

<sup>2</sup>Departamento Medicina Preventiva. Universidad de Salamanca (Salamanca).

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Los Montalvos. Carrascal de Bargas (Salamanca).

**Objetivos.** En los últimos años se ha comprobado un aumento de la demanda asistencial. La presión ejercida por la demanda se transmite fundamentalmente a la Atención Hospitalaria. El concepto de Urgencias inadecuadas se establece al comprobar que el incremento de urgencias hospitalarias, no conlleva un incremento en el número de ingresos. Utilización inapropiada es el uso de SUH cuando, el paciente podría haber sido atendido en niveles asistenciales menos costosos o en menor tiempo. OBJETIVO GENERAL conocer la situación actual de los SUH de Salamanca, para evaluar la demanda atendida, así como la adecuación de las visitas a Urgencias en este Área de Salud. OBJETIVO ESPECÍFICO recoger datos de asistencia y accesibilidad a Urgencias, comprobar su relación con la adecuación de las visitas a Urgencias. Revisar los datos de la organización del SUH, que puedan ser de utilidad para valorar la adecuación de las visitas a Urgencias en el Área de Salud de Salamanca.

**Material y métodos.** Diseñamos un estudio epidemiológico observacional, de carácter descriptivo longitudinal, de base poblacional, aplicado a la población que acude al SU del Hospital Universitario de Salamanca, entre enero y diciembre del año 2003. El total de Urgencias asistidas fue de 137.333 pacientes, (media de 376,25 pacientes/día). Obtuvimos una muestra de 1068 historias. Para evaluar la adecuación de la utilización del SUH utilizamos el PAUHm.

**Resultados.** De las 1068 historias revisadas, 48,2% (515) son hombres y 51,8% (553) mujeres. El rango de edad está entre 13 y 99 años. Al agrupar las edades el más frecuentado del SU es el de 19 a 25 años con un 15,4% (165), seguido por 36 a 45 años 14,3% (153). Los grandes ancianos (> 85 años), suponen un 4,8% (51). El 72,2% (771) de los pacientes acuden "motu proprio", y un 20,6% es derivado por su médico. 549 (51,4%) pacientes pertenecen a ZBS urbanas y 444 (41,6%) lo son en ZBS rurales. 288 pacientes (27,0%), tenían un antecedente médico; 227 (21,3%), dos antecedentes y 196 (18,3%), 3 ó más enfermedades concomitantes. 887 pacientes (83,1%) consultan por un síntoma, 162 pacientes (15,2%) lo hacen por dos y sólo 6 pacientes (0,6%) llegan refiriendo 3 o más síntomas. Los más frecuentes: dolor 30,0% (320), traumatismos y accidentes 24,1% (258), oftalmológicos 6,3% (67) y pgiá neurológica 6,1% (63). El inicio de los síntomas en el 55,9% (585) de los casos, horas antes de la llegada al SUH. El 7,7%, refieren una evolución superior a la semana. Más de la mitad (59,5%) de las urgencias son atendidas por un MIR, solo o supervisado 32,4% (346). El 79,7% (851) de las urgencias son atendidas en el Hospital Clínico. El 18% (188) en el V. Vega y el 3% (34) en Béjar. El destino mayoritariamente es el alta 74,5% (796), y un 12% (136 pacientes (12,7%)) son ingresados. El diagnóstico al alta en el 91,1% de los casos es un diagnóstico CIE. Lo más frecuente los traumatismos y envenenamientos, seguidos por estados morbosos mal definidos y la patología osteomuscular. El 2,9% (31) son etiquetados como "no presenta patología urgente". 14 pacientes (1,3%) no esperan a ser atendidos. La visita al SUH, según PAUHm, resultó apropiada en el 58% (623) de la muestra e inapropiada en el 41% (434). La mayor parte de los casos adecuados ha sido por el criterio de intensidad diagnóstica (65,2%).

**Conclusiones.** El patrón de los pacientes que acuden de forma adecuada al SUH de Salamanca es: Edad superior a 60 años, ambos sexos, que viven a más de 30 km del hospital, ámbito rural, derivados por Atención Primaria, con comorbilidad y consultan por problema agudo o una reagudización de una patología crónica. 2.- Los pacientes que residen en el ámbito urbano son los que presentan mayor porcentaje de inadecuación. No se han encontrado diferencias significativas en la adecuación de las visitas de los pacientes clasificados por Zonas Básicas de Salud, que justifiquen una actuación en una zona concreta.

### G-39

#### ESTIMACIÓN DE LA UTILIZACIÓN INADECUADA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

A. Carpio Pérez<sup>1</sup>, M. Alonso Sardón<sup>2</sup>, M. Belhassen García<sup>1</sup>, M. Moreiro Barroso<sup>1</sup>, A. López Bernús<sup>3</sup> y J. Mirón Canelo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Salamanca. Salamanca.

<sup>2</sup>Departamento de Medicina Preventiva. Universidad de Salamanca (Salamanca).

**Objetivos.** En los últimos años se ha comprobado un aumento de la demanda asistencial. La presión ejercida por la demanda se transmite fundamentalmente a la Atención Hospitalaria. El concepto de Urgencias inadecuadas se establece al comprobar que el incremento progresivo de urgencias atendidas en los SUH, no conlleva un incremento paralelo en el número de ingresos. Utilización inapropiada es el uso de servicios hospitalarios cuando, el paciente podría haber sido atendido en niveles asistenciales menos costosos o en menor tiempo. El OBJETIVO GENERAL es conocer la situación actual de los SUH de Salamanca, para evaluar la demanda atendida en el SUH, así como la adecuación de la visita a Urgencias en este Área de Salud. OBJETIVO ESPECÍFICO recoger datos de asistencia y accesibilidad, Evaluar y Cuantificar través del PAUH modificado, la adecuación de la visita a Urgencias en el Área de Salud de Salamanca, e Identificar las causas más frecuentes de utilización inadecuada de los SUH.

**Material y métodos.** Estudio epidemiológico observacional, descriptivo longitudinal, de base poblacional, aplicado a la población que acude, por cualquier motivo, al SU del Hospital Universitario de Salamanca, entre enero y diciembre del año 2003. El total de Urgencias asistidas fue de 137.333 pacientes, (media de 376,25 pacientes/día). Obtuvimos una muestra de 1068 historias. Para evaluar la adecuación de la utilización del SUH utilizamos el PAUHm.

**Resultados.** Los mayores porcentajes de inadecuación aparecen en las primeras décadas de la vida con un máximo en la franja de 14-19 años (42,7% de adecuación frente a un 57,3% de inadecuación). La adecuación más alta aparece en los usuarios de mayor edad, a partir de los 55 años con un máximo del 78,3% en el grupo entre 76-85 años Se encuentra la máxima ade-

cuación en las mayores distancias al Hospital y la mayor inadecuación en los pacientes que residen cerca o en la misma ciudad. De los 541 pacientes de la zona urbana, 294 (54,3%) acuden al SUH de forma adecuada, mientras que el los pacientes que llegan de zona rural llegan al 63,3% (279 de 441) La adecuación tiene unos porcentajes superiores al 60% en los grupos que consultan por problema agudo o por reagudización de uno crónico. Los pacientes que refieren 1 síntoma son los de menor porcentaje de adecuación (563-58,0%). 100% los pacientes que refieren 3 o más síntomas. La adecuación oscila entre el 47,1% en los pacientes con síntomas de meses y el 66,7% del grupo con síntomas de años de duración. El grupo sin antecedentes de interés, es el que menor adecuación presenta (51,2%). Los pacientes con mayor morbilidad los que alcanzan mayor porcentaje de adecuación (71,9%) Aquellos usuarios que han tenido un diagnóstico establecido por la clasificación CIE presentan una adecuación del 61,7%. Aquellos que no tienen un diagnóstico claro o que se expresa como no hay patología urgente tienen porcentajes de adecuación de 45,5 y 38,7%. El análisis de regresión logística identificó como variables independientes asociadas con un mayor riesgo de inadecuación de la visita al SUH, según el PAUH modificado, a la derivación "motu proprio", la ausencia de diagnóstico CIE, la ausencia de antecedentes personales y la consulta por problemas no agudos.

**Conclusiones.** 1.- El número de Urgencias "apropiadas" (58,4%), está influenciado por la intensidad diagnóstica y terapéutica habitual en los SU de los H universitarios. El 40,6% de las visitas al SUH de Salamanca se clasificaron como "inadecuadas" con el PAUHm. 2.- El patrón de los pacientes que acuden de forma adecuada al SUH de Salamanca es: Edad superior a 60 años, ambos sexos, que viven a más de 30 km del centro hospitalario, ámbito rural, derivados por AP, con comorbilidad y consultan por problema agudo o una reagudización de patología crónica. 3.- El PAUHm ha demostrado ser un instrumento válido, fiable y de reproducibilidad elevada, con alta sensibilidad y su especificidad se puede aumentar con la valoración simultánea de varios criterios.

#### G-40 INTERCONSULTOR QUIRÚRGICO. UN NUEVO FUTURO PARA LA MEDICINA INTERNA

Z. Santos, J. Pérez, F. Acosta, H. Sterzik, J. López, N. Jaén, N. Moya y J. Gómez

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.*

**Objetivos.** Estudio descriptivo de las interconsultas quirúrgicas recibidas en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria para establecer la figura de Interconsultor Quirúrgico del Servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Valoramos las interconsultas de Servicios Quirúrgicos recibidas entre los meses de enero 2009-junio 2009, en horario de 8.00-15.00 am de lunes a viernes. Se valoró: sexo, servicio quirúrgico, días de seguimiento, motivo de consulta, tipo de interconsulta, tiempo en respuesta, edad, solicitud de traslado a nuestro Servicio y pacientes que se trasladaron. Mes y día de solicitud de la interconsulta.

**Resultados.** 221 interconsultas (1.75 consultas/día), 133 de Servicios Quirúrgicos (60.18% - 1.05 /día.). 76% varones y el 57% mujeres. Los meses con más demanda fueron Enero (22.6 %) y febrero (18.8 %). Los servicios con más demanda fueron Traumatología n = 43 (32.3 %), Cirugía General n = 25 (18.8 %), Neurocirugía n = 23 (17.3 %), y Urología n = 13 (9.8 %). Tiempo de respuesta: en la misma mañana n = 83 (62.4%), al día siguiente n = 35 (26.3%), más de 24 horas n = 15 (11.3%). El tipo de interconsulta fue urgente en un 27.1% (n = 36), en el día 24.1% (n = 32), preferente en un 8.3% (n = 11) y normal en un 40.6% (n = 54). Los motivos de consulta más frecuente fueron la insuficiencia respiratoria n = 39 (29.3 %), alteraciones en la analítica n = 14 (10.5 %), valoración de pluripatología y neumonía no asociada a ventilación mecánica ambos con un 9.8% (n = 13 = ). Se solicitó traslado a nuestro Servicio en un 16.5% de los casos (n = 22) y se trasladaron un 8.3% (n = 11). Los días de más interconsultas fueron los lunes 31% y los viernes 23.8 %. Edad media 72 ± 14 años (27-96). La media de días de seguimiento: 3.25 días (1-14).

**Discusión.** Una de las cargas de trabajo de un Servicio de Medicina Interna es la respuesta a las consultas con especialidades médicas y quirúrgicas. Dos estudios nacionales han analizado las interconsultas quirúrgicas de Medicina Interna revelando ambos que son frecuentes (4 por cada 100 ingresos quirúrgicos), precisando entre 33-70% seguimiento durante el ingreso. Es una interconsulta preferentemente postoperatoria, con individuos de edad elevada (65-70 años) con patología múltiple, cuya estancia media y mortalidad supera a la de aquellos atendidos en especialidades quirúrgicas. Los objetivos finales de la interconsulta es disminuir la morbimortalidad y estancia media hospitalaria. El internista es, en atención a su polivalencia y capacidad de enfoque multidisciplinar, uno de los especialistas más requerido en las plantas quirúrgicas, lo que supone una carga de trabajo añadida

a la habitual que es difícil de cuantificar y posiblemente minusvalorada. Se trata en la mayoría de los casos en trabajo no programado, discontinuo, no registrado en la actividad hospitalaria y de alta complejidad.

**Conclusiones.** Varios trabajos han demostrado el impacto favorable que añade la labor de los servicios médicos a la asistencia de servicios quirúrgicos. También se ha señalado la importancia de procurar una adecuada formación de los residentes en el "arte de la consulta médica". En la mayoría de los trabajos consultados los motivos de consulta giran en torno al control o descompensación de enfermedades crónicas previamente conocidas. La presencia de un Internista como figura de interconsultor quirúrgico mejoraría la relación con el cirujano y la motivación de estos para la comunicación oral.

#### G-41 RESULTADOS INICIALES DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN (MIDIR) EN UN S<sup>2</sup> DE MEDICINA INTERNA

G. Eroles Vega, C. Romero Pérez, A. Mecina<sup>1</sup>, C. Vicente Martín, M. Joya Seijo y P. del Valle Loarte

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

**Objetivos.** Evaluación inicial de la actividad de MIDIR en los 4 primeros meses de funcionamiento

**Material y métodos.** 1.- Recogida y almacenamiento de datos de los primeros 50 pacientes estudiados en MIDIR, en una base Acces 2.- Analisis descriptivo de los resultados obtenidos

**Resultados.** PERIODO DE ESTUDIO: 26/1/2009 - 28/5/2009. PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES: 100% de Urgencias. PACIENTES: valorados: 68; remitidos a MIDIR: 50 (73%) (edad: 57 ± 20 años; varones: 53 %, con pluripatología: 14%). MOTIVO CONSULTA: Síntomas digestivos (44%), Anemia (14%), Pérdida de peso (12%), Fiebre (10%), Alteraciones analíticas o radiológicas (10%), Síntomas inespecíficos (2%), Otros (6%). TIEMPOS (días): de respuesta (7 ± 3), de diagnóstico (14 ± 15), de seguimiento (19 ± 15); 36% de pacientes tuvieron un tiempo de seguimiento superior a la media, en su mayor parte (32%) relacionado con retrasos en la citación de pruebas y recepción de resultados. RATIO 2<sup>a</sup> / 1<sup>a</sup> CONSULTA: 1.7. IDONEIDAD ESTUDIO EN MIDIR: 45 pacientes (90%). BENEFICIOS (% pacientes): ingreso evitado (52%), reducción en consultas (64%), adelanto de diagnóstico (68%), nulo (12%). FRACASO MIDIR: 8 pacientes (16%): ingreso antes de finalizar estudio: 6 (12%), abandono: 1, éxitos: 1. INGRESOS: 10 pacientes (20%), 12 ingresos [realización biopsias: 5 (42%), inestabilidad paciente: 5 (42%), retraso en pruebas: 2 (16%)]. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO (% pacientes): Fiabilidad del diagnóstico: de certeza (58), de probable (14), de exclusión (28). Tipo de patologías: Digestivo (30), Oncología (20), Infecciosa (18), Hepatología (4), Inmunología / Alergia (4), Cardiología (2), Reumatología (2), Hematología (2), Neurología (2), Endocrinología (2), Alcoholismo (2), No patología orgánica (12) DESTINO AL ALTA (% pacientes): Atención Primaria (36), Medicina Interna (24), otros servicios (34), éxitos (2)

**Discusión.** Los resultados obtenidos se ajustan a las previsiones realizadas al iniciar la actividad, excepto: A) El nº elevado de pacientes ingresados (20%) (y un paciente fallecido), probablemente relacionado con un porcentaje importante de pacientes oncológicos (20%) B) El porcentaje de pacientes sin patología orgánica al finalizar el estudio (12 %), de indicación inadecuada de estudio en MIDIR (10%) y el de fracasos del estudio en MIDIR (16%), pueden indicar la necesidad de una valoración más estricta de estos pacientes antes de ser remitidos para estudio. C) El 36% de pacientes con un tiempo de seguimiento mas prolongado, que indica la necesidad de una rápida citación y recepción de resultados, para un correcto funcionamiento de MIDIR

**Conclusiones.** 1<sup>o</sup>- La consulta de alta resolución es un método eficaz de diagnóstico rápido en pacientes con patologías graves (sobre todo, neoplasias) 2<sup>o</sup>- Representa una medida de ahorro en ingresos hospitalarios y en consultas externas 3<sup>o</sup>- Para un correcto funcionamiento se debe realizar un cribado previo de los pacientes que van a ser estudiados 4<sup>o</sup>- Por último, se requiere que la citación, realización y recepción de resultados de pruebas complementarias se realice con rapidez

#### G-42 ADECUACIÓN DE INGRESOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

A. Muela Molinero<sup>1</sup>, L. Fernández Marcos<sup>2</sup>, J. Borrego Galán<sup>1</sup>, J. Herrera Blanco<sup>1</sup>, J. Guerra Laso<sup>1</sup>, B. Blanco Iglesias<sup>1</sup>, L. Quiroga Prado<sup>1</sup> y J. Santos Calderón<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>DUE. Hospital de León. León.

**Objetivos.** Determinar la inadecuación de ingresos en una sección de nuestro Servicio de Medicina Interna utilizando el AEP (Appropriateness Evaluation Protocol).

Tabla 1 (G-42). Causas de adecuación de ingresos

Causas	Porcentaje
Necesidad de medicación intravenosa	61,53%
Ventilación asistida continua o intermitente	20,51%
Alteración hidroelectrolítica severa	7,70%
Síndrome confusional agudo	7,70%
Alteración hidroelectrolítica severa	2,56%

**Material y métodos.** El Hospital de León constituye un complejo sanitario integrado por distintos hospitales, fruto de las diferentes integraciones producidas en los últimos años. Desde el año 2002 el Hospital Monte San Isidro se integra dentro del Hospital de León, tras la transferencia a la Junta de Castilla y León de las competencias en materia de gestión de las Instituciones Sanitarias ubicadas en su territorio. De igual modo, el servicio de Medicina Interna de dicho centro se ha integrado con el del Hospital de León. Para este estudio se revisaron parámetros demográficos, clínicos y estructurales, así como un análisis de adecuación del ingreso utilizando el AEP. Se definió como paciente multiingresador aquel que había precisado ingreso más de dos veces en los 12 últimos meses o más de tres en los últimos 5 años. Los datos obtenidos fueron analizados con el programa estadístico SPSS 10.0 para Windows.

**Resultados.** En total 67 pacientes cumplieron los criterios de inclusión en el estudio. La edad media fue de  $78,96 \pm 10,02$  años. El 61,7% fueron hombres y un 30,3% mujeres. El 51,1% reunía criterios de multiingreso. Por grupos de patología, las enfermedades cardiovasculares fueron las más frecuentes (34,04%), seguida por la patología respiratoria (12,74%) e infecciosa (10,64%). El 91,5% de los pacientes ingresaron desde Urgencias, y de éstos solo un 23,4% de los ingresos se produjeron durante la jornada laboral. La espera media desde la llegada a Urgencias hasta el ingreso fue de 4 horas y media; un 17% de los pacientes había esperado más de 6 horas en Urgencias. Un 17% de los ingresos no reunía ningún criterio de adecuación. La causa más frecuente de adecuación fue la necesidad de medicación intravenosa seguida de la necesidad de ventilación asistida (continua o intermitente) -véase tabla adjunta.

**Discusión.** Las elevadas tasas de patología cardiopulmonar observadas, así como la edad media de los pacientes ingresados, no hacen sino reflejar el envejecimiento de nuestra población y la elevada prevalencia de estas patologías en dicha población. Es de destacar que más de la mitad de los pacientes son reingresadores y cerca de la quinta parte no reunía criterios de adecuación para el ingreso. Asimismo, la mayor parte de los ingresos (76,6%) se produjeron fuera del horario laboral, tiempo en que el ingreso en nuestro centro, corre a criterio del médico de urgencias. Todos estos datos (elevada tasa de multiingresadores y importante número de pacientes sin criterios de adecuación) unidos a la elevada espera desde la llegada a Urgencias hasta el inicio de la tramitación del ingreso, nos llevan a creer que el proceso sería más optimizable con una evaluación inicial por parte del médico internista de nuestro centro.

**Conclusiones.** El AEP es una herramienta que proporciona información fiable sobre la sobreutilización de los recursos hospitalarios. Los pacientes ingresados en nuestro servicio se caracterizan por su edad avanzada y una elevada prevalencia de patologías cardiopulmonares, así como por una alta frecuencia de ingresos previos.

#### G-43

##### ¿CUMPLIMENTAMOS CORRECTAMENTE LOS FORMULARIOS DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS?

B. Cortés Rodríguez<sup>1</sup>, A. Lozano Rodríguez-Mancheño<sup>1</sup>, F. Rosa Jiménez<sup>2</sup>, M. Duro López<sup>3</sup>, A. Jiménez Pacheco<sup>3</sup>, P. Armijo Ruiz<sup>2</sup>, E. Fernández Martínez<sup>2</sup> y C. Granados García<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Urgencias, <sup>3</sup>Dirección de Centro. Hospital de Alta Resolución Sierra de Segura (Jaén).

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Alta Resolución Alcaudete (Jaén).

**Objetivos.** Analizar la cumplimentación de los formularios de CI (FCI) realizados en el Hospital de Alta Resolución Sierra de Segura, en sus vertientes diagnóstica y quirúrgica.

**Material y métodos.** Se estudió una muestra aleatorizada de los FCI realizados para actuaciones de cirugía mayor ambulatoria, cirugía menor ambulatorias y cirugía urgente, y pruebas diagnósticas incluídas en nuestra cartera de servicios que precisan de un FCI (TAC con contraste intravenoso, enema opaco, urografía intravenosa, PAAF tiroidea, fibrobroncoscopia, endoscopia digestiva y ergometría) realizadas en el año 2008 en nuestro hospital. Se analizaron 2 grupos de parámetros: los específicos del FCI (localización en la historia clínica e identificación de la técnica) y los relativos a la identifica-

ción (identificación del paciente o su representante y su firma, identificación del facultativo y su firma).

**Resultados.** En el año 2008 se realizaron 2145 actuaciones que precisaban de un FCI: 812 quirúrgicas y 1333 diagnósticas. Se analizaron 462 actuaciones: 231 procedimientos diagnósticos (110 TAC con contraste, 67 endoscopias digestivas, 28 ergometrías, 11 enemas opacos, 7 urografía intravenosas, 4 cistografías, 2 broncoscopias y 2 PAAF tiroideas) y 231 actuaciones quirúrgicas (126 fueron cirugía mayor ambulatoria, 87 cirugía menor y 18 cirugías urgentes). En el 98,5% de los casos (455) se localizó el FCI, siendo todas las ausencias en las pruebas diagnósticas (3% vs. 0%,  $\chi^2$ ,  $p = 0.001$ ). De los 455 CI analizados, el 44,3% (201) estaba incompleto, más frecuente en las pruebas diagnósticas (58,9% vs. 30%,  $\chi^2$ ,  $p = 0.001$ ). Faltaba la identificación del médico en 184 (40,5%), la firma del médico en 166 (36,5%), la identificación del paciente en 59 (13%) y la firma del paciente en 20 (4,4%). No se observó diferencia en la firma del paciente, siendo más frecuentes la ausencia en las pruebas diagnósticas en el resto de parámetros: identificación del médico (56,3% vs. 25,2%,  $\chi^2$ ,  $p = 0.001$ ), firma del paciente (56,3% vs. 17,3%,  $\chi^2$ ,  $p = 0.001$ ), identificación del paciente (21,3% vs. 4,5%,  $p = 0.001$ ).

**Conclusiones.** 1. Elevado cumplimiento de la obligación de obtener un FCI en las circunstancias marcadas por la ley. 2. La heterogeneidad en la localización del FCI puede dificultar su localización o provocar su extravío. 3. Destacamos la utilidad de las autoauditorias para detectar áreas de mejora que ayuden a optimizar la calidad de los mismos. En este sentido, en las especialidades médicas se detecta más fallos en la cumplimentación del FCI que en las quirúrgicas.

#### G-44

##### ANÁLISIS DE LA ESTANCIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DURANTE EL PRIMER AÑO FORMATIVO EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA INTERNA

D. García Gil<sup>1</sup>, F. Brun Romero<sup>1</sup>, J. Benítez Macías<sup>1</sup>, G. García de Casola<sup>2</sup>, J. Aparicio Oliver<sup>1</sup> y R. Gámiz Sánchez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Urgencias Hospitalarias. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Infanta Cristina. Parla (Madrid).

**Objetivos.** Conocer la opinión y la percepción subjetiva de los residentes de 4<sup>º</sup> y 5<sup>º</sup> años de Medicina Interna respecto a los recursos formativos utilizados durante el primer año de residencia (Curso de Urgencias y rotatorio específico de mañana) para la adaptación al sistema de trabajo en la Sección de Urgencias Hospitalarias, así como del trabajo realizado durante las guardias en Urgencias durante el mismo período formativo (grado de supervisión, adquisición progresiva del grado de responsabilidad asistencial, opinión profesional y laboral sobre las mismas).

**Material y métodos.** Encuesta anónima, promovida por el Grupo de trabajo de Urgencias y de Formación de la SEMI, dirigida a residentes mayores (R4-R5) durante el período Enero-Abril de 2009. La encuesta se difundió a través de la página web de la SEMI, utilizando un listado de correos electrónicos de los MIR obtenidos del Grupo de Formación. Se seleccionaron 22 preguntas con respuesta múltiple.

**Resultados.** Durante los 4 meses que se mantuvo abierto el estudio se recogieron un total de 78 encuestas. El 53,8% (42) de las mismas fueron contestadas por mujeres. La edad media de los encuestados fue de  $29,82 (\pm 3,15)$  años. El 73,1% (57) de los residentes se encontraban solteros ( $p > 0,05$ ), sin diferencias significativas en el estado civil en función del sexo. Casi de la mitad de los participantes en el estudio procedían de Andalucía (30,8%) y Cataluña (15,4%). El 57,7% trabajaban en un hospital con  $> 500$  camas, el 28,2% en uno con 250-500 camas y el 14,1% en hospitales con  $< 250$  camas. Hasta en el 67,9% de los hospitales estudiados, la SUH es una Unidad independiente funcionalmente. En el 48,7% de los centros los especialistas en Medicina Interna suponen  $< 10\%$  de la plantilla total de Urgencias. En la mitad de los hospitales existe una rotación específica por el Área de Urgencias durante el 1<sup>º</sup> año de Residencia (7,7% de 3 meses y 42,3% inferior), y casi las 2/3 partes de los encuestados opina que el curso de Urgencias impartido previamente a la incorporación es de "Gran utilidad" (7,7%) o "Alguna utilidad" (56,4%), pero que debería ser mejorado. En las 3/4 partes de los hospitales (76,8%) los residentes de primer año hacen 4 o más guardias en el Servicio de Urgencias, fundamentalmente en el Área de Consultas/Policlínica. La percepción general es que el grado de supervisión durante este primer año de residencia es insuficiente o nulo (60,3% y 12,8%), y que la adquisición del grado de responsabilidad asistencial en la mayoría de los casos no se produce adecuadamente (ocasionalmente 23,1% y de forma inadecuada 39,7%). No obstante, la percepción sobre el grado de supervisión durante el 1<sup>º</sup> año de residencia varía si se analiza por sexos. Mientras el 78,5% de las mujeres consideran que es insuficiente o nulo, esta percepción negativa "sólo" ocurre en el 66,7% de los varones. De la misma forma, el 44,4% de los varones opinan que la responsabilidad creciente se adquiere de forma adecuada o aceptable, frente al 31% de

las mujeres. Como consecuencia de lo anterior el 26,2% de las mujeres recuerda el primer año de residencia en Urgencias como una "experiencia traumática" frente al 16,7% de los varones (21,8% en el grupo global).

**Discusión.** El curso de Urgencias impartido a los residentes de primer año parece ser claramente útil, aunque teniendo en cuenta los recursos destinados al mismo, deberíamos trabajar en la mejora tanto de la forma como del fondo para poder seguir justificándolo. Aún no se cumplen las directrices del último Plan Formativo de la Especialidad respecto a la rotación específica por el Servicio de Urgencias durante el primer año. Los Servicios de Urgencias deberían trabajar en este sentido para ofrecer una rotación "atractiva" en los diferentes hospitales. A pesar del esfuerzo de los profesionales que trabajan en las Urgencias Hospitalarias, la percepción del residente de primer año continúa siendo negativa respecto al grado de supervisión y responsabilidad asistencial, por lo que es prioritario trabajar en este sentido, sobre todo tras la entrada en vigor del RD 183/2008.

#### G-45

### CARACTERÍSTICAS DEL PERIODO FORMATIVO EN LA SECCIÓN DE URGENCIAS A PARTIR DEL 2º AÑO DE LA RESIDENCIA EN MEDICINA INTERNA

**F. Brun Romero<sup>1</sup>, D. García Gil<sup>1</sup>, J. Benítez Macías<sup>1</sup>, G. García de Casola<sup>2</sup>, R. Gamiz Sánchez<sup>1</sup> y J. Aparicio Oliver<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Urgencias Hospitalarias. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Infanta Cristina. Parla (Madrid).

**Objetivos.** Valorar la relación del MIR de Medicina Interna con los Servicios de Urgencias (SUH) en los siguientes aspectos: formación, rotaciones, guardias, supervisión y proyección laboral.

**Material y métodos.** Encuesta anónima, promovida por el Grupo de trabajo de Urgencias y de Formación de la SEMI, dirigida a residentes mayores (R4-R5) durante el período Enero-Abril de 2009. La encuesta se difundió a través de la página web de la SEMI, utilizando un listado de correos electrónicos de los MIR obtenidos del Grupo de Formación. Se seleccionaron 22 preguntas con respuesta múltiple.

**Resultados.** Durante los 4 meses que se mantuvo abierto el estudio se recogieron un total de 78 encuestas. El 53,8% (42) fueron contestadas por mujeres. La edad media de los encuestados fue de 29,82 ( $\pm$  3,15) años. Casi de la mitad de los participantes en el estudio procedían de Andalucía (30,8%) y Cataluña (15,4%). El 57,7% trabajaban en un hospital con > 500 camas (28,2% -250 a 500- y 14,1% < 250 camas). En el 48,7% de los centros, los especialistas en Medicina Interna suponían < 10% de la plantilla total de Urgencias. A partir del segundo año de residencia, el número de guardias realizadas en el Servicio de Urgencias es muy variable (Tabla 1). La mayoría de las guardias (60,5%) se realizan entre el Área de Observación y Consultas/Policlínica (C/P). Casi la ¼ parte (22,4%) continúan haciendo guardias exclusivamente en C/P. El 45,5% considera que el aumento de responsabilidad asistencial se realiza de forma aceptable (aunque mejorable), frente al 35,1% y 16,9% que opina que sólo se cumple ocasionalmente y de forma inadecuada, respectivamente. El 73,1% opina que la actividad asistencial y formativa en el Servicio de Urgencias a partir del 2º año es beneficioso para la formación, pero con importantes mejoras. El 65,4% (72,2% de los varones vs 59,5% de las mujeres) contempla como opción atractiva trabajar durante unos años en Urgencias tras finalizar la especialidad, frente al 19,2% que sólo desea trabajar en planta de hospitalización y el 14,1% que no trabajaría en Urgencias nunca. La experiencia vivida en Urgencias durante el primer año MIR influye decisivamente en la percepción del trabajo en dicho Servicio. Entre aquellos encuestados que percibieron el primer año en Urgencias como "una experiencia traumática", sólo el 29,4% se plantea trabajar en urgencias (el 41,2% nunca lo haría y el 23,5% únicamente quiere trabajar en planta). Además, hasta el 35,3% de este grupo opina que el Internista está desaprovechado y pierde el tiempo en Urgencias. Por el contrario, entre el grupo que percibió año de guardias en puerta como duro, pero positivo, hasta el 75,4% ve atractivo trabajar durante unos años en Urgencias, y el 83,6% considera que está muy bien para adquirir habilidades y experiencia clínica.

**Discusión.** La percepción general de la adquisición de responsabilidad asistencial progresiva en Urgencias a partir del 2º año de residencia es posi-

va, aunque es necesario seguir trabajando en este sentido para mejorar la capacidad formativa de las mismas. Aunque cada vez es mayor el número de Internistas "noveles" que se sienten atraídos por las Urgencias Hospitalarias, es fundamental mejorar la supervisión y la oferta docente, ya que la experiencia en Urgencias (guardias) durante el primer año formativo tiene una influencia crucial en la opinión posterior de los residentes y el planteamiento de salida laboral.

#### G-46

### DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD DE UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

**R. Cuervo Pinto<sup>1</sup>, J. González Armengol<sup>1</sup>, P. Villarreal González-Elipse<sup>1</sup>, C. Fernández Alonso<sup>1</sup>, D. Chaparro Pardo<sup>1</sup>, E. García Lamberechts<sup>1</sup>, F. Martín Sánchez<sup>1</sup> y J. González del Castillo<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Urgencias. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

<sup>2</sup>Urgencias. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón (Madrid).

**Objetivos.** Describir la actividad asistencial de una Unidad de Corta Estancia como elemento, probablemente fundamental, en la gestión hospitalaria dada la alta resolución que supone sobre una gran cantidad de pacientes con resultados óptimos y una importante reducción del gasto respecto a la planta convencional.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo prospectivo de los pacientes ingresados en la UCEU del Hospital Clínico San Carlos durante 2008. Se diseñó una base de datos recogida por administrativo. Se incluyeron variables demográficas, clínicas y asistenciales. Se añadió el Grupo Relacionado de Diagnóstico (GRD) y peso medio (PM) tras contactar con el servicio de Admisión.

**Resultados.** N = 2683 pacientes. Edad media: 70,99 años (DE 17,94). 1389 (51,8%) mujeres. Se han registrado 145 GRD principales distintos. GRD más prevalentes: 408 (15,20%) infección respiratoria (GRD 541, 88, 90, 102 y 97), 199 (7,41%) infección tracto urinario (320,321), 321(11,96%). Insuficiencia Cardíaca (GRD 127, 544 y 87), 157 (5,85%) síncope (141, 142) y 153 (5,70%) arritmias (138,139).124(4,62%) hemorragia gastrointestinal (174,175), 135 (5,03%) diarrea (814,183) y 100 (3,73%) obstrucción intestinal (181),. Peso medio por GRD: 1,207898. Estancia media: 1,18 (DE 0,54) días. Procedimientos: 2677 Básicos (análisis sangre+ radiología simple + ECG), 870 gasometrías arteriales, 342 endoscopias, 182 ecografías, 118 TAC, 55 cultivos, 26 gammagrafías, 12 Holter-ECG, 5 ergometrías, 2 RMN, 1 enema opaco. Alta de la UCE: 2683 (Exitus = 0). Alta Externa 2330 (86,8%): 1365 a domicilio (577 con cita en consultas externas y 100 con Hospital a Domicilio), 965 a Hospital de Apoyo. Traslado interno: 353 (13,2%) (303 a Medicina y 50 a cirugía). Reingreso (al mes por mismo GRD): 1,58%.

**Discusión.** La UCE es una unidad dinámica de alta resolución diagnóstico-terapéutica adecuada para determinadas patologías.

#### G-47

### ESTUDIO PROSPECTIVO DE PACIENTES CON REINGRESO PRECOZ EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. RESULTADOS PRELIMINARES

**C. Romero Pérez<sup>1</sup>, C. Sobrino Calzada<sup>2</sup>, G. Eroles Vega<sup>1</sup>, J. Cornejo Martín<sup>3</sup>, C. Vicente Martín<sup>1</sup> y M. Joya Seijo<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Residente 3er año de Medicina Interna, <sup>3</sup>Residente de 3er año de Medicina de Familia y Comunitaria. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid).

**Objetivos.** Identificar y analizar factores de riesgo para reingreso precoz.

**Material y métodos.** 1º) Durante un período de 6 meses se registraron 113 pacientes ingresados en al menos 2 ocasiones. 2º) Se consideró ingreso precoz si el intervalo transcurrido desde el ingreso anterior era < 31 días. 3º) Los datos se almacenaron en base Acces. 4º) Mediante el programa estadístico SPSS 11.0, se realizó: análisis descriptivo (variables cualitativas expresadas en frecuencia y cuantitativas en media y desviación standard o en mediana y RIQ) y comparación de hipótesis con test de chi2 (cuantitativas) y correlación lineal de Pearson (cualitativas); significación p < 0.05

**Resultados.** PACIENTES: 43 pacientes (38%) eran reingresadores precoces (RP) y 70 no precoces (RNP); no existían diferencias en ambos grupos con respecto a la edad (años) (X  $\pm$  DE) (75  $\pm$  11 vs 77  $\pm$  12), sexo (%) (varones 51 vs 56), domicilio variable (%) (7 vs 4) o residencia asistida (25 vs 18). PLURIPATOLOGÍA: No existían diferencias en el nº de pacientes pluripatológicos (% pacientes) (93% vs 90) ni en portadores de algunas patologías crónicas (HTA, D. mellitus, EPOC, F. auricular, anemia, neoplasia e l. renal crónica); existían diferencias en c. isquémica (14 vs 40; p: 0.05) y demencia (39.5 vs 21, p:0.06). TRATAMIENTOS CRÓNICOS: No existieron diferencias con respecto a cumplimiento del tratamiento (método de Moris-

Tabla 2 (G-45). Nº de guardias en Urgencias a partir del segundo año de residencia

	Número	Guardias	en	Urgencias
Año de residencia	0	1-2	3-4	>4
R2-R3	14,1%	29,5%	29,5%	26,9%
R4-R5	20,5%	52,6%	11,5%	15,4%

ky - Green), polifarmacia, oxigenoterapia o nutrición enteral domiciliarias ni sondaje vesical permanente. SITUACIÓN BASAL: Con respecto a los índices funcionales hubo diferencias para I. Pfeiffer > 7 (% pacientes) (28 vs 14; p:0.08) y clase NYHA 4 (12 vs 1, p: 0.02). No existían diferencias en otros índices (Barthel, Charlson). No hubo diferencias en las determinaciones analíticas ( $X \pm DE$ ) (g/dL) de hemoglobina ( $11.8 \pm 2$  vs  $11.7 \pm 2$ ) ni de albúmina ( $3.1 \pm 0.6$  vs  $3.3 \pm 0.6$ ) CARACTERÍSTICAS DEL REINGRESO: no hubo diferencias en el% de ingresos inadecuados (23 vs 27) pero si en el motivo de ingreso (% de pacientes): agudización de enfermedad crónica (39.5 vs 67; p: 0.05), efectos derivados de ingreso previo (yatrogenia, infección nosocomial) (28 vs 1; p: 0.05); los% fueron similares para ambos grupos (RP y RNP) cuando el ingreso era por una nueva enfermedad o por motivos sociales. PRONOSTICO: Fue peor para el grupo RP: exitus (%) (14 vs 6; p: 0.09).

**Discusión.** Los resultados expuestos son preliminares. Es posible que con la recogida de mayor nº de casos cambie la significación de algunos parámetros analizados. Uno de los hallazgos, 28% de ingresos en el grupo de RP por efectos derivados de ingreso previo (yatrogenia, infección nosocomial), debería ser un toque de atención para extremar los cuidados sanitarios durante la estancia hospitalaria.

**Conclusiones.** 1.- Los pacientes reingresadores precoces tienen una peor situación cardiopulmonar (NYHA 4) y mayor deterioro cognitivo (I. Pfeiffer > 7) 2.- Los reingresadores precoces ingresan frecuentemente (28%) por efectos derivados de ingreso previo (yatrogenia, infección nosocomial) 3.- Los reingresadores no precoces ingresan frecuentemente (67 %) por agudización de enfermedad crónica 4.- En los reingresadores no precoces es mas frecuente la cardiopatía isquémica crónica 5.- Los pacientes reingresadores precoces tienen mayor mortalidad (14%) que los reingresadores no precoces (6%).

#### G-48

### ANÁLISIS GLOBAL DE LA ACTIVIDAD REALIZADA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DURANTE LOS AÑOS 1999 A 2008

E. Valero Tena, A. Comin Orce, P. Casanova Esteban, M. Crespo Aveillana, A. Ballester Luna, M. Vallejo Rodríguez, A. Pardillos Tomé y N. Guiral Fernández

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

**Objetivos.** Describir la actividad asistencial desarrollada en los 10 últimos años y analizar los principales diagnósticos mayores y sus indicadores en el Servicio de Medicina Interna en el año 2008, con el fin de obtener una visión de la labor desempeñada y conocer la cartera de servicio en la actualidad.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de los episodios de ingreso hospitalario en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Miguel Servet durante los años 1999 a 2008 y de los GRDs más frecuentes atendidos en dicho servicio, apoyándonos en los datos proporcionados por el Servicio de Documentación Clínica. Los aspectos analizados han sido: 1) Indicadores de funcionamiento 2) Eficiencia de la actividad asistencial 3) Características generales de los pacientes 4) Tipo de ingreso. Centrando la actividad en el año 2008 analizamos: 1) Número total de pacientes por GRD 2) Porcentaje respecto al total de los pacientes atendidos en 2008 3) Peso asignado 4) Estancia media y estancia total 5) Comparación con otros servicios médicos. El análisis estadístico se realizó basándose en el programa informático SPSS.

**Resultados.** Se han obtenido los datos de 26.881 pacientes y 346.115 estancias. El número total de pacientes ha ido en aumento progresivo y casi linealmente a un ritmo anual del 5,61%. Las estancias totales han ido en paralelo aunque a un ritmo de crecimiento menor del 3,43%, debido a que la estancia media ha disminuido progresivamente en los últimos 6 años, situándose en el año 2008 en 11,34 días, siendo cada vez menor las diferencias con respecto a la estancia media estándar asignada a hospitales de nuestro nivel, 4,27 días en 1999 y 1,65 días en 2008. El Índice de estancia media ajustada es elevado en los primeros años presentando una desviación del 23% frente a lo teóricamente esperado, mejorando en los 3 últimos a un 13%. La edad media también asciende con un incremento anual de 0,52 años naturales, alcanzando los 76 años en el año 2008. La procedencia de los pacientes vía Urgencias es la predominante en los 10 años, con una media de 95,69%. Durante el año 2008 se han obtenido los datos de 3.220 pacientes y 36.510 estancias. Se objetiva que los 10 GRDs más frecuentes, suponen menos del 40% de la actividad de hospitalización del Servicio, y los primeros 25, menos del 60%. Sólo 3 GRDs suponen individualmente más del 5% de los pacientes ingresados. El peso medio de estos 25 GRDs supera al peso medio del total de los pacientes atendidos. La proporción relativamente baja de pacientes incluidos dentro de los 10

primeros GRDs puede apreciarse mejor si se compara con los datos de otros servicios médicos en los que su labor asistencial se concentra en una menor cantidad de GRDs. De los datos globales vemos que se han atendido 229 de 728 GRDs de la AP-GRD versión 18.8.

**Discusión.** La actividad asistencial ha mostrado una tendencia de crecimiento a lo largo de los 10 últimos años. Al compararnos con las asignadas a hospitales de nuestro nivel mantenemos diferencias sustanciales, lo que traduce unas cifras elevadas de estancias evitables y de ingresos potenciales, que mejora a partir de 2006. Los subanálisis de los Índices de Complejidad y de funcionamiento nos permiten apreciar que los valores de IEMA elevados se deben a problemas de funcionamiento, que parecen mejorar en los últimos 3 años. La complejidad de nuestros pacientes se ajusta a lo estándar y parece aumentar en los últimos años. Además podemos concluir que la cartera de Servicio de Medicina Interna es muy amplia, con gran variabilidad en los diagnósticos, lo que nos aleja del resto de especialidades médicas. En muchos de los GRDs de nuestro servicio, sólo se atiende a 1 paciente por año, y precisamente en ellos es donde se producen el mayor número de estancias evitables. Este hecho debe tenerse en cuenta ya que la dispersión es un factor en contra de la eficiencia, por la dificultad de establecer protocolos uniformes. Muchos de los GRDs principales presentan comorbilidad mayor añadida, lo que supone otra dificultad adicional a la hora del manejo de estas patologías. El estudio evolutivo de las características del Servicio de Medicina Interna, puede facilitar el establecimiento de líneas de mejora de la asistencia.

#### G-49

### CALIDAD EN EL MANEJO DEL ENFERMO CON FIBRILACIÓN AURICULAR PERSISTENTE O DE RECIENTE DIAGNÓSTICO MEDIANTE LOS INFORMES DE ALTA

S. Bañón Escandell, J. Peris García, R. Andrés Navarro, P. Safont Gaso, P. Wikman Jorgensen, J. Seguí Ripoll y J. Merino Sánchez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant. Sant Joan d'Alacant (Alicante).

**Objetivos.** La fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardiaca más frecuente en nuestro medio, especialmente en ancianos. Las Guías de Práctica Clínica suponen un instrumento valioso a la hora de tomar decisiones y unificar los criterios, por lo que es posible utilizarlas para definir indicadores que evalúan la calidad con que atendemos a nuestros pacientes. En este trabajo analizamos la calidad en el manejo de los pacientes con fibrilación auricular persistente y de reciente diagnóstico a partir de la información obtenida en los informes de alta de la sección de Medicina Interna de nuestro hospital.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo descriptivo a partir de los informes de alta comprendidos entre Octubre de 2008 y Marzo de 2009 con diagnóstico la FA. Se confeccionó un formulario con 23 ítems elaborados a partir de la Guía Clínica desarrollada por la SEC (2006) que fueron utilizados como indicadores de calidad, entre los que se incluyen criterios diagnósticos terapéuticos. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 12.0 para Windows.

**Resultados.** Se incluyeron 63 historias que cumplían los criterios de inclusión. El 90.5% de los casos se trataba de FA persistente mientras que un 9.5% de FA de reciente diagnóstico. En el 100% de los casos se encontraba una adecuada anamnesis y exploración física, el 96.8% de los casos contaba con un EKG correcto, mientras que por otro lado el ecocardiograma se encontraba únicamente presente en el 54% de los casos. En los parámetros bioquímicos el 100% de los casos incluían función renal y el 92.1% función hepática, por el contrario sólo en el 50.8% incluía función tiroidea. El control de la frecuencia cardiaca se alcanzó en el 98.4%, mientras que sólo en el 3.2% se optó por control del ritmo. El tratamiento farmacológico utilizado era el recomendado en el 84.7% de los casos, encontrando un uso inadecuado de digoxina en un 13.6%. La prevención de tromboembolias aparece sólo en el 85.7% de los casos, no obstante, en los casos que no, en el 36.5% existían contraindicaciones. En un 12.7% de los casos se reevaluó la indicación de anticoagulación.

**Discusión.** En nuestros pacientes se ha optado por el control de la frecuencia cardiaca, presentando muy bajo porcentaje en el control del ritmo, probablemente debido a las características de nuestros pacientes (edad avanzada, comorbilidades...). Llama la atención el bajo estudio de la función tiroidea, a pesar de las recomendaciones de las guías. Asimismo llama la atención el porcentaje de pacientes con profilaxis antitrombótica, aunque en la mayoría de estos casos la causa subyacente era la presencia de contraindicaciones.

**Conclusiones.** La elaboración de este tipo de formularios permite de una forma fácil acercarnos al manejo real que realizamos con nuestros pacientes, y permite conocer aquellos puntos en los que podemos mejorar nuestra actuación. De este modo podemos desarrollar programas de intervención que nos permitan mejorar la calidad de nuestra asistencia.

Tabla 1 (G-50)

	Digestivo	Neumol.	Cardiol.	Neurol.	Endocrinol.	Reumatol.	Oncol.	Infec.	Interna	Global
Quejas										
escritas/orales	32/273	14/45	13/123	11/87	2/40	6/58	12/27	4/6	11/26	105/685
Sexo q. orales H/M	126/146	31/14	7/6	0/2	75/4	7/5	3/3	12/18	4/7	265/205
Sexo q. escritas H/M	16/11	4/10	69/54	41/56	15/25	14/43	11/16	2/2	2/2	174/219
Personal implicado orales										
médico/enfermero	17/1	3/0	5/0	16/0	5/0	8/0	1/0	1/0	2/0	58/1
Personal implicado escrito										
médico/enfermero	6/0	1/0	2/0	8/1	1/1	2/0	1/0	1/0	0/0	22/2
Área implicada Hos/consulta oral	7/264	7/57	6/117	2/95	0/41	0/57	4/20	3/3	13/11	42/675
Área implicada Hos/consulta escrita	18/13	10/16	7/6	3/18	1/1	0/6	3/8	4/0	5/8	51/66
Motivos queja	Demoras, lista de espera, errores administrativos, elección de médico.									
Desacuerdos atención recibida, educación/ cortesía, actuaciones inadecuadas, discrepancias internas										

**G-50****ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS QUEJAS DE LOS ENFERMOS ENTRE LAS SECCIONES DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA**  
**P. Safont<sup>1</sup>, P. Wikman<sup>1</sup>, M. De Juan<sup>2</sup>, M. Rugero<sup>2</sup>, M. Gracia Ruiz de Alda<sup>1</sup>, E. Calabuig<sup>1</sup> y J. Merino<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Documentación. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant. Sant Joan d'Alacant (Alicante).

**Objetivos.** Prestar cuidados de calidad, seguros y de fora costo-eficiente es nuclear en la actividad hospitalaria. La opinión de los enfermos es una forma de valorar la calidad de sus cuidados. Nuestro hospital tiene un servicio de ayuda-información a los enfermos que además canaliza sus reclamaciones. Las reclamaciones son una forma particular de valorar las atenciones recibidas, calidad de la actividad hospitalaria aunque supera las actividades médicas. Nos ha parecido de interés y aportamos aquí un análisis de las reclamaciones presentadas durante los años 2007 y 2008 sobre las actividades de las diferentes secciones del servicio de Medicina Interna de nuestro hospital.

**Material y métodos.** Es un estudio descriptivo, para el que hemos elaborado un protocolo de recogida de datos. Las quejas se clasificaban como orales o escritas (habitualmente de mayor enjundia). Se relacionan con las actividades realizadas por esa sección en esos años, expresándose su nº por 1000 enfermos ingresados o atendidos en consulta. Los motivos incluyen un listado amplio.

**Resultados.** Tabla 1.

**Discusión.** Esta metodología permite detectar insuficiencias funcionales. En la mayor parte de los casos la reclamación en la actividad de las consultas externas y fundamentalmente ocasionados por demoras o retrasos en la atención y que afectan más a unas secciones que a otras. En el caso de las quejas escritas suelen ser las desatenciones o problemas de cortesía la principal causa.

**Conclusiones.** Este tipo de abordaje permite detectar insuficiencias y poner en marcha actuaciones para mejorarlas.

**G-51****MORTALIDAD EN MEDICINA INTERNA EN GRDS DE BAJA MORTALIDAD****J. Ortiz Sánchez<sup>1</sup>, R. Barba<sup>2</sup>, R. Martín Díez<sup>1</sup>, S. Plaza<sup>3</sup>, J. Canora<sup>1</sup>, J. Marco<sup>4</sup>, J. Lasa<sup>5</sup> y A. Zapatero<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada. Fuenlabrada (Madrid).<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina, Parla (Madrid).<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid).<sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.<sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón (Madrid).

**Objetivos.** Se considera GRD de baja mortalidad aquellos que presenta una mortalidad inferior al 0,5%, del año de análisis (si el GRD está dividido en con/sin complicación, ambos deben tener una tasa inferior al 0,5%). Es un indicador de calidad en el contexto internacional usado como criterio de seguridad en el paciente hospitalizado. Se trata de patologías poco graves que ingresan en el hospital en muchas ocasiones para estudio. El dolor torácico o la diabetes sin complicaciones son los GRD de baja mortalidad más frecuentes, y cada vez con más frecuencia se considera que estos pacientes están 'inadecuadamente ingresados' y que el control o estudio debía hacerse en otros medios. A pesar de la baja mortalidad algunos de estos pacientes fallecen. El objetivo del estudio era ver qué características se asocian a la mortalidad en los escasos pacientes que mueren ingresados por un GRD de baja mortalidad.

**Material y métodos.** Se estudiaron los episodios de alta de los pacientes atendidos en los servicios de MI de toda España durante los años 2005-7 codificados en el CMBD, una base de obligado cumplimiento, que fue cediada para este estudio por el MSC al Grupo de Gestión Clínica de la SEMI. En dicha base se recogen datos administrativos (edad, sexo, filiación) y clínicos (un diagnóstico principal y hasta 12 diagnósticos secundarios y 19 procedimientos clínicos según la versión 9-MC del CIE) de todos los pacientes ingresados en los hospitales públicos y privados. Para la agrupación de las altas por procesos se ha utilizado el sistema de clasificación de pacientes de los AP-GDR – en su versión 21.0. Para la definición de GRD baja mortalidad se utilizó la norma estatal del año 2007. Se excluyeron los pacientes con diagnóstico de cáncer. Se hizo un análisis descriptivo de los pacientes con GRD de baja mortalidad que habían fallecido.

**Discusión.** En algunas patologías que ingresan en medicina interna tenemos mortalidades inferiores al 0,5%. Sin embargo, incluso en esos casos, son los pacientes mayores, con comorbilidad y estancias medias prolongadas tiene más riesgo de fallecer. Si sólo los pacientes de más riesgo ingresarán es posible que los GRD dejen de ser de baja mortalidad. También es posible que en muchos casos incluir a estos pacientes en estos GRDs pudiera ser consecuencia de una incorrecta selección del diagnóstico principal y/o de su codificación.

**G-52****INFLUENCIA DEL TURISMO SOBRE LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS****E. Sanjurjo Golpe<sup>1</sup>, R. Navarro<sup>2</sup>, L. El Messaoudi<sup>2</sup> y D. Alonso Pérez<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Urgencias. Hospital Comarcal del Pallars. Tremp (Lleida).

**Objetivos.** La planificación de la asistencia sanitaria (recursos técnicos y humanos) se establece fundamentalmente por la población que reside en un área geográfica. La globalización, el turismo, y la facilidad que existen en los desplazamientos dentro de una misma provincia, comunidad autónoma, país o continente pueden producir variaciones nada despreciables en la población que puntualmente se encuentra dentro del área de influencia de un centro sanitario. Este factor podría alterar la demanda asistencial en un momento determinado y cambiar la actividad de un Servicio de Urgencias hospitalario.

**Material y métodos.** Se han revisado los datos epidemiológicos y demográficos de los pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias del Hospital Comarcal del Pallars durante el año 2008. Se han recogido la edad, sexo, lugar de procedencia, Servicio implicado en la asistencia y destino al alta. Se ha analizado la actividad asistencial global y se ha comparado los datos obtenidos en el análisis parcial de la actividad en días laborable, fines de semana, períodos vacacionales y período de verano.

**Resultados.** Durante el año 2008 se atendieron 9075 urgencias, lo que supone una media de 25 pacientes al día. La edad media fue de 39.9 ± 25 años (0-100) y 4732 (52%, IC 51-53) fueron varones. El garante fue la Seguridad Social o el Sistema Nacional de Salud (SNS) en el 85.5% de los casos (IC 85-86), Mútuas de Accidente de Trabajo (MAT) en 3% (IC 3-4) y otros seguros privados en el 9% (IC 9-10). En el 83% de los casos (IC 82-84) el paciente procedía del área de influencia del hospital, en el 12.5% (IC 12-13) del resto de Catalunya, en el 4.4% (IC 4-5) del resto de España y en el 1% del extranjero. El 36% (IC 35-37) fueron Urgencias de Medicina Interna, el 35% (IC 34-36) de Traumatología, el 11% (IC 10-12) de Pediatría, el 7% (IC 7-8) de Cirugía General y el resto de Oftalmología, Otorrinolaringología y Ginecología-Obstetricia. El 76,5% (IC 76-77) de los pacientes fueron dados de alta a domicilio, el 13,8% (IC 13-15) ingresaron en el mismo centro, el 6% (IC 6-7) fueron derivados al alta a consultas externas (CCEE) y el 2,8% (IC 2-3) precisaron de traslado a otro centro, ya fuera por gravedad o por

lugar de residencia. Se calcularon 6023 visitas en días laborables, 3024 en festivos y 2156 durante el período de verano, pero se contabilizaron en realidad 5792 ( $p = 0.024$ ), 3283 ( $p < 0.0001$ ) y 2574 ( $p < 0.0001$ ). En cuanto al garante se mantuvo la elevada proporción de visitas a cargo del SNS, pero descendieron las dependientes de MAT durante los fines de semana y verano. Del mismo modo, las altas aumentaron del 74% en días laborables al 80% los días festivos y verano, y descendió del 7% al 4% la remisión de pacientes a CCEE y del 15% al 10% los ingresos. La distribución por Servicios se mantuvo en la mismas cifras excepto en el caso de Medicina Interna que pasó del 37% en días laborables al 34% en festivos y verano. Del mismo modo, la población atendida cambió del 84% de residentes en el área del hospital en un día laborable al 70% en verano y del 9.3% del resto de Catalunya al 23% en los períodos citados.

**Discusión.** La existencia de una población abierta, sometida a cambios constantes derivados del turismo y la movilidad geográfica producen cambios en los patrones de demanda de atención hospitalaria. En primer lugar la actividad no es constante ni lineal, de manera que se atienden más urgencias de las teóricamente calculadas durante los períodos festivos que los laborables. En segundo lugar, la procedencia de los enfermos cambia significativamente al descender la población residente del 84 al 70% y aumentar la no residente a más del doble. En tercer lugar, las urgencias en períodos de vacaciones, fines de semana o festivos generan menos ingresos hospitalarios y menos demanda en consultas externas que las de los días laborables. Finalmente, las urgencias Traumatólogicas son superiores a las de Medicina Interna en días festivos o vacacionales, invirtiendo la tendencia de los días laborables.

**Conclusiones.** Es necesario conocer las variaciones de población en determinados períodos anuales para adecuar la asistencia sanitaria a la demanda producida. Este hecho es de especial relevancia en centros sanitario ubicados en zonas de especial interés o recusos turísticos.

#### G-53

### ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES REMITIDOS DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS A LA CONSULTA DE LA UNIDAD DE PLURIPATOLOGÍA DEL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE

B. Otero Perpiñá, M. De Castro Martínez, C. Gómez Cuervo, F. Álvarez de Miguel, B. Mestre Gómez, J. Medina Asensio y A. Moreno Fernández

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

**Objetivos.** La UPPAMI del Hospital 12 de Octubre tiene, entre otras funciones, intentar evitar el ingreso de un número de pacientes que acude al Servicio de Urgencias con una patología que requiere un diagnóstico rápido pero por su estado general puede hacerse de forma ambulatoria. Hemos analizado 278 pacientes remitidos con este fin, especialmente desde el punto de vista del motivo de derivación y el diagnóstico demostrando la variedad de patologías estudiadas y el beneficio que supone para el paciente el poder ser diagnosticado de forma ambulatoria.

**Material y métodos.** Se han recogido los datos de los pacientes que fueron derivados del Servicio de Urgencias a la consulta de UPPAMI durante desde el 1 de Enero del 2008 al 31 de Diciembre del 2008. Los datos se obtuvieron a través de la base de datos FileMaker. Pro, el programa de informes del hospital HP-Doctor y la intranet del Hospital 12 de Octubre y se analizaron con el programa estadístico R-Sigma.

**Resultados.** Durante el período estudiado fueron derivados a la consulta de la UPPAMI 278 pacientes desde el Servicio de Urgencias. La media de edad era de 64 años (61,81-66,38), el 42% eran varones. La media de días entre su visita al Servicio de Urgencias y la primera cita en la UPPAMI fue de 8,98 días (8,49-9,47). El índice de Barthel medio fue de 96 (94,33-98,47). El porcentaje de asistencia a la primera cita fue del 96%, siendo sólo un 3% los que no acudieron a ésta. El número medio de citas antes del alta fue de 3,09 (2,8-3,3). Los principales motivos por los que fueron derivados a nuestra consulta fue: un 26,25%(73) anemia a estudio, síndrome consti-

tucional un 8,9%(25) dolor abdominal un 5% (14), síndrome febril un 7,9% (22), edemas en miembros inferiores un 1,43% (4), disnea un 4,31% (12), dolor lumbar un 2,15% (6), adenopatías un 1,07% (3), diarrea un 4,67% (13) y síncope un 1,79% (5). Entre los diagnósticos más frecuentes destacan: 16 carcinomas colorrectales (5,7%), 8 neoplasias gástricas (2,8%), 9 hernias de hiato (3,23%), 8 gastritis crónicas (2,8%), 5 neoplasias de pulmón (1,79%), 6 cólicos biliares (2,15%), 3 síndromes mononucleósicos(1,07%), 7 insuficiencias cardíacas (2,51%), 7 sd virales (2,5%), 4 tuberculosis (1,43%) y 4 EII (1,43%) Citamos como anecdóticos una sífilis, una sarcoidosis, una triquinosis, una amebiasis hepática, un drenaje venoso sistémico anómalo y una fiebre mediterránea familiar. De estos pacientes remitidos requirió ingreso (la mayoría tras el proceso diagnóstico para realizar el proceder terapéutico) un 21% (55 pacientes). un 45,4% (25) fue ingresado en nuestra planta de hospitalización, un 29,09% (16) en la planta de cirugía, y el resto, un 25,4% (14) entre otras especialidades. El número medio de citas antes del ingreso fue de 2,5 (1,95-3-04) y el número de días entre la 1ª cita y el ingreso de 22,6 (12,36-32,98).

**Discusión.** Este grupo de pacientes derivado desde el Servicio de Urgencias a nuestra consulta ha podido ser valorado y diagnosticado de forma ambulatoria sin sufrir el perjuicio que supone un ingreso. Por otro lado como se evidencia de los resultados diagnósticos muchos de ellos presentan patología muy grave que se ha diagnosticado sin demora respecto al tiempo que hubiera sido necesario si hubieran estado ingresados. La mayoría de los ingresos realizado fue necesario tras conocer el diagnóstico y para llevar a cabo la actitud terapéutica, aunque algunos de ellos lo requirieron por empeoramiento clínico o para acelerar la realización de algunas de las pruebas complementarias, en servicios con los que nuestra sección no tiene acuerdo de incluir a los pacientes en la lista de espera de los enfermos ingresados.

**Conclusiones.** A través de la consulta de la UPPAMI se ha conseguido evitar el ingreso de muchos pacientes que por su estado general no lo requieren o por sus circunstancias personales no pueden hacerlo sin que esto perjudique al tiempo y eficacia del diagnóstico enfermos con patología grave. Esto redunda en una mejor atención de los pacientes y una mejor distribución de los recursos evitando el importante gasto sanitario que supone una cama hospitalaria sin detrimento de la calidad asistencial.

#### G-54

### DISTRIBUCIÓN DEL EPOC POR COMUNIDAD AUTÓNOMA

R. Martín Díez<sup>1</sup>, J. Ortiz Sánchez<sup>1</sup>, R. Barba<sup>2</sup>, J. Marco<sup>3</sup>, S. Plaza<sup>4</sup>, J. L. Losa<sup>5</sup>, J. Canora<sup>1</sup> y A. Zapatero<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina, Parla (Madrid).

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

<sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid).

<sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón (Madrid).

**Objetivos.** La reagudización de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) la causa de ingreso más frecuente en los servicios de medicina interna y neumología y uno de los procesos que más recursos consume en nuestro país. Pretendemos analizar si hay diferencias en la prevalencia de estos ingresos en las diferentes comunidades autónomas.

**Material y métodos.** Disponemos de los datos del CMBD (base de datos de obligado cumplimiento donde se registran los pacientes dados de alta en el sistema público y privado de nuestro país) de los pacientes ingresados por los GRD 88 (ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA), 541 (TRAST. RESPIRATORIOS EXC. INFECCIONES, BRONQUITIS, ASMA CON CC MAYOR) y 542 (BRONQUITIS & ASMA CON CC MAYOR) en nuestro país en los años 2006 y 2007. Se realizó un estudio descriptivo de los pacientes ingresados con alguno de estos GRD según comunidad autónoma, con el fin de determinar si había diferencias en la prevalencia de los pacientes ingresados.

Tabla 1 (G-54). Distribucion geografica

CCAA	nº casos/10.000 habitantes	CCAA	nº casos/10.000
Andalucía	20,065	Ceuta y Melilla	16,604
Aragón	32,930	Rioja	34,787
Asturias	46,832	Pais Vasco	35,534
Baleares	26,528	Navarra	25,380
Canarias	10,687	Murcia	23,420
Cantabria	35,086	Madrid	30,836
Castilla Leon	37,555	Galicia	35,362
Castilla la mancha	32,010	Extremadura	29,123
Cataluña	33,073	Valencia	24,705

**Resultados.** La prevalencia de los ingresos por EPOC en nuestro país oscila entre 10 pacientes por 10.000 habitantes años y 46. Ver tabla.

**Conclusiones.** Existen claras diferencias en la prevalencia de EPOC en las CCAA en relación con el clima, siendo mucho más prevalente en las zonas más frías.

## G-55

### ERRORES DE MEDICACIÓN EN MEDICINA INTERNA

**E. Madroñal<sup>1</sup>, J. Ortíz<sup>1</sup>, R. Barba<sup>2</sup>, J. Canora<sup>1</sup>, J. Marco<sup>3</sup>, S. Plaza<sup>4</sup>, J. L. Losa<sup>5</sup> y A. Zapatero<sup>1</sup>**

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

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina, Parla (Madrid).

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

<sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid).

<sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón (Madrid).

**Objetivos.** Se define 'error de medicación' como un suceso que puede evitarse y que es causado por una utilización inadecuada de un medicamento produciendo lesión a un paciente, mientras la medicación está bajo control de personal sanitario. Es muy frecuente entre los pacientes ingresados, y en ocasiones puede condicionar la muerte de los mismos. Es muy importante que seamos conscientes de la trascendencia que tiene para intentar poner medidas para reducirlo. Lo primero que deberíamos saber es cuantificar la magnitud del problema.

**Material y métodos.** Se estudiaron los episodios de alta de los pacientes atendidos en los servicios de MI de toda España durante los años 2005-7 codificados en el CMBD, una base de obligado cumplimiento, que fue cedida para este estudio por el MSC al Grupo de Gestión Clínica de la SEMI. En dicha base se recogen datos administrativos (edad, sexo, filiación) y clínicos (un diagnóstico principal y hasta 12 diagnósticos secundarios y 19 procedimientos clínicos según la versión 9-MC del CIE) de todos los pacientes ingresados en los hospitales públicos y privados. Se identificaron todos los errores de medicación codificados durante el ingreso hospitalario (con los códigos E930-E949 y los episodios con el código 995.2, que indica un efecto adverso no especificado de un fármaco correctamente administrado), con el fin de determinar la incidencia de este problema en MI.

**Resultados.** Disponemos de datos válidos de 1,567,659 altas de MI, con una edad media de 70,8 años y un 46,4% de mujeres; la estancia media de los pacientes es de 9,9 días, y el coste por ingreso medio de 3602 euros. Se codificaron X errores de medicación (0,1%) y 8556 efectos adversos (0,5%), en total X reacciones adversas (0,6%). La edad media de los pacientes afectados fue de 74,16 años (SD 16,9), la estancia media 10,3 (SD 10,4), y el coste medio 3668 euros (SD 2535). El porcentaje de mujeres afectadas fue de 63%, con una mortalidad de 7,9%, y una proporción de ingresos urgentes del 93,9%. Las categorías diagnósticas mayores (CMD) principales en las que se clasificaron los episodios fueron Enfermedades del Aparato Circulatorio (24,3%), del Aparato Respiratorio (18,2%) y Traumatismos y Envenenamientos (31,4%).

**Discusión.** Uno de cada 200 pacientes ingresados en MI tiene codificado un error de medicación. Esta frecuencia es mucho mayor de la registrada por los centros de farmacovigilancia pero inferior a la que se constata cuando la vigilancia se hace activamente (como ocurre en el estudio ENEAS en el que se revisaron historias clínicas de pacientes detectándose un 4% de errores de medicación). Los errores son más frecuentes en las mujeres, y en pacientes algo más mayores.

## G-56

### EFFECTOS ADVERSOS CAUSADOS POR FÁRMACOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

**J. Morís de la Tassa<sup>1</sup>, P. Fernández Muñoz<sup>2</sup>, G. López-Colina<sup>1</sup>, J. Novál Menéndez<sup>1</sup>, M. Campoamor Serrano<sup>1</sup>, E. Fonseca Aizpuru<sup>1</sup>, A. Álvarez-Uría Miyares<sup>1</sup> y C. Cienfuegos Basanta<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Documentación Clínica. Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias).

**Objetivos.** Cuantificar los efectos adversos a medicamentos (AEM), caracterizar los medicamentos responsables y la población que los padece, estudiar sus repercusiones y detectar áreas de mejora.

**Material y métodos.** Se analizan las altas de hospitalización del año 2008 de Medicina Interna, codificadas con CIE-9-MC y agrupadas con APR-GRD. Se considera caso la presencia de un código comprendido en el rango E939-E949 "fármaco correcto debidamente administrado en dosis terapéutica o profiláctica, como causa de cualquier efecto adverso". Se estudiaron variables demográficas, clínicas, categoría diagnóstica mayor (CDM), APR-GRD,

nivel de gravedad, riesgo de mortalidad y peso. Se analizaron discriminando aquellos ingresos relacionados directamente con el EAM, episodios en los que aparece como complicación, y aquellos sin EAM. Los datos cuantitativos se presentan como media  $\pm$  ds y los cualitativos como proporciones. Los datos cuantitativos se compararon con la t de Student y los cualitativos con el CHI<sup>2</sup>.

**Resultados.** Las altas de Medicina Interna en el año 2008 fueron 3457 (17%). Presentaron EAM 376 (10,9%), en 56 (14,9%) fue el motivo de ingreso. Suponen el 51,7% de todos los registrados. Los medicamentos responsables con mayor frecuencia fueron los corticosteroides (112 - 29,8%), anticoagulantes (64 - 17%), antimicrobianos (55 - 14,6%), y digital (41 - 11%). No encontramos relación entre el sexo y EAM. Los pacientes que sufrieron un EAM tenían una edad media más elevada (78,3  $\pm$  11,2 / 75  $\pm$  14,  $p < 0,001$ ). En los ingresos motivados por EAM la proporción de mujeres fue significativamente más elevada y la edad media menor, por el contrario los hombres predominaron en los episodios complicados y su edad más avanzada. Se presentaron con mayor frecuencia en las categorías diagnósticas de aparato respiratorio (46,8%) y cardiocirculatorio (17,6%). Los episodios con EAM están en niveles de severidad más elevados ( $p < 0,001$ ). La estancia media no mostró diferencias entre casos y no casos, pero fue más prolongada cuando se consideró complicación (8,4 días) que cuando fue motivo de ingreso (5,6 días)  $p = 0,006$ . Los ingresos relacionados fueron responsables de 313 estancias. El EAM no se asoció con incremento de la mortalidad.

**Discusión.** Los efectos adversos relacionados con medicamentos suponen una patología frecuente en Medicina Interna, que atiende a la mitad de los pacientes con EAM ingresados en el hospital. Los padecen pacientes de edad más avanzada, sin diferencias en el sexo, con patología pulmonar y cardiovascular. Son responsables de estancias adicionales, y de evitarlos, mejoraría la eficiencia de nuestra atención. La información agrupada en GRDs permite identificar los EAM y los pacientes que los padecen. Su seguimiento mediante el CMBD hace que sea imprescindible asegurar la calidad de los datos para garantizar la fiabilidad de la información.

**Conclusiones.** 1. Los EAM son una patología frecuente en nuestro ámbito. 2. Están relacionados con efectos secundarios de fármacos que se utilizan habitualmente en nuestros pacientes, por lo que se pueden implantar acciones de mejora para reducir su impacto. 3. La monitorización mediante el CMBD nos permite hacer fácilmente un seguimiento de su frecuencia de presentación y repercusiones.

## G-57

### INDICADORES DE CALIDAD EN NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

**P. Safont Gasó, P. Roig Rico, P. Wikman Jorgensen, J. Peris García, R. Andrés Navarro, S. Bañón Escandell, P. Esteve Atienza y R. Cañizares Navarro**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant. Sant Joan d'Alacant (Alicante).

**Objetivos.** La optimización de la actividad asistencial en cualquier patología debería ser un objetivo prioritario para cualquier profesional. Por ello, constantemente se buscan indicadores que nos hagan conocer el grado de calidad de las intervenciones que desempeñamos a diario. El objetivo de este estudio ha sido establecer unos criterios de calidad básicos a la hora de diagnosticar y tratar las neumonías adquiridas en la comunidad, con el fin de conocer el grado de calidad actual de manejo de esta patología, detectando deficiencias en el mismo y estableciendo una pauta a seguir para subsanar estas deficiencias y optimizar su manejo.

**Material y métodos.** Hemos revisado las historias clínicas de los pacientes dados de alta en nuestro servicio con el diagnóstico de neumonía comunitaria en los últimos 9 meses. Se han incluido las neumonías del paciente institucionalizado, y se han excluido las nosocomiales, las infecciones respiratorias sin imagen radiológica sugestiva de neumonía y las agudizaciones no neumónicas de EPOC. Establecimos tres criterios básicos de calidad, basándonos en las guías actuales: 1- el empleo de tests diagnósticos adecuados si existe indicación (analítica, pulsioximetría, gasometría, rx, cultivos de sangre y esputo, antigenuria, serología de gérmenes atípicos, fibrobroncoscopia y toracocentesis), 2- determinación de la gravedad y necesidad de ingreso en UCI y 3- tratamiento empírico adecuado. Los datos se recogieron en un formulario y se analizaron con el programa SPSS 13.0.

**Resultados.** Encontramos 40 episodios de neumonía en este período, de las cuales se incluyeron 30, ya que no pudimos acceder a la historia clínica de 10. En todos los casos se realizó un estudio analítico, pulsioximétrico y radiológico. En 27 se realizó gasometría arterial, de las cuales 8 no estarían indicadas. En 19 pacientes no se obtuvo muestra para esputo, 7 de ellos sí podían expectorar. En 6 casos no se solicitaron hemocultivos, de los cuales 1 presentó fiebre. Sólo en la mitad de los pacientes se solicitó antigenuria para Neumococo y Legionella. No se solicitó serología de gérmenes atípicos en ningún caso, no existiendo indicación en ninguno de ellos. Sólo en

2 casos se realizó toracocentesis, la cual estaba indicada en ambos, y se realizaron 5 broncoscopias, todas indicadas. Dos pacientes cumplían criterios para ingreso en UCI, pero ninguno ingresó. Encuanto a la antibioterapia empírica, se pautó un tratamiento adecuado en 26 pacientes.

**Discusión.** La neumonía adquirida en la comunidad es una patología muy frecuente entre los pacientes que requieren ingreso en el servicio de Medicina Interna, y una de las principales causas de mortalidad en el paciente hospitalizado, por lo que resulta de vital importancia establecer unos protocolos de diagnóstico y tratamiento que optimicen su manejo. A nivel de nuestro hospital, el número de determinaciones de antigenuria de Neumococo y Legionella, así como el de cultivos de esputo son las técnicas diagnósticas menos solicitadas a pesar de su indicación. También sería recomendable aumentar el número de solicitudes de hemocultivos, con el objetivo de fiar de forma adecuada el germen responsable de cada episodio. Los estudios gasométricos se realizan de manera sistemática, a pesar de que en ocasiones no estarían indicados. El tratamiento antibiótico ha sido adecuado en casi la totalidad de los pacientes.

**Conclusiones.** Pese a la alta prevalencia de neumonía comunitaria en nuestro servicio, el manejo sigue sin ser el óptimo en algunos casos. Por ello consideramos importante establecer criterios de calidad que nos ayuden a detectar deficiencias, con el fin de optimizar el manejo de esta patología.

#### G-58

#### ANÁLISIS DE LAS SOLICITUDES DE PROCALCITONINA EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS DEL CHUA

L. Navarro Casado<sup>1</sup>, J. Blazquez Cabrera<sup>2</sup>, M. Juncos Tobarra<sup>1</sup>, L. Zafrilla García<sup>1</sup> y M. Chafer Rudilla<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Análisis Clínicos, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

**Objetivos.** La procalcitonina (PCT) es una prohormona glico-peptídica de la calcitonina (CT), que proviene de un precursor pre-prohormonal, la pre-procalcitonina (Pre-PCT). La PCT puede ser producida por numerosos tipos de células y órganos después de una estimulación proinflamatoria, especialmente cuando es causada por una infección bacteriana. El objetivo del presente trabajo es analizar la utilización de la determinación de PCT por parte de los médicos peticionarios, analizando las características de los pacientes, los Servicios peticionarios y los resultados obtenidos.

**Material y métodos.** Se han analizado los resultados de pacientes a los que se les solicitó PCT durante el mes de diciembre de 2008 en nuestro centro. Estos datos han sido obtenidos del SIL (Omega 3000) y se han cruzado con los datos del fichero correspondiente al mismo mes proporcionados por Documentación Clínica sobre pacientes vistos en Urgencias. En los datos consta el nº de H, la fecha de alta, el destino de paciente (si ingresa o se le difiere a una consulta) y el diagnóstico al alta de Urgencias (texto libre introducido por los administrativos de admisión de urgencias, a partir de los datos del informe de alta). También hemos cruzado los datos de PCT y PCR con los datos de CMBD de altas en el mes de diciembre y los informes de alta. Hemos relacionado los ficheros utilizando como campo clave la historia.

**Resultados.** De los 226 pacientes a los que se les realizó PCT durante el mes de diciembre la solicitud se realizó desde el Servicio de Urgencias en 17 ocasiones: Los pacientes a los que se les solicitó fueron: 6 mujeres (media de edad de 70,1 y DE 17,3 años) 11 hombres (media de edad 63,9 y DE 14,7 años). Más del 43% tenían valores elevados (4 pacientes con concentraciones entre 0,5 y 2 ng/mL y 3 pacientes con concentraciones mayores de 2ng/mL). Los diagnósticos al alta de urgencias fueron: 3 pacientes con Sepsis, 5 pacientes con infección localizada y algún signo de generalización y el resto correspondieron a síndrome febril o síndrome confusional. Cuando se analizan todos los datos sin tener en cuenta el origen de las solicitudes encontramos que durante el mes de diciembre de 2008 se han analizado muestras para detección de PCT de 159 pacientes, 56 mujeres y 103 hombres (24 y 23 años de edad media respectivamente). El porcentaje de resultados alterados ha sido de 45%. La concentración media ha sido de 8,6 ng/mL (DE 26,4). Los Servicios que solicitaron más dosificaciones fueron: UCI (n = 69 con media de 17,5 ng/mL), Urgencias de Pediatría (n = 69 con media de 0,5 ng/mL), Hospitalización de Pediatría (n = 23 con media de 4 ng/mL). Reanimación(n = 15 con media de 12,8 ng/mL). Comparando los resultados de PCT con otras pruebas como la PCR se observa que la evolución de la primera generalmente va por delante, normalizándose antes que la PCR en caso de evolución a la curación.

**Conclusiones.** La PCT es un buen marcador de infección bacteriana no focal que probablemente sufrirá un incremento en su solicitud si se incluyen indicaciones como la valoración de la respuesta al tratamiento.

#### G-60

#### CONSULTA DE CONEXIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA (CCAP) DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE ALCOY. ACTIVIDAD DURANTE SU PRIMER AÑO DE FUNCIONAMIENTO

M. Esteban Giner, V. Giner Galvañ, A. Ragheb Eifarra, C. Sánchez Jódar, S. Martínez Tudela, J. Morant Ciscar, T. Marco Domingo y A. Pastor Jordá

Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy/Alcoi (Alicante).

**Objetivos.** La falta de conexión entre niveles asistenciales (Atención Primaria, AP vs Atención Especializada, AE) es uno de los problemas principales del actual sistema sanitario. En los últimos años han sido diversas las propuestas realizadas, si bien no existe un modelo oficialmente reconocido. Nuestra experiencia se cifra en la necesidad de que sea el sistema sanitario el que acude al paciente y no al revés, habiendo diseñado un modelo que explota los recursos ya existentes y establece relaciones AP-AE desde la horizontalidad y el consenso. Descripción de la actividad de la CCAP de nuestro hospital (310 camas) entre Diciembre 2006 y Diciembre 2007.

**Material y métodos.** La CCAP es un modelo consensuado entre AE y AP de valoración presencial semanal de pacientes por un internista en un Centro de Salud (CS). Como CS inicial se eligió el de Ibi por su lejanía geográfica del hospital. Uno de los cinco internistas de nuestro hospital acude una mañana por semana y evalúa las Hojas de Consulta dirigidas a Digestivo, Neurología, Cardiología, Neumología y Medicina Interna. En la semana previa a la visita presencial se consulta la historia clínica hospitalaria del paciente. El compromiso fue la resolución de casos en un máximo de dos visitas.

**Resultados.** Se han realizado 450 visitas a 250 pacientes, con  $53,9 \pm 1,2$  años de edad, en su mayoría mujeres (63,2%) con una media de  $2,1 \pm 0,1$  enfermedades crónicas e importante polifarmacia ( $3,0 \pm 0,2$  principios activos/día en  $3,8 \pm 0,3$  tomas/día). Un 12% era controlado por dos o más especialistas. En el 49,2% de Hojas de Consulta (HdC) sólo constaba su motivo, de los que hubo más de 50 diferentes (37,2% digestivos, 12% alteraciones analíticas). El destino inicial de las HdC era (%): Medicina Digestiva 38,4, Medicina Interna 35,2, Neurología 14, Cardiología 8,4 y Neumología 4. La media diaria de primeras visitas (VPr) fue de 6,5 (IC 95%: 5,7-7,3), y 3,9 (IC 95%: 3,1-4,8) las sucesivas diarias (VSc), con una gran variabilidad intermensual (Mediana VSc/VPr 0,6, rango 12,1), e incremento progresivo sobre todo de VPr ( $5,4 \pm 1,0$  vs  $9,2 \pm 1,9$  VPr/día,  $p < 0,0001$ ) al comparar primer y cuarto trimestres. Se obtuvieron más de 56 diagnósticos finales (Dxf): 12,4% Dxf definido significativo, 65,6% Dxf definido no significativo, 14% Dxf indefinido, 7,6% Pendientes. En los Dxf definidos destacaba la patología digestiva (31%) y funcional (14,4%). El destino final de los pacientes fue (%): AP 64, Consultas Externas Hospitalarias (16 especialidades distintas) 15,6, ingreso hospitalario 5,6 (mayoritariamente en Medicina Interna y Medicina Digestiva). Un 14,4% de casos mantuvieron seguimiento en la CCAP a petición del médico de cabecera o para evitar desplazamientos al hospital de pacientes frágiles. Al final del periodo de observación hubo una reducción del 24% del total de solicitudes de visita en Consultas Externas Convencionales Hospitalarias (CECH) recibidas desde el CS de Ibi de las especialidades cubiertas por la CCAP, porcentaje que llegó a ser del 45% para Medicina Digestiva.

**Discusión.** Los datos expuestos demuestran la eficacia de una maniobra sencilla como es establecer vías de contacto rápido entre niveles asistenciales, y así lo expresa la reducción de consultas que finalmente llegaron a las CECH, pudiendo atribuirlo a la actividad de la CCAP ya que no ha existido ningún otro cambio estructural. A favor de ello está el claro paralelismo entre las curvas de actividad de la CCAP y las de las CECH. Que este tipo de estrategias deban ser lideradas por médicos internistas encuentra su justificación en la elevada heterogeneidad de motivos de consulta, EC a valorar y diagnósticos finales.

**Conclusiones.** La Medicina Interna debería ser propulsora de la implantación de nuevos modelos sencillos de conexión con AP, siendo necesario para ello la implementación de un nuevo concepto de hacer Medicina realmente centrado en el paciente.

Tabla 1 (G-58). Evolución de PCT y PCR en paciente con neumonía grave adquirida en la comunidad

Fecha	7/12/08	8/12/08	9/12/08	10/12/08	14/12/08	16/12/08	22/12/08
PCT	57,1	44,1	20,1	10,5	0,7		
PCR			411			75	7

**G-61****RACIONALIZACIÓN DEL ACCESO A LA ASISTENCIA ESPECIALIZADA DE PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA A TRAVÉS DE UNA CONSULTA PRESENCIAL DE CONEXIÓN**

**M. Esteban Giner, V. Giner Galvañ, A. Rhageb Elfarra, S. Gregorio Molina, R. Escrivá Trueba, S. Martínez Tudela, J. Morant Ciscar y A. Pastor Jordá**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy/Alcoi (Alicante).*

**Objetivos.** La articulación de la asistencia sanitaria en dos niveles de complejidad creciente (Atención Primaria, AP, y Atención especializada, AE) tuvo como objeto el facilitar el acceso del paciente que por su patología lo necesitara, a ese mayor nivel de complejidad. Sin embargo, es este un modelo agotado en tanto en cuanto el paciente merecedor de esos mayores recursos ve demorado el acceso por la falta de comunicación AP-AE. Se necesita un cambio conceptual fundamental: el sistema tiene que moverse hacia el paciente y no al revés. De otro lado el éxito de cualquier propuesta pasa por proyectos posibilistas basados en la re canalización de recursos. Descripción de la actividad de la CCAP (Consulta de Conexión con Atención Primaria) de nuestro hospital (310 camas) entre Diciembre 2006 y Diciembre 2007 y de los recursos consumidos para demostrar la eficacia y eficiencia en su función de racionalización del acceso a recursos de la AE de pacientes remitidos desde AP de Salud.

**Material y métodos.** La CCAP es un modelo consensado de valoración presencial semanal por uno de nuestros cinco internistas, que acude una mañana por semana y evalúa las Hojas de Consulta dirigidas a los Servicios de Digestivo, Neurología, Cardiología, Neumología, y Medicina Interna. En la semana previa a la visita presencial se consulta la historia clínica hospitalaria del paciente. A diferencia de la Consulta Externa Hospitalaria de Medicina Interna, en la CCAP el compromiso fue la resolución de casos en un máximo de dos visitas.

**Resultados.** Se han realizado 450 visitas a 250 pacientes de  $53,9 \pm 1,2$  años de edad, en su mayoría mujeres (63,2%) con una media de  $2,1 \pm 0,1$  enfermedades. Un 12% era controlado por dos o más especialistas. Los motivos principales de consulta fueron: dolor abdominal (19,2%), epigastralgia (14,8%), alteraciones analíticas (12%) y disnea/tos (7,6%). Se obtuvieron más de 56 diagnósticos finales (Dxf): 12,4% Dxf definido significativo, 65,6% Dxf definido no significativo, 14% Dxf indefinido, y 7,6% Pendientes del resultado de exploraciones). Destacaba entre los Dxf definidos la patología digestiva (31%) y la funcional (14,4%). Para llegar al Dxf se requirió una media de  $1,8 \pm 1,0$  visitas (43,0% una, 43,9% dos), y en un 40% de casos fue suficiente la revisión previa de la historia clínica hospitalaria. Hubo 217 peticiones de más de 20 exploraciones complementarias (EC) distintas (38,8%, 34,4%, 21,6% y 5,2% de pacientes requirieron 0, 1, 2 y 3 o más EC), mayoritariamente analíticas (21,6%) y estudios digestivos (fibrogastroscopia 12,5%, tránsito esofagogastroduodenal 10,8%, ecografía abdominal 7,2%) sin necesidad de establecer circuitos preferenciales, cifrándose en un 57,9% la proporción de EC que contribuyeron directamente al Dxf. Cuando comparamos qué había ocurrido con los pacientes con patología significativa respecto del resto (Tabla) observamos que de forma significativa la demora diagnóstica fue menor en los primeros ( $12,4 \pm 19,4$  vs  $45,3 \pm 52,8$  días;  $p = 0,001$ ), con menos EC ( $0,5 \pm 0,7$  vs  $0,9 \pm 0,9$  EC/paciente;  $p = 0,032$ . 58,6% vs 39,6% pacientes sin EC;  $p = 0,052$ ) y en mayor proporción fueron remitidos a AE (58,3% vs 18,3%,  $p < 0,0001$ ). No fue posible describir un perfil identificador del paciente con Dxf significativo respecto del resto.

**Discusión.** Los datos expuestos sustentan el que una iniciativa simple como la de nuestra CCAP se demuestra efectiva en conseguir la racionalización del acceso del paciente al nivel de asistencia especializada, siendo evidente el distinto tratamiento según la trascendencia de la sospecha diagnóstica. Ello se ha conseguido únicamente reorientando recursos ya disponibles.

**Conclusiones.** Las consultas de valoración rápida de pacientes dirigidas por médicos internistas como la presente, se demuestran efectivas muy probablemente por el perfil multifuncional de la especialidad, cuyos planteamientos son los más coincidentes con los del médico de AP.

## INSUFICIENCIA CARDÍACA

**IC-2****RIESGO NUTRICIONAL Y MORTALIDAD EN INSUFICIENCIA CARDÍACA**

**F. Gomes Martín, I. Martín Algora, I. García-Álvarez García, M. Sevil Puyas, P. Martínez Rodés, E. Del Corral Beamonte y J. Díez Manglano**  
*Servicio de Medicina Interna. Hospital Royo Villanova. Zaragoza.*

**Objetivos.** Valorar la utilidad de CONtrol NUTricional (CONUT) para predecir la mortalidad a corto y largo plazo en los pacientes con insuficiencia

cardíaca ingresados en un hospital. CONUT es una herramienta para valorar el riesgo nutricional en pacientes hospitalizados. Utiliza los parámetros analíticos colesterol total, albúmina sérica y linfocitos totales y establece 4 niveles de riesgo: nulo, leve, moderado y grave.

**Material y métodos.** Se han incluido todos los pacientes ingresados con insuficiencia cardíaca (IC) durante 2007 en una unidad de Medicina Interna. Se ha calculado el índice CONUT con la primera analítica que incluía los 3 parámetros. Se ha realizado un seguimiento de los pacientes. Se han calculado las curvas de supervivencia con el test de regresión logística de Cox y las curvas de Kaplan-Meier. Para las comparaciones se han utilizado los test t de Student, Kruskal-Wallis y  $\chi^2$ .

**Resultados.** De 244 pacientes ingresados se ha podido calcular el índice CONUT en 219 casos, 79 varones y 140 mujeres, con una edad media de  $81 \pm 10$  años (38-100). De ellos 28 pacientes (12,8%) tenían un riesgo nulo, 95 (43,4%) un riesgo leve, 84 (38,4%) un riesgo moderado y 12 (5,5%) un riesgo grave. No había diferencia en la edad ni en el sexo entre los grupos con diferente riesgo. La mediana de seguimiento ha sido 432 días. Durante el ingreso fallecieron 35 pacientes (16,1%), al año 90 (42,6%) y durante todo el seguimiento 105 (47,9%). La mortalidad durante el ingreso y al cabo de un año fue mayor en los pacientes con mayor riesgo ( $p = 0,04$  y  $p = 0,01$  respectivamente). La probabilidad de supervivencia al año fue 0,63 en pacientes con riesgo leve, 0,48 con riesgo moderado y 0,33 con riesgo grave y la mediana de supervivencia 717, 322 y 69 días respectivamente.

**Discusión.** CONUT es una herramienta para valorar el riesgo nutricional en pacientes ingresados en hospitales de agudos, que se relaciona con el pronóstico durante el ingreso. En este estudio se observa que tiene utilidad para valorar la probabilidad de muerte en pacientes con IC no sólo durante el ingreso sino también en el seguimiento a medio-largo plazo. Sería necesario otro estudio prospectivo para valorar si la intervención nutricional precoz consigue una disminución de la mortalidad en los pacientes con riesgo moderado o grave.

**Conclusiones.** CONUT es una herramienta útil para predecir la mortalidad a corto y a largo plazo en pacientes con insuficiencia cardíaca.

**IC-3****PERFIL DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA EN FASE TERMINAL**

**M. Escobar Llompert, S. Romero Salado, J. Fernández Delgado, A. García Egido, J. Bernal Bermudez y F. Gómez Rodríguez**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).*

**Objetivos.** Analizar la etapa final de los pacientes diagnosticados de insuficiencia cardíaca avanzada, para conocer las características de éstos, mediante el estudio retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes fallecidos con el diagnóstico de insuficiencia cardíaca, como causa principal del éxitus, en la Sección de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Revisión de la historia clínica de los pacientes fallecidos en Medicina Interna durante 6 meses con el diagnóstico de insuficiencia cardíaca como causa principal del éxitus. Protocolo de recogida de datos: información de tipo demográfico (edad, sexo, tiempo transcurrido desde el diagnóstico de insuficiencia cardíaca, ingresos hospitalarios en el último año), de tipo clínico (criterios diagnósticos de insuficiencia cardíaca y si cumplían los criterios de enfermedad avanzada o terminal, número de enfermedades concurrentes, factores de riesgo), y terapéutico, Análisis descriptivo de los resultados.

**Resultados.** Finalmente se evaluó el historial de 28 pacientes fallecidos por insuficiencia cardíaca, 16 mujeres (57,1%) y 12 varones, media de edad de 79,2 años y extremos entre 60 y 95 (IC del 95%, 75-85). En el 60,7% presentaba una evolución de la enfermedad de más de 5 años. Y hasta en el 75% existía 2 o más ingresos hospitalarios durante el último año. El diagnóstico ecográfico, realizado en algún momento de la evolución de la enfermedad, se cumplía en 89%, siendo la fracción de eyección inferior al 40% en un 45%. El índice de Barthel, obtenido de la valoración al ingreso, del paciente junto con su cuidador principal, por parte del personal de enfermería, con valores inferiores a 50 en un 85% de los pacientes. El grado de disnea según la NYHA: Grado III: 20%, y grado IV: 75%. La comorbilidad de estos pacientes fue: HTA en el 99%, Diabetes 57,1%, Dislipemia 33%, 2 ó más factores de riesgo el 75% y otras enfermedades (EPOC, demencia,...) en el 64%. El índice de Charlson fue superior a 3, en el 65% de los pacientes. Los tratamientos en el último año constaba de IECA o ARA II en un 71,4%, diuréticos 99%, betabloqueantes 28,5%, digoxina 35%, desfibrilador autoimplantables 0%, trasplante cardíaco 0%. Los criterios de enfermedad avanzada o terminal se cumplieron en el 61%. La clínica predominante en los últimos días fue: Disnea. 99%, Dolor. 42,8% y Agitación. 57,1%. Se iniciaron maniobras de RCP en un 17%, sin resultados satisfactorios.

**Discusión.** Se observa alta prevalencia de mujeres, con edad media por encima de los 75 años, con predominio de la insuficiencia cardíaca diastólica, Evolución de la enfermedad hasta fase terminal de unos 5 años, Alto grado de diagnóstico ecográfico, obtenido en la evolución de la enfermedad, en

esta serie en comparación con otros estudios similares. Alta incidencia de insuficiencia cardíaca con FE conservada o normal similar a otros estudios, con pacientes de mismos rangos de edad. Cumplimiento de tratamiento según guías, con menor uso de betabloqueantes. Importante deterioro funcional medido como índice de Barthel al ingreso menor de 50 en este tipo de pacientes. Elevada comorbilidad, Charlson superior a 3. Escaso uso de tratamiento paliativo específico y ausencia de retirada de tratamiento, salvo, en situación de agonía. A pesar de llegar a cumplir los criterios de terminalidad hasta en un 61% de los fallecidos.

**Conclusiones.** 1. La insuficiencia cardíaca crónica produce un progresivo declive en la capacidad funcional y un deterioro en localización de vida por progresión de la enfermedad a fase terminal. 2. El tratamiento actual de la insuficiencia cardíaca recomendado en las principales guías permite retrasar, pero no detener la progresión de la ICC. 3. Es fundamental una valoración multidimensional individualizada para la identificación del mal pronóstico de forma precoz y poder instaurar tratamiento paliativo específico, evitando el sufrimiento en la etapa final de la vida. 4. Es necesario el esfuerzo de todos los profesionales de la salud para mejorar el manejo de la insuficiencia cardíaca, con especial énfasis en la fase final de la enfermedad.

#### IC-4

##### VALOR PRONÓSTICO DE LA ANEMIA EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA

**J. Díez Manglano, I. Martín Algora, I. García-Álvarez García, M. Sevil Puras, P. Martínez Rodés, F. Gomes Martín y E. Del Corral Beamonte**  
Servicio de Medicina Interna. Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

**Objetivos.** Establecer el valor que tiene la existencia concomitante de anemia para predecir la mortalidad a corto y largo plazo en los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) ingresados en un hospital.

**Material y métodos.** Se han incluido todos los pacientes ingresados con insuficiencia cardíaca durante 2007 en una unidad de Medicina Interna. Para diagnosticar IC se han utilizado los criterios de Framingham y para definir anemia los criterios de la OMS. Se ha realizado un seguimiento de los pacientes. Se han calculado las curvas de supervivencia con el test de regresión logística de Cox y las curvas de Kaplan-Meier. Para las comparaciones se han utilizado los test t de Student y  $\chi^2$ .

**Resultados.** De 244 pacientes ingresados, 90 varones y 154 mujeres, con una edad media de  $81 \pm 10$  años (38-100) presentaban anemia 142 (58,2%). El 76% (107 casos) de las anemias son normocíticas, el 18% (25 casos) microcíticas y el 6% (9 casos) macrocíticas. No hay diferencia en la edad ni en el sexo entre pacientes con y sin anemia. La coexistencia de EPOC, hipertensión, diabetes, fibrilación auricular o antecedente de ictus no se asocia con la anemia. La mediana de seguimiento ha sido de 383 días y la mediana de supervivencia de la cohorte ha sido de 667 días. Durante el seguimiento han fallecido 122 pacientes (50%), 44 varones y 78 mujeres. La mortalidad no ha sido diferente por sexos pero ha sido superior en los mayores de 80 años (64,6% vs 29%;  $p = 0,0001$ ). Los pacientes con anemia no han tenido una mortalidad mayor durante el ingreso hospitalario (17,7% vs 15,7%;  $p = 0,67$ ) pero sí al cabo de un año (50% vs 34,3%;  $p = 0,01$ ) y durante el seguimiento (58,2% vs 41,2%;  $p = 0,02$ ). La mediana de supervivencia en los pacientes con anemia ha sido 374 días y la anemia se ha asociado claramente con la mortalidad (OR 1,49 [1,02-2,17;  $p = 0,03$ ]). Al realizar un análisis por subgrupos de menores y mayores de 80 años no hay asociación entre anemia y mortalidad. Tampoco se observa esta asociación en el análisis de subgrupos de pacientes con y sin insuficiencia renal. Cuando se analizan sólo los pacientes en los que la causa de ingreso fue la IC ( $n = 109$ ) sí existe asociación entre anemia y mortalidad (60% vs 34,7%;  $p = 0,008$ ) y cuando se analizan los pacientes con IC de debut ( $n = 118$ ) también existe asociación (60,9% vs 33,3%;  $p = 0,003$ ).

**Discusión.** En la IC la anemia es una entidad frecuente, siendo generalmente una anemia normocítica. La existencia de anemia se asocia a mayor mortalidad a largo plazo. En los pacientes en los que la IC fue el motivo de ingreso y en los pacientes con IC de debut la anemia sí se asocia con la mortalidad a corto plazo durante el ingreso hospitalario.

**Conclusiones.** La anemia es una condición frecuente en los pacientes con IC y se asocia a la mortalidad a largo plazo.

#### IC-5

##### CARDIOPATÍA ESTRUCTURAL EN PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA POR INSUFICIENCIA CARDÍACA

**S. García Escudero<sup>1</sup>, F. Mourad<sup>1</sup>, M. Ledo<sup>1</sup>, S. Castellanos<sup>1</sup>, P. Dios<sup>1</sup>, E. Magaz<sup>1</sup>, M. Prieto<sup>1</sup> y A. Martínez<sup>2</sup>**

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

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Monte San Isidro. León.

**Objetivos.** Estudiar la cardiopatía estructural presente en los pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna por Insuficiencia Cardíaca.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo mediante la recogida de todos aquellos pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna con Insuficiencia Cardíaca, comparando los ecocardiogramas realizados durante el ingreso con los previos.

**Resultados.** Se revisaron 208 historias clínicas de pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna con el diagnóstico de insuficiencia cardíaca, de los cuales 47 (23%) se les realizó ecocardiograma durante el ingreso. La edad media de los pacientes fue de 78 años, con una razón mujer:hombre de 3:2. Analizando la cardiopatía estructural que presentaban los pacientes en el ecocardiograma se obtuvieron los siguientes resultados: cardiopatía hipertensiva 39%, valvulopatía 26%, cardiopatía isquémica 17%, cor pulmonare 9%, dilatada 2%, restrictiva 2%, hipertrófica 2% y pericarditis 3%. Comparando el ecocardiograma del ingreso con los previos se vio que 13 de los pacientes no presentaban progresión de su cardiopatía, 16 sí presentaban progresión y 18 no presentaban cardiopatía conocida al ingreso.

**Discusión.** La ecocardiografía es la técnica indicada para confirmar el diagnóstico de insuficiencia cardíaca, valorar el grado de deterioro anatómico y funcional, identificar las posibles causas que la producen, y valorar el pronóstico y la evolución de la enfermedad. Las recomendaciones más generalizadas por las sociedades europeas y americana aconsejan repetir el estudio ecocardiográfico siempre que exista empeoramiento clínico sin causa justificada y valoración de la respuesta del tratamiento iniciado 6 meses antes. En nuestra serie se destaca la edad avanzada que presentan los pacientes con insuficiencia cardíaca crónica con tratamiento establecido de largo tiempo junto con múltiples factores de riesgo cardiovascular, y debido a múltiples factores desencadenantes motivan el ingreso en nuestro servicio, razón que puede explicar el pequeño porcentaje de ecocardiografías realizadas (23%), detectando nuevas cardiopatías no conocidas en 40% de los casos. La cardiopatía hipertensiva con las valvulopatías son las más frecuentes siendo la primera la dominante como cardiopatía progresiva y la segunda como cardiopatía de nueva aparición.

**Conclusiones.** Los pacientes con cardiopatía no conocida forman 40% de la serie. La cardiopatía más frecuente que se encuentra en los pacientes ingresados en Medicina Interna es CARDIOPATÍA HIPERTENSIVA. En el servicio de medicina interna predomina la progresión y/o la estabilidad de la cardiopatía conocida.

#### IC-6

##### ¿POR QUE INGRESAN Y POR QUE MUEREN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA?

**J. Díez Manglano, M. Sevil Puras, E. Del Corral Belmonte, F. Gomes Martín, I. Martín Algora, I. García-Álvarez García y P. Martínez Rodés**  
Servicio de Medicina Interna. Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

**Objetivos.** Conocer las enfermedades que motivan los ingresos hospitalarios en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) y la causa de la muerte de estos pacientes.

**Material y métodos.** Se han incluido todos los pacientes ingresados por cualquier motivo durante 2007 en una unidad de Medicina Interna y con un diagnóstico principal o secundario de IC (CIE-9 428). Sólo se ha incluido el primer ingreso en este período. Por revisión de los informes de alta se han recogido los diagnósticos y por revisión de la historia o llamada telefónica la causa de fallecimiento. Se han clasificado los casos de IC en 5 grupos según la causa: isquémica, hipertensiva, valvular, dilatada y otra. Para las comparaciones se ha utilizado el test de  $\chi^2$ .

**Resultados.** Se han incluido 241 pacientes, 89 varones y 152 mujeres, con una edad media de  $79 \pm 10$  años (36-100). La IC era de origen hipertensivo en 92 pacientes (38,2%), isquémico en 54 pacientes (22,4%), valvular en 49 (20,3%), miocardiopatía dilatada en 24 pacientes (10,0%), de origen desconocido en 12 (5,0%) y de otro origen en 10 (4,1%). Los diagnósticos principales de ingreso han sido IC en 110 casos (45,8%), neumonía e infección respiratoria en 50 (20,8%), insuficiencia respiratoria y EPOC en 11 (4,6%), cáncer en 6 (2,5%) y sepsis en 6 (2,5%). Todos los ingresos por cáncer se han producido en pacientes con IC hipertensiva. Han fallecido durante el ingreso 41 pacientes (17,0%). La muerte durante el ingreso ha sido más frecuente en pacientes con IC de origen desconocido (50%) y menos frecuente en la IC de origen valvular (4,1%) [ $p = 0,008$ ]. A lo largo del seguimiento han fallecido 121 pacientes y en 96 se ha podido establecer la causa de muerte. Las causas más frecuentes de muerte han sido IC (26 casos, 27,1%), infección (14 casos, 15,6%), cáncer (12 casos, 12,5%), ACV isquémico (8 casos, 8,3%), insuficiencia respiratoria (7 casos, 7,3%), infarto agudo de miocardio (5 casos, 5,2%), muerte súbita (4 casos, 4,2%), fractura de cadera (4 casos, 4,2%).

**Discusión.** La IC es una enfermedad crónica que provoca muchos ingresos hospitalarios y tiene una elevada mortalidad. La propia IC, las infecciones y el cáncer son las causas más frecuentes que provocan hospitalización en estos pacientes. Otros procesos relacionados con el riesgo cardiovascular, como el ACV isquémico, el infarto agudo de miocardio o la muerte súbita

son causa frecuente de muerte así como condiciones relacionadas con la fragilidad como la fractura de cadera.

**Conclusiones.** La IC, las infecciones y el cáncer son las causas más frecuentes de ingreso y de muerte en pacientes con IC.

#### IC-7 PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA. PRINCIPALES INDICADORES DE ACTIVIDAD BASADOS EN EL CMBD EN 8 AÑOS DE EXPERIENCIA

J. Lajusticia Aisa<sup>1</sup>, J. González-Gay García<sup>2</sup>, F. Sanjuán Portugal<sup>1</sup>, M. Vallejo García<sup>1</sup>, J. Naya Manchado<sup>1</sup> y J. Castiella Herrero<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Medicina. Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Medicina. Cardiología. Fundación Hospital Calahorra. Calahorra (La Rioja).

**Objetivos.** Entre los años 2001 a 2008, la Unidad de Hospitalización de Medicina de la Fundación H. Calahorra ha dado 10.629 altas, que son el 32,5% de las altas del hospital. Según el grupo de GC de la SEMI, los pacientes hospitalizados por insuficiencia cardiaca suponen el 10,2% de las altas de Medicina Interna y en mas del 54,7% de los casos son vistos por internistas, con una mortalidad que oscila entre 5-6%. Nuestro hospital no dispone de UCI. Nos proponemos conocer y analizar los indicadores de hospitalización más relevantes de los pacientes dados de alta con el diagnóstico principal de Insuficiencia Cardíaca (códigos CIE 428, agrupados en GRDs 127 y 544), desde la apertura de la Unidad.

**Material y métodos.** Se realiza un análisis de 10.629 pacientes dados de alta de la Unidad de Hospitalización de Medicina entre 2001-08, utilizando los datos procedentes de CMBD (codificación del 100%), según los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedad, 9ª Revisión, Modificación Clínica de la OMS (ICD-9-CM). Se analizan los códigos diagnósticos 428, agrupados en los GRDs 127 y 544 correspondientes a la CDM 05.

**Resultados.** 932 pacientes (8,8% de todas las altas y tercera causa de ingreso), el 96,9% atendidos por internistas, con una estancia media de 6,74 días (6,64 en hombres y 6,71 en mujeres, p = NS) y una edad media de 78,7 años (80,2 en mujeres y 75 en hombres, p = 0,005). La mortalidad total fue del 10,2% (10,55% entre hombre y 9,76% en mujeres (p = NS). Durante el ingreso se realizó ecocardiograma al 23,5% (26,6% de hombres y 20,8% de mujeres, p = 0,045) y la comorbilidad más frecuente fue la Cardiopatía hipertensiva (27,5%, n = 256), el 60% (559) estaba en fibrilación o flutter auricular. El 22% tenían algún deterioro de la función renal y el 29,8% anemia. El 11,7% tuvieron un reingreso no programado antes de 30 días del alta anterior. El otoño fue la época con mayor número de ingresos (255), seguida de la primavera (249), el invierno (229) y el verano (199).

**Conclusiones.** En nuestra Unidad, la Insuficiencia Cardíaca supone la tercera causa más frecuente de ingreso (después del EPOC reagudizado y el Ictus). Son pacientes muy ancianos, en especial las mujeres, con una elevada mortalidad, una estancia media y una tasa de reingresos superior a la media. La Cardiopatía hipertensiva fue la causa más frecuente y el ecocardiograma fue un recurso poco utilizado durante el ingreso, si bien en nuestra unidad se realiza siempre que el paciente no lo tuviera realizado en los 6 meses precedentes o programado para su realización tras el alta, o bien cuando aparece otra condición clínica que lo justificase (por ej. isquemia, endocarditis, ETE, arritmias).

#### IC-8 FACTORES PREDISPONENTES Y DE RIESGO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN MEDICINA INTERNA

S. García<sup>1</sup>, F. Mourad<sup>1</sup>, S. Castellanos<sup>1</sup>, N. Carracedo<sup>1</sup>, M. López<sup>1</sup>, M. Ledo<sup>1</sup>, M. De Castro<sup>1</sup> y A. Morán<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León).

**Objetivos.** Analizar los factores de riesgos de los pacientes que ingresan en una planta de medicina interna con el diagnóstico de insuficiencia cardiaca. Estudiar entre otros los factores desencadenantes del episodio de la insuficiencia cardiaca teniendo en cuenta la cardiopatía que presenta cada paciente en el ingreso actual.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo mediante la recogida de todos aquellos pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna con Insu-

ficiencia Cardíaca durante el período de 6 meses: 3 meses de verano y 3 meses de invierno (Abril-Mayo-Junio y Octubre-Noviembre-Diciembre). Se excluyeron del estudio a todos aquellos pacientes a los que no se les realizo ecocardiograma durante el ingreso. Se analizan los antecedentes personales, factores precipitantes, clase funcional previo, apoyo social del pacientes antes del ingreso, y el tiempo transcurrido entre el ingreso actual y el previo. **Resultados.** Se han revisado 47 casos que han estado ingresado dentro del período mencionado con el diagnóstico de insuficiencia cardiaca. valorando las características de estos pacientes se destaca que el 59% viven con su familia, 11% viven solos, 11% viven en residencia y 19% sin apoyo social conocido en la historia. desde el punto de vista de capacidad física 2/3 eran independientes para actividades cotidianas y 1/3 con dependencia parcial o/y total, teniendo en cuenta la clase funcional previo al ingreso la mayoría con clase funcional II-III (65%) de NYHA. La clasificación según los factores de riesgo: HTA 26%, Alt. SNC 6%, DM 15%, Tabaco 8%, Etilismo 7%, EPOC 8%, DL 11%, IRC9%, Obesidad 8% y Hepatopatía 2%. En el momento del ingreso 31 paciente del total presentaban cardiopatía conocida. Factores desencadenantes: los más frecuentes son: infección (42%), anemia(23%), arritmia (21%) y mal control de TA (11%). Resto presentaban menor frecuencia: fármacos (5%), mal tratamiento (4%), sobreesfuerzo (1%), alt. Tiroidea (3%), TEP (1%), endocarditis (3%), cardiopatía isquémica (5%). metabólico (1%), emoción (0%). La media de días de ingreso: 13.4 días.

**Discusión.** La importancia relativa de los factores etiologicos varía según la características epidemiológicas de la población. En los países occidentales la cardiopatía coronaria y la hipertensiva son las causas fundamentales, mientras que en las regiones no desarrolladas son las enfermedades valvular reumatica y las deficiencias nutricionales. En nuestro estudio se ha visto que el factor de riesgo más importante que presentan los pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna con el diagnóstico de Insuficiencia Cardíaca es la HIPERTENSIÓN ARTERIAL. Además, se ha visto que el factor precipitante más importante es la infección, considerando la alta prevalencia de infecciones respiratorias en el invierno en nuestra población. destacamos tambien que en nuestra población la mayor parte de los pacientes presentan vida activa previa activa con apoyo social adecuado, siendo su clase funcional en un punto intermedio y cumplen el tratamiento.

**Conclusiones.** -El factor desencadenante más frecuente de los episodios de IC en los pacientes ingresados en el servicio de medicina interna son los procesos INFECIOSOS, seguidos de anemia y arritmia. -El factor de riesgo más frecuente es la presencia de hipertensión arterial. - La mayoría ingresan con cardiopatía conocida. -La mayoría son pacientes de 75-80 años que viven con su familia, presentan una vida independiente y una clase funcional II-III. -El 54% de los pacientes presentan fibrilación auricular al ingreso, frente al 42% que presentan ritmo sinusal.

#### IC-9 MORTALIDAD POR INSUFICIENCIA CARDÍACA ENTRE 2000 Y 2008 J. Cerqueiro González<sup>1</sup>, M. López Díaz<sup>1</sup>, F. Terrón<sup>1</sup>, A. Murief<sup>2</sup>, J. Conde Freire<sup>3</sup> y E. Casariego Vales<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Documentación Clínica. Complejo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo

<sup>3</sup>Unidad de Bioestadística. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

**Objetivos.** A pesar de los avances terapéuticos las tasas de mortalidad al año por Insuficiencia Cardíaca (ICC) sigue siendo muy elevada en los registros hospitalarios y se cifra entre el 25% y el 50%. El objetivo del presente estudio es evaluar la evolución de la mortalidad por ICC en los últimos años y la relevancia del servicio responsable durante el ingreso.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo de cohortes de la totalidad de pacientes ingresados en al menos una ocasión por ICC en servicios médicos, excluyendo cardiología, del Complejo Hospitalario de Lugo entre el 1 de enero de 2000 y el 31 de diciembre de 2008. Para cada episodio se ha identificado la fecha del ingreso y alta, el número previo de veces que había ingresado por ese motivo, el servicio responsable y el destino al alta. El seguimiento, para todos los pacientes, se extendió hasta su fallecimiento o hasta su censura el 31 de abril de 2009. En el análisis estadístico se ha utilizado la técnica Kaplan-Meier para determinar la probabilidad de supervivencia y el método de Log-rank para estimar las diferencias entre distintas curvas de supervivencia.

**Resultados.** Entre las fechas señaladas se han identificado 4905 primeros ingresos en otros tantos pacientes. De ellos, 602(17,2%) fallecieron en este

Tabla 1 (IC-7). Principales indicadores por GRD

	N (%)	% de mujeres	Edad media	Estancia media	Exitus (%)
GRD 127	327 (35,1)	51,7	76,4	5,83	4,3
GRD 544	605 (64,9)	61,8	79,8	7,24	13,4
Total	932	58,3	78,7	6,74	10,2

primer ingreso, 2888 fueron dados de alta sin existir un reingreso y 1415 pacientes reingresaron, al menos una vez, sumando un total de 2674 episodios. El primer ingreso es el episodio que conlleva una mayor mortalidad. Entre los años 2000 y 2004 osciló entre el 18.6% y el 22.5% y a partir de entonces entre el 7.9% y el 16.2% ( $p < 0,0001$ ). Por el contrario, la mortalidad se reduce entre los reingresos 1 a 5. Así, por ejemplo, la mortalidad del primer reingreso entre 2000 y 2004 fue del 11.8% y del 11.5% entre 2005 y 2008 ( $p = NS$ ). Para la serie general la probabilidad de supervivencia fue 0,70 en el día 10, 0,66 en el 100, 0,60 al cabo de 1 año y 0,49 al cabo de 3. Sin embargo cuando lo estratificamos por servicios, la probabilidad, en Medicina Interna, fue 0,75, 0,77, 0,76, 0,59 y 0,55 por 0,64, 0,59, 0,58, 0,53, 0,47 y 0,44 en el conjunto del resto de los servicios médicos excepto cardiología ( $P < 0,0001$ ).

**Discusión.** Los cuadros clínicos relacionados con ICC son la principal causa de hospitalización entre mayores de 65 años en nuestro país. Las altas tasas de mortalidad y reingresos son dos de las características principales de estos cuadros. A pesar de seguir siendo muy elevada la mortalidad ha decrecido en los últimos años. Nuestro estudio aprecia como la mortalidad es muy elevada en los primeros meses tras el diagnóstico del proceso y, sobre todo, durante su primer ingreso. Por otra parte, la elevada comorbilidad genera que los cuadros de ICC se solapan con otras muchas patologías y que los reingresos se produzcan en Servicios clínicos muy distintos (Neumología, Geriátrica, Hospitalización a Domicilio, ...). La mortalidad entre los atendidos en Servicios de Medicina Interna es significativamente menor, lo que probablemente ha de relacionarse con su mayor capacidad para atender a pacientes muy complejos con múltiples patologías.

**Conclusiones.** Si bien la mortalidad por ICC se ha reducido en los últimos años, sigue siendo muy elevada sobre todo durante el primer ingreso y en Servicios distintos de Medicina Interna.

#### IC-10

##### FACTORES PRONÓSTICOS DE MORTALIDAD Y EVENTO COMBINADO AL AÑO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

**M. Guisado Espartero<sup>1</sup>, P. Salamanca Bautista<sup>2</sup>, Ó. Aramburu Bodas<sup>2</sup>, J. Arias Jiménez<sup>2</sup>, J. Grau Amorós<sup>3</sup>, B. García Casado<sup>2</sup>, J. Santamaría González<sup>2</sup> y R. Pérez Cano<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Margarita. Cabra (Córdoba).

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna B. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Municipal de Badalona. Badalona (Barcelona).

**Objetivos.** 1. Describir las características de los pacientes con Insuficiencia cardíaca (IC) que fallecían o tenían un evento combinado al año. 2-Estudiar los factores pronósticos de mortalidad y evento combinado al año en pacientes con IC.

**Material y métodos.** 1-Se recogieron 156 pacientes hospitalizados por IC, con confirmación por Ecocardiografía previa o actual y se les realizó un seguimiento a lo largo de un año. 2-Dentro de las variables recogidas (edad, sexo, tipo y etiología de disfunción cardíaca, clase NYHA, ingresos previos,...), se determinaron 3 marcadores miocárdicos: troponina T (TnT), péptido natriurético (NT-ProBNP) y proteína ligadora de ácidos grasos cardíacos (H-FABP). 3-Se establecieron los valores de corte para los marcadores miocárdicos mediante curvas ROC: TnT (0.01 ng/ml), NT-ProBNP (3818 pg/ml) y HFABP (4.988 ng/ml) con un área bajo la curva  $> 0.70$ . 4-Se recogieron los datos de mortalidad total (por cualquier causa) y evento combinado (muerte total ó reingreso por IC) a lo largo del año. 5-Se realizó un análisis univariante de Cox y aquellas variables con significación estadística se incluyeron en el análisis de regresión múltiple de Cox.

**Resultados.** En el seguimiento a un año, hubo 37 muertes (23.7%) y 74 eventos combinados (47.4%), de los que el 37.8% fueron fallecimientos y el 62.2% reingresos por IC. Los pacientes que fallecieron o tuvieron eventos tenían significativamente con más frecuencia anemia, clase NYHA III-IV previa al ingreso, ingresos previos por IC y con menos frecuencia etiología hipertensiva. Los fallecidos tenían más frecuentemente insuficiencia renal. Se realizó un análisis univariante de Cox de los posibles factores predictores de mortalidad y evento combinado. Eran factores predictores de mortalidad y de evento combinado: anemia, TnT, HFABP ó NT-proBNP elevados, clase NYHA elevada, ingresos previos por IC, insuficiencia renal y etiología no hipertensiva. Eran también factores predictores de mortalidad el índice de Charlson y Barthel. Tras el análisis de regresión múltiple eran factores predictores independientes de mortalidad la anemia, el NT-proBNP y el HFABP elevado y de evento combinado anemia y NT-proBNP elevados.

**Discusión.** Al igual que en estudios previos se ha demostrado el valor pronóstico independiente de la anemia en la IC. Otros factores pronósticos de relevancia son la existencia de marcadores miocárdicos elevados como TnT, H-FABP y NT-proBNP. Sin embargo, en el análisis multivariante, sólo NT-proBNP es predictor independiente de ambos, mortalidad y evento combinado. H-FABP es sólo predictor independiente de mortalidad. En nuestro

estudio la insuficiencia renal era factor predictor de mortalidad y evento combinado en el análisis univariante pero no en el multivariante.

**Conclusiones.** 1-El porcentaje de muertes y evento combinado al año fue del 23.7 y del 47.4%, superior a otros estudios. 2-Los pacientes que fallecían o tenían evento combinado tenían clase de la NYHA mayor, ingresos previos por IC y anemia con más frecuencia. 3-La anemia y NT-proBNP elevado son factores pronósticos independientes de mortalidad y evento combinado al año. 4-H-FABP elevado es factor independiente de mortalidad al año. 5-TnT es factor pronóstico de mortalidad, reingreso por IC y evento combinado sólo en el análisis univariante.

#### IC-11

##### VALOR PRONÓSTICO COMBINADO DE ANEMIA Y TROPONINA T AL AÑO EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

**M. Guisado Espartero<sup>1</sup>, P. Salamanca Bautista<sup>2</sup>, J. Arias Jiménez<sup>2</sup>, Ó. Aramburu Bodas<sup>2</sup>, J. Grau Amorós<sup>3</sup>, B. García Casado<sup>2</sup>, J. Santamaría González<sup>2</sup> y R. Pérez Cano<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Margarita. Cabra (Córdoba).

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna B. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Municipal de Badalona. Badalona (Barcelona).

**Objetivos.** 1-Describir el número de muertes y eventos combinados en los pacientes con Insuficiencia cardíaca (IC) según la presencia o no de anemia y/o Troponina T (TnT) elevada. 2-Estudiar el valor pronóstico combinado al año de anemia y TnT elevada los pacientes con Insuficiencia Cardíaca.

**Material y métodos.** 1-Se recogieron 156 pacientes hospitalizados por IC, con confirmación por Ecocardiografía actual o previa. 2-Se les midió la hemoglobina (Hb) y TnT y se les realizó un seguimiento durante un año, recogiendo las muertes totales y evento combinado (muerte total o reingreso por IC). 3-Se definió la anemia según los criterios de la OMS (Hb  $< 13$  g/dl en varones y  $< 12$  g/dl en mujeres) y TnT elevada si era  $> 0.01$  ng/ml. Se establecieron 4 grupos según la presencia o no de anemia y/o TnT elevada: anemia con TnT elevada ( $n = 30$ ), anemia sin TnT elevada ( $n = 39$ ), TnT elevada sin anemia ( $n = 31$ ), no anemia ni TnT elevada ( $n = 56$ ). 4-Se realizó un estudio de supervivencia de Kaplan Meier y un análisis de regresión múltiple de Cox.

**Resultados.** En el seguimiento a un año, hubo 37 muertes y 74 eventos combinados. En los pacientes con anemia y TnT elevada el porcentaje de muertes fue del 50% y el de eventos combinados del 76.7%. Fue significativamente superior a los pacientes con sólo anemia (23.1 y 46.2%), sólo TnT elevada (29.0 y 48.4%) o ninguno de los dos (7.1 y 32.1%). El riesgo ajustado de muerte y evento combinado era 9.72 y 4.72 veces mayor en el grupo con ambos factores (anemia y TnT elevada) frente al que no tenía ninguno de los dos ( $p < 0.01$ ). Los pacientes con anemia o TnT elevada aislada tenían también más riesgo de muerte (Hazard ratio = 3.54 y 4.81, respectivamente) que los que no. El riesgo de evento no era significativamente mayor cuando sólo se tenía un factor. En las curvas de Kaplan Meier también se objetivaba como los pacientes con anemia y TnT elevada eran los que tenían una supervivencia libre de muerte o evento combinado menor.

**Discusión.** En estudios previos se ha demostrado el valor pronóstico que tiene la anemia en los pacientes con IC, siendo un factor pronóstico independiente de mortalidad y de reingresos hospitalarios. También se ha visto que la TnT elevada es un factor pronóstico en la IC. Sin embargo no se ha estudiado si la combinación de ambos, anemia y TnT, empeoraría el pronóstico. En este trabajo se ha demostrado que la existencia de ambos factores aumenta el riesgo de mortalidad y evento combinado lo que constituiría un grupo de mayor riesgo sobre los que habría que intensificar la vigilancia y el tratamiento.

**Conclusiones.** 1-Los pacientes con anemia ó TnT elevada tienen un mayor porcentaje de muertes y de evento combinado. 2-La presencia combinada de ambos, anemia y TnT elevada, aumenta significativamente el porcentaje de muertes y evento combinado. 3-El riesgo de muerte y evento combinado en estos pacientes es casi 10 y 5 veces mayor que los que no tienen ni anemia ni TnT elevada, con una supervivencia libre de eventos también menor. 4-Sería un grupo de mayor riesgo que precisaría de un mejor seguimiento.

#### IC-12

##### PERICARDITIS CONSTRICTIVA, A PROPÓSITO DE DOS CASOS

**A. Belso, R. Serrano, R. Vidal, R. Bravo, E. Muñoz, L. Pesce y M. Arenas**

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Elda Virgen de la Salud. Elda (Alicante).

**Objetivos.** Presentar dos casos de pericarditis constrictiva (PC) diagnosticados en un corto período de tiempo y revisar esta enfermedad de presentación poco frecuente y difícil diagnóstico.

**Material y métodos.** Análisis descriptivo retrospectivo basado en la revisión de las historias clínicas de dos pacientes diagnosticados de PC en 3 meses, comparando los datos clínicos, de imagen, tratamiento, diagnóstico anatómopatológico y evolución.

**Resultados.** Se presentan dos pacientes de mediana edad, un varón de 54 años (caso 1) y una mujer de 66 (caso 2). Ambos consultan por disnea, progresiva en el caso 1 y súbita en el caso 2, detectándose en Urgencias derrame pleural bilateral de predominio derecho y, en el caso 2, fibrilación auricular y ligera calcificación del pericardio en la Rx de tórax. No se apreciaron signos de congestión venosa sistémica en la exploración física inicial, la determinación de ProBNP, hormonas tiroideas, autoanticuerpos, FR, inmunoglobulinas e inmunofijación en suero fue normal y el líquido pleural mostró características de trasudado, siendo ADA, CEA, Zhiel-Nielsen y cultivo normal o negativo y citología sin evidencia de malignidad. Biopsia pleural (caso 1): infiltrados linfocitarios sin evidencia de granulomas ni células neoplásicas. Zhiel-Nielsen y cultivo Lowéstein negativos. En ambos la Ecocardiografía transtorácica demostró derrame pericárdico moderado sin colapso de cavidades derechas y el Angio-TC descartó embolismo pulmonar o trombosis venosa, destacando en el caso 2 el hallazgo de múltiples placas calcificadas en pericardio. En el caso 1 se realizó RMN cardíaca, evidenciando engrosamiento pericárdico difuso y alteración de la relajación de VD. La evolución inicial fue favorable, pero progresivamente presentaron tendencia a la hipotensión arterial y edematización por oliguria, con mala respuesta al tratamiento médico. En ambos casos se practicó pericardiectomía antefrénica bilateral, con buena evolución hasta la actualidad en el caso 1, siendo el caso 2 exito al mes de la intervención. El análisis anatómopatológico demostró en ambos casos engrosamiento difuso pericárdico, compatible con paquipericarditis crónica de etiología no filiada.

**Discusión.** La PC es resultado de la pérdida de elasticidad del pericardio, limitando el llenado diastólico ventricular. La etiología ha cambiado, siendo la tuberculosis la principal causa hasta los años 60 y la idiopática en la actualidad, seguida de la cirugía cardíaca y la radioterapia mediastínica. Los síntomas son similares a los del fallo cardíaco derecho. El derrame pleural está presente en el 47% de los casos. El diagnóstico se basa en la clínica y la fisiopatología constrictiva, demostrada mediante ecocardiografía doppler o cateterismo. La detección de calcificación o engrosamiento pericárdico mediante TC o RM apoya el diagnóstico, aunque un pericardio de grosor normal no debe descartar la pericardiectomía si los datos clínicos, ecográficos y hemodinámicos son concordantes. En cuanto al tratamiento, los resultados de varios estudios han evidenciado que la pericardiectomía mejora los síntomas clínicos y hemodinámicos en la mayoría de los pacientes, aunque la mortalidad postoperatoria es mayor en pacientes con edad avanzada, calcificación extensa o clase funcional III-IV. En nuestros pacientes, la sospecha de PC se basó en la clínica y las pruebas de imagen. La pericardiectomía fue la técnica definitiva para la mejoría de los síntomas congestivos, aunque en el caso 2 se produjo exito al mes de la intervención. En ninguno de los dos casos se ha conocido la etiología del proceso.

**Conclusiones.** La PC es una enfermedad infrecuente cuyo diagnóstico puede ser difícil de establecer, debiendo sospecharse en pacientes con insuficiencia cardíaca derecha. Su diagnóstico precoz y el desplazamiento de la etiología tuberculosa hacia la PC idiopática y yatrogénica han reducido el tiempo de evolución y la frecuencia de calcificación. La demostración de una fisiopatología constrictiva es esencial en su diagnóstico y diagnóstico diferencial con la miocardiopatía restrictiva. La calcificación y/o engrosamiento pericárdico soporta el diagnóstico, aunque su ausencia no lo excluye. La pericardiectomía continúa siendo el tratamiento más eficaz.

#### IC-13 EVOLUCIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LA MORTALIDAD HOSPITALARIA POR INSUFICIENCIA CARDÍACA EN ESPAÑA

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

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Universitario de Vigo. Vigo (Pontevedra).

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga).

<sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. H. Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona).

**Objetivos.** Analizar la evolución temporal y las características clínicas de los pacientes fallecidos intrahospitalariamente con insuficiencia cardíaca (IC) en España.

**Material y métodos.** Se analizó la mortalidad intrahospitalaria por IC en el período 1997-2007. Para ello se estudiaron los Grupos Relacionados de Diagnósticos (GRD) 127 y 544 del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al alta hospitalaria y que corresponden a un diagnóstico principal de IC. Tales datos son publicados periódicamente por el Ministerio de

Tabla 1 (IC-13). Características de pacientes hospitalizados con IC en España

	Fallecidos	Vivos
Nº > 35 años	8974	77715
Edad (DS)	81,0(9,7)	77,9(10,2)
Sexo (M) (%)	56,7	43,3
EPOC (%)	30,9*	35,5
Demencia/Enf. cerebrovascular (%)	16,1*	11,0
Enf. arterial periférica (%)	6,4*	7,8
Enf. renal (%)	17,8*	12,4
Diabetes mellitus (%)	32,9*	38,6
Fibrilación auricular (%)	44,6*	47,9

Sanidad y accesibles a través de sus publicaciones y página web oficial. Para minimizar posibles variaciones anuales se agruparon tales datos por períodos trienales. En 2006, a partir de la base detallada de los GRD 127 y 544 se compararon las características de la IC entre pacientes vivos y fallecidos > 35 años, dado que el 99,3% de las muertes se producen a partir de esa edad.

**Resultados.** Hubo cierta tendencia a una disminución de mortalidad [11,2% (1999-2001); 10,9% (2005-2007); p = 0,000], pero esta resultó marginal. Ello se debe a la mayor edad de los ingresos, pues el porcentaje > 75 años pasó del 61,0 (1999-01) al 69,2 (2005-07). En este segmento etario las mujeres constituyen el 61% de altas por IC. La tabla muestra las características de los pacientes (\*p < 0,05). Los fallecidos son más ancianos, en mayor proporción mujeres (explicable por la mayor edad de estas; edad media de fallecidos: 83,3 vs. 78,4). Los fallecidos presentan mayor comorbilidad derivada de patologías arterioescleróticas concomitantes (insuficiencia renal, procesos cerebrovasculares). Sin embargo, existe menor proporción de EPOC y arteriopatía periférica, justificable por una menor prevalencia de tales procesos en mujeres. Se observa menor porcentaje de diabetes y fibrilación auricular entre los fallecidos.

**Discusión.** A pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos se evidencia sólo modesta disminución en la letalidad intrahospitalaria por IC, en relación con la mayor edad de los pacientes. Los fallecidos son más ancianos, en mayor proporción mujeres y con importante comorbilidad.

**Conclusiones.** No se observan disminuciones importantes en la letalidad intrahospitalaria por IC en el período 1999-2007, en probable relación con la edad creciente de los pacientes ingresados y su importante comorbilidad.

#### IC-14 HOSPITALIZACIÓN POR INSUFICIENCIA CARDÍACA EN ESPAÑA: DIFERENCIAS DE SEXO

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

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Universitario de Vigo. Vigo (Pontevedra).

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga).

<sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. H. Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona).

**Objetivos.** Analizar las características diferenciales entre ambos sexos en las hospitalizaciones por Insuficiencia cardíaca (IC) en España.

**Material y métodos.** Se estudiaron los Grupos Relacionados de Diagnósticos (GRD) 127 y 544 del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al alta hospitalaria (que corresponden al diagnóstico principal de IC), en > 35 años en el Servicio Nacional de Salud (2006).

**Resultados.** Se presentan en la tabla. (Excepto para mortalidad todos los parámetros presentaron una significación p < 0,05). Las mujeres presentan mayor edad y mayor prevalencia de demencia-enfermedades cerebrovasculares, diabetes mellitus y fibrilación auricular. Por el contrario presentan menor incidencia de infarto de miocardio previo, enfermedades pulmonares crónicas, enfermedad renal y enfermedad arterial periférica. Se observa tendencia a mayor mortalidad en mujeres (10,5% vs. 10,3%) y el 56,7% de las defunciones globales se producen en dicho sexo. Ello se relaciona fundamentalmente con la edad, porque al comparar mortalidades en segmentos etarios similares (65-80 años) las mujeres contribuyen sólo al 46,0% de muertes.

**Discusión.** Se observa un perfil clínico claramente diferente de las mujeres hospitalizadas en España, que son más ancianas y con mayor incidencia de enfermedades cerebrovasculares y diabetes. Por el contrario presentan menor EPOC, IAM, enfermedad renal y EAP, quizá en relación con una menor prevalencia de tabaquismo en ellas y que constituye un conocido factor

Tabla (IC-14). Diferencias en las hospitalizaciones por IC en España, según el sexo

	Mujeres	Hombres
Nº > 35 años (%)	48.259 (56)	37.890 (44)
Edad (SD)	79,9 (10,2)	75,3 (10,8)
IAM previo (%)	5,8	11,0
EPOC (%)	26,4	45,9
Demencia/Enf. cerebrovascular (%)	9,7	8,3
Enfermedad renal (%)	10,2	16,4
Enf. arterial periférica (%)	4,0	12,3
Diabetes mellitus (%)	40,8	34,4
Fibrilación auricular (%)	53,1	40,4
Mortalidad (%)	10,5	10,3

etiológico común en esos procesos. En comparación con estudios hospitalarios recientes como el Registro Andaluz de IC [RAIC(2006), n = 795], que analizó específicamente el género, en el SNS las mujeres son como media 6,5 años mayores, con un porcentaje > 75 años considerablemente mayor [79,9 años y 76,2% (SNS) vs. 73,4 años y 50,4% (RAIC)].

**Conclusiones.** Las mujeres hospitalizadas con IC en España son de mayor edad y presentan un perfil diferente de comorbilidad que los hombres, aunque su mortalidad es similar.

### IC-15

#### IMPACTO DE UN HOSPITAL DE DÍA DE MEDICINA INTERNA EN LA ASISTENCIA DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

L. Ceresuela Eito<sup>1</sup>, M. Hernaiz Gómez<sup>1</sup>, F. Rubio Toral<sup>1</sup>, I. Lineros Chivite<sup>1</sup>, M. Martín Baranera<sup>2</sup>, E. Sainz<sup>3</sup> y P. Armario García<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Epidemiología, <sup>3</sup>Hospital de Día Medicina Interna. Hospital de L' Hospitalet-Consorci Sanitari Integral. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

**Objetivos.** Determinar el impacto del hospital de día de medicina interna en visitas a urgencias y reingresos hospitalarios, entre pacientes con insuficiencia cardíaca. Para ello se compara los ingresos y visitas a urgencias en los 6 meses anteriores a la primera visita en hospital de día, con las visitas a urgencias y reingresos hospitalarios en los 6 meses posteriores.

**Material y métodos.** Se realiza un estudio prospectivo en el que se incluyen todos los pacientes con insuficiencia cardíaca que fueron visitados en el hospital de día de medicina interna entre Enero y Diciembre de 2007. En cada paciente se recogen las siguientes variables: edad, sexo, fecha de la primera visita en hospital de día, número total de visitas en hospital de día realizadas en los siguientes seis meses, visitas en urgencias durante los 6 meses anteriores a la primera visita en hospital de día, ingresos en planta en los 6 meses previos a la primera visita en hospital de día, visitas en urgencias durante los 6 meses posteriores a la primera visita en hospital de día, ingresos en planta en los 6 meses siguientes a la primera visita en hospital de día. La asistencia a los pacientes en el hospital de día fue dirigida a completar el estudio diagnóstico de la insuficiencia cardíaca, abordaje de la comorbilidad concomitante y adecuación del tratamiento según las guías de la Sociedad Europea de Cardiología 2005. Por último se entrenó a los pacientes en el reconocimiento de signos de alarma y actitud a seguir ante los mismos.

**Resultados.** Se visitaron 79 pacientes, a los que se realizaron 207 visitas a la largo del 2007, suponiendo 2,62 visitas por paciente, solamente 5 pacientes precisaron más de 6 visitas. Fueron varones 34 casos (43%) y mujeres 45 casos (57%). La edad media fue 79,2 años, (DE 7,47). A los 6 meses habían fallecido 8 pacientes (10,12%). Se apreció que en los 6 meses anteriores a la visita al hospital de día los pacientes acudieron por insuficiencia cardíaca al servicio de urgencias en 75 ocasiones mientras que en los 6 meses posteriores a la primera visita en hospital de día acudieron a urgencias en 42 ocasiones, lo que supuso un descenso de las visitas en urgencias del 46%, que fué estadísticamente significativo ( $p < 0.0001$ ). En relación con la disminución de los ingresos en planta de hospitalización se pudo objetivar que en los 6 meses anteriores de la visita al hospital de día los pacientes ingresaron en planta de hospitalización por insuficiencia cardíaca en 67 ocasiones, ingresando en 32 ocasiones durante los 6 meses posteriores a la primera visita en hospital de día, todo ello supuso un descenso de los ingresos del 49%, que fué estadísticamente significativo ( $p < 0.0001$ ).

**Discusión.** A partir de los datos antes expuestos, apreciamos que tratamos un colectivo de pacientes con una edad media elevada, con una mortalidad importante (10% a los 6 meses), y que precisa un importante consumo de recursos sanitarios (visitas a urgencias, ingresos). Los resultados del

estudio parecen refrendar la utilidad del hospital de día para disminuir el consumo de dichos recursos. Estos resultados se fundamentarían en una mayor adecuación del tratamiento a las guías clínicas, en la posibilidad de visitarse de forma precoz cuando comiencen los síntomas, y ser visitado el número de ocasiones que sea necesario.

**Conclusiones.** En los pacientes con insuficiencia cardíaca, a los 6 meses de seguimiento tras la primera visita en hospital de día, se aprecia una reducción significativa de las visitas a urgencias y los reingresos hospitalarios respecto a los 6 meses anteriores. Dicha reducción es del 46% en las visitas a urgencias y del 49% en los ingresos hospitalarios.

### IC-16

#### UTILIDAD DEL NT PROBNP EN EL SEGUIMIENTO Y DIAGNÓSTICO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA EN UNA CONSULTA RURAL

J. Gomà Sellart<sup>1</sup>, D. Camprubi<sup>1</sup> y L. Gomà<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. ICS (Barcelona).

<sup>2</sup>Estudiante Medicina. Facultad Medicina Rovira i Virgili de Reus (Tarragona).

**Objetivos.** En estudios recientes se ha demostrado que los péptidos natriuréticos cerebrales (BNP i NT- proBNP) tienen un alto valor para el diagnóstico, también en estudios recientes se ha visto la utilidad en el seguimiento, aunque la evidencia no es tan clara, nos hemos propuesto como OBJETIVO evaluar la utilidad del NT pro BNP en el seguimiento de pacientes con ICC i también en el diagnóstico de las descompensaciones de pacientes mayores de 70 años en una consulta rural.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo y prospectivo de pacientes con insuficiencia cardíaca compensada que venían a la consulta a control, des de 1 de octubre de 2008 a 25 abril de 2009. Incluimos a todos los pacientes con diagnóstico de ICC que venían a control, tanto si tenían clínica como si estaban asintomáticos. Incluimos un total de 16 pacientes de edades comprendidas entre 70 y 92 años. Después de la exploración clínica (TA, peso, saturación O<sub>2</sub>, i exploración general) se le pedía bioquímica básica (glucemia, urea, creatinina, Na, K, Hemograma, GPT i GGTT) i un NT-proBNP, los que presentaban clínica esta analítica se pedía con carácter urgente, al laboratorio de referencia si es por la mañana al CAP y si era por la tarde al hospital de referencia (la muestra la llevaba la familia del paciente), la demora en tener los resultados urgentes era como máximo 2 horas. Todos los pacientes presentaban algún tipo de co morbilidad (HTA, DM2, MPOC, hipertiroidismo, hipotiroidismo, cardiopatía isquémica, fibrilación auricular, estenosis aórtica, antecedentes de TEP i metástasis óseas por cáncer de próstata). Los valores de laboratorio eran IC improbable < 300 pg/ml, IC probable: < 50 años 300-450 pg/ml de 50 a 75 años de 300-900 pg/ml i > 75 años 300 – 1800. IC muy probable < 50 a > 450 pg/ml 50 a 75 años > 900 pg/ml i > 75 años > 1800 pg/ml. El seguimiento siempre se hizo en consulta o domicilio por médico y enfermera(peso, frecuencia cardíaca, saturación O<sub>2</sub>, TA,) i médico (exploración física i ajuste tratamiento).

**Resultados.** De los 16 pacientes 5 presentaban clínica en el momento de la visita, los 11 restantes estaban asintomáticos. De los 5 con clínica, 2 presentaban valores de NT pro BNP superiores a 2000, a estos se les diagnosticó de descompensación cardíaca y se les ajustó tratamiento. Los 3 restantes 1 se diagnosticó de TEP, 1 de MPOC i otro de crisis de ansiedad. Los 11 restantes, todos tenían cifras basales de NT pro BNP entre 800 i 1250. De estos 7 mantuvieron las cifras del NT pro BNP estables que coincidía con la estabilidad clínica. Los 4 restantes tuvieron incrementos entre 500pg/ml i 800 pg/ml que coincidía con aumento de peso, astenia, sin explicar otra sintomatología, a estos también se les trató ajustando el tratamiento. De estos 9 pacientes, con clínica(5) i mal controlados(4), 8 siguieron tratamiento i control domiciliario por médico y enfermera de manera diaria, uno tuvo que ser ingresado por no tener soporte familiar.

**Discusión.** El NT proBNP es útil para el diagnóstico de la ICC siempre unido a la exploración clínica reduciendo la incertidumbre diagnóstica, en España esta aceptada también su utilidad en el seguimiento, aunque hay estudios publicados donde no hay diferencias significativas entre la utilidad de la clínica frente al BNP en el seguimiento de estos pacientes, nuestros resultados apoyan su uso en tales casos, posiblemente al ser utilizado en pacientes mayores, ya que estos no tienen una clínica tan florida como la de los más jóvenes. Posiblemente los incrementos del NT proBNP no eran muy grandes pero unido al incremento de peso de los pacientes nos permitió ajustar el tratamiento y adelantarnos a la descompensación e ingreso.

**Conclusiones.** El NT pro BNP es útil para seguimiento i diagnóstico de la ICC en una consulta rural, permitiendo disminuir los ingresos hospitalarios y posiblemente la mortalidad, aunque no era objeto de estudio, y creemos que también hemos mejorado la calidad de vida al poder ser tratados en su domicilio.

### IC-18 VALOR PRONÓSTICO DEL PERFIL LIPÍDICO EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA

P. Salamanca Bautista<sup>1</sup>, F. Fabiani Romero<sup>2</sup>, E. Guisado Espartero<sup>3</sup>, J. Santamaría González<sup>1</sup>, B. García Casado<sup>1</sup>, Ó. Aramburu Bodas<sup>1</sup>, J. Arias Jiménez<sup>1</sup> y R. Pérez Cano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna B, <sup>2</sup>Bioquímica clínica y Biología Molecular. Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla.

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Margarita. Cabra (Córdoba).

**Objetivos.** Valorar si los niveles de colesterol total y el resto de parámetros lipídicos en pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca son predictores de mala evolución (medida mediante mortalidad por cualquier causa y reingresos por insuficiencia cardiaca) tras un tiempo de seguimiento mínimo de 12 meses.

**Material y métodos.** Se reclutaron 110 pacientes de ambos sexos ingresados en el Servicio de MI del Hospital Virgen Macarena por Insuficiencia Cardiaca de cualquier etiología y sin límites de edad. Se excluyeron aquellos que fallecieron durante el ingreso y los que padecían artritis inflamatorias, hepatopatías, neoplasias e insuficiencia renal en diálisis. Se recogieron datos clínicos y de analítica con perfil lipídico y se realizó ecocardiografía a todos los pacientes. Se registraron los eventos (reingresos y exitus).

**Resultados.** La edad media fue 74,1 ± 7,8 años, un 46,3% eran varones y un 35% tenían una FE < 45%. La población tenía un alto riesgo cardiovascular: el 82,7% pacientes eran hipertensos, el 57,2% eran diabéticos y el 39% padecían dislipemia. Durante los 41 meses de seguimiento fallecieron 40 pacientes (36,4%) y 59 pacientes (53,6%) tuvieron al menos un evento. En el análisis univariante la clase funcional avanzada, la presencia de anemia, las cifras elevadas de NT-proBNP, la tensión arterial baja y un índice de Cockcroft descendido fueron fuertes predictores de mortalidad. Del mismo modo los niveles de colesterol total, c-LDL, triglicéridos, c-VLDL y ApoB100 obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a mortalidad. Tras un análisis multivariante mediante regresión de Cox se comprobó que las cifras descendidas por debajo de un nivel (que fue determinado por curva ROC) de c-LDL, triglicéridos, c-VLDL y APOB100 predecían el riesgo de muerte por cualquier causa de manera independiente, aunque no de reingresos por insuficiencia cardiaca.

**Discusión.** La relación entre los factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, dislipemia, obesidad...) y la insuficiencia cardiaca establecida es paradójica. Varios estudios han arrojado datos acerca del papel del colesterol como marcador pronóstico en la enfermedad, bien sea como reflejo de una situación nutricional deficitaria del paciente, o en respuesta a una inflamación importante (y por tanto a una enfermedad más avanzada). Estos trabajos asocian mayor mortalidad a aquellos pacientes con niveles de colesterol bajos. En nuestro estudio, el colesterol no permanece como predictor de mortalidad en análisis multivariante, pero si lo hacen otros parámetros del perfil lipídico (triglicéridos, c-LDL...) corroborando la idea de que niveles bajos son indicativos de peor pronóstico, al igual que ocurre con otras enfermedades agudas o crónicas (sepsis, artritis inflamatorias...)

**Conclusiones.** Los valores descendidos en determinados parámetros del perfil lipídico son factores asociados a un aumento de la mortalidad por cualquier causa. Sin embargo, el perfil lipídico no ha demostrado utilidad para predecir futuros reingresos por descompensación de la insuficiencia cardiaca.

### IC-19 PROTOCOLO DE USO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA

L. Corral Gudino<sup>1</sup>, J. García Aparicio<sup>1</sup>, J. Herrero Herrero<sup>1</sup>, R. Jorge Sánchez<sup>2</sup> y M. Moreiro Barroso<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. H. Los Montalvos. Salamanca.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Concha. Zamora.

**Objetivos.** Valorar la utilidad en una planta de hospitalización convencional de la ventilación mecánica no invasiva (VMNI) para el manejo de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o insuficiencia cardiaca (IC).

**Material y métodos.** Estudio descriptivo. Retrospectivo. Se seleccionaron, mediante la base de datos del servicio de Medicina Interna, todos los pacientes que tenían como diagnóstico principal al alta EPOC o IC que fueron ingresados en el Hospital de los Montalvos (Hospital Universitario de Salamanca) entre el 1 de marzo de 2004 y el 31 de marzo de 2007. Se hicieron 2 grupos de pacientes según presentasen o no acidosis respiratoria grave (pH < 7,3 y PaCO<sub>2</sub> > 600 mmHg) o hipoxemia grave (Pao<sub>2</sub>/Fio<sub>2</sub> ≤ 200 mmHg) al ingreso. Se revisaron los informes de alta de dichos pacientes. Como variable de resultado se recogió la supervivencia al ingreso y como variable dependientes la respuesta al tratamiento médico convencional y el uso de la VMNI.

**Resultados.** Se recogieron datos de 592 pacientes con EPOC, de los cuales 517 (87%) fueron válidos para el estudio. En 421 pacientes (81%, edad media 79 años, 88% de varones, 4% de fallecidos) la gasometría al ingreso no presentaba ni acidosis respiratoria ni hipoxemia grave. De los restantes 96 pacientes (19%, edad media 78 años, 78% de varones, 15% de fallecidos), 70 (73%) tuvieron una mejoría inicial con el tratamiento médico y oxigenoterapia, por lo que no fue necesario considerar el uso de la VMNI al ingreso (1 paciente falleció y otro fue ingresado en UVI). De los 26 pacientes que no mejoraron tras recibir tratamiento médico 3 se negaron al uso de la VMNI (fallecieron 2, 66%), en 12 se desestimó el uso de ésta bien porque la situación aguda presentaba un pronóstico de muerte inminente o bien porque la situación basal del paciente estaba ya muy deteriorada (fallecieron 7, 58%) y en 11 se utilizó VMNI (fallecieron 3, 27%). Se recogieron datos de 1004 pacientes con IC, de los cuales 852 (85%) fueron válidos para el estudio. En 798 pacientes (94%, edad media 82 años, 41% de varones, 6% de fallecidos) la gasometría al ingreso no presentaba ni acidosis respiratoria ni hipoxemia grave. De los restantes 54 pacientes (6%, edad media 88 años, 7% de varones, 11% de fallecidos), 47 (87%) tuvieron una mejoría inicial con el tratamiento médico y oxigenoterapia, por lo que no fue necesario considerar el uso de la VMNI al ingreso (fallecieron 3, 4%). De los 7 pacientes que no mejoraron tras recibir tratamiento médico en 1 se desestimó el uso de VMNI porque la situación basal del paciente estaba ya muy deteriorada (falleció) y en 6 se utilizó VMNI (fallecieron 3, 50%).

**Discusión.** La VMNI se ha convertido en un tratamiento estándar para el manejo de la insuficiencia respiratoria aguda refractaria al tratamiento médico y el oxígeno suplementario en pacientes con EPOC o IC en las unidades de cuidados intensivos (UCI). Recientemente la VMNI se ha comenzado a utilizar en otros medios, incluyendo las unidades de urgencias y las plantas de hospitalización convencionales. En este último caso los datos parecen sugerir un tasa de éxitos similar a la recogida para las UCI.

**Conclusiones.** Nuestro estudio sugiere que la VMNI puede ser un complemento eficaz asociado al tratamiento médico y la oxigenoterapia para el manejo en una planta convencional de medicina interna de pacientes con EPOC o IC.

### IC-20 DETERMINACIÓN DEL FRAGMENTO N-TERMINAL DEL PROPÉPTIDO NATRIURÉTICO CEREBRAL O TIPO B (NT-PROBNP) EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA (IC)

J. Martínez Senmartí<sup>1</sup>, M. Hoyos Valladares<sup>1</sup>, M. Allali<sup>1</sup>, N. Sanz Arevalillo<sup>1</sup>, E. Arasa Tuliesa<sup>2</sup>, D. Bierge Valero<sup>2</sup>, F. Sena Ferrer<sup>1</sup> y P. Ferras Carceller<sup>1</sup>

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

**Objetivos.** La IC es una enfermedad cuya incidencia y prevalencia van en aumento. Gracias a los programas de intervención multidisciplinar su manejo se ha visto favorecido en los últimos años. La determinación NT-proBNP es útil para el diagnóstico de pacientes con sospecha de IC y parece que su monitorización puede serlo en su seguimiento. Evaluar las características de la población perteneciente a la unidad de IC de nuestro centro y estudiar el comportamiento del NT-proBNP en relación a distintas variables recogidas.

**Material y métodos.** Se recogieron datos clínicos (antecedentes, exploración física...), analíticos (creatinina, NT pro-BNP...) y electrocardiográficos, así como ecocardiograma reciente de todos los pacientes registrados en la unidad de IC del Hospital de Tortosa Verge de la Cinta desde su inicio, el 18 de febrero de 2008 hasta el 12 de mayo de 2009. Dicha unidad incluye a pacientes menores de 85 años diagnosticados de IC siempre que esta sea el diagnóstico principal, ya sea con disfunción sistólica ventricular, fracción de eyección ventrículo izquierdo (FEVI) < 45% o con función sistólica preservada si la IC es rebelde al tratamiento, requiere ingreso hospitalario, supone franca limitación funcional, o bien es secundaria a miocardiopatía primaria con predominio de disfunción diastólica; se excluye a todos los pacientes cuya comorbilidad condiciona limitación de la supervivencia menor a 6 meses-1 año o que presenten un grado de incapacidad o involuntariedad previsible para el cumplimiento de visitas y tratamientos.

**Resultados.** De 51 pacientes de la muestra el 71% eran varones, edad media 68 años ± 10 años, 43 de ellos (86%) presentaron disfunción sistólica. Los antecedentes más frecuentes fueron hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y dislipemia (DL). Un 22% de los casos presentaban Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). El 74% de los pacientes se encontraban en una clase funcional según la New York Heart Association (NYHA) II-III. La FEVI media fue del 34% ± 11%. El 71% presentaba insuficiencia mitral. El electrocardiograma mostró taquicardia supraventricular en 15 de los pacientes estudiados. Atendiendo a los niveles del NT-pro-BNP se estimó un valor medio de 3270 pg/ml ± 5421 pg/ml. Los fármacos más utilizados fueron IECAS y ARAII, los beta bloqueantes

se utilizaron en el 71% de los pacientes, antiadosterónicos en un 49% y otros diuréticos en el 84%. Existe asociación estadísticamente significativa entre NT pro-BNP y la edad, la creatinina, la clase funcional y el índice de masa corporal (IMC). No hemos encontrado asociación significativa entre NT pro-BNP y sexo, DM2, HTA, cardiopatía isquémica, presencia de fibrilación auricular o valvulopatía.

**Discusión.** Nuestro estudio analiza las características de una población heterogénea y el comportamiento del NT pro-BNP en pacientes con cardiopatía isquémica crónica. Las características basales de los pacientes que presentan FEVI conservada difieren de las de aquellos con FEVI disminuida. A diferencia de otros estudios publicados, en nuestra muestra existe predominio de cardiopatía isquémica, DL y DM2 en los casos con función sistólica preservada, probablemente es debido a que el número de estos pacientes es muy pequeño y por lo tanto poco representativo. El aumento de los niveles de NT pro-BNP en pacientes con FEVI deprimida, pacientes de edad avanzada y disfunción renal si coincide con la literatura médica publicada.

**Conclusiones.** Los pacientes presentan perfil de riesgo distinto en función de la fracción de eyección. La monitorización del NT pro-BNP nos proporciona información pronóstica en la IC. El reducido tamaño muestral y el sesgo de selección de los pacientes de la UIC limitan los resultados obtenidos.

## IC-21

### VALOR PRONÓSTICO COMBINADO DE ANEMIA Y NT-PROBNP AL AÑO EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

**M. Guisado Espartero<sup>1</sup>, P. Salamanca Bautista<sup>2</sup>, Ó. Aramburu Bodas<sup>2</sup>, J. Arias Jiménez<sup>2</sup>, J. Grau Amorós<sup>3</sup>, J. Santamaría González<sup>2</sup>, B. García Casado<sup>2</sup> y R. Pérez Cano<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Margarita. Cabra (Córdoba).

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna B. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Municipal de Badalona. Badalona (Barcelona).

**Objetivos.** 1. Describir el número de muertes y eventos combinados en los pacientes con Insuficiencia cardiaca (IC) según la presencia o no de anemia y/o NT-proBNP elevado. 2-Estudiar el valor pronóstico combinado al año de anemia y NT-proBNP elevado en los pacientes con Insuficiencia Cardiaca.

**Material y métodos.** 1-Se recogieron 156 pacientes hospitalizados por IC, con confirmación por Ecocardiografía actual o previa. 2. Se les midió la hemoglobina (Hb) y NT-proBNP y se les realizó un seguimiento durante un año, recogiendo las muertes totales y evento combinado (muerte total o reingreso por IC). 3. Se definió la anemia según los criterios de la OMS (Hb < 13 g/dl en varones y < 12 g/dl en mujeres) y NT-proBNP si era > 3818 pg/ml (punto de corte mediante curvas ROC). Se establecieron 4 grupos según la presencia o no de anemia y/o NT-proBNP elevado: anemia con NT-proBNP elevado (n = 25), anemia sin NT-proBNP elevado (n = 43), NT-proBNP elevado sin anemia (n = 23), no anemia ni NT-proBNP elevado (n = 62). 4. Se realizó un estudio de supervivencia de Kaplan Meier y un análisis de regresión múltiple de Cox.

**Resultados.** En el seguimiento a un año, hubo 37 muertes y 74 eventos combinados. En los pacientes con anemia y NT-proBNP elevado el porcentaje de muertes fue del 64% y el de eventos combinados del 76%. Fue significativamente superior a los pacientes con sólo anemia (18.6 y 48.8%), sólo NT-proBNP elevado (43.5 y 69.6%) o ninguno de los dos (4.8 y 25.8%). El riesgo ajustado de muerte y evento combinado era 21.92 y 5.74 veces mayor en el grupo con ambos factores (anemia y NT-proBNP elevado) frente al que no tenía ninguno de los dos (p < 0.01). Los pacientes con anemia o NT-proBNP elevado aislada tenían también más riesgo de muerte (Hazard ratio = 4.04 y 11.26, respectivamente) que los que no. El riesgo de evento también era significativamente mayor cuando sólo se tenía un factor (HR = 2.28 y 4.02, respectivamente). En las curvas de Kaplan Meier también se objetivaba como los pacientes con anemia y NT-proBNP elevado eran los que tenían una supervivencia libre de muerte o evento combinado menor.

**Discusión.** En estudios previos se ha demostrado el valor pronóstico que tiene la anemia en los pacientes con IC, siendo un factor pronóstico independiente de mortalidad y de reingresos hospitalarios. También se ha visto que NT-proBNP es un factor pronóstico en la IC. En este trabajo se ha estudiado si la combinación de anemia y NT-proBNP empeoraría el pronóstico. Se ha visto que la existencia de ambos factores aumentaba el riesgo de mortalidad y evento combinado, constituyendo un grupo de mayor riesgo en los que habría que intensificar la vigilancia y el tratamiento.

**Conclusiones.** 1-Los pacientes con anemia ó NT-proBNP elevado tienen un mayor porcentaje de muertes y de evento combinado. 2-La presencia combinada de ambos aumenta significativamente la tasa de muertes y evento combinado. 3-El riesgo de muerte y evento combinado en estos pacientes es casi 22 y 6 veces mayor que los que no tienen ni anemia ni NT-proBNP elevado, con una supervivencia libre de eventos también menor. 4-Sería un

grupo de mayor riesgo que precisaría de un mejor seguimiento e intensificación del tratamiento.

## IC-22

### ANÁLISIS DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS EN LOS PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA GENERAL

**C. Aguirre González<sup>1</sup>, C. López Rodríguez<sup>2</sup>, J. Fernández Pardo<sup>1</sup>, C. Rosa García<sup>1</sup>, E. Rashid Jiménez<sup>1</sup> y F. López Andreu<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Fundación Jiménez Díaz-Ute. Madrid.

**Objetivos.** Analizar el uso y describir los hallazgos proporcionados por las exploraciones complementarias en los pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca descompensada (ICD) en un servicio de Medicina Interna general.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de los resultados de las exploraciones complementarias realizadas en una serie de 100 pacientes consecutivos, ingresados en nuestro servicio con diagnóstico de ICD, a partir del 1 de febrero de 2007, fecha elegida al azar. Se revisaron las historias clínicas informatizadas y el tratamiento estadístico se realizó con el programa SPSS-15 para Windows.

**Resultados.** La mayoría de los pacientes presentaba alteraciones típicas en la RX de tórax: edema agudo de pulmón un 44%, redistribución vascular pulmonar sin edema franco un 24% y derrame pleural bilateral un 18%. Entre las alteraciones electrocardiográficas, la fibrilación auricular era la más común, apareciendo aislada en el 46% de los casos y asociada a otras alteraciones significativas en un 5%; un 10% presentaban ritmo de marcapasos, otro 7% BCRHH y el 6% BCRDHH; sólo el 13% presentaban ritmo sinusal sin alteraciones de importancia. Se determinó el pro-BNP en 10 casos, presentando los pacientes de mayor edad (> 86 años) los valores más elevados. Se realizó estudio ecocardiográfico en el 38% de los casos, predominando los hallazgos de disfunción sistólica sobre los informados como disfunción diastólica aislada (13%). En 4 casos se recurrió al Holter y se solicitaron 2 coronariografías, realizándose en ambos casos angioplastia.

**Discusión.** El diagnóstico de insuficiencia cardiaca se fundamenta en los hallazgos clínicos y se apoya en exploraciones complementarias de rutina. Las técnicas más sofisticadas permiten avanzar en la precisión diagnóstica y muchas veces posibilitan la terapéutica intervencionista. Los pacientes ingresados en servicios de Medicina Interna, al presentar una tasa muy inferior de eventos coronarios agudos, tienen menos demanda de exploraciones sofisticadas. La elevada tasa de reingresos de estos enfermos explica que sólo se considerara necesario realizar ecocardiograma en el 38% de los casos, al disponerse en el resto de exploraciones previas recientes.

**Conclusiones.** Junto con la clínica, la radiografía de tórax y el electrocardiograma siguen siendo útiles en el diagnóstico y evaluación de la insuficiencia cardiaca. La mayoría de los pacientes que ingresan por descompensación de esta patología presentan alteraciones radiológicas y electrocardiográficas, especialmente datos de congestión pulmonar y fibrilación auricular. El porcentaje de pacientes que precisan determinación de los niveles de pro-BNP para aclarar el diagnóstico es bajo, 10% en nuestra serie, y su posible papel como marcador pronóstico está por dilucidar.

## IC-23

### CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA EN UNA SECCIÓN DE MEDICINA INTERNA

**B. Alcaraz Vidal<sup>1</sup>, A. Melgarejo González<sup>1</sup>, F. Sarabia Marco<sup>1</sup>, J. Muñoz Sánchez<sup>1</sup>, R. Millán Rodríguez<sup>1</sup> y M. Madrigal de Torres<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Apoyo a la Investigación. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

**Objetivos.** Conocer el perfil de una muestra de pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca en nuestra Sección de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Descripción del perfil clínico de una serie de cien pacientes consecutivos ingresados en la Sección de Medicina Interna del Hospital Reina Sofía de Murcia, hospital universitario de área de 300 camas, a partir de una fecha elegida al azar (01/02/2007). Se recogieron las siguientes variables de las historias informatizadas: sexo, estancia media, clase funcional, antecedentes personales, ingresos en el último año, reingresos al mes del alta y mortalidad. El estudio estadístico se realizó con SPSS-15 para Windows.

**Resultados.** De los 100 pacientes analizados el 66% eran mujeres, con rangos de edades según muestra la tabla 1. El 91% de los ingresos procedían de puerta de urgencias. No tenían antecedentes de insuficiencia cardiaca

Tabla 1 (IC-23). Distribución de edades

	Frecuencia	Porcentaje
Menores de 65 años	4	4
De 66 a 70 años	4	4
De 71 a 75 años	23	23
De 76 a 80 años	30	30
De 81 a 85 años	17	17
Mayores de 86 años	22	22

previa el 47%, pero sí al menos un factor de riesgo cardiovascular en el 98% de ellos. El 69% de los pacientes tenía al menos un ingreso en el último año y más de la mitad se encontraba en clase funcional II-III NYHA. La estancia media fue de 13'64 días, con evolución favorable en 98 de ellos y sólo dos éxitos, aunque reingresaron al mes el 60% de los pacientes.

**Discusión.** En España se producen cerca de 80.000 ingresos hospitalarios por insuficiencia cardíaca (IC) al año, siendo, como en otros países desarrollados, la primera causa de hospitalización y rehospitalización en mayores de 65 años, sobre todo en mujeres. Se ha descrito una estancia media de 9'5 a 13 días. La IC provoca un enorme gasto sanitario, consumiendo entre el 1'8 y el 3% del presupuesto sanitario público, de ahí la importancia de conocer las características epidemiológicas de la población que ingresa por insuficiencia cardíaca. Al igual que en otras series, en nuestro estudio la mayoría de pacientes eran mujeres, con antecedentes de insuficiencia cardíaca y/o al menos un factor de riesgo cardiovascular. La estancia media observada fue superior a la media pero con evolución favorable en la mayoría de los pacientes y con escasa mortalidad.

**Conclusiones.** La insuficiencia cardíaca es una patología frecuente con una elevada tasa de ingresos hospitalarios. La mayoría de los pacientes, como los que integran nuestra serie, presentan una elevada tasa de reingresos. Aunque la mortalidad hospitalaria de nuestros pacientes ha sido baja, lo prolongado de la estancia media, junto con la alta tasa de reingresos ratifica la dificultad del manejo y el elevado consumo de recursos sanitarios.

#### IC-24

#### ESTUDIO DEL TRATAMIENTO AL ALTA DE PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. Giménez Belló, C. Aguirre González, C. Rosa García, E. García Villalba, M. García Puche y J. Fernández Pardo

Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

**Objetivos.** Describir y analizar el tratamiento al alta de una serie de pacientes ingresados con el diagnóstico de insuficiencia cardíaca en el Servicio de Medicina Interna de nuestro hospital y revisión de la bibliografía.

**Materiales y métodos.** Estudio descriptivo del tratamiento instaurado al alta, tras un episodio de insuficiencia cardíaca, en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Reina Sofía de Murcia, hospital universitario de área de 330 camas. Se trata de una serie de cien pacientes consecutivos ingresados a partir de una fecha elegida al azar (01/02/2007), con el diagnóstico al alta de insuficiencia cardíaca. El análisis estadístico se realizó con SPSS-15 para Windows.

**Resultados.** De los 100 pacientes analizados, casi la mitad (48%) fueron tratados con IECA y el 31% con ARAII. Sólo 31 recibieron betabloqueantes, con contraindicaciones para su uso en 2 casos. Fueron prescritos calcioantagonistas en 37 pacientes (20 Dihidropiridínicos, 16 Diltiazem y 1 Verapamilo), y algún tipo de nitrato en 45 casos, casi todos en forma transdérmica. Los diuréticos más utilizados fueron furosemida (82%) y espironolactona (35%). 4 pacientes comenzaron con epleronona. En cuanto a digoxina y amiodarona, fueron utilizados en 40 y 8 casos respectivamente. 39 pacientes recibieron estatinas. La ventilación mecánica no invasiva se recomendó en 7 pacientes frente a los 21 a los que se prescribió oxigenoterapia. En cuanto a la terapia antiagregante y anticoagulante, el 46% de los casos abandonaron el hospital anticoagulados y más del 50% con algún tipo de antiagregante (AAS, Clopidogrel o ambos).

**Discusión.** La insuficiencia cardíaca es la tercera causa de muerte cardiovascular en España, detrás de la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular. El tratamiento farmacológico contempla dos vertientes: los fármacos que mejoran la supervivencia a largo plazo (inhibidores del eje renina-angiotensina y betabloqueantes), y aquellos cuya principal utilidad es el control sintomático (diuréticos, digoxina). Los pacientes de nuestra serie recibieron un bloqueante del eje renina-angiotensina en un porcentaje superior al que se recoge en otros estudios, y la práctica totalidad recibió diuréticos para aliviar síntomas congestivos. La inestabilidad clínica con una elevada tasa de reingresos por descompensación no permitió alcanzar un porcentaje ideal de pacientes betabloqueados.

**Conclusiones.** De acuerdo con nuestros datos y lo recogido en la literatura, los bloqueadores del eje renina-angiotensina son necesarios en un elevado número de pacientes con insuficiencia cardíaca. El empleo de betabloqueantes se ve dificultado por la inestabilidad clínica este tipo de enfermos y la mayoría de ellos precisa diuréticos y otros fármacos para su control sintomático, junto con medidas de antiagregación o anticoagulación oral.

#### IC-25

#### PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

A. Melgarejo González, C. Royo-Villanova Reparaz, M. Egea Campoy, D. Palazón Moñino, M. Giménez Belló y P. Aroca Fernández

Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

**Objetivos.** Estudiar las características clínico-epidemiológicas de los pacientes mayores de 80 años, incluidos en una serie de 100 pacientes consecutivos, diagnosticados de insuficiencia cardíaca (IC) en nuestro Servicio. Comparar los hallazgos con los del resto de la serie.

**Materiales y métodos.** Realizamos un análisis descriptivo del perfil clínico epidemiológico de un grupo de 43 pacientes mayores de 80 años, que forman parte de una serie de 100 pacientes consecutivos, ingresados en nuestro servicio a partir de una fecha elegida al azar (01/02/2007). Se recogieron las siguientes variables: sexo, estancia media, clase funcional de la NYHA, antecedentes de insuficiencia cardíaca, ingresos en el último año, reingresos al mes del alta, mortalidad y exploraciones complementarias. El estudio estadístico se realizó con SPSS-15 para Windows.

**Resultados.** De los 43 pacientes, 23 (53,5%) tenían antecedentes de insuficiencia cardíaca, encontrándose todos ellos en clase funcional II o superior de la NYHA. Los datos analíticos obtenidos al ingreso fueron los siguientes: hemoglobina  $11,6 \pm 2,12$ ; albúmina  $3,63 \pm 0,41$  g/dl; creatinina  $1,72 \pm 0,83$  mg/dl; urea  $100 \pm 52,48$  mg/dl. Se solicitó el proBNP en cinco casos, encontrándose elevado en todos ellos, con un valor de  $1913 \pm 677$  pg/dl. El 55,8% se encontraba en fibrilación auricular en el momento del ingreso. En 15 casos la radiografía de tórax mostró imágenes de edema agudo de pulmón. Se realizó ecocardiograma durante el ingreso a 15 pacientes, siendo la hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo la alteración informada con mayor frecuencia. La estancia media fue de  $12,56 \pm 5,97$  días, con evolución favorable en todos ellos, reingresando al mes el 65,1% de los pacientes. Tras realizar el análisis comparativo con el resto de la serie, no se encontraron diferencias con significación estadística en ninguna de las variables descritas.

**Discusión.** Estudios epidemiológicos realizados en España demuestran que la insuficiencia cardíaca afecta al 10% de los enfermos mayores de 70 años, grupo atendido fundamentalmente por los servicios de Medicina Interna. Esta patología representa, en mayores de 65 años, el GRD más frecuente de su actividad. La tasa de reingresos, recogida en la literatura oscila, entre el 30-60% en un plazo de 6 meses desde el alta. Los resultados de nuestra serie corroboran los datos epidemiológicos descritos, con más de un 40% de pacientes que sobrepasan los 80 años, y una tasa de reingresos que alcanza el 65,1% en el primer mes. También es de resaltar en nuestra serie, la elevada incidencia de la fibrilación auricular y, entre los datos analíticos, la elevada relación urea: Cr, que exceden lo comunicado en otros estudios.

**Conclusiones.** Los pacientes mayores de 80 años suponen un porcentaje elevado del total de los pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca. No hemos encontrado diferencias significativas entre los pacientes octogenarios y el resto de la serie de pacientes con insuficiencia cardíaca en cuanto a su perfil clínico y analítico.

#### IC-26

#### ANÁLISIS DEL MANEJO TERAPÉUTICO AL ALTA DEL PACIENTE OCTOGENARIO INGRESADO POR INSUFICIENCIA CARDÍACA EN UNA SECCIÓN DE MEDICINA INTERNA

C. Vera Sánchez-Rojas, E. Rashid Jiménez, D. Meseguer Frutos, J. Vicente Calderón, C. Royo Villanova Reparaz y B. Alcaraz Vidal

Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

**Objetivos.** Descripción y análisis del tratamiento al alta del paciente octogenario ingresado por insuficiencia cardíaca en nuestra Sección de Medicina Interna y comparación con lo descrito en la literatura.

**Materiales y métodos.** Estudio descriptivo del tratamiento instaurado al alta tras un episodio de insuficiencia cardíaca en pacientes mayores de 80 años. Se trata de una muestra de 39 casos pertenecientes a una serie de 100

consecutivos ingresados en nuestra Sección de Medicina Interna del HGU Reina Sofía de Murcia a partir de una fecha elegida al azar (01/02/2007). El único criterio de inclusión fue el diagnóstico al alta de insuficiencia cardiaca, sin existir criterios de exclusión. El estudio estadístico se realizó con SPSS-15 para Windows.

**Resultados.** De los 39 pacientes analizados sólo 7 (17.94%) recibieron beta-bloqueantes, con contraindicaciones para su uso en 2. La mitad de los pacientes fueron tratados con IECA y el 30% con ARAII. Los calcioantagonistas fueron prescritos en 19 pacientes, y nitratos en 18 (46%), (la mayoría en forma transdérmica). Los diuréticos más utilizados fueron furosemida (87.18%) y espironolactona (28.20%). En cuanto a digoxina y amiodarona, fueron utilizados en 19 y 20 casos respectivamente. 14 pacientes recibieron estatinas. La ventilación mecánica no invasiva se recomendó en 3 pacientes frente a los 12 a los que se prescribió oxigenoterapia. En cuanto a la terapia antiagregante y anticoagulante, el 30.76% de los pacientes salieron del hospital con Acenocumarol, y casi el 60% con algún tipo de antiagregante (AAS, Clopidogrel o ambos).

**Discusión.** La IC es una patología con un importante impacto socioeconómico en la población. Tiene alta prevalencia, genera una elevada mortalidad y produce un marcado deterioro en la calidad de vida de los enfermos, de ahí la importancia de un tratamiento optimizado. En numerosos estudios se ha observado una mejoría de la supervivencia con el uso de betabloqueantes en la insuficiencia cardiaca independientemente de la edad, y su uso se cita como ejemplo de buena práctica clínica. Sin embargo en nuestra práctica habitual no los utilizamos con tanta frecuencia como debiéramos, sobre todo en pacientes ancianos, ya sea por la inestabilidad clínica del momento o por las patologías asociadas que suelen presentar, que dificultan y a veces impiden, la indicación de dicho tratamiento. En cuanto a la utilización de IECA o ARA II son fármacos ampliamente utilizados, al igual que diuréticos y digoxina, para control de los síntomas.

**Conclusiones.** En nuestra serie a pocos pacientes octogenarios se les prescribieron betabloqueantes. El 80% recibe tratamiento con bloqueadores del eje renina-angiotensina. Los diuréticos son utilizados en la práctica totalidad de los casos para control sintomático.

## IC-27

### MIOCARDIOPATÍA PERIPARTUM: A PROPÓSITO DE CUATRO CASOS F. Sarabia Marco<sup>1</sup>, A. Melgarejo González<sup>1</sup>, C. Susarte Juliá<sup>2</sup>, C. Rosa García<sup>1</sup>, C. Marín Bernabé<sup>1</sup>, M. Giménez Belló<sup>1</sup> y F. López Andreu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

**Objetivos.** La miocardiopatía peripartum (MPP) es una enfermedad poco frecuente, de causa desconocida, que aparece en mujeres previamente sanas en relación con el embarazo. Comunicamos nuestra experiencia de cuatro casos diagnosticados, en los últimos años, en un centro que no atiende pacientes obstétricas.

**Materiales y métodos.** Estudio de las historias clínicas de cuatro pacientes diagnosticadas en nuestro centro de miocardiopatía peripartum, entre 1998 y 2007, y seguidas, con posterioridad, en consultas externas.

**Resultados.** Se presentan 4 pacientes, de raza caucasica, que en el parto (24 h preparto- 40 días del puerperio) debutan con clínica de fallo cardiaco izquierdo. En todas se objetiva una FEVI disminuida (25%-35%) y dilatación del mismo. Las cuatro presentan insuficiencia mitral, que es severa en tres. En un caso, la insuficiencia cardiaca estuvo precedida de eclampsia. En tres pacientes la evolución fue muy favorable, recuperando FEVI > 55%. La paciente nº 4 se estabilizó inicialmente, pero mantuvo disfunción sistólica severa (FEVI 19%), por lo que fue propuesta para trasplante. Todas recibieron tratamiento habitual y en dos casos se asoció pentoxifilina.

**Discusión.** La MPP es una forma rara de miocardiopatía dilatada de etiología desconocida que aparece en relación con el embarazo. Para su diagnóstico se han establecido 4 criterios: Aparición de insuficiencia cardiaca entre el último mes de embarazo y el quinto mes del puerperio, ausencia de cardiopatía previa, descartar otras causas de miocardiopatía dilatada y demostración de disfunción sistólica del VI (FEVI < 45%, F. acortamiento < 30%) por ecocardiografía. Su incidencia oscila entre 1:299 nacidos vivos en Haití hasta 1:4000-15000 en EEUU y Europa. Como factores etiológicos se han valorado déficit nutricionales, factores hemodinámicos y autoinmunidad, relacionados con el embarazo, e infecciones víricas. Se han objetivado aumentos de citoquinas proinflamatorias y marcadores de apoptosis. La presentación clínica es con síntomas habituales de insuficiencia cardiaca. Las series publicadas recogen la presencia de insuficiencia mitral funcional en el 43% de los casos, signos de CVI en el ECG hasta en el 66% y alteraciones de la repolarización en el 96%. La trombosis mural es frecuente cuando la FEVI es menor del 35%. El tratamiento es el habitual de la insuficiencia cardiaca con las siguientes peculiaridades: sustituir IECA por hidra-

lacina y nitratos antes del parto, por el efecto teratogénico; la digital se considera segura en el embarazo. Se han comunicado buenos resultados con pentoxifilina, atribuidos a su efecto como anti-TNF, y está por definir el valor de los inmunosupresores. En algunas pacientes también se ha empleado la bromocriptina. Se recomienda anticoagular con HBPM, y tras el parto con dicumarínicos, a las pacientes con FEVI < 35%. La enfermedad tiene mejor pronóstico que otras formas de miocardiopatía dilatada tendiendo a mejorar tras 6-12 meses. Sin embargo, el riesgo de recaída en los siguientes embarazos es alto: 21% si se normalizó la FEVI y hasta 44% si no lo hizo. Es pues muy importante el consejo sobre futuros embarazos.

**Conclusiones.** La miocardiopatía peripartum es poco frecuente en nuestro medio; pero es necesario conocer sus peculiaridades de tratamiento y pronóstico para realizar una aproximación clínica adecuada. El trasplante cardiaco es una alternativa razonable para los casos con mala evolución. Considerando el porcentaje de recaídas en los siguientes embarazos, con riesgo elevado para la madre, es fundamental el consejo a las pacientes.

## IC-28

### CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LOS PACIENTES EN FIBRILACION AURICULAR QUE INGRESAN POR INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA

E. Rashid Jiménez, C. Aguirre González, B. Alcaraz Vidal, E. García Vialba, M. Egea Campoy y J. Fernández Pardo

Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

**Objetivos.** Estudiar las particularidades de los pacientes que ingresan por insuficiencia cardiaca descompensada y se encuentran en fibrilación auricular (FA).

**Materiales y métodos.** Estudio observacional de una serie de 100 pacientes consecutivos, diagnosticados de insuficiencia cardiaca, ingresados en nuestro Servicio a partir de una fecha elegida al azar (01/02/07). Se identificó el subgrupo de los que estaban en FA, realizando el análisis comparativo con el resto de la serie mediante el programa SPSS-15.

**Resultados.** Los resultados más destacados se resumen en la tabla 1. Encontramos diferencias significativas a favor del grupo de pacientes en FA en las siguientes variables: sexo femenino, uso de digoxina y anticoagulación oral, y a favor del resto en el empleo de antiagregantes y betabloqueantes. Hubo también diferencias, sin alcanzar significación estadística, en la edad y estancia media.

**Discusión.** En Europa hay unos 15 millones de pacientes con insuficiencia cardiaca, cifra que se verá incrementada por el progresivo envejecimiento de la población y la disminución de la mortalidad relacionada con el mejor manejo de muchas cardiopatías. La FA tiene una prevalencia creciente que aumenta con la edad y que llega a ser del 16% en los varones y del 13% en las mujeres de 80 años, con una incidencia global de 19 casos/mil al año. Por otra parte, la FA empeora la situación de los pacientes con insuficiencia cardiaca al perderse la contribución auricular al gasto cardiaco y por las dificultades para el control de la frecuencia, junto con el incremento de fenómenos embólicos y las complicaciones derivadas de la anticoagulación. En los pacientes de nuestra serie, contrastando con estudios más amplios, destaca el predominio significativo de las mujeres en FA y el empleo más frecuente de betabloqueantes en los pacientes que no estaban en FA.

**Conclusiones.** La FA se encuentra presente en una elevada proporción de los pacientes añosos que ingresan por insuficiencia cardiaca. Aunque no hubo diferencias significativas en nuestro estudio, tendían a ser de mayor edad y su estancia media superior a la del resto de la serie. En cuanto al tratamiento se recogieron diferencias significativas en el uso de digoxina, betabloqueantes, anticoagulantes y antiagregantes plaquetarios.

Tabla 1 (IC-28). Características diferenciales de los pacientes en insuficiencia cardiaca con y sin fibrilación auricular

Variables	Con fibrilación auricular	Sin fibrilación auricular
Nº de pacientes	51	49
Mujeres/hombres	38/13	28/21
Edad media	79,8 ± 6,5	77 ± 7,7
Estancia media (días)	14 ± 8	13,2 ± 8
Digoxina (%)	77	22,5
Anticoagulantes (%)	56	36
Antiagregantes (%)	42,8	61
Betabloqueantes (%)	21,5	40,8
Reingresos al mes (%)	58	65

**IC-29****CONSULTA MONOGRÁFICA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN UN HOSPITAL TERCIARIO: EXPERIENCIA DE 5 AÑOS**

**C. Navarro San Francisco, A. Martín Quirós, S. Caro Bragado, N. Iniesta Arandia, A. Lorenzo Hernández, M. Rodríguez Dávila, M. Fernández Capitán y J. Camacho Siles**

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

**Objetivos.** Presentar las actividades llevadas a cabo en una consulta monográfica de Insuficiencia Cardíaca (IC) de un Servicio de Medicina Interna de un Hospital Terciario, así como describir las características demográficas de los pacientes atendidos en dicha consulta, en los últimos 5 años.

**Material y métodos.** Se ha realizado una revisión retrospectiva de las características demográficas de los pacientes atendidos en una Consulta Monográfica de IC en el Hospital La Paz. Así mismo, se presenta una revisión de las actividades desarrolladas en dicha consulta en los últimos 5 años (2005-2009).

**Resultados.** La consulta monográfica de IC de Medicina Interna fue creada en el año 1999. Atiende una cohorte de forma regular que ronda los 180 pacientes y se desarrolla un día a la semana. Dispone de auxiliar, enfermera y médico. Hasta el momento la asistencia al paciente con IC ha sido llevada a cabo por el Médico de Atención Primaria y el Cardiólogo. Esto ha implicado limitaciones en la coordinación, interconsultas innecesarias, ausencia de protocolos definidos, aumento de ingresos tardíos y a demanda y escasa importancia de la comorbilidad y la calidad de vida en este tipo de pacientes. Desde hace unos años los programas de Atención Integral al Paciente con Insuficiencia Cardíaca exigen atención por parte de médicos especializados, coordinación con Atención Primaria, la creación de protocolos y vías de derivación e interconsultas y prevención de ingresos mediante información detallada (fármacos, síntomas de alerta...). Los objetivos fundamentales de la Consulta de IC incluyen los siguientes: 1. Realización de un diagnóstico correcto. 2. Estratificación clínica y pronóstica. 3. Establecimiento de un tratamiento adecuado. 4. Evaluación integral del paciente (comorbilidades). 5. Perseguir obtener la mejor calidad de vida posible para cada paciente. Otros objetivos incluyen: Coordinación con Atención Primaria: disponibilidad telefónica, informe de cada intervención..., interconsultas a otros especialistas: cardiología (portadores de DAI, resincronizadores, valvulopatías que requieran cirugía...), neumología (en pacientes que requieren ventilación no invasiva...) La cohorte está formada por unos 180 pacientes de forma regular, atendiendo cada día 2 pacientes nuevos y 5 revisiones de media. Es decir, unos 100 pacientes nuevos al año y aproximadamente 260 revisiones. Nuestros pacientes son derivados fundamentalmente del servicio de Urgencias (45%), de ingresos previos en Medicina Interna (33%), de Atención Primaria (19%) y el resto proceden de otros Servicios (fundamentalmente Oncología y Reumatología). El motivo de consulta inicial en la mayoría de ellos es la disnea. La edad media de los pacientes es de 79 años (intervalo de 54 a 93), siendo el 68% mujeres y el 32% varones. La clase funcional de la NYHA se distribuye de la siguiente manera: I 8%, II 15,6%, III 47,5% y IV 28,9%. En cuanto a la comorbilidad hay aproximadamente un 32,8% de pacientes con DM tipo II, un 25% EPOC, un 10% con neoplasias, 10% Cardiopatía Isquémica y 5% Enfermedad Cerebrovascular. Uno de los problemas fundamentales de los pacientes es la presencia de anemia presente hasta en el 20% de la cohorte. Se trata de anemia normocítica/normocromica en el 84% de los casos, y se asocia de forma significativa con una peor clase funcional (NYHA III-IV en el grupo con anemia, 52% vs. 17% en el grupo no anemia) y con una peor función renal. Otras actividades vinculadas a la consulta son la inclusión de pacientes en el Registro Nacional de Insuficiencia Cardíaca (RICA), la realización de estudios sobre la influencia de marcadores humorales, NTproBNP, la relación con hallazgos ecocardiográficos, la DM y su asociación con IC sistólica, etc...

**Conclusiones.** La consulta monográfica de IC en Medicina Interna permite actuar como nexo de unión entre la Atención Primaria y el manejo superespecializado de Cardiología, permitiendo un seguimiento y manejo adecuado en la mayoría de los pacientes. Además dadas la elevadas tasas de comorbilidad y el perfil etario de los pacientes con IC, permiten un manejo unitario de la mayoría de sus patologías asociadas, evitando de este modo el uso de recursos sanitarios de forma indiscriminada, motivo por el cual deben implementarse este tipo de consultas.

**IC-30****UNA MIRADA A LA ICC DESDE 2 PRISMAS DIFERENTES: MEDICINA INTERNA VS CARDIOLOGÍA**

**C. Muñoz Alarcón, M. Almenara Escribano, M. Manjón Rodríguez, A. Rodríguez Sánchez, R. Yeste Martín, C. Porras Arboledas, G. Gutiérrez Lara y F. Molina Molina**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Médico-Quirúrgico. Jaén*

**Objetivos.** El objetivo de este estudio es conocer y comparar el perfil de aquellos pacientes con diagnóstico de ICC ingresados en un hospital de

tercer nivel, según se asignen al Servicio de Medicina Interna, o al Servicio de Cardiología al ingreso.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, retrospectivo. Análisis estadístico comparativo de ambos grupos mediante el test de Chi-cuadrado. Período de estudio 6 meses (octubre 2008 - marzo de 2009) y con tamaño muestral n = 215. Revisión de historias clínicas de pacientes (P) atendidos en los Servicios de Medicina Interna y Cardiología en el Complejo Hospitalario de Jaén, con diagnóstico de ICC. Se recogieron datos demográficos (edad, sexo) y patologías de base prevalentes: Diabetes Mellitus (DM), HTA, EPOC, Cardiopatía Isquémica (CI) y Fibrilación Auricular (FA).

**Resultados.** Del total del tamaño muestral, 126 pacientes correspondían al Servicio de Medicina Interna y 89 al Servicio de Cardiología. Con la siguiente distribución por sexo, respectivamente: (50,7% mujeres y 49,3% hombres) y (58,5% mujeres y 41,5% hombres). La edad media en Medicina Interna fue de 79 ± 8 años frente a 72 ± 13,7 años en Cardiología. Respecto a la patología de base que se asociaba a los pacientes en cada uno de los dos grupos analizados destaca en el Servicio de Medicina Interna: DM 42,8%, HTA 73 %, EPOC 23,8%, CI 19% y F. A. 52,4%, y en el Servicio de Cardiología: DM 39,3%, HTA 50,5%, EPOC 14,6%, CI 35,9% y F. A. 56,2%.

**Discusión.** Una población cada vez más envejecida y unos pacientes con mayor cantidad de patología de base asociada, frente a un elevado número de armas terapéuticas y recursos hacen que en la actualidad la ICC se trate de un proceso dinámico y multidisciplinar en la mayoría de las ocasiones. Si bien es cierto que, al menos en nuestro Hospital, el perfil de los pacientes ingresados a cargo de Cardiología pasa por ser pacientes con CI + ICC (significación estadística p = 0,007) mientras que en Medicina Interna son pacientes con HTA + ICC (significación estadística p = 0,001) y con edad media superior respecto a aquellos. No hemos encontrado diferencia estadísticamente significativa en cuanto al resto de patologías asociadas.

**Conclusiones.** Comportamiento desigual en cuanto al volumen y distribución de pacientes de los dos Servicios estudiados (Medicina Interna /Cardiología), siendo M. Interna quién recibe más ingresos. Clara influencia de los antecedentes/patología de base asociada a la hora de ingresar en uno u otro Servicio, tratándose de pacientes más pluripatológicos (DM, EPOC, HTA y FA) y de mayor edad en el caso del Servicio de M. Interna, frente a pacientes con CI, en su mayoría, y más jóvenes en el Servicio de Cardiología.

**IC-31****ANÁLISIS DE LAS CARDIOVERSIONES ELÉCTRICAS SINCRONIZADAS PROGRAMADAS (CVE) EN EL SERVICIO MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE LA RIBERA**

**L. Lorente Aroca, R. Julve Pardo, F. Gonzalvo Bellver, Z. Pla Espinosa, C. Clep y E. Rovira Daudi**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Ribera. Alzira (Valencia).*

**Objetivos.** Determinar la efectividad y seguridad de la CVE programada. Conocer la efectividad del uso de fármacos antiarrítmicos.

**Material y métodos.** Se han revisado de manera retrospectiva, todos los pacientes remitidos al programa de Cardioversión Eléctrica desde octubre de 2005 hasta diciembre de 2008 (ambos inclusive). Se recogieron variables demográficas, clínicas, ecocardiográficas, uso de fármacos usados previamente y tras la CVE. Se analiza la respuesta y complicaciones durante y tras el procedimiento.

**Resultados.** Se incluyeron 89 pacientes de un total de 119 remitidos. De éstos un 68% llevaron fármacos previamente con intención de revertir a ritmo sinusal, siendo efectivos en el 41%. Un 76% tenían aurícula izquierda dilatada y 46% algún tipo de valvulopatía: Estenosis mitral (EM) reumática 20%(18), EM no reumática 1%(1), Insuficiencia Mitral 36%(32) e Insuficiencia aórtica 7%(8). Se consiguió reversión a ritmo sinusal en el 78% de los 69 pacientes. El tiempo medio de seguimiento fue de 19 ± 15 meses. De los paciente en reversión a ritmo sinusal, el 44% presentaron fibrilación auricular durante el seguimiento.

**Discusión.** El registro REVERSE que se realiza en nuestro país para análisis de pacientes sometidos a CVE (1515 pacientes) muestra una población muy similar a la que hemos recogido en cuanto a características epidemiológicas. Los pacientes que se nos remiten son pacientes con FA persistente o crónica, con una media de meses en FA previamente de 2,7. El estudio REVERSE realizan las CVE en un porcentaje del 24% con mas de 6 meses de evolución. Nuestros pacientes tienen un porcentaje mayor de efectividad en cuanto a cardioversiones farmacológicas y algo menor para las cardioversiones eléctricas.

**Conclusiones.** La cardioversión eléctrica sincronizada es un procedimiento efectivo y seguro como tratamiento alternativo al uso de fármacos para reversión de fibrilación auricular a ritmo sinusal. A pesar de esto, a largo plazo la incidencia de nuevos episodios de fibrilación auricular es elevada.

## IC-32

**ANÁLISIS DE 2 COHORTES DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA DISTANCIADAS 10 AÑOS EN EL TIEMPO**

A. Serra, G. Donaire, M. Juanós, J. Recio, C. Alemán, J. Suriñach, A. Segura y T. Fernández de Sevilla.

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

**Objetivos.** Describir las variaciones en las características clínicas, del tratamiento y del pronóstico de 2 cohortes de pacientes afectos de IC separados en 10 años en el tiempo.

**Material y métodos.** Estudio longitudinal de 2 cohortes de enfermos con insuficiencia cardiaca separadas 10 años en el tiempo. La primera cohorte incluye enfermos ingresados por descompensación de IC durante febrero-abril de 1995 y la segunda cohorte a pacientes con el mismo diagnóstico desde enero hasta abril de 2005. En ambas cohortes se obtuvieron datos de filiación, comorbilidades (HTA, diabetes, dislipemia, fibrilación auricular, EPOC, anemia), FEVI, tratamientos (IECA, ARA-II, beta bloqueantes, digoxina, calcioantagonistas, anticoagulación), estancia hospitalaria, reingresos tras el alta, mortalidad durante el seguimiento. El periodo de seguimiento en ambas cohortes fue de al menos 6 meses. Análisis estadístico: Con los resultados obtenidos se ha realizado un análisis descriptivo. La comparación de variables cuantitativas se ha realizado mediante la T de student y la de las variables categóricas mediante la prueba Chi cuadrado. Los resultados se expresan como medias (desviación estándar) y porcentajes. Se han determinado RR con sus correspondientes OR(IC95%).

**Resultados.** Cohorte 1995: 62 enfermos (23 varones, 39 mujeres), con edad media (DE) de 73,1(11,1) años. Comorbilidades: HTA 32%, diabetes 31%, hipercolesterolemia 8,1%, fibrilación auricular 51,5%, anemia 18%, EPOC 31,42%. La FEVI fue del 56%, pero se determinó en sólo 10 pacientes. La estancia hospitalaria fue de 6,2(3,2) días. Tratamientos: diuréticos 100%, IECA 25%, ARA-II (no disponible), BB 0%. Reingresó el 26%. Mortalidad a los 6 meses 20,5% Cohorte 2005: 176 enfermos (84 varones, 92 mujeres), con edad media (DE) de 74,9(8,9) años. Comorbilidades: HTA 63%, diabetes 40%, hipercolesterolemia 29,5%, fibrilación auricular 54,5%, anemia 20%, EPOC 30,2%. La FEVI fue 49%(9). La estancia hospitalaria fue de 8,3(3,1) días. Tratamientos: diuréticos 93%, IECA 76,9%, ARA-II 15,4%, BB 43,6%. Reingresó el 7,6%. Mortalidad a los 6 meses 4,8% La comparación entre ambas cohortes (1995-2005) mostró un aumento en la realización de ecocardiograma (16% vs 100%), mayor tasa de reingresos y de mortalidad en 1995 (OR 4,0(IC95% 1,6-9,8 y OR 5,04 (IC95% 1,8-14,9) respectivamente), mayor prescripción de IECA (OR 10(IC95% 5,0-20,3) y BB (0% vs 43,6%) en 2005.

**Discusión.** Las recomendaciones del tratamiento de la insuficiencia cardiaca son de difícil cumplimiento en los servicios de Medicina Interna. Las diferencias clínicas, con una comorbilidad que dificulta el diagnóstico y el tratamiento, así como la falta de evidencia en nuestros enfermos son los principales argumentos para justificarlo. La gran repercusión asistencial y económica que genera la atención de la IC ha motivado un creciente interés sobre la misma. Pese a que el grado de cumplimiento de las recomendaciones de las sociedades científicas está lejos de ser el más óptimo en los enfermos ingresados en los servicios de Medicina Interna, se está produciendo un cambio en relación con el manejo global de estos enfermos con una mayor utilización de las herramientas diagnósticas y terapéuticas que han mejorado el pronóstico de nuestros enfermos.

**Conclusiones.** 1. Aumento de la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular clásicos en una población de mayor edad. 2. Mejoría en el diagnóstico de IC mediante la realización de ecocardiograma 3. Los cambios en la actitud terapéutica ante la IC se acompañaron de una disminución en los reingresos y un aumento en la supervivencia. 4. Es posible y necesaria la adhesión y el cumplimiento de las recomendaciones de tratamiento en los enfermos ingresados por IC en medicina interna.

## IC-33

**ESTUDIO PILOTO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE FACTORES PREDICTORES DE REINGRESO EN INSUFICIENCIA CARDÍACA**

M. Juanós, G. Donaire, A. Elizalde, E. Munté, A. Serra, J. Recio, C. Alemán y T. Fernández de Sevilla

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

**Objetivos.** Identificación de factores predictores de reingreso en pacientes con insuficiencia cardiaca.

**Material y métodos.** Estudio piloto prospectivo de casos y controles para la identificación de variables predictoras de reingreso en pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca. Periodo de inclusión: Septiembre-noviembre de 2008. Seguimiento: 6 meses tras el alta. Definición de caso: enfermos con insuficiencia cardiaca y reingreso por nueva descompensación en los 6 meses posteriores al ingreso índice. Definición de control: enfermos con insuficiencia cardiaca y sin reingreso en los 6 meses posteriores al ingreso

índice. Variables de estudio: edad, sexo, etiología de la insuficiencia cardiaca, etiología de la reagudización, FEVI, datos analíticos (hemoglobina, sodio, potasio, creatinina, colesterol), tratamientos para la IC (diuréticos, BB, IECA, ARA-II) y estancia hospitalaria. Con los datos obtenidos se ha realizado un análisis descriptivo, expresándose las variables cuantitativas como media (desviación estándar) o porcentajes. La comparación entre variables cuantitativas se ha realizado mediante la t de student y entre variables cualitativas mediante Chi cuadrado.

**Resultados.** 27 pacientes con una edad media de 76,9(9,3) años. 55,6% varones. Comorbilidades: HTA 81,5%, diabetes 55,6%, fibrilación auricular 44,4%, dislipemias 40,7%, EPOC 25,9%. Tasa de reingresos: 14/27 (51,9%). No se encontraron diferencias entre casos y controles con respecto a: edad, sexo, etiología de la insuficiencia cardiaca o del reingreso, tratamientos para la IC, hemoglobina, sodio, potasio, urea, creatinina, FEVI, estancia hospitalaria. Se encontraron diferencias significativas en los casos frente a los controles para los valores de glucosa (154 mg/dl vs 105 mg/dl, p = 0,02) y colesterol (174 mg/dl vs 134 mg/dl, p = 0,05).

**Discusión.** La insuficiencia cardiaca representa la primera causa de ingreso en pacientes de más de 65 años a pesar de los avances en el diagnóstico y en el aumento de la prescripción de los fármacos recomendados por las guías de práctica clínica. Es de interés clínico la investigación de factores predictores de mal pronóstico entre los parámetros clínicos y analíticos utilizados en la práctica clínica diaria.

**Conclusiones.** 1. La tasa de reingresos sigue siendo muy elevada con el consiguiente deterioro en la calidad de vida. 2. El malcontrol glicémico y de la hipercolesterolemia se ha relacionado con el reingreso por descompensación de insuficiencia cardiaca.

## IC-34

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES MAYORES QUE INGRESAN EN MEDICINA INTERNA POR INSUFICIENCIA CARDÍACA**

J. Satue Bartolome, A. Pérez Martín, J. Marrero Frances, J. Belinchon Paraiso, J. Ortiz Sánchez, S. Gonzalo Pascua, A. Farfan Sedano y A. Zapatero Gaviria

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

**Objetivos.** Describir el perfil clínico, demográfico, electrocardiográfico y evolutivo de los pacientes mayores de 70 años dados de alta del Servicio de Medicina Interna con el diagnóstico clínico de Insuficiencia Cardiaca (IC).

**Material y métodos.** Estudio observacional prospectivo realizado en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Fuenlabrada, de los pacientes mayores de 70 años dados de alta con el diagnóstico de IC entre febrero y abril de 2007. Se recogieron al alta, mediante un formulario informatizado, los datos sociodemográficos, clínicos, de comorbilidad, bioquímicos, ecocardiográficos y terapéuticos de 79 pacientes. Posteriormente se realizó un seguimiento telefónico, así como revisión de los registros electrónicos del hospital, al año y los 2 años del ingreso índice.

**Resultados.** El 70% de los pacientes fueron mujeres, con una edad media de 80'9 años. El 80% de los pacientes incluidos tenían antecedentes de HTA, 42% de diabetes, 42% de EPOC, 30% de dislipemia, 25% de cardiopatía isquémica y 20% de Enfermedad renal crónica. Entre los pacientes diabéticos, 43% estaban tratados con insulina y 57% con antidiabéticos orales. En 16% de los casos se registraron antecedentes de tabaquismo y en 4% de enoismo. 16% de los pacientes eran obesos. La insuficiencia cardiaca fue clasificada en el ingreso índice como de tipo crónica agudizada en 56% de los casos, y de novo en 19%. La clase funcional previa al ingreso fue NYHA III en 43% de los casos, II en 27% y I en 11%. La cardiopatía de base se consideró de origen hipertensivo en 32% de los casos, isquémica en 17% y valvular en 15%. Se disponía de cateterismo cardiaco en 15 pacientes (19%); en 4 pacientes se había realizado revascularización quirúrgica, y en 1 caso angioplastia transluminal percutánea (ACTP). El desencadenante del ingreso fue de causa infecciosa en 43% de los casos, por HTA en 10%, secundaria a arritmia en 10%, en 8% por transgresión dietética o terapéutica, y en 5% de los casos como complicación del tratamiento previo. En el electrocardiograma, el 49% de los pacientes se encontraban en fibrilación auricular, 33% en ritmo sinusal, y con ritmo de marcapaso el 6%. El 58% de los pacientes presentaron complicaciones durante su ingreso, con más frecuencia insuficiencia respiratoria (62%), insuficiencia renal (26%), delirium (7%) e hiperkalemia (5%).

**Discusión.** A pesar de las medidas preventivas y los avances en el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares, la IC es una patología cada vez más prevalente, con un elevado índice de hospitalizaciones y reingresos, cuyo peso recae fundamentalmente en las Unidades de Medicina Interna, dada la edad avanzada en que se produce y su asociación a otras comorbilidades. Sin embargo, la mayoría de los estudios descriptivos son realizados en los servicios de Cardiología, y la mayoría de los ensayos engloban a pacientes más jóvenes y con menos pluripatología, por lo que

existen pocas evidencias aplicables en nuestros pacientes, lo que dificulta un tratamiento estandarizado y un seguimiento estrecho de las guías clínicas. Asimismo, el pronóstico de la IC sigue siendo malo, con una elevada morbimortalidad. Esto condiciona un alto coste médico, social y económico, que obliga a conocer mejor estos pacientes, y ensayar nuevas estrategias de manejo clínico, para intentar mejorar su atención y seguimiento.

**Conclusiones.** Los pacientes con IC que ingresan en Medicina Interna son predominantemente mujeres de edad media avanzada, con una elevada comorbilidad, con una cardiopatía de base de origen hipertensivo, en un estadio clínico basal evolucionado, en fibrilación auricular en la mitad de los casos, que se descompensan generalmente por causas infecciosas. Durante el ingreso se producen complicaciones significativas en un alto porcentaje de pacientes, sobre todo de tipo respiratorio y renal, lo cual supone una dificultad añadida para su manejo.

#### IC-35

##### **CARACTERÍSTICAS ECOCARDIOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES MAYORES QUE INGRESAN EN MEDICINA INTERNA POR INSUFICIENCIA CARDÍACA**

**J. Belinchon Paraiso, J. Marrero Frances, J. Satue Bartolome, A. Pérez Martín, E. Madroñal Cerezo, A. Sánchez Purificación, M. Romero Sánchez y A. Zapatero Gaviria**

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

**Objetivos.** Describir los hallazgos ecocardiográficos de los pacientes mayores de 70 años dados de alta del Servicio de Medicina Interna con el diagnóstico clínico de insuficiencia cardíaca (IC).

**Material y métodos.** Estudio observacional prospectivo realizado en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Fuenlabrada, de los pacientes mayores de 70 años dados de alta con el diagnóstico de Insuficiencia Cardíaca entre febrero y abril de 2007. Se recogieron al alta, mediante un formulario informatizado, los datos sociodemográficos, clínicos, de comorbilidad, bioquímicos, ecocardiográficos y terapéuticos. Posteriormente se realizó un seguimiento telefónico y revisión de los registros electrónicos del hospital, al año y los 2 años del ingreso índice.

**Resultados.** En 59% de los casos se disponía de al menos un Ecocardiograma 2D, realizado el año previo, durante el ingreso o hasta 3 meses después del ingreso índice del estudio. La fracción de eyección del ventrículo izdo (FEVI) era normal en 74% de los ecocardiogramas realizados. Se objetivó disfunción sistólica ventricular izquierda en 26% de los casos, siendo esta definida por el ecografista como leve en 8%, moderada en 6% y severa en 12% de los pacientes. Se describió la presencia de Hipertrofia Ventricular Izda en 30% de los casos, existiendo signos de disfunción diastólica en 18%, y se observó alteración de la contractilidad segmentaria en 5% de los pacientes. El 39% de los pacientes tenía criterios de hipertensión pulmonar (HTP).

**Discusión.** Los pacientes con Insuficiencia Cardíaca que ingresan en las Unidades de Medicina Interna suelen ser mujeres, de edad avanzada y alta comorbilidad, prevaleciendo la etiología hipertensiva de la cardiopatía. El ecocardiograma es de indiscutible utilidad para el diagnóstico y manejo de los pacientes con IC. Nuestros datos muestran que en estos pacientes predomina la IC con función sistólica preservada, con un alta prevalencia de hipertrofia ventricular, y un discreto porcentaje de datos de disfunción diastólica, que puede reflejar en parte las dificultades para su medición; también es llamativo el alto porcentaje de casos con hipertensión pulmonar, en probable relación al avanzado estadio clínico de la mayoría de los pacientes (NHYA III en 43% de los casos), a la alta prevalencia de EPOC en nuestra serie (42%) y el elevado porcentaje de insuficiencia respiratoria que presentan durante el ingreso (62%) y al alta (35%).

**Conclusiones.** Se dispone de un ecocardiograma valorable en el 59% de los pacientes que ingresan con IC en nuestra serie. Hay un gran predominio de pacientes con fracción de eyección ventricular izquierda conservada. El hallazgo ecocardiográfico más frecuente es la Hipertensión Pulmonar, seguida de la Hipertrofia Ventricular Izda, y en menos porcentaje los signos de disfunción diastólica.

#### IC-36

##### **CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN MEDICINA INTERNA CON INSUFICIENCIA CARDÍACA Y FUNCIÓN SISTÓLICA CONSERVADA**

**A. Prieto Vicente, M. Serrano Fuentes, A. Conde Martel, J. Rodríguez Fernández, J. Ruiz Hernández, M. León Mazorra y P. Betancor León.**

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

**Objetivos.** Conocer la prevalencia y características de pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca con función sistólica conservada en un servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio prospectivo, que incluyó a 279 pacientes consecutivos que ingresaron en Medicina Interna con insuficiencia cardíaca y en los que se realizó ecocardiografía que permitiera determinar la fracción de eyección (FE) del ventrículo izquierdo (VI). Se consideró la presencia de función sistólica conservada cuando la FE era superior al 45%. Se recogieron las características demográficas, antecedentes personales, índice de comorbilidad de Charlson, etiología de la insuficiencia cardíaca, grado funcional de la New York Heart Association (NYHA), datos analíticos incluyendo, hemoglobina (Hb), creatinina, pro-BNP y troponina T. Además se recogió la estancia y mortalidad hospitalaria. Se compararon las características de los pacientes con y sin disfunción sistólica. La relación entre variables cualitativas se analizó mediante el test de Chi cuadrado y la relación entre variables cualitativas y cuantitativas mediante el test T-Student o el test U de Mann Whitney.

**Resultados.** La edad media de los 279 pacientes estudiados, fue 77,2 años, (DE: 10,7), 142 (50,9%) eran mujeres y 137 (49,1%) varones. Se observó insuficiencia cardíaca con función sistólica preservada en 179 pacientes (63,5%). La insuficiencia cardíaca con FSP fue se asoció de forma significativa a una mayor edad (78,3 vs 74,7 años;  $p = 0,007$ ), al sexo femenino (81% vs 46,7%;  $p < 0,001$ ), a la presencia de obesidad (78,2% vs 57,8%;  $p < 0,001$ ), de síndrome metabólico (69,2% vs 48,6%;  $p = 0,002$ ), a mayor comorbilidad determinada mediante el Índice de Comorbilidad de Charlson (4,8 vs 4,1;  $p = 0,037$ ), mayores niveles de pro-BNP (9797 vs 6731;  $p = 0,009$ ) y menores niveles de hemoglobina (11,5g/dl vs 12,2 g/dl;  $p = 0,014$ ). Sin embargo, no se observó relación entre insuficiencia cardíaca con FSP y situación funcional de la NYHA, valores de creatinina, estancia y la mortalidad hospitalaria (7,3% vs 10%;  $p = 0,34$ ).

**Discusión.** La insuficiencia cardíaca con función sistólica conservada es la forma de insuficiencia cardíaca más prevalente en los pacientes hospitalizados en Medicina Interna. Se asocia característicamente al sexo femenino, mayor edad y mayor comorbilidad. Aunque se pensaba que el pronóstico de este tipo de insuficiencia cardíaca era mejor que el de la insuficiencia cardíaca con disfunción sistólica, nuestros resultados, al igual que otros estudios, muestran una mortalidad no inferior a la de los pacientes con disfunción sistólica.

**Conclusiones.** La insuficiencia cardíaca con función sistólica conservada se asocia al sexo femenino, mayor edad, mas comorbilidad, a la presencia de síndrome metabólico y no muestra mejor pronóstico que la IC con disfunción sistólica.

#### IC-37

##### **MANEJO TERAPÉUTICO Y PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES MAYORES QUE INGRESAN EN MEDICINA INTERNA POR INSUFICIENCIA CARDÍACA**

**J. Marrero Frances, J. Satue Bartolome, J. Belinchon Paraiso, A. Pérez Martín, R. Martín Díaz, A. Rodríguez Benavente, R. Segoviano Mateo y A. Zapatero Gaviria**

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

**Objetivos.** Describir el manejo terapéutico al alta y el pronóstico de los pacientes mayores de 70 años dados de alta del Servicio de Medicina Interna con el diagnóstico clínico de insuficiencia cardíaca (IC).

**Material y métodos.** Estudio observacional prospectivo realizado en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Fuenlabrada, de los pacientes mayores de 70 años dados de alta con el diagnóstico de Insuficiencia Cardíaca entre febrero y abril de 2007. Se recogieron al alta, mediante un formulario informatizado, los datos sociodemográficos, clínicos, de comorbilidad, bioquímicos, ecocardiográficos y terapéuticos de 79 pacientes. Posteriormente se realizó un seguimiento telefónico y revisión de los registros electrónicos del hospital, al año y los 2 años del ingreso índice.

**Resultados.** Al alta, se indicó tratamiento con diuréticos de asa en 85% de los casos, antagonistas de aldosterona en 16%; IECAS en 41%, ARA-2 en 29%, Betabloqueante en 22%, y digoxina en 29% de los pacientes. Se prescribieron antiagregantes en 37%, y anticoagulantes en el 47% de los pacientes. Se pautaron Nitratos en 29 %, Antagonistas del calcio 23% y antiarrítmicos en 4%. En 27% de los casos se usaron estatinas. Se prescribió Oxigenoterapia domiciliar al alta en 35% de los pacientes. Respecto al pronóstico, el seguimiento no se pudo completar en 2 pacientes; el 30% de los pacientes preciso reingreso a los 2 años, con un rango máximo de 7 reingresos en 2 pacientes; 18 pacientes fallecieron el primer año de seguimiento y 5 durante el segundo, sobreviviendo a los 2 años el 71% de los pacientes incluidos en nuestra serie.

**Discusión.** A pesar de los avances en la prevención y el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares, la IC es una enfermedad cada vez más prevalente, y con una elevada morbimortalidad. Esto condiciona un alto coste médico, social y económico, lo que obliga a conocer mejor estos pacien-

tes, y ensayar nuevas estrategias de manejo clínico, para intentar mejorar su atención y seguimiento. Debido a las características clínicas de los pacientes con IC que ingresan en Medicina Interna, con una edad avanzada, función ventricular conservada, una elevada comorbilidad y frecuentes complicaciones durante el ingreso, y dada la escasez de evidencias clínicas respecto a su manejo terapéutico, es difícil establecer un tratamiento estandarizado, aunque los diuréticos de asa-IECAS y ARA-2 siguen siendo la base del tratamiento de la IC en nuestra serie. Los antagonistas de aldosterona tienen un uso limitado en nuestros pacientes, probablemente en relación a la alta prevalencia de Enfermedad Renal Crónica y las complicaciones renales e iónicas objetivadas durante los ingresos. Los betabloqueantes tienen también un uso no muy extendido, en posible relación a la alta comorbilidad respiratoria de los pacientes.

**Conclusiones.** Los diuréticos son el tratamiento más extendido en la IC con fracción de eyección conservada. Los IECAS y ARA-2 se utilizan globalmente en un 70% de los pacientes. La digoxina continúa prescribiéndose en un alto porcentaje de pacientes con IC en FA. Los antagonistas de aldosterona y betabloqueantes tienen un uso limitado en estos pacientes. En cuanto al pronóstico y morbimortalidad de los pacientes mayores que ingresan por IC en Medicina Interna, se observa un alto porcentaje de re-ingresos y fallecimientos, agrupados sobre todo en los 12 primeros meses tras el ingreso indice.

### IC-38

#### GRUPO V (MISCELÁNEA) DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR

R. González León, R. Garrido Rasco, E. Chinchilla Palomares, P. Montero Benavides, M. Castillo Palma, F. García Hernández, C. Ocaña Medina y J. Sánchez Román

Servicio de Medicina Interna (Unidad de Colagenosis e Hipertensión Pulmonar). Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** En la clasificación de hipertensión pulmonar (HP) de Venecia 2003, dentro del grupo V (Miscelánea), se incluyen procesos que pueden desarrollar hipertensión arterial pulmonar (HAP) y que no son encuadrables en el resto de los (I a IV), sin que por ello se consideren menos importantes. En la reciente clasificación de Dana Point (pendiente de publicación) este grupo ha sufrido algunas modificaciones y pasa a denominarse "Hipertensión pulmonar de mecanismo desconocido o multifactorial." Describimos 6 casos de HAP encuadrables en el grupo V y comentamos, basados en nuestra experiencia, el subgrupo de pacientes con patología tiroidea asociada a HAP de muy difícil acomodo en las distintas clasificaciones.

**Material y métodos.** El diagnóstico de HAP se hizo en todos los casos según el protocolo establecido en nuestra Unidad (datos clínicos, analíticos, radiográficos, ecocardiográficos, espirométricos...) con confirmación en todos los casos mediante cateterismo cardíaco derecho.

**Resultados.** CASO 1. Sarcoidosis. Mujer diagnosticada de esclerosis sistémica y, 10 años después, de sarcoidosis (deterioro de la función respiratoria y biopsia de adenopatías mediastínicas). Posteriormente presenta rápido empeoramiento de la disnea y, mediante cateterismo derecho, se objetiva PAPm 50 mmHg. La paciente mejoró con tratamiento con bosentán y pasó a clase funcional II en la que permanece 14 meses después. CASO 2. Amiloidosis AL. Varón diagnosticado de amiloidosis AL con una clínica sugestiva con importante afectación cutánea y cuya biopsia fue diagnóstica. Refería disnea progresiva (grado III-IV) y, en el cateterismo derecho, se comprobó una PAPm de 35 mmHg. Se inició tratamiento con melfalán y prednisona sin éxito. La necropsia puso de manifiesto, en el pulmón, un infiltrado amiloide exclusivamente vascular. CASO 3: Enfermedad de Von Recklinghausen con HAP y respuesta inicialmente favorable al tratamiento vasodilatador (epoprostenol) y posteriormente con distintas asociaciones de vasodilatadores. CASO 4: HAP en paciente con síndrome poliglandular autoinmune (SPA) con tiroiditis inmunitaria, DM tipo I, anticuerpos antiisletos pancreáticos, antitiroideos, antisuiprarrenales, antiovario, antigliadina, antiendomisio y antifactor intrínseco. CASO 5: HAP en paciente con SPA con hipotiroidismo y anemia megaloblástica con positividad para anticuerpos anticélulas parietales gástricas, antisuiprarrenales, antiisletos pancreáticos y antiovario. CASO 6: Paciente con disnea rápidamente progresiva y con diagnóstico de HAP pulmonar mediante cateterismo. El resto del estudio fue negativo. La necropsia puso de manifiesto una microangiopatía trombótica

tumoral de origen metastásico.-Aunque la HAP asociada a tiropatías se ha pretendido que constituya un subgrupo aislado, en nuestra experiencia observamos alteraciones de esta naturaleza en aproximadamente la mitad de los pacientes del grupo I y V (Castillo Palma et. al. Disfunción tiroidea en pacientes con hipertensión arterial pulmonar. Estudio de una cohorte de 85 pacientes. Med Clin 2009).

**Discusión.** La característica fundamental de este grupo de HP radica en que incluye enfermedades que no pueden encuadrarse en ninguno de los otros grupos o, bien, enfermedades con características de varios grupos a la vez. Las implicaciones de ello no son sólo semánticas, sino también de manejo clínico y terapéutico, dirigido sobre todo a la etiología. El enfoque del internista, dentro de grupos multidisciplinarios, es de especial valor en el estudio de estos pacientes.

### IC-39

#### CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR SEGUN LA ESPECIALIDAD QUE LOS ATIENDE. DATOS DEL REGISTRO ESPAÑOL DE HIPERTENSIÓN PULMONAR

E. Chinchilla Palomares<sup>1</sup>, C. Jiménez López-Guarsch<sup>2</sup>, P. Escribano Subias<sup>2</sup>, I. Blanco Vich<sup>3</sup>, M. López Messeguer<sup>4</sup>, F. García Hernández<sup>1</sup>, P. Morales Marín<sup>5</sup>, T. Subirana Domenech<sup>6</sup> y Grupo REHAP

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

<sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

<sup>3</sup>Servicio de Neumología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

<sup>4</sup>Servicio de Neumología. Hospital General Vall d'Hebron - Área General. Barcelona.

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

<sup>6</sup>Cardiología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona).

**Objetivos.** La hipertensión pulmonar (HP) es una enfermedad que requiere una aproximación multidisciplinaria y en la que distintas especialidades (Cardiología, Neumología y M. Interna) llevan a cabo el diagnóstico y seguimiento de los pacientes (p). El Registro Español de Hipertensión Pulmonar (REHAP) recoge p con hipertensión arterial pulmonar (HAP) e hipertensión pulmonar tromboembólica (HPTC) evaluados entre Enero/98 y Abril/09 en 33 hospitales. Nuestro objetivo es analizar si las características de los p y su manejo difieren según la especialidad que lidera la unidad de HP.

**Material y métodos.** Se analizaron los datos de 1131 p y se dividieron en 3 grupos según la especialidad: Cardiología, Neumología y M. Interna. Se compararon las variables demográficas (edad, sexo), etiología, características funcionales (NYHAY test 6 min) y hemodinámicas (PAPm, RVP) y el tto de inicio.

**Resultados.** Se observaron diferencias en la edad (C:41 ± 17/ N:51 ± 17\*/ MI:52 ± 18\* años), en el % CF III-IV (C:78% / N: 66%\*/ MI 64%\*), aunque no en el T6min. Hemodinámica, etiología y tto se expresan en tabla. \* p < 0.05.

**Discusión.** 1) Los p de MI son de más edad, con conectivopatía asociada, con menor deterioro hemodinámico e inician tratamiento combinado con mayor frecuencia. 2) Los de Cardiología son más jóvenes, en peor CF y situación hemodinámica; tienen mayor proporción de CC y el uso más frecuente de PG. 3) Los de Neumología tienen la mayor proporción de HPTC.

**Conclusiones.** Los internistas manejan una alta proporción de pacientes con HAP secundaria a conectivopatía. El hecho de pertenecer a un grupo de riesgo definido permite su detección de forma más precoz.

### IC-41

#### PERFIL DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN CONSERVADA

V. Bejarano Moguel, O. González Casas, J. Vázquez Labrador, G. García García, T. Sequeira López, F. Olgado Ferrero, M. González García y D. Magro Ledesma

Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina. Badajoz.

**Objetivos.** Estudiar el perfil de los pacientes ingresados en un servicio de Medicina Interna (MI), con insuficiencia cardíaca (IC) y fracción de eyección (FE) mayor o igual al 50% durante un periodo de 9 años.

Tabla 1 (IC-39)

	PAPm	RVP	%HAP/HPTC/CC/ETC	% PG/oral/comb
Cardio = 456	58 ± 16	13 ± 7	32 / 15 / 24 / 13	27 / 53 / 9
Neumo = 572	48 ± 14*	11 ± 6*	31 / 21* / 10* / 15	11* / 50 / 14*
Med. Int. = 103	48 ± 14*	9 ± 7*	27* / 4* / 12* / 43*	24 / 50 / 18*

HAPi: idiopática; CC: C. congénitas; ETC: E. tejido conectivo; PG: prostaciclina.

**Material y métodos.** Recogida retrospectiva de los informes de altas y éxitos de los pacientes durante el período de 2001 a 2009, con registro de las variables referidas y el análisis de las mismas mediante el programa estadístico SPSS.15.

**Resultados.** De un total de 2000 enfermos ingresados por insuficiencia cardiaca, 233 casos (0.12%) son los que mantienen una FE mayor o igual al 50%, en el ecocardiograma transtorácico (ETT). Predomina el sexo femenino (63.9%) con una edad media de 76.26 años, permaneciendo ingresados una media de 11.14 días. Los antecedentes personales más frecuentemente recogidos fueron: la HTA (78.5%) y la Fibrilación auricular (FA) (44.6%). Entre los demás, destacar: Diabetes mellitus (44.2%), Cardiopatía Isquémica (29%), Dislipemia (27%), Patología valvular (21%), Hipertensión Pulmonar (8.6%), Alteración tiroidea (7.3%), Miocardiopatía hipertrófica (3%), Enfermedad Infiltrativa pulmonar (1.7%). El motivo de consulta más frecuente fue la disnea (87%) y los edemas (53.6%), siendo testimoniales los casos en forma de insuficiencia cardiaca grave (0.4-0.9%), en forma de hipotensión, shock o edema agudo pulmón. En más de la mitad de los casos encontramos en la exploración crepitantes (76.4%), ingurgitación yugular (52.4%) o edemas en miembros inferiores (60.1%), siendo poco reseñable la existencia de reflujo hepato-yugular, hepatomegalia o tercer ruido. Cabe reseñar la alta prevalencia de anemia (51%) y alteración renal (elevación de creatinina en un 58.4%). A pesar de que el hipotiroidismo se trata de una entidad frecuente en los pacientes de esta edad, lo encontramos en un 3.4%. Más de la mitad de los pacientes se encontraban en FA (51.9%). El ETT, en un 26.2% de los casos, asociaba patología valvular, disfunción diastólica e hipertrofia ventricular izquierda. La causa subyacente más frecuente fue la cardiopatía hipertensiva (52.8%), la cardiopatía valvular (48.1%) y el origen mixto (51%). El tratamiento (TTO) al alta del paciente costaba de diuréticos (87.6%), anticoagulación (51.9%), beta-bloqueantes e IECAs (42.5%), digoxina (31.3%), calcio-antagonista (30.9%), antiagregantes (26.2%), estatinas (24.9%), nitritos (23.6%), espironolactona (13.3%), ARA II (9.9%), sin precisar inotrópicos en ningún caso. El 97,4% de los casos fueron dados de altas con buen control de la descompensación de su insuficiencia cardiaca y reajuste de tratamiento.

**Discusión.** La IC con FE conservada no se trata de una enfermedad muy prevalente en el conjunto de pacientes que ingresan en un servicio de MI. Es de predominio en el sexo femenino, quizá por la mayor supervivencia de este género. Se encuentra en relación directa con la HTA y la FA, formando parte del círculo vicioso del síndrome (HTA-Cardiopatía hipertensiva-dilatación auricular izquierda-FA-fallo diastólico). Mencionar la alta prevalencia de comorbilidades, fundamentalmente anemia y fracaso renal asociadas a la IC con FE preservada, conformando el conocido síndrome cardiorenal. Aunque la morbilidad es mayor que en los casos de disfunción sistólica (mayor comorbilidad), la mortalidad es menor y así se atestigua con los casos en forma de IC grave. La baja prevalencia de hipotiroidismo radica en la escasa determinación hormonal dependiente del médico responsable y puede ser origen de sesgo. La gran variedad en los TTO viene dada por la no existencia de indicaciones claras como en el caso del fallo sistólico, a excepción del control de la HTA y la frecuencia, de ahí el porcentaje observado en dichos TTOs.

**Conclusiones.** La IC con FE preservada representa un síndrome propio de la edad adulta, de alta morbilidad, en el que el control global de las distintas comorbilidades juega un papel fundamental y que requiere, por tanto, la visión global del internista. La falta de indicaciones claras debería llevarnos a intentar establecer protocolos terapéuticos comunes con vistas a mejorar la calidad de vida de estos pacientes

#### IC-42 PERFIL DEL PACIENTE HOSPITALIZADO POR INSUFICIENCIA CARDÍACA (IC) EN MEDICINA INTERNA (MI)

**R. Gálvez López, M. Moreno Higuera, D. Vinuesa García, P. Giner Escobar, C. Fernández-Roldán, J. Martínez Ávila, C. López Robles y J. Cantero Hinojosa**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.*

**Objetivos.** Conocer el perfil de los pacientes hospitalizados por IC en el servicio de MI de nuestro hospital.

**Material y métodos.** Se revisaron las historias clínicas de los pacientes ingresados con diagnóstico principal de IC en el período comprendido entre septiembre de 2007-08. Se estudiaron la edad, sexo, estancia media, reingresos, enfermedades asociadas, clase funcional NYHA basal, etiología, realización o no de ecocardiografía transtorácica (ETT), hallazgos eco y electrocardiográficos, y tratamiento al alta. El índice de Barthel y la escala de Pfeiffer se obtuvieron del informe de continuidad de cuidados de enfermería al alta. Se realizó un análisis descriptivo utilizando el programa estadístico SPSS.15.0.

**Resultados.** Se incluyeron en el estudio 151 pacientes. El 60.9% eran mujeres y el 39.1% hombres. La edad media fue de 78.7 años. La estancia media

fue de 12.2 días y la tasa de reingreso del 13%. Las enfermedades asociadas fueron: hipertensión arterial (HTA) 60.2% diabetes mellitus 41.5%, enfermedad respiratoria crónica 53.7%, demencia 15.6%, tabaquismo 14.3%, obesidad 29.9%, dislipemia 15%, etilismo 6.1%, anemia 31.3%, enfermedad cerebrovascular 12.9%, hepatopatía 5.4% e insuficiencia renal 28.6%. La clase funcional fue: 3.3% I, 18.7% II, 20.1% III, 4% IV y en un 53.6% no constaba. La etiología fue: HTA 34.2%, cardiopatía isquémica (CI) 24.2%, cor pulmonale 27.5%, miocardiopatía restrictiva 0.7% y valvular 18.1%. Se realizó ETT en un 70.5% de los pacientes: un 68.3% tenían una fracción de eyección (FE) < 60%, un 42% disfunción diastólica y un 45.8% algún grado de hipertensión pulmonar. El 38% presentaban ritmo sinusal y el 56.7% fibrilación auricular (FA). La dependencia según el índice de Barthel fue: leve (61-99) 26.6%, moderada (41-60) 28.4%, severa (20-40) 16.5%, total (< 20) 11.9%, siendo un 16.5% independientes (100). El deterioro mental según la escala de Pfeiffer era leve en el 17.3% y severo en el 4.6%, no presentando deterioro un 46% de los pacientes. El tratamiento prescrito al alta fue: diuréticos 94.2%, espironolactona 24%, IECA 50.4%, ARA II 25.6%, amiodarona 4.2%, digoxina 31.4%, nitritos 27.3%, betabloqueantes (BB) 30.6%, doxazosina 0.8%, calcioantagonistas 15.7%, antiagregantes 27.3% y anticoagulación 48.8%.

**Discusión.** La IC es una de las causas más frecuentes de hospitalización en pacientes mayores de 75 años. En los últimos años ha cambiado su perfil clínico al afectar a pacientes con mayor edad y comorbilidad que pueden diferir de los incluidos en los ensayos clínicos. En nuestro caso estas características se asemejan a las publicadas por otros servicios de MI. Destaca una edad elevada, alta proporción de mujeres y clase funcional avanzada. La HTA y la CI constituyen las causas más frecuentes de IC. El ETT es una exploración imprescindible para el conocimiento de la causa de IC y su manejo. Nuestros datos reflejan un alto porcentaje de utilización de dicha prueba y un predominio de pacientes con disfunción diastólica y FE conservada, al igual que lo publicado en otros trabajos. Existe un alto porcentaje de pacientes dependientes. El principal grupo farmacológico prescrito al alta son los diuréticos, en probable relación con la descompensación de la enfermedad y una clase funcional avanzada. Aunque aún la utilización de BB es baja, en nuestro servicio la prescripción al alta fue superior a la descrita por otros autores. Por último, hay que destacar el elevado porcentaje de pacientes en tratamiento anticoagulante oral (TAO) debido principalmente a la presencia de FA.

**Conclusiones.** El perfil de los pacientes ingresados en nuestro servicio por IC descompensada son mayoritariamente mujeres ancianas que presentan disfunción diastólica hipertensiva y FE conservada. Destacar la mejoría en la utilización de BB y TAO en los pacientes ingresados en MI.

#### IC-43 NT-PROBNP Y CISTATINA: MARCADORES PRONÓSTICOS EN COR PULMONALE CRÓNICO

**V. Garcés Horna<sup>1</sup>, M. Navarro Aguilar<sup>1</sup>, M. Sánchez Marteles<sup>1</sup>, J. Morales Rull<sup>2</sup>, F. Ruiz Ruiz<sup>2</sup>, P. Samperiz Legarre<sup>1</sup>, F. Ruiz Laiglesia<sup>1</sup> y J. Peréz Calvo<sup>1</sup>**

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

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida.

**Objetivos.** Conocer las concentraciones de NT-proBNP y cistatina en pacientes con Cor pulmonale Crónico (CPC) durante la descompensación y evaluar su posible utilidad pronóstica en términos de mortalidad.

**Material y métodos.** Estudio observacional, prospectivo y descriptivo que incluye 25 pacientes, entre 45 y 85 años, que ingresaron en el Servicio de Medicina Interna del HCU "Lozano Blesa" (Zaragoza) por descompensación de CPC y/o de su enf. pulmonar crónica. Criterios de exclusión: creatinina > 2 mg/dl, hipo/hipertiroidismo, sínd. Cushing, cirrosis hepática, valvulopatía, enf. psiquiátrica y enf. neoplásica. Todos firmaron previamente consentimiento informado. Se realizó extracción de sangre en las primeras 72 h del ingreso para determinación de niveles séricos de NT-proBNP y cistatina. Se recogieron datos peristáticos, antropométricos, analíticos y seguimiento el año posterior. Análisis estadístico mediante SPSS 14.0.

**Resultados.** Se recogieron 25 pacientes, de ellos 3 se perdieron durante el estudio. Del total, 18 eran varones (81%). La edad media fue de 72.95 años (d.típica: 6.9 años). El IMC medio fue de 30 (desv. típica: 7.6). Más del 60% tenían más de 5 años de evolución de su enfermedad pulmonar. Se calculó el aclaramiento de creatinina mediante la fórmula de Cockcroft y el MDRD observando una media de 81,44 (d.típica: 35.4) y 84,12 (d.típica: 29.87), respectivamente. El NT-proBNP medio fue de 1283.1 pg/mL (d. típica: 1184.2 pg/mL) y la cistatina media de 1.46 mg/L (d. típica: 0.42 mg/L), sin diferencias estadísticamente significativas de estos valores en cuanto al sexo, la edad distribuida por décadas etarias y la presencia de fibrilación auricular. Sin embargo, si hubo diferencias de la cistatina al agrupar los pacientes

según disfunción renal, considerada como creatinina > 1.20, (p = 0.019). Al año de seguimiento un 18.2% había fallecido. Los valores medios de NT-proBNP fueron mayores en los pacientes fallecidos (1569.7 frente a 1219.4 pg/mL), sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas (p = 0.38; a = 0.05). Lo mismo ocurrió con la cistatina (p = 0.30; a = 0.05).

**Discusión.** La insuficiencia cardiaca en pacientes con EPOC es una entidad frecuente y marca de forma importante el pronóstico de los mismos. Tanto el NT-proBNP como la cistatina son marcadores de reconocida utilidad en la insuficiencia cardiaca izquierda, aunque en la actualidad los datos existentes en el CPC son bastante más escasos. En nuestro estudio se observa una marcada tendencia a presentar concentraciones más elevadas de estos péptidos en pacientes que fallecen precozmente, lo cual podría tener importancia como futuros marcadores pronósticos. Sin embargo, las diferencias no resultaron estadísticamente significativas probablemente debido al reducido tamaño de la muestra. Estudios prospectivos con un mayor tamaño muestral y en los que poder realizar un análisis multivariante más detallado, podrían arrojar luz a esta cuestión.

**Conclusiones.** 1. Tanto el NT-proBNP como la cistatina no han demostrado utilidad como marcador de mortalidad en pacientes con CPC descompensado. 2. Son necesarios estudios más amplios acerca de la utilidad pronóstica de estos péptidos en los pacientes con CPC.

#### IC-44

##### HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR EN ESPAÑA. EPIDEMIOLOGÍA: ANÁLISIS PRELIMINAR DEL REGISTRO ESPAÑOL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR

C. González Pulido<sup>1</sup>, C. Jiménez López-Guarsch<sup>2</sup>, P. Escribano Subias<sup>2</sup>, J. Barbera Mir<sup>3</sup>, A. Roman Broto<sup>4</sup>, P. Morales Marín<sup>5</sup>, T. Subirana Domenech<sup>6</sup>, J. Sánchez Roman<sup>1</sup> y Grupo REHAP

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

<sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

<sup>3</sup>Servicio de Neumología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

<sup>4</sup>Servicio de Neumología. Hospital General Vall d'Hebron - Área General. Barcelona.

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

<sup>6</sup>Cardiología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona).

**Objetivos.** Existen pocos datos en relación con la epidemiología y el manejo clínico de la hipertensión pulmonar (HP) en España. En ese contexto, se diseñó un registro prospectivo para analizar la prevalencia, incidencia y el manejo clínico de la hipertensión arterial pulmonar (HAP) y la HP tromboembólica crónica (HPTC) y comparar ambas entidades.

**Material y métodos.** Entre 1/7/07 y 30/6/08 se realizó un registro voluntario de pacientes consecutivos diagnosticados de HAP o HPTC > 14 años (HAP = PAPm > 25 mmHg, PCPm < 15, RVP > 3), de 31 Hospitales (el 75% de procede de los 5 centros con mayor nº de pacientes en España).

**Resultados.** Se incluyeron 723 pts (567 casos prevalentes y 156 incidentes). La etiología de la HAP fue 41% idiopática, 18% asociada a conectivopatías, 19% asociada a C.congénitas, 9% VIH, 6% a hipertensión portal y 3% a síndrome de aceite tóxico. El resto (17%;125 pts) presentaron HPTC. Tabla: características de los 2 grupos (\* = p < 0,05).

**Discusión.** 1. Los datos epidemiológicos del REHAP son consistentes con otros registros nacionales. 2. Los pacientes con HP se siguen diagnosticado en CF avanzadas. 3. El REHAP es el primer registro que aporta datos epidemiológicos con respecto a la HPTC, mostrando que estos pacientes son mayores, casi la mitad hombres, y se diagnostican en CF más avanzada.

Tabla 1 (IC-44)

	Edad /%fem	%CF III-IV	T6m	PAPm	IC	Prev. (pmh)	Incid. (pmh-año)
HAP	46 ± 17* / 73*	68	378 ± 116*	51 ± 15*	2.7 ± 0.8*	15.3	3.15
HPTC	62 ± 15 / 57	71	328 ± 112	45 ± 11	2.4 ± 0.6	3.2	0.89

T6m: test 6 min. IC: índice cardiaco; Prev.: prevalencia; Incid.: incidencia; pmh: por millón habitantes adultos.

Tabla 1 (IC-45)

Año Diag.	PAPm	RVP	%HAPI/HPTC	% PG/oral/comb.	Superv 1º/3º/5º año
Antes de 2002	60±17	14,4±8	37 / 9	48 / 13 / 6	89 / 80 / 71
Después de 2002	51±16*	11±6*	30*/19*	10*/62*/14*	90 / 76 / 65

HAPI: idiopática; PG: prostacilinas; comb: combinado.

#### IC-45

##### CAMBIOS EN EL ÚLTIMO LUSTRO EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR. REGISTRO ESPAÑOL DE HIPERTENSIÓN PULMONAR

C. González Pulido<sup>1</sup>, C. Jiménez López-Guarsch<sup>2</sup>, P. Escribano Subias<sup>2</sup>, I. Blanco Vich<sup>3</sup>, M. Castillo Palma<sup>1</sup>, M. López Messeguer<sup>4</sup>, P. Morales Marín<sup>5</sup>, T. Subirana Domenech<sup>6</sup> y Grupo REHAP

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

<sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

<sup>3</sup>Servicio de Neumología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

<sup>4</sup>Servicio de Neumología. Hospital General Vall d'Hebron - Área General. Barcelona.

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

<sup>6</sup>Cardiología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona).

**Objetivos.** La hipertensión pulmonar (HP) es una enfermedad rara que conlleva una elevada mortalidad sin tratamiento (tto) específico. Recientemente se ha producido una auténtica revolución en el manejo diagnóstico y terapéutico de esta entidad. El REHAP es un registro voluntario de pacientes (ptes) con hipertensión arterial pulmonar (HAP) e hipertensión pulmonar tromboembólica (HPTC) evaluados entre enero de 1998 y Abril de 2009 en 33 hospitales. Nuestro objetivo es analizar las modificaciones que han aparecido en el manejo de estos pacientes.

**Material y métodos.** Los ptes. se han dividido en 2 grupos: ptes con diagnóstico previo al 2002 (< 2002) y ptes con diagnóstico posterior a Enero 2002 (> 2002), fecha que marca la disponibilidad de los tratamientos vía oral. Se analizaron los datos de 1131 ptes y se compararon entre los 2 grupos las variables demográficas (edad, sexo), la etiología, las características funcionales (clase funcional NYHA y test 6 minutos) y hemodinámicas (PAPm, RVP) en el momento del diagnóstico de la enfermedad. Se analizó el tto inicial y la supervivencia al 1º, 3º y 5º año.

**Resultados.** De 1131 pts, 254 fueron diagnosticados antes del 2002 y 877 después (edad 38 ± 15 Vs 48 ± 16; p < 0.05). No hubo diferencias en el sexo ni en la capacidad funcional (T6m 364 Vs 373 m / %CF III-IV 66 vs 70%). Hemodinámica, etiología, tto y supervivencia se expresan en tabla; (\*) = p < 0.05

**Discusión.** Los ptes en ambos grupos se diagnostican mayoritariamente en CF III y tienen una supervivencia similar (aunque existe un sesgo de dominio de prevalentes en el grupo diagnosticado después de 2002). Los ptes diagnosticados después de 2002: 1) tienen mayor edad y menor severidad hemodinámica, 2) la HPTC es más frecuente en este período, 3) Los tratamientos de inicio más utilizados fueron los inhibidores de la endotelina y se duplica el% de ptes con tto combinado de inicio.

#### IC-46

##### EVOLUCIÓN DEL PERFIL DEL PACIENTE HOSPITALIZADO POR INSUFICIENCIA CARDÍACA (IC) EN MEDICINA INTERNA (MI) EN LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS

M. Moreno Higuera<sup>1</sup>, C. Fernández-Roldán<sup>1</sup>, D. Vinuesa García<sup>1</sup>, C. López Robles<sup>1</sup>, R. Gálvez López<sup>1</sup>, J. Martínez Ávila<sup>1</sup>, J. Cantero Hinojosa<sup>1</sup> y A. Pardo Cabello<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de San Rafael de Granada. Granada.

**Objetivos.** Comparar el perfil de los pacientes hospitalizados por IC en el servicio de MI de nuestro hospital en los períodos comprendidos entre enero-agosto 2005 y septiembre 2007-septiembre 2008.

Tabla 1 (IC-46). Datos demográficos y comorbilidad

	Sexo % M/H	Edad	Media	HTA %	DM %	Dislipemia %	ERC %	IRC %
2005 (n = 75)	63.1/36.9	72.1		80	44	22.6	53.4	41
2007-08 (n = 151)	60.9/39.1	78.7		66.2	40.4	14.6	52.3	27.8

Tabla 2 (IC-46). Clase funcional NYHA

	I %	II %	III %	IV %
2005 (n = 151)	1.8	36.4	52.7	9
2007-08 (n = 151)	7.2	40.6	43.4	8.6

Tabla 3 (IC-46). Prescripción de fármacos al alta

	BB	IECA/ARA II	EP	TAO	AA
2005 (n = 75)	22.7	74.7	26.7	59.5	26.1
2007-08 (n = 151)	30.6	76	24	48.8	27.3

**Material y métodos.** Se revisaron las historias clínicas de los pacientes ingresados con diagnóstico principal de IC en los períodos referidos. Las variables estudiadas fueron: edad media, sexo, hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), dislipemia, enfermedad respiratoria crónica (ERC), insuficiencia renal crónica (IRC), clase funcional NYHA basal, realización o no de ecocardiografía transtorácica (ETT), presencia de fibrilación auricular (FA) y prescripción al alta de IECA/ARA II, betabloqueantes (BB), espironolactona (EP), antiagregantes (AA) y terapia anticoagulante oral (TAO). Se realizó un análisis estadístico utilizando el programa Epidat 3.1.

**Resultados.** Los datos demográficos y de comorbilidad se presentan en la tabla 1 y los referentes a la clase funcional NYHA en la tabla 2. Se realizó ETT en un 70.5% de los pacientes del año 2008 frente al 58.6% del año 2005. El porcentaje de FA fue similar entre los pacientes estudiados en ambos períodos (56%). El porcentaje de prescripción al alta de betabloqueantes, espironolactona, IECA/ARA II, antiagregantes y anticoagulantes se muestra en la tabla 3. En ninguna de las variables estudiadas se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

**Conclusiones.** Se observa una tendencia creciente en el uso de la ecocardiografía y los betabloqueantes, aunque las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas.

#### IC-47 LA OSTEOPROTEGERINA COMO BIOMARCADOR PRONÓSTICO EN INSUFICIENCIA CARDÍACA

**B. García Casado<sup>1</sup>, J. Santamaría González<sup>1</sup>, P. Salamanca Bautista<sup>1</sup>, E. Guisado Espartero<sup>2</sup>, J. Arias Jiménez<sup>1</sup>, O. Aramburu Bodas<sup>1</sup>, E. Ramiro Ortega<sup>1</sup> y R. Pérez Cano<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna B. Prof. Pérez Cano. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Margarita. Cabra (Córdoba).

**Objetivos.** El objetivo de nuestro trabajo es estudiar el valor como biomarcador pronóstico de la Osteoprotegerina serica (OPG) en pacientes ingresados por Insuficiencia Cardíaca (IC) en un Servicio de Medicina Interna (MI) en un Hospital de Tercer nivel.

**Material y métodos.** Hemos recogido 136 pacientes ingresados de forma consecutiva por IC. Elaboramos una base de datos con variables clínicas basales (edad, antecedentes, NYHA, fracción de eyección) y fármacos prescritos) y se determinó el valor de OPG serica mediante ELISA durante su ingreso. Se realizó un seguimiento de los pacientes durante un año recogiendo datos de mortalidad y reingresos. El estudio estadístico se realizó con el programa SPSS v 14.0. Se compararon los valores de OPG de los pacientes con eventos respecto aquellos que no los presentaron durante el seguimiento mediante el estadístico U de Mann-Whitney. Posteriormente se crearon dos grupos en función del punto de corte de la mediana de OPG y se comparó la proporción de eventos al año entre ambos grupos mediante el test Chi cuadrado.

**Resultados.** La edad media de los pacientes fue 74.5 años. El 86% estaban en clase funcional III-IV NYHA. La mortalidad global al ingreso fue de 9,6% y al año de 27,9%. El valor de corte de OPG se estableció según su mediana en 8,24 pg/ml encontrando un 38% de pacientes con niveles elevados a su ingreso. Al comparar los niveles de OPG del grupo de pacientes con y sin eventos, encontramos diferencias estadísticamente significativas desde el inicio del estudio, con respecto a la mortalidad ( $p < 0,01$ ), haciéndose aun mayores las diferencias al valorar la mortalidad al año ( $p < 0,001$ ). Por

el contrario no apreciamos diferencias en los valores de OPG cuando en vez de mortalidad, se comparó la tasa de reingresos. Al comparar los dos grupos creados en función del punto de corte de la mediana de OPG apreciamos nuevamente diferencias estadísticamente significativas en las tasa de mortalidad ( $p < 0,04$ ), con un incremento del riesgo estimado de 6.50 (IC 95%: 1,69-24,93).

**Discusión.** Investigaciones publicadas recientemente muestran el valor pronóstico a largo plazo de los niveles séricos de a OPG en la fase aguda del síndrome coronario, como predictor independiente de mortalidad y desarrollo de insuficiencia cardíaca. Estos estudios confirman otros previos en los que la OPG demostró valor pronóstico en la mortalidad de pacientes con IAM complicado con fallo cardíaco. En nuestro estudio, en pacientes con IC establecida, los niveles más elevados de OPG en sangre se relacionan con una mayor mortalidad al ingreso y a largo plazo (un año). Esto podría explicarse por una mayor actividad inflamatoria en los pacientes que evolucionan de forma desfavorable y fallecen, ya que la OPG pertenece a la superfamilia del receptor de TNF-alfa.

**Conclusiones.** Sería necesario realizar estudios con mayor número de pacientes y controlando otras variables que pudieran ser confundentes para confirmar nuestros datos que apoyan la hipótesis de que la OPG podría ser una variable de interés pronóstico al ingreso y durante el seguimiento en pacientes con insuficiencia cardíaca respecto a mortalidad.

#### IC-48

#### DESCRIPCIÓN DE UNA COHORTE DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA SEGÚN GÉNERO

**A. Navarro Puerto<sup>1</sup>, R. Gómez Herrerros<sup>1</sup>, I. Melguizo Moya<sup>1</sup>, M. Fernández Ruiz<sup>2</sup>, M. Martín Ponce<sup>1</sup> y A. De Miguel Albarreal<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>UGC Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

**Objetivos.** 1.- Describir las características basales de una muestra de pacientes que ingresan por primera vez con el diagnóstico de insuficiencia cardíaca (IC), según el género. 2.- Analizar el tipo de IC al diagnóstico y su etiología según el género. 3.- Estimar la tasa de reingresos y muertes en este grupo de pacientes según el género.

**Material y métodos.** Estudio multicéntrico observacional de cohortes retrospectivo. Se seleccionaron al azar 100 pacientes que ingresaron por IC en los Hospitales Universitarios de Valme (Sevilla) y 12 de Octubre (Madrid) desde Enero del 2004 a Diciembre del 2008, y que cumplían los siguientes criterios de inclusión: a.- ser el primer episodio de IC; b.- edad mayor de 18 años; c.- vivir en zona de referencia del hospital. Se excluyeron los reingresos por IC. Se recogieron datos sociodemográficos, motivos de consulta, factores de riesgo cardiovascular (FRCV), comorbilidad, exploración y pruebas complementarias en urgencias y durante el ingreso, tratamiento al alta, y exitus o reingreso en el primer o tercer mes, o en el primer año tras el alta. Los datos se obtuvieron del informe de alta y/o de la historia clínica y fueron introducidos en una base de datos diseñada para el estudio. Las variables cualitativas se presentan con su distribución de frecuencia; las cuantitativas se resumen mediante media/desviación estándar o mediana/rango intercuartílico en función del tipo de distribución, y el intervalo de confianza al 95%. El estudio de asociación entre variables cualitativas se realizó mediante el test de la ji cuadrado de Pearson.

**Resultados.** De los 100 pacientes, 51 eran hombres y 49 mujeres, con una edad media de 71 y 77 años respectivamente. El motivo de consulta más frecuente en ambos grupos fue la disnea de esfuerzo, seguida de los edemas en los hombres y la disnea de reposo en las mujeres. El 80% de los hombres y el 59% mujeres eran autónomos para las actividades básicas de la vida diaria. La mayoría de los pacientes vivían con sus familiares, aunque vivían solas un 10,2% de mujeres frente a un 3,9% de hombres. Ambos grupos presentaban como grado de disnea basal más frecuente (35%) un grado II de la NYHA. El porcentaje de DM tipo 2 era mayor en las mujeres (43%) que en los hombres (27,5%), siendo los porcentajes similares en el resto de FRCV. En ambos grupos el diagnóstico más frecuente fue el de IC no especificada, seguido de IC sistólica. La IC con fracción de eyección conservada fue más frecuente en las mujeres. La etiologías más frecuentes fueron en ambos grupos la cardiopatía isquémica, la miocardiopatía hipertensiva y la valvulopatía mitral, siendo esta última más frecuente en mujeres. El porcentaje de reingresos fue mayor en el primer mes en los hombres (6,4%) y entre los 3 y 12 meses en las mujeres (13,6%), sin diferencias

estadísticamente significativas. El porcentaje de exitus para ambos grupos fue mayor en el primer mes tras el alta.

**Discusión.** Debido probablemente al tamaño muestral no se encuentran importantes diferencias en las características de los pacientes ingresados por primera vez por IC según género. Este estudio forma parte del estudio "Variabilidad de la accesibilidad y calidad de la asistencia sanitaria según género en pacientes hospitalizados por IC", cuyo objetivo principal es evaluar la calidad de la asistencia prestada a pacientes hospitalizados por IC respecto a los estándares de las guías de práctica clínica y determinar qué parte de los problemas de calidad asistencial son debidos a desigualdades en la asistencia respecto al género.

**Conclusiones.** El perfil de los pacientes que ingresan por primera vez con el diagnóstico de IC es bastante similar en hombres y mujeres. La variabilidad en la calidad de la asistencia sanitaria según género en pacientes hospitalizados por IC no depende sólo de las características basales, sociales y comorbilidad de dichos pacientes.

#### IC-49

##### MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA EN MEDICINA INTERNA: AJUSTE A LA GUÍA DE LA ESC DE 2008

L. Sanz Trepijana<sup>1</sup>, B. Alonso Castañeda<sup>1</sup>, C. Fernández Gil<sup>1</sup>, G. Pérez-Rial<sup>1</sup>, S. Rodríguez García<sup>1</sup>, A. Morales Cartagena<sup>1</sup>, A. Sánchez Morla<sup>1</sup> y B. Mestre Gómez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Oncología Radioterápica. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

**Objetivos.** Descripción de los antecedentes epidemiológicos, etiología, factores desencadenantes y características ecocardiográficas de los pacientes ingresados en MI por insuficiencia cardíaca, así como el seguimiento de las recomendaciones de las últimas guías en el manejo terapéutico al alta.

**Material y métodos.** Historia clínica de los pacientes ingresados en la planta 15 izquierda del Servicio de MI del Hospital 12 de Octubre de Madrid, entre enero y diciembre de 2008, con el diagnóstico al alta de insuficiencia cardíaca. Recogida de datos y análisis de frecuencias con el paquete estadístico SPSS 16.0.

**Resultados.** De los 519 pacientes ingresados en nuestra sección en 2008, 106 fueron diagnosticados de insuficiencia cardíaca (20,42%). La media de edad fue de 80,39 años y el 50,9% fueron mujeres. En cuanto a los factores de riesgo cardiovascular, el 82,1% presentaban HTA, el 33,0% diabetes mellitus, el 26,4% dislipemia y el 34,9% eran o habían sido fumadores. El 27,4% tenían EPOC, el 55,7% FA y el 13,2% eran obesos. Entre las causas de insuficiencia cardíaca destacan la cardiopatía isquémica, responsable de un 41,5% de los casos y las valvulopatías, con un 3,85%, siendo menos frecuentes la miocardiopatía hipertrófica con un 1,9% así como la amilodosis, la miocardiopatía dilatada y la pericarditis constrictiva con un 0,9% cada una, aunque en la mitad de los casos no quedó bien establecido el origen de la insuficiencia cardíaca. Los factores desencadenantes más habituales fueron las infecciones respiratorias con un 50,8% de los casos, seguido de la FA con respuesta ventricular rápida con un 8,5%, los síndromes coronarios agudos con un 5,7%, la anemia con un 3,8% y la sobrecarga yatrogénica de volumen con un 2,8%. Quedando en segundo término otros factores menos habituales como el tromboembolismo pulmonar, las bradiarritmias y el incumplimiento o los cambios en el tratamiento, todos ellos con un 1,9% respectivamente, no obstante en el 30,2% de los casos no se llegó a identificar la causa precipitante. En relación al manejo de los pacientes durante su ingreso, al 64,2% se le realizó ecocardiograma, de los cuales el 39,7% mostraban disfunción sistólica y el 26,47% disfunción diastólica. Un 17,64% de ellos presentaban estenosis aórtica, un 35,29% insuficiencia aórtica, un 2,94% estenosis mitral y un 57,34% insuficiencia mitral. El 38,23% de estos pacientes tenían hipertensión pulmonar. La mortalidad durante el ingreso fue del 7,5%. De los pacientes dados de alta, se fueron con diuréticos en un 84,69% de los casos, con un IECA/ARAI en un 51,02%, con beta bloqueantes en un 17,34%, con un calcio antagonista en un 22,44%, con digoxina en un 19,38% y con oxigenoterapia domiciliar en un 19,38%.

**Discusión.** En la última guía de la ESC de 2008 se recomienda la realización de ecocardiograma a todos los pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca, alcanzándose este objetivo en solo 2/3 de los pacientes de nuestra muestra. Por otra parte, aquellos pacientes con disfunción sistólica deberían recibir tratamiento con un diurético más un IECA/ARAI, añadiendo posteriormente un beta bloqueante en cuanto se alcanzase la estabilidad clínica. Sin embargo, en nuestro grupo de pacientes aunque esta recomendación se cumple en el caso de los diuréticos, sólo se sigue en la mitad de los sujetos en el caso de los IECA/ARAI y en 1/3 para los beta bloqueantes. En cuanto a los calcio antagonistas, recomendados en caso de disfunción diastólica (aunque con bajo grado de evidencia), sólo se administraron en 1/3 de los pacientes al alta, mientras que también fueron pautados en 1/10 de los casos con disfunción sistólica, en los que no estarían indicados.

**Conclusiones.** El presente estudio presenta como limitaciones su carácter retrospectivo y observacional, así como la existencia de potenciales sesgos

de inclusión, al limitarse a los pacientes ingresados en una sección de Medicina Interna de un hospital terciario, lo que podría hacer que la muestra no fuera representativa a nivel poblacional. No obstante existen importantes discordancias entre el manejo de la insuficiencia cardíaca y las recomendaciones más recientes.

#### IC-50

##### DIFERENCIAS ENTRE PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA EN SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA Y DE CARDIOLOGÍA DE UN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EN CUANTO A CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, GRADO DE DEPENDENCIA, COMORBILIDAD Y ETIOLOGÍA

J. Martínez Ávila, C. López Robles, R. Gálvez López, M. Moreno Higuerras, P. Giner Escobar, D. Vinuesa García, J. Cantero Hinojosa y D. Sánchez Rico

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

**Objetivos.** Determinar si existen diferencias entre las características de los pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca (IC) en función del servicio en el que ingresan Cardiología (C) o Medicina Interna (MI).

**Material y métodos.** Se revisaron 253 historias clínicas de pacientes ingresados en nuestro hospital en el último año, con diagnóstico principal de insuficiencia cardíaca a cargo de los servicios de MI y C. Se incluyeron datos demográficos, grado de dependencia (Barthel), antecedentes, etiología de la IC, estancia media y reingresos. Se realizó el análisis de los datos mediante SPSS 15.0.

**Resultados.** La proporción por sexos en C es similar, mientras que en MI, la proporción de mujeres fue del 60,9%. En C, los pacientes con IC mayores de 65 años fueron el 77,5%, mientras que en MI, el porcentaje fue significativamente superior: 93% (p < 0,001). Las enfermedades asociadas con la IC y las diferencias encontradas se resumen en la tabla 1. La proporción según etiología de la IC fue significativamente superior para hipertensiva y cor pulmonale en MI y en C para las causas isquémica y valvular. El 28,4% de los pacientes con IC ingresados en MI tenían un índice de Barthel al alta inferior a 40, mientras que este porcentaje en la sala de C fue del 6%. La media de días de estancia en el servicio es ligeramente superior en MI (12,1) con respecto a cardiología (10,2). Esta diferencia es estadísticamente significativa para una prueba de T Student (p = 0,03). El porcentaje de reingresos fue similar en ambos servicios.

**Discusión.** Los pacientes ingresados en MI son más mayores que los que ingresan en C, como está descrito en la bibliografía. Los días de estancia media de los pacientes con IC en nuestro hospital es mayor para los ingresados en MI. Los pacientes de MI presentan una mayor proporción de enfermedades que pueden cursar con una evolución tórpida y hacer más complejo el manejo de la IC como son la enfermedad respiratoria crónica o la enfermedad cerebro-vascular. El grado de dependencia medido en nuestro hospital es mayor para los pacientes de MI, lo que está de acuerdo con lo descrito en la literatura. Destaca una mayor proporción de IC por cardiopatía hipertensiva en los pacientes de MI, mientras que en los de C prevalece más la cardiopatía isquémica como causa de IC.

**Conclusiones.** Algunos factores como la edad avanzada y la dependencia, las enfermedades respiratorias asociadas o la demencia, hacen más probable el ingreso en nuestro servicio de MI. La etiología isquémica o la presencia de valvulopatía hacen más probable el ingreso en C.

Tabla 1 (IC-50). Enfermedades asociadas

	MI	C	Sig.
DM	41,5%	45,1%	0,57
HTA	68%	64,7%	0,58
Dislipemia	15%	34,3%	<0,001
Enf. Resp.	53,7%	17,6%	<0,001
Demencia	15,6%	2%	<0,001
ECV previa	12,9%	17,4%	0,017
Anemia	31,3%	15,8%	<0,001

#### IC-51

##### PREVALENCIA DE ANEMIA EN INSUFICIENCIA CARDÍACA

M. Rizzi, O. Torres Bonafonte y J. Casademont Pou

Servicio de Medicina Interna. Fund. de Gest. Sanitaria de l' Hospital de la Sta. Creu i Sant Pau. Barcelona.

**Objetivos.** Conocer la prevalencia de anemia en pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca descompensada (IC) y describir los factores asociados.

**Material y métodos.** Estudio observacional prospectivo realizado en el servicio de medicina interna entre abril y junio. Entraron en el estudio todos los p. mayores de 18 años que acudieron al Servicio de Urgencias por IC descompensada (criterios de Framingham) y se disponía de una cifra de Hb al ingreso. Se recogieron variables demográficas, clínicas (Diabetes Mellitus, HTA, fibrilación auricular, tipo de cardiopatía), bioquímicas (creatinina), ecocardiográficas (fracción de eyección) y terapéuticas (tratamientos relacionados con el desarrollo de anemia: inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina [IECA], inhibidores de los receptores de la angiotensina II [ARA-II], antiagregantes plaquetarios, anticoagulación oral). Se consideró que había anemia cuando las cifras de hemoglobina eran  $< 12$  g/dl en mujeres y  $< 13$  gr/dl en varones. Se usó el programa SPSS 17.0. Realizamos un análisis descriptivo. Las variables dicotómicas se expresan en porcentajes, utilizando la prueba de chi cuadrado o la prueba exacta de Fisher en su comparación. Las variables cuantitativas constan como media  $\pm$  DS. Se consideró significación estadística una  $p < 0.05$ .

**Resultados.** Se incluyeron 60 pacientes. La edad media de edad fue  $80,5 \pm 10,89$ , 61.7% eran mujeres. Tenían HTA el 73,3%, ACXFA 41,7%, DM 38,3% y enfermedad vascular periférica 15%. Tomaban IECA 48,3%, ARAII 20%, ACO 28,3%, antiagregantes 41,7%. El 41,7% tenía disfunción sistólica y función preservada el 38,3%. La etiología más frecuente fue la cardiopatía isquémica y la mixta (Isq- HTA) 20%. El Barthel medio era de  $70,7 \pm 31,2$ . La cifra media de Hb al momento del ingreso fueron de  $122,5 \pm 19,9$ , creatinina media  $120,4 \pm 68,1$ , MDRD  $56,5 \pm 10,9$ . La prevalencia total de anemia fue 55%. Hubo 8 fallecimientos durante el ingreso índice (13,3%) y un total de 33 al año (55%). Entre los pacientes anémicos, la Hb media era de  $107,8 \pm 10,4$ , observamos asociaciones estadísticamente significativas entre anemia e insuficiencia renal (72,7% vs. 27,3%  $p < 0,01$ ), uso de ARAII (83,3% vs. 16,7%  $p < 0,04$ ), Barthel (87,9 vs. 12,1  $p < 0,002$ ) y exitus total al año (70,4% vs. 29,6%  $p < 0,039$ ). Sorprendentemente, no observamos relación significativa entre la presencia de cifras bajas de hemoglobina y el tratamiento con IECA, antiagregantes ni anticoagulantes. No hubo diferencias en el resto de variables evaluadas.

**Discusión.** Respecto al resto de las series hospitalarias, las diferencias en la edad, la mayor proporción de mujeres, menor representación de cardiopatía isquémica, función ventricular deprimida, criterios de definición de anemia, insuficiencia renal, pueden explicar las diferencias en los valores de prevalencia (4-56%). En relación a los factores clínicos asociados, la significación en los diversos estudios es tan oscilante como las cifras de prevalencia. La selección de la cohorte puede explicar las discordancias en los resultados.

**Conclusiones.** Dentro de la gran variabilidad de la prevalencia de la anemia encontrada en los diversos estudios publicados, el 55% reportado en nuestra serie es uno de los más elevados. Además, en coincidencia con otros trabajos, observamos una clara asociación con el deterioro de la función renal, el tratamiento con ARA II y la mortalidad al año.

## IC-52

### DURACIÓN DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN PACIENTES CON UN PRIMER INGRESO POR INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA

J. Vila Santos<sup>1</sup>, E. Muro Fernández de Pinedo<sup>1</sup>, M. Fernández Ruiz<sup>1</sup>, J. Llenas García<sup>1</sup>, P. Magán Tapia<sup>2</sup>, M. Navarro Puerto<sup>3</sup>, J. Guerra Vales<sup>1</sup> y A. Gómez de la Cámara<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Epidemiología e Investigación. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla.

**Objetivos.** La insuficiencia cardiaca congestiva (ICC) se caracteriza por su frecuente necesidad de ingreso hospitalario y el elevado consumo de recursos sanitarios que conlleva. Pretendemos analizar la duración de la estancia hospitalaria en pacientes con un primer ingreso por ICC, así como los factores que la condicionan.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de 100 pacientes (51 varones; edad media  $74,2 \pm 11$  años) con un primer ingreso por ICC de reciente diagnóstico en el Hospital Universitario 12 de Octubre a lo largo del período 2004-2005. Analizamos sus características socio-demográficas y clínicas, así como la duración de la estancia hospitalaria. La comorbilidad fue evaluada según el índice de Charlson (IC) y el grado de disnea basal según la escala de la New York Heart Association (NYHA). El análisis estadístico se basó en los tests de Wilcoxon y de la "r" de Spearman, empleando la aplicación informática SAS.

**Resultados.** La duración media de la estancia hospitalaria fue de  $14,2 \pm 11$  días (mediana 11 días). 13 pacientes presentaban dependencia para las actividades básicas de la vida diaria, y 16 para las actividades instrumentales. La mediana de IC fue de 1 (rango 0-6) La estancia hospitalaria fue más prolongada en mujeres ( $14,6$  vs  $13,7$  días) y en caso de etiología isquémica de la ICC ( $15,6$  vs  $13,7$  días), si bien las diferencias no alcanzaron la significación estadística. Tampoco se observó correlación entre la duración de la estancia y la edad, el grado de disnea basal o el IC.

**Discusión.** Los pacientes analizados presentaron una estancia media prolongada, que caracteriza a los ingresos por ICC, especialmente en el primer episodio, en el que la necesidad de realizar pruebas diagnósticas que orienten hacia su etiología, y la instauración de un tratamiento específico se hace imprescindible. Es probable que dicha afirmación se haga más patente en el caso de ciertas etiologías, como la isquémica, cuya estancia media parece ser más prolongada en nuestra muestra, a pesar de que los resultados del análisis estadístico no sean significativos. Llama la atención que, siendo un grupo de edad avanzada, presentaba un bajo grado de comorbilidad en el momento del ingreso, teniendo en cuenta que la mayoría de los pacientes eran independientes para las actividades básicas de la vida diaria y tenían una baja puntuación en el IC. A pesar de ello, la estancia media fue, como ya hemos apuntado, prolongada probablemente debido tanto a la gravedad del cuadro clínico (no recogido en este estudio) como a la indicación de estudios ulteriores por el diagnóstico de primer episodio de ICC y otras patologías objetivadas durante el ingreso. Los motivos por los que variables como la edad y el grado de comorbilidad no hayan alcanzado la significación estadística con respecto a la estancia media son múltiples. Por un lado, cabe plantearse si los pacientes con una peor situación funcional, comorbilidad y edad avanzada son sometidos a un proceder diagnóstico-terapéutico igual o incluso menos exhaustivo que pacientes con menor grado de complejidad. Por otro lado, este estudio cuenta con las limitaciones propias de un estudio observacional, si bien es posible que las variables analizadas alcancen la significación estadística cuando se amplíe el tamaño muestral.

**Conclusiones.** Los pacientes que ingresan por primer episodio de ICC, son sometidos a un ingreso prolongado, si bien son necesarios más estudios (o un análisis estadístico ajustado a una muestra más amplia) que permitan identificar las variables que pueden influir en dicha estancia media.

## IC-53

### EFFECTO DE GÉNERO Y EDAD EN EL MANEJO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

M. Campoamor Serrano, J. Noval Menéndez, E. Avanzas González y J. Morís de la Tassa

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

**Objetivos.** Conocer los efectos de género y edad en el manejo diagnóstico y terapéutico de los pacientes ingresados en nuestra unidad con el diagnóstico de insuficiencia cardiaca (IC).

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de los pacientes dados de alta con el diagnóstico principal de IC de la Unidad de Corta Estancia Médica (UCEM) del servicio de Medicina Interna (MI) de nuestro hospital de Enero a Diciembre del año 2006 (231 de 1050 altas totales). Se excluyeron aquellos con IC asociado a síndrome coronario agudo.

**Resultados.** Ingresaron un total 196 enfermos, 113 mujeres (58%) y 83 hombres (42%). La edad media fue de 79 años, significativamente más elevada para las mujeres  $80,8 \pm 7,1$  que para los hombres  $76,7 \pm 7,2$  años ( $p < 0,0001$ ). Un porcentaje elevado de los pacientes (42%) tienen 3 ó más comorbilidades asociadas, no mostrando diferencias estadísticamente significativas entre los dos sexos. Al alta 135 pacientes (58,1%) disponían de un estudio ecocardiográfico. La realización de esta técnica fue disminuyendo de forma progresiva a medida que la edad de los pacientes aumentaba, con una significación estadística ( $p = 0,01$ ), sin embargo, observamos que esto no sucede cuando se analiza por sexos. Los betabloqueantes se prescribieron adecuadamente al 68% e inadecuadamente al 32%. Observamos que su prescripción disminuye de forma progresiva a medida que aumenta la edad de los pacientes con una significación estadística ( $p = 0,004$ ), sin que existan diferencias por sexo.

**Discusión.** Los pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna con el diagnóstico de IC corresponden a una población de edad avanzada. La ecocardiografía es la prueba diagnóstica individual más útil para su valoración. Existen estudios publicados en los que encuentran que existe una discriminación por la edad y por el sexo asociado a la edad, para el acceso de algunos pacientes a esta prueba. En nuestro estudio encontramos discriminación por edad, no así por sexo. Numerosos ensayos clínicos han demostrado que el uso de inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina ó antagonistas del receptor de la angiotensina, de los betabloqueantes y de los antialdosterónicos consiguen reducir la mortalidad en aproximadamente un 25-35%. Sin embargo, este hecho no se ha demostrado en pacientes procedentes de la práctica clínica cotidiana y una de las razones se ha visto que es la infrautilización de estos fármacos.

**Conclusiones.** 1. Debemos insistir en la necesidad de que exista una valoración objetiva de la función cardiaca mediante estudio ecocardiográfico en todos los pacientes ingresados con esta patología, independientemente de su edad. 2. Los patrones de manejo terapéutico de los betabloqueantes, en los pacientes con IC son aún muy mejorables, sobre todo en los pacientes de mayor edad.

## IC-54

**EVALUACIÓN DE LA REHABILITACIÓN CARDÍACA (RC) EN EL ENFERMO CON INSUFICIENCIA CARDÍACA (IC)**

**J. Martínez Senmartí<sup>1</sup>, M. Allalí<sup>1</sup>, M. Hoyos Valladares<sup>1</sup>, M. Soler Fontanet<sup>2</sup>, N. Sanz Arevalillo<sup>1</sup>, F. Sena Ferrer<sup>1</sup>, P. Ferrás Carceller<sup>1</sup> y M. Cardona Ribera<sup>1</sup>**

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

**Objetivos.** La RC es una actividad multidisciplinar que pretende cambiar los hábitos de vida relacionados con el ejercicio, la dieta y el estrés, y controlar los factores de riesgo con la finalidad de mejorar la calidad de vida. Analizar las características de los pacientes de la Unidad de Insuficiencia Cardíaca (UIC) de nuestro centro que participan en el programa de RC.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de los pacientes procedentes de la UIC (derivados de los servicios de Cardiología o Medicina Interna) que participan en el Programa de Rehabilitación Cardíaca (PRC) durante el primer año de funcionamiento. El PRC se compone de un médico rehabilitador, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional y auxiliar de fisioterapia. El PRC evalúa los factores de riesgo cardiovascular, realiza una valoración funcional con el test de marcha de 6m y escala de Börg determinando la intensidad y duración del entrenamiento y mide la fuerza muscular respiratoria programando los ejercicios de fisioterapia respiratoria correspondientes. Paralelamente se realizan sesiones educativas para promover cambios en el estilo de vida y adherencia al tratamiento; y un programa de terapia ocupacional de técnicas de ahorro energético (AE) para pacientes que presentan mayor fragilidad o pluripatología.

**Resultados.** Sólo el 36% de los pacientes con IC son remitidos a la UIC, y de ellos un 53% entraron en el PRC. Predominan los pacientes de más de 70 años y contrariamente a lo publicado predomina el sexo masculino. Son remitidos de los servicios de cardiología o medicina interna en similar porcentaje. Los pacientes procedentes de MI son los de más edad, mayor comorbilidad y factores de riesgo. Los pacientes de cardiología son más jóvenes y el origen de su cardiopatía es isquémica o hipertensiva. Un 50% ingresaron y un 33% acudieron al menos en una ocasión a urgencias en el año anterior.

**Discusión.** La RC disminuye la mortalidad y el número de eventos por problemas cardíacos, así como el número de ingresos y reingresos que ocasiona esta patología. A pesar de la alta prevalencia de la cardiopatía isquémica en nuestro territorio, se oferta RC a menos del 3% de la población susceptible. Una estrategia actual de prevención secundaria y la enfermedad cardiovascular debe incluir de manera imprescindible la RC.

**Conclusiones.** Existe una infrautilización del PRC. Los pacientes que dentro del PRC realizan además terapia ocupacional con técnicas de ahorro energético, tienen peor estado general, son pluripatológicos y proceden en su mayoría del servicio de MI. Predominan los pacientes de sexo masculino y mayores de 70 años.

## IC-55

**DIFERENCIAS ENTRE LOS PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA EN M. INTERNA Y EN CARDIOLOGÍA RESPECTO A LA REALIZACIÓN Y RESULTADOS DEL ECOCARDIOGRAMA Y ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE Y BETABLOQUEANTE**

**C. López Robles<sup>1</sup>, J. Martínez Ávila<sup>1</sup>, D. Vinuesa García<sup>1</sup>, M. Moreno Higuera<sup>1</sup>, P. Giner Escobar<sup>1</sup>, R. Gálvez López<sup>1</sup>, C. Fernández Roldán<sup>1</sup> y R. Montoya Juárez<sup>2</sup>**

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

<sup>2</sup>Departamento Enfermería EUCS. Universidad de Granada (Granada).

**Objetivos.** Comparar la proporción de pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) a los que se realiza ecocardiograma durante su ingreso o previo al mismo, entre los servicios de Medicina Interna (MI) y Cardiología de nuestro hospital. Comparar la proporción de pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) que presentan disfunción sistólica de los servicios de Medicina Interna (MI) y Cardiología (C) de nuestro hospital. Comparar la proporción de pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) con disfunción sistólica y fibrilación auricular crónica con indicación al alta de tratamiento con betabloqueantes y terapia anticoagulante (dicumarínicos o HBPM) respectivamente, entre los servicios de Medicina Interna (MI) y Cardiología (C) de nuestro hospital.

**Material y métodos.** Se revisaron 253 historias clínicas de pacientes ingresados en nuestro hospital entre septiembre de 2007 y septiembre de 2008, con diagnóstico principal de insuficiencia cardíaca, a cargo de los servicios de Medicina Interna y Cardiología. Se recogieron los datos demográficos, antecedentes patológicos, datos ecocardiográficos, eléctricos y fármacos al ingreso y al alta. Se analizaron los datos mediante el paquete estadístico SPSS 15.0

**Resultados.** A un 96% de los pacientes con IC ingresados en Cardiología se les realizó durante el ingreso o previamente al mismo un ecocardiograma transtorácico. Este porcentaje en el servicio de MI desciende a un 70,5% de los pacientes ingresados por IC. Estas diferencias son estadísticamente significativas en un test Chi-cuadrado ( $p < 0.001$ ). De los pacientes con IC ingresados en MI un 31,7% tenían disfunción sistólica. Este porcentaje

es sensiblemente superior en Cardiología (58,3%), siendo esta diferencia significativa para Chi-cuadrado ( $p < 0,001$ ). Aunque existen diferencias con respecto a la disfunción diastólica entre los enfermos de IC de MI (42%) y de Cardiología (29,4%), estas no son significativas. La proporción de pacientes con tratamiento betabloqueante al alta y fracción de eyección del ventrículo izquierdo deprimida es superior en Cardiología (92,6%) que en M. Interna (51,7%). Estas diferencias son estadísticamente significativas para una prueba Chi-cuadrado ( $p < 0.001$ ). La indicación de anticoagulación en pacientes con fibrilación auricular es superior en Cardiología (80,9%) con respecto a M. Interna (68,7%). Estas diferencias no son estadísticamente significativas ( $p = 0.146$ ).

**Discusión.** El porcentaje de pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca a los que se realiza estudio ecocardiográfico en MI en nuestro hospital es mayor que el de otros estudios publicados, sin embargo sigue siendo superior en Cardiología. Nuestros resultados se correlacionan en el mismo sentido con lo publicado en la literatura consultada con respecto a la disfunción sistólica, siendo mayor el porcentaje de pacientes con disfunción sistólica entre los pacientes de Cardiología. Respecto al tratamiento con betabloqueantes en los pacientes con disfunción sistólica la proporción es mayor en nuestro estudio que en la bibliografía consultada, así como el tratamiento anticoagulante al alta en los pacientes con fibrilación auricular crónica.

**Conclusiones.** Existe mayor adecuación en la aproximación diagnóstica (ecocardiograma) y terapéutica (bloqueo beta y anticoagulación) en el paciente con insuficiencia cardíaca en el servicio de M. Interna de nuestro hospital, con respecto a lo previamente publicado. Sin embargo, sigue siendo mayor en el servicio de Cardiología.

## IC-56

**ANÁLISIS DE LAS DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO SEGÚN EL TIPO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA**

**S. Raposo García<sup>1</sup>, A. García del Egido<sup>2</sup>, M. López Veloso<sup>1</sup>, N. Carracedo Falagán<sup>1</sup>, J. Guerra Laso<sup>1</sup>, A. Moran Blanco<sup>1</sup>, A. Martínez González<sup>1</sup> y A. Muela Molinero<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Cardiología, <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de León. León.

**Objetivos.** La insuficiencia cardíaca (IC) es un síndrome clínico caracterizado por síntomas, como la disnea, signos de retención de líquidos y por la evidencia objetiva de alteración cardíaca. Una manera de describirla es en IC sistólica (IC-S) vs con fracción de eyección (FE) conservada (IC-FEC). Su prevalencia aumenta con la edad, llegando hasta un 10-20% en los pacientes de 70-80 años. Las causas de deterioro funcional más comunes son la cardiopatía isquémica (CI) y la hipertensión arterial (HTA).

**Material y métodos.** Se diseñó un estudio transversal, durante los meses de Febrero y Marzo de 2008, recogiendo todos los pacientes dados de alta con el diagnóstico de IC en los Servicios de Medicina Interna (MI) y Cardiología (Car) del Complejo Asistencial de León. Se valoró la distribución de los factores de riesgo (FR) en los grupos de IC-S vs IC-FEC (definidos como FE menor y mayor o igual del 45% respectivamente), la estancia media hospitalaria y los reingresos durante el primer año.

**Resultados.** Se analizaron un total de 160 pacientes (18,5% de las altas del período), 64,4% con IC-FEC. La edad media fue de 79,8 años (DE = 7,9) (77,5 en IC-S vs 79,9 años en IC-FEC), ligeramente superior en las mujeres (80,7 frente a 79 años;  $p = 0,17$ ). El 51,3% del total (82) eran mujeres, predominando significativamente en el grupo de IC-FEC (35% en IC-S vs 56,3% en IC-FEC;  $p = 0,036$ ). La distribución de los FR: 70% (112) tenían HTA (65% en IC-S y 73,8% en IC-FEC). La prevalencia de cardiopatía hipertensiva (C-HTA) fue del 20,6% (33) (12,5% en IC-S y 25,2% en IC-FEC;  $p = 0,152$ ) y de CI crónica el 28,1% (45), predominando en IC-S (62,5% vs 16,5%;  $p < 0,001$ ); de ellos, 36 con diagnóstico de infarto (60% en IC-S y 11,7% en IC-FEC;  $p < 0,001$ ) y 13 con ángor (12,5% en IC-S y 7,8% en IC-FEC;  $p = 0,517$ ). El 25% (40) eran diabéticos (25% en IC-S y 25,2% en IC-FEC). Dislipemia en el 25,6% (41) (27,5% en IC-S y 25,2% en IC-FEC). Valvulopatías 45,6% (73) (60% en IC-S y 46,6% en IC-FEC;  $p = 0,211$ ); las más frecuentes insuficiencia mitral e insuficiencia tricuspídea. Miocardiopatías el 9,4% (15) (30% en IC-S y 2,9% en IC-FEC;  $p < 0,001$ ); dilatada en un 93,3% (14) vs 6,6% hipertrofica. Fibrilación auricular (FA) en un 46,9% (67) (37,5% en IC-S y 50,5% en IC-FEC;  $p = 0,226$ ). Patología respiratoria crónica en el 29,4% (47) (25% en IC-S y 31,1% en IC-FEC); EPOC la más prevalente ( $n = 34$ , 72,34%). Insuficiencia renal el 18,1% (29) (25% en IC-S y 14,6%;  $p = 0,219$ ). La estancia media fue de 9,7 días (8,8 en IC-S vs 9,9 en IC-FEC;  $p = 0,330$ ). Reingresaron el 36,9% (59) (el 45% en IC-S y el 36,9% en IC-FEC;  $p = 0,484$ ); por Servicios, el 33,3% de Car y el 37,9% de MI ( $p = 0,761$ ) (el 16,7% de Car y el 51,1% MI reingresaron más de una vez en el primer año ( $p = 0,069$ ). La mortalidad intrahospitalaria fue del 16% (37).

**Discusión.** La mayor parte de los casos de IC son originados por CI y por HTA. En nuestra serie, tenían HTA el 70% y CI el 28,1% (significativamente más frecuente en la IC-S ( $p < 0,001$ )). Hubo tendencia a mayor aparición de C-HTA en el subgrupo de IC-FEC ( $p = 0,152$ ). En el resto de FR no hubo

diferencias significativas en los dos grupos de IC, destacando un elevado porcentaje de pacientes en FA (46,9%). Según las últimas Guías en IC, la prevalencia aumenta con la edad, hasta un 10-20% en los pacientes de 70 a 80 años, siendo el número de varones y mujeres similar, con un ligero predominio de las mujeres cuando la edad sobrepasa los 75 años. En nuestra serie, la edad media fue superior a 75 años, con ligero predominio de las mujeres (51,3%). La estancia media según las Guías es de 10,9 días (9,7 días en nuestro estudio) y una tasa de reingreso del 40% en el primer año (en nuestro caso el 36,9%).

**Conclusiones.** Los FR más prevalentes en la IC son la cardiopatía isquémica (en IC-S) y la HTA (en IC-FEC), estando el resto de FR igualmente distribuidos en ambos grupos. En global, la IC-FEC es más prevalente (64,4% en nuestro medio) y más frecuente entre las mujeres ( $p = 0,036$ ). No se objetivaron diferencias en la estancia media ni en el número de reingresos entre ambos tipos de IC ni comparando por Servicios.

#### IC-57

### EVOLUCIÓN DE LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN EN PACIENTES ANCIANOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA Y FRACCIÓN DE EYECCIÓN CONSERVADA

**N. Sánchez Gómez, M. Yebra Yebra, J. Santiago López, I. Saiz Criado, J. Fresneda Moreno, C. Fernández Fernández, M. Moralejo Martín y L. Manzano Espinosa**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.*

**Objetivos.** Valorar la evolución de la fracción de eyección (FE) en una cohorte de pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) y FE normal (FE mayor de 50%) seguidos con ecocardiografías seriadas

**Material y métodos.** Se incluyeron todos los pacientes con el diagnóstico de IC y FE mayor del 50%, consecutivamente referidos a la Unidad de Insuficiencia Cardíaca y Riesgo Vascular del Servicio de Medicina Interna del Hospital Ramón y Cajal, de los que se disponían ecocardiogramas seriados. Para el diagnóstico de IC se requirió la presencia de signos y síntomas compatibles con IC, y el hallazgo de un BNP > 100 pg/ml o de un aumento del tamaño de la aurícula izquierda. Se excluyeron aquellos pacientes con enfermedad valvular severa o enfermedad pericárdica relevante. Para la evaluación de la evolución de la FE se empleó el test de Wilcoxon

**Resultados.** Fueron incluidos 94 pacientes. Su edad media fue 79,4 (DE 6); el 79% fueron mujeres. Mas del 96% presentaban hipertensión arterial, el 45% eran diabéticos, y el 27,7% padecían cardiopatía isquémica probable o confirmada. Se detectó hipertrofia ventricular izquierda en el 54% y el 43,6% tenía antecedentes de fibrilación auricular. La mayoría se encontraba en CF II-III (76,6%). El tiempo de seguimiento ecocardiográfico medio fue de 22 meses. La FE media inicial fue de 65 (DE de 8,2) y la final de 67,8 (DE 9) respectivamente ( $p = 0,241$ ). Sólo Hubo 4 pacientes (4,2%) cuya FE final descendió por debajo del 50% durante la evolución, todos ellos con alta sospecha de cardiopatía isquémica.

**Discusión.** Alrededor del 50% de los pacientes con IC tienen una FE normal. Se ha sugerido que la IC con FE conservada supone un estadio temprano de la IC con disfunción sistólica. Sin embargo no hay datos consistentes en relación a la historia natural de este síndrome clínico. En nuestra cohorte no hay cambios significativos en la FE en la evolución de los pacientes y solo en 4 pacientes (4,2%), con alta sospecha de cardiopatía isquémica, su FE descendió por debajo del 50%. Estos resultados sugieren que ambos tipos de IC (con FE conservada y disminuida) constituyen modelos fisiopatológicamente diferentes. Es necesario avanzar en el conocimiento de la patogenia de la IC con FE conservada para la obtención de dianas terapéuticas específicas para este modelo de IC.

**Conclusiones.** En la mayoría de los pacientes ancianos con IC y FE conservada no se producen cambios a lo largo de la evolución en su función sistólica.

#### IC-58

### ESTUDIO ALEATORIZADO COMPARATIVO DE LA EFECTIVIDAD CLÍNICA Y COSTE ECONÓMICO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA INGRESADOS DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO O CARDIOLOGÍA

**M. Martín Gudino<sup>1</sup>, J. Regalado de los Cobos<sup>2</sup>, F. Aros Borau<sup>3</sup>, F. Aizpuru Barandiaran<sup>4</sup>, A. García Soletó<sup>2</sup>, H. Mendoza Ruiz de Zuazu<sup>5</sup> y P. Lopetegui Eraso<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Urgencias Hospitalarias, <sup>2</sup>Hospitalización a Domicilio, <sup>3</sup>Servicio de Cardiología, <sup>4</sup>Unidad de Investigación. Hospital Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz (Álava).

<sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila.

**Objetivos.** Comparar la efectividad de la Hospitalización a Domicilio con la Hospitalización en Cardiología analizando la mortalidad, tasa de reingresos

y eventos cardiovasculares, el gasto sanitario en cada una de las modalidades de hospitalización durante el episodio inicial y durante el año de seguimiento.

**Material y métodos.** Los pacientes mayores de 65 años con IC en grado funcional II o III e NYHA que acuden al Servicio de Urgencias en situación de descompensación, ingresan en H a D o Cardiología tras consentimiento informado y aleatorización oculta. Son excluidos de participar si han ingresado en los últimos dos meses por IC descompensada o por síndrome coronario agudo, presentan datos de mal pronóstico (inestabilidad hemodinámica, arritmias graves, creatinina basal mayor de 2,5 mg /dl), no respuesta al tratamiento estándar en Urgencias, cáncer activo, demencia u otra situación con pronóstico inferior de seis meses. Se realiza seguimiento durante un año midiendo variables de efectividad clínica y costes.

**Resultados.** Entre Mayo-06 y Marzo-07 fueron incluidos en el estudio 80 pacientes, de los cuales 9 lo abandonaron. Cinco pacientes fallecieron durante el año de seguimiento: 3 de HC y 2 de HaD; ( $p = 0,6$ ). La incidencia del evento combinado (muerte, reingreso por insuficiencia cardíaca u otro evento cardiovascular) fue similar en ambos grupos. Diecisiete pacientes de Cardiología (50%) generaron 31 nuevos ingresos. Del grupo HaD reingresaron 15 pacientes (40%) con 32 ingresos. Es decir, reingresaron un total de 32 pacientes (45%), 1,9 reingreso por paciente. El coste medio del ingreso por el episodio de ingreso inicial fue menor en HaD ( $2541 \pm 1334€$  frente  $4502 \pm 2153€$ ;  $p < 0,001$ ) que en Cardiología. La estancia media fue menor en Cardiología. En HaD también se consumió menos en exploraciones complementarias y fungible. Durante el año de seguimiento no se observaron diferencias en el coste global por paciente, ni en las estancias por reingreso, ni en consultas a Atención Primaria o al servicio de Urgencias.

**Conclusiones.** El ingreso en HaD en este tipo de pacientes es igual de efectiva con una disminución importante del gasto económico.

#### IC-59

### DATOS ECOCARDIOGRÁFICOS EN LA POBLACIÓN DEL PALLARS JUSSA Y SUBIRÁ

**E. Sanjurjo Golpe<sup>1</sup>, A. Casasús<sup>2</sup>, E. Salvador Milian<sup>1</sup>, D. Alonso Pérez<sup>1</sup>, J. Álvarez Albó<sup>1</sup> y L. El Messaoudi<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Cardiología, <sup>3</sup>Urgencias. Hospital Comarcal del Pallars. Tremp (Lleida).

**Objetivos.** La ecocardiografía es una técnica necesaria para la evaluación y estudio de la causa de muchos signos y síntomas como disnea, dolor torácico, palpitaciones, soplo cardíaco, sospecha de hipertrofia ventricular izquierda en paciente con hipertensión arterial o estudio de la posible cardioversión en pacientes con fibrilación auricular. Si bien es una técnica de larga tradición, no está al alcance de todos los centros hospitalarios debido a la necesidad de un aparataje especial y de un médico con entrenamiento específico. Tras la implementación en nuestro centro, queremos analizar los resultados obtenidos en las ecocardiografías realizadas durante el último año.

**Material y métodos.** Se han analizado todas las ecocardiografías realizadas en nuestro hospital desde su implementación (abril 2008 –abril 2009). Se han registrado los datos de filiación (edad y sexo) y se han recogido los resultados obtenidos clasificándolos según su origen valvular, la fracción de eyección, la presencia de disfunción diastólica o déficit de relajación (inversión onda E/A), existencia de hipertrofia ventricular izquierda, dilatación auricular, hipertensión pulmonar y/o derrame pleural.

**Resultados.** Se han realizado un total de 168 ecocardiografías a pacientes con una edad media a 78 años, siendo un 35% mujeres. Los motivos de solicitud más frecuentes fueron estudio de insuficiencia cardíaca, soplo, sospecha de hipertrofia ventricular izquierda y estudio de fibrilación auricular. En el 71% de los pacientes la fracción de eyección (FE) fue superior al 50% y en un 60% se apreciaron datos de disfunción diastólica por alteración de la relajación. Un 42% presentaban hipertrofia ventricular izquierda leve, un 29% moderada y un 3% ligera. La aurícula izquierda presentaba un diámetro superior a 40 mm en el 58% de los casos y existía una hipertensión pulmonar ligera en el 10%. En cuanto a las alteraciones valvulares, un 25% presentaban insuficiencia aórtica ligera, un 13% moderada y un 16% severa; un 10% tenían estenosis aórtica ligera y un 6% moderada; un 54% insuficiencia mitral ligera, un 10% insuficiencia mitral moderada y un 3% severa. Un 6% de todas las ecocardiografías fueron normales.

**Discusión.** Los resultados del análisis nos reflejan que la mayor parte de los enfermos estudiados tienen cambios que consisten en hipertrofia ventricular izquierda, dilatación de la aurícula izquierda, fracción de eyección conservada y disfunción diastólica por alteración de la relajación. Todas estas alteraciones son compatibles con la existencia de una cardiopatía fundamentalmente hipertensiva que puede causar o causar insuficiencia cardíaca con fracción de eyección normal. Destacan además las alteraciones valvulares, en general leves o moderadas y un bajo porcentaje de pacientes con disfunción sistólica severa, probablemente por un sesgo en la selección de

pacientes ya que su control se realiza en centros hospitalarios de mayor complejidad.

**Conclusiones.** La ecocardiografía es una técnica necesaria y útil para conocer las características de nuestros pacientes. Su mayor accesibilidad permite un mejor estudio de las afecciones cardiovasculares asociadas a la edad y a factores de riesgo tan frecuentes como la hipertensión arterial.

#### IC-60

##### EXCLUSIÓN DE LOS PACIENTES CON EDAD AVANZADA DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS EN INSUFICIENCIA CARDÍACA

**A. Cherubini<sup>1</sup>, J. Oristrell<sup>2</sup>, X. Pla<sup>2</sup>, C. Rugiero<sup>1</sup>, G. Diestre<sup>2</sup>, R. Ferretti<sup>1</sup> on behalf of the PREDICT study Group (9 european countries)**

<sup>1</sup>Associate Professor of Gerontology and Geriatrics. Universidad de Perugia.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell. (Barcelona).

**Objetivos.** La insuficiencia cardíaca (IC) es una enfermedad prevalente en el anciano. No obstante, diversos estudios han señalado la existencia de una infrarrepresentación de las personas mayores en los ensayos clínicos en IC. El objetivo de este estudio fue analizar la posible exclusión de los mayores en los ensayos clínicos en IC actualmente en curso.

**Material y métodos.** Se analizaron los ensayos clínicos en marcha a través del registro internacional de ensayos de la OMS (WHO-ICTRP). El WHO-ICTRP ofrece información procedente de diversas bases de datos de ensayos clínicos de Estados Unidos ([www.clinicaltrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov)), así como de diversas bases de datos europeas (<http://isrctn.org/>) ([www.trialregister.nl/](http://www.trialregister.nl/)) y de las bases de datos australiana ([www.anzctr.org.au](http://www.anzctr.org.au)) y china (<http://www.chictr.org>). Se analizaron variables relativas al diseño y a los criterios de inclusión y exclusión en los ensayos. Se efectuaron análisis descriptivos y modelos de regresión logística para detectar asociaciones entre las características de los ensayos y la exclusión de los mayores.

**Resultados.** A fecha de 1 de diciembre de 2008, se detectaron 259 ensayos clínicos en marcha, sobre IC, registrados en la base de datos de la OMS. La limitación a incluir sujetos por motivos explícitos de edad se observó en un 26% de los ensayos clínicos. No obstante, numerosos ensayos presentaban criterios de exclusión que indirectamente podían interferir en la inclusión de sujetos de edad avanzada: exclusión por diferentes comorbilidades (75% de los ensayos), por reducida expectativa de vida (36% de los ensayos), por déficits cognitivos (27% de los ensayos), por el uso concomitante de fármacos (21% de los ensayos) o por incapacidad física (15% de los ensayos). Se observó un mayor porcentaje de exclusión por límites explícitos de edad en los ensayos con fármacos y en los ensayos con intervenciones de tipo educativo/modificación del estilo de vida. La exclusión por límites explícitos de edad también fue más común en ensayos unicéntricos que se desarrollaban en instituciones públicas, siendo más común en los ensayos efectuados en la Unión Europea que en Estados Unidos.

**Conclusiones.** 1. La exclusión de las personas mayores continúa siendo una causa común de exclusión en un número significativo de ensayos clínicos actualmente en marcha en IC. 2. Los ensayos farmacológicos que se desarrollan en instituciones públicas, especialmente en la Unión Europea, podrían ser una diana para futuras intervenciones que pretendan reducir la infrarrepresentación de los mayores en los ensayos clínicos en IC.

#### IC-61

##### TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE ANEMIA CARDIORENAL EN PACIENTES ANCIANOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA: IMPLICACIONES PRONÓSTICAS

**M. Méndez Bailón<sup>1</sup>, N. Muñoz Rivas<sup>1</sup>, J. Ortiz Alonso<sup>2</sup>, J. Fraile González<sup>3</sup>, S. Nieto Colino<sup>3</sup>, P. Renieblas<sup>3</sup>, L. Audibert Mena<sup>3</sup> y J. Solís Villa<sup>1</sup>**

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

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

**Objetivos.** 1. Evaluar el efecto en la supervivencia de la corrección de la anemia (AN) en pacientes ancianos con insuficiencia cardíaca (IC). 2. Evaluar el grado de corrección de la anemia en pacientes ancianos con IC antes y después de iniciar tratamiento con hierro endovenoso y/o eritropoyetina subcutánea.

**Material y métodos.** Se incluyeron en el estudio 125 pacientes ancianos con IC confirmada de acuerdo con los criterios de la sociedad Europea de Cardiología 2005. La anemia fue definida a partir de los criterios de la OMS. Se incluyeron en el estudio pacientes con disfunción renal definida con un filtrado glomerular por MDRD < 60 ml/min y/o ferropenia definida por ferritina < 100 ng/ml o IST < 20%. El resto de pacientes con otras etiologías de síndrome anémico fueron excluidos de la intervención. Todos los pacientes recibieron tratamiento estándar para IC crónica de acuerdo a las recomenda-

ciones de las guías clínicas de IC (ESC 2005). Los pacientes con ferropenia (ferritina < 100 ng y/o IST 20%) recibieron hierro endovenoso u oral para la corrección del déficit. Los enfermos con IC que mantuvieron FG < 60 ml/min y persistieron con anemia en clase funcional III/IV recibieron eritropoyetina sbc (4000 -15000 UI/semanal) según peso, grado de disfunción renal y anemia. Los pacientes fueron seguidos prospectivamente durante 24 meses. Se estratificó la muestra en dos grupos: pacientes con anemia respondedores (AR) si las cifras de hemoglobina mejoraban durante el seguimiento y pacientes no respondedores (ANR) aquellos que no mejoraron sus cifras de hemoglobina. La variable desenlace fue la supervivencia de los enfermos tras la intervención. Se realizó un análisis de supervivencia mediante curvas de Kaplan-Meier, se empleó log-rank y regresión de Cox para valorar la corrección de la anemia como factor pronóstico independiente.

**Resultados.** De los 125 pacientes incluidos, 89 fueron respondedores y 36 no mejoraron sus cifras de hemoglobina tras la intervención. La edad media fue de 79 años. No existieron diferencias estadísticamente significativas entre las características clínicas basales entre los pacientes con IC y anemia respondedores y no respondedores (fracción de eyección de VI, NYHA, función renal e Índice de Charlson). En una media de 9,5 meses de seguimiento los niveles de hemoglobina aumentaron a  $12,5 \pm 1,3$  g/dl en los respondedores y disminuyó a  $10,6 \pm 1,5$  gr/dl en los no respondedores. El 14% de los respondedores falleció durante el seguimiento y en el grupo de no respondedores la mortalidad fue del 33% (log rank  $p = 0,018$ ).

**Conclusiones.** La corrección de la anemia en pacientes ancianos con IC se acompaña de una mejoría en la supervivencia. Los pacientes con IC y anemia que no responden al tratamiento de IC, infusiones de hierro iv y/o eritropoyetina presentan mayor mortalidad. Es necesario protocolizar y evaluar por medio de ensayos clínicos el tratamiento de la anemia en los pacientes con IC.

#### IC-62

##### PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN INSUFICIENCIA CARDÍACA SISTÓLICA VS CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN CONSERVADA

**S. Raposo García<sup>1</sup>, A. García del Egado<sup>2</sup>, N. Carcedo Falagán<sup>1</sup>, M. López Veloso<sup>1</sup>, J. Guerra Laso<sup>1</sup>, A. Morán Blanco<sup>1</sup>, A. Martínez González<sup>1</sup> y B. Blanco Iglesias<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Complejo Asistencial de León. León.

**Objetivos.** La Insuficiencia cardíaca (IC) es un síndrome muy común. Los síntomas y signos son la clave para la detección precoz de la enfermedad. Se deben realizar pruebas adicionales para establecer la causa subyacente.

**Material y métodos.** Se diseñó un estudio transversal, durante los meses de Febrero y Marzo de 2008, recogiendo todos los pacientes dados de alta con el diagnóstico de IC en los Servicios de Medicina Interna (MI) y Cardiología del Complejo Asistencial de León. Se valoraron episodios previos de IC, nivel de proBNP y los hallazgos en ECG, Rx T y ECO, diferenciando IC-S de IC-FEC (entre paréntesis valores de IC-S vs IC-FEC, en este orden).

**Resultados.** Se analizaron 160 pacientes (18,5% del total) el 64,4% con IC-FEC. La edad media fue de 79,8 años (DE = 7,9) (77,5 en IC-S vs 79,9 años en IC-FEC), siendo ligeramente superior en las mujeres (80,7 frente a 79 años en varones;  $p = 0,17$ ). El 51,3% del total (82) eran mujeres, predominando significativamente en el grupo de IC-FEC (35% vs 56,3%;  $p = 0,036$ ). El 49,7% (71) había ingresado previamente por IC (52,5% vs 48,5%;  $p = 0,812$ ). El 23,1% (33) tenían un único episodio documentado frente al 26,6% (38), que presentaban más de uno (sin diferencias entre IC-S e IC-FEC). En el ECG, realizado en el 99,4% de los casos, se objetivó: Ritmo Sinusal (RS) en el 35,9% (51) (45% vs 32,4%;  $p = 0,223$ ), Fibrilación Auricular (FA) en el 49,3% (70) (37,5% vs 53,9%;  $p = 0,115$ ), ritmo de marcapasos en el 11,3% (16) (15% vs 9,8%;  $p = 0,387$ ), flutter auricular en el 3,5% (5) (2,5% vs 3,9%;  $p = 1$ ). La frecuencia cardíaca media fue de 90,5 latidos por minuto (DE = 25,4) (93,4 vs 87,3 lpm;  $p = 0,212$ ). El 12,4% (15) presentaron bloqueo de rama derecha (12,1% vs 12,5%;  $p = 1$ ). Se encontró diferencia significativa en la distribución del bloqueo de rama izquierda (BRIHH), 19% (23) (42,4% vs 10,2%;  $p < 0,001$ ). La prevalencia de Hemibloqueo de rama izquierda (HBRI) fue del 9,1% (11) (15,2% vs 6,8%;  $p = 0,169$ ). Hipertrofia ventricular izquierda (HVI) se observó en el 14% (17) (12,1% vs 14,8%;  $p = 1$ ). Al 100% se les realizó Rx T: cardiomegalia en el 92,3% (132) (95% vs 91,3%;  $p = 0,728$ ), redistribución en el 67,1% (96) (70% vs 66%;  $p = 0,798$ ), derrame pleural en el 23,1% (33) (22,5% vs 23,3%;  $p = 1$ ). El proBNP medio fue de 10.042,4 (DE = 10.414,8), con tendencia a ser mayor en el grupo de IC-S (13.801,8 vs 8.990,9;  $p = 0,102$ ). Se realizó ECO al 89,4% de los pacientes: el 64,3% (92) dilatación de aurícula izquierda (59,5% vs 66,3%;  $p = 0,560$ ); el 27,3% (39) dilatación de ventrículo izquierdo (VI) (69% vs 9,9%;  $p < 0,001$ ). Insuficiencia mitral (IM) el 65% (93) (83,3% vs 57,4%;  $p = 0,006$ ). Estenosis mitral el 7% (10) (4,8% vs 7,9%;  $p = 0,724$ ). Insuficiencia tricuspídea el 47,6% (68) (42,9% vs 49,5%;  $p = 0,588$ ). HVI el 45,5% (28,6% vs 52,5%;  $p = 0,015$ ). Hipertensión pulmonar el 61,5% (54,8% vs 64,4%;  $p =$

0,376). Derrame pericárdico el 7% (10) (4,8% vs 7,9%;  $p = 0,724$ ) Estenosis aórtica el 21,7% (31) (23,8% vs 20,8%;  $p = 0,860$ ). Insuficiencia aórtica el 40,6% (58) (45,2% vs 38,6%;  $p = 0,584$ ). Prótesis valvulares el 8,4% (12) (7,1 vs 9,9%;  $p = 1$ ). La FE media fue del 67,1% (DE = 7,9) en IC-FEC y del 28,4 (DE = 7,5) en IC-S ( $p < 0,001$ ).

**Discusión.** Casi todos los pacientes tenían ECG y Rx T. En nuestra serie un 36% estaba en RS y casi la mitad en FA (49,3%). Un 20% tenía BRIHH, significativamente más en IC-S. HBRI, alteraciones de la repolarización e HVI aparecen sin diferencias en los grupos de IC. En Rx T prevalece la cardiomegalia. El proBNP realizado en el 35% tuvo un valor elevado ( $> 10000$ ) con tendencia a ser mayor en el grupo de IC-S. En el ECO, aparecen como alteraciones estadísticamente significativas en IC-S la dilatación de VI, la IM y la HVI.

**Conclusiones.** La IC-S se asocia a mayor proporción de BRIHH, dilatación de VI, IM y una tendencia a cifras mayores en el proBNP, respecto a la IC-FEC. La IC-FEC tiene mayor prevalencia de HVI (medida por ECO, no por ECG). El resto de parámetros en ECO, Rx T y los ritmos de base del ECG no mostraron diferencias entre ambos grupos de IC.

### IC-63 TOLERANCIA A LA METFORMINA EN PACIENTES ANCIANOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

I. Said Criado, M. Yebra Yebra, N. Sánchez Gómez, J. Santiago Ruiz, J. Fresneda Moreno, C. Fernández Fernández, M. Moralejo Martín y L. Manzano Espinosa

Servicio de Medicina Interna. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

**Objetivos.** Valorar la tolerancia de la metformina en pacientes ancianos diabéticos con insuficiencia cardiaca (IC)

**Material y métodos.** Se estudiaron todos los pacientes diabéticos referidos consecutivamente a la Unidad de Insuficiencia Cardiaca y Riesgo Vascular del Servicio de Medicina Interna del Hospital Ramon y Cajal. Fueron incluidos todos los pacientes tratados con metformina y con un seguimiento mínimo de 6 meses en la unidad. Se predefinieron 2 grupos según fueran o no diagnosticados de IC, sobre la base de un protocolo diagnóstico estandarizado incluyendo valoración clínica, ecocardiograma y BNP. Se analizó y comparó el porcentaje de suspensión del tratamiento y las causas de ello. Para las comparaciones se utilizó el test de la Chi cuadrado y de Mann Whitney.

**Resultados.** Fueron incluidos 106 pacientes. Su edad media fue de 77,7 años (DE 7), siendo el 67,9% fueron mujeres. Su IMC medio fue de 33,28 (DE 6) y su HbA1c media de 7,6 (DE5,7). 78 pacientes (73,6%) presentaron IC. Cuando se compararon las características basales entre ambos grupos, solo se encontraron diferencias significativas en la presencia de FA (65,3% vs 25,9%  $p = 0,000$ ) y las cifras BNP (369,2 vs. 120,8  $p = 0,013$ ). Suspendieron el tratamiento 18 pacientes con IC (23,1%) vs. 2 (7,1 %) pacientes sin IC ( $p = 0,047$ ). Las causas de suspensión en el grupo de pacientes con IC fueron: 9 casos por deterioro de función renal, 5 por disminución de la glucemia, 1 por mala adherencia y 2 por causa desconocida. No se detectó ningún evento de acidosis láctica.

**Discusión.** El uso de metformina en pacientes diabéticos con IC es controvertido. Según las últimas guías europeas de IC se aconseja como antidiabético oral de primera elección. Sin embargo no existen datos en cuanto a su tolerancia en pacientes ancianos con IC. Aunque la tolerancia de los pacientes con IC de nuestra cohorte fue moderadamente inferior a la de aquellos que no presentaban IC, su tolerancia global fue aceptable y no se objetivó ningún evento adverso grave.

**Conclusiones.** El tratamiento con metformina en pacientes ancianos diabéticos con IC es aceptablemente tolerado.

### IC-64 ANEMIA EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA

G. Morales Gómez<sup>1</sup>, J. Silva<sup>1</sup>, V. Fernández Auzmendi<sup>1</sup>, G. Guerrero Barreiro<sup>1</sup>, O. González Casas<sup>1</sup>, A. Calvo Cano<sup>1</sup>, M. Magro Ledesma<sup>1</sup> y L. Nevado López-Alegría<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina. Badajoz.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Perpetuo Socorro. Badajoz.

**Objetivos.** Estudio de anemia en nuestros pacientes ingresados con el diagnóstico de insuficiencia cardiaca descompensada.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de 130 pacientes ingresados en nuestro Servicio de Medicina Interna, en el período comprendido entre 2003-2009 con el diagnóstico de insuficiencia cardiaca descompensada en relación con anemia. Revisamos los informes de alta de nuestra base de datos informatizada utilizando el programa estadístico SPSS 13.0. Evaluamos las características clínicas y la idoneidad del tratamiento.

**Resultados.** Estudiamos un total de 130 enfermos, de los cuales, un 57% eran mujeres. La edad media de la población estudiada era de 78 años ( ±

7,46). Entre los factores de riesgo cardiovascular, destacaba la incidencia de HTA (88%), seguida de la DM (48%), la cardiopatía isquémica (41%) y la FA (39%). Menos frecuentes, eran la cardiopatía hipertensiva (19%), la cardiopatía valvular (14%) y la miocardiopatía dilatada (7%). De los pacientes estudiados, sólo un 8% presentaba disfunción VI severa. La Hb media de nuestros pacientes al ingreso era de 9,2 (± 1,6), siendo la causa principal, la anemia de trastornos crónicos (41%), seguida de la ferropénica (28%). Cabe destacar, que en una cuarta parte de nuestros pacientes, no logramos filiar el origen de la anemia. En cuanto al tratamiento habitual, casi el 50% de los enfermos se encontraba antiagregado al ingreso, llamando a la atención, el escaso número de pacientes que tomaba IECAs (37%) y el gran número de pacientes que tomaba diuréticos (78%), requiriendo a pesar de eso ingreso hospitalario.

**Discusión.** Es importante destacar la elevada prevalencia de HTA en estos enfermos y la edad avanzada de los mismos. También queremos señalar la gran cantidad de pacientes que tomaba diuréticos al ingreso, en contraposición del escaso número que tomaba IECAs.

**Conclusiones.** La anemia es una causa de descompensación importante de insuficiencia cardiaca, pudiendo concluir, que la anemia de trastornos crónicos en la más habitual en nuestros pacientes. Dichos hallazgos son compatibles con lo revisado en la literatura.

### IC-65 ¿HAY DIFERENCIAS EN EL MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA?

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

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Complejo Asistencial de León. León.

**Objetivos.** El objetivo del tratamiento de la Insuficiencia cardiaca (IC) es la reducción de la morbimortalidad. Hay que individualizar las recomendaciones de las guías terapéuticas en función de las características de cada paciente.

**Material y métodos.** Se diseñó un estudio transversal durante los meses de Febrero y Marzo de 2008 recogiendo todos los pacientes dados de alta con el diagnóstico de IC en los Servicios de Medicina Interna (MI) y Cardiología (Car) del Complejo Asistencial de León. Se valoró tratamiento al alta, seguimiento en consultas externas (CE) y tasa de reingresos al año, comparando los grupos de IC sistólica (IC-S) (fracción de eyección  $< 45\%$ ) vs IC con fracción de eyección (FE) conservada (IC-FEC) (FE  $> 45\%$ ), y entre ambos servicios hospitalarios (entre paréntesis valores de IC-S vs IC-FEC, en ese orden).

**Resultados.** El 18,48% de las altas (160 pacientes), 22,5% Car vs 77,5% MI presentaban IC-FEC el 64,4%. Al alta se prescribieron: Diuréticos 91,9% (147)(90,0% vs 93,2%;  $p = 0,501$ ), similar en ambos Servicios (91,9% MI vs 91,7% Car;  $p = 1$ ); furosemida 85% (125); Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina (IECAs) 56,9% (91)(55% vs 56,3%;  $p = 1$ ), con fuerte tendencia a ser más frecuente su administración en MI (61,3% MI vs 41,7% Car;  $p = 0,057$ ); ramipril 58,2% (53); enalapril 38,5% (35). Anticoagulantes en el 53,1% (85)(52,5% vs 57,3%;  $p = 0,742$ ), similar por Servicios (52,4% MI vs 55,6% Car;  $p = 0,887$ ); Digoxina el 39,4% (63)(40% vs 39,8%;  $p = 1$ ), siendo significativamente más frecuente en Cardiología (34,7% MI vs 55,6% Car;  $p = 0,039$ ). Beta bloqueantes (BB) 36,3% (58)(57,5% vs 30,1%;  $p = 0,004$ ) y por Servicios (33,9% MI vs 44,4% Car;  $p = 0,335$ ); carvedilol 70,7% (41) y metoprolol 15,5% (9). Antiagregantes 35,6% (57)(47,6 vs 29,1%;  $p = 0,060$ ) superior en Cardiología (32,3% MI vs 47,2% Car;  $p = 0,146$ ), ácido acetil salicílico 86% (49). Antagonistas de la aldosterona 25% (40)(30,0% vs 23,3%;  $p = 0,539$ ), ligeramente superior en Car(21,8% MI vs 36,1% Car;  $p = 0,126$ ); espironolactona, 80% (32); eplerenona 20%. Estatinas 18,1% (29) (30% vs 15,5%;  $p = 0,085$ ) con diferencia a favor de Car(10,5% MI vs 44,4% Car;  $p = 0,001$ ); atorvastatina 86,2% (25); ARA II 15% (24)(20% vs 12,6%;  $p = 0,392$ ), más frecuente en Car (12,9% MI vs 22,2% Car;  $p = 0,266$ ); losartán 37,5% (9); Antagonistas del calcio 10% (16)(10% vs 11,7%;  $p = 1$ ), parecido entre Servicios (9,7% MI vs 11,1% Car) ( $p = 0,759$ ); nifedipino 50% (8); Nitratos 10% (16)(20% vs 5,8%;  $p = 0,023$ ) superior en MI(12,1% MI vs 2,8% Car;  $p = 0,124$ ), más empleado el parche 87,5% (14) que la vía oral. Se siguieron en CE el 25% (40) de los pacientes (42,5% IC-S vs 21,4% IC-FEC;  $p = 0,019$ ) y por Servicios (19,4% MI vs 44,4% Car;  $p = 0,004$ ). Se aumentó dosis de fármacos en 57,5% (23)(64,7% IC-S vs 54,5% IC-FEC;  $p = 0,755$ ) más frecuentemente en Car (50% MI vs 68,8% Car;  $p = 0,396$ ). Reingresaron el 36,9% (59)(45% IC-S vs 36,9% IC-FEC;  $p = 0,484$ ), siendo el 33,3% de las altas de Car y el 37,9% de las de MI ( $p = 0,761$ ). De ellos, el 16,7% de Car y el 51,1% de MI reingresaron más de una vez en el primer año ( $p = 0,069$ ) y en el primer mes el 12,1% de MI y el 19,4% de Car ( $p = 0,277$ ).

**Discusión.** En nuestra serie los fármacos prescritos al alta más frecuentes fueron los diuréticos seguidos de IECAs. Un 28% no recibieron tra-

tamiento con IECAs ni con ARA II, y los BB se prescribieron al 36% de los pacientes (con diferencias significativas entre IC-S y IC-FEC). Los pacientes con IC-S recibían más tratamiento con antiagregantes, nitratos y estatinas, sin diferencias significativas. En el resto de los tratamientos analizados no aparecían diferencias importantes. En MI los pacientes recibían más IECAs y nitratos y menos ARA II, BB, antiagregantes y antagonistas de la aldosterona y significativamente menos estatinas.

**Conclusiones.** Los fármacos más prescritos al alta en pacientes con IC son diuréticos e IECAs. Casi una tercera parte no reciben ni IECAs ni ARA II, y un 64% no recibían Beta bloqueantes. En IC-FEC reciben significativamente menos BB. Los pacientes seguidos en MI hay menor uso de estatinas (estadísticamente significativo).

#### IC-66

### FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA EN MEDICINA INTERNA

**A. Conde Martel, A. Puente Fernández, M. Serrano Fuentes, J. Rodríguez Fernández, D. Godoy Díaz, A. Gil Díaz, A. Prieto Vicente y P. Bantancor León**

*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.*

**Objetivos.** Conocer la prevalencia de fibrilación auricular y su valor pronóstico en pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca en un servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio prospectivo, incluyéndose de forma consecutiva a 282 pacientes que ingresaron con el diagnóstico de insuficiencia cardíaca. Se recogieron las características demográficas, antecedentes personales, tratamiento farmacológico al ingreso y al alta, ritmo cardíaco evaluado en el electrocardiograma, grado funcional de la New York Heart Association (NYHA), etiología de la insuficiencia cardíaca, fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) determinada mediante ecocardiografía. Se evaluó la estancia hospitalaria, mortalidad durante el ingreso y al año. La relación entre la presencia de FA y variables cuantitativas se analizó mediante el test de Chi cuadrado y la relación con variables cuantitativas mediante el test T-Student o el test U de Mann Whitney.

**Resultados.** De los 282 pacientes estudiados, 145 (51,4%) eran mujeres y 137 (48,6%) varones. La edad media fue de 77,2 años, (DE: 10,7; rango: 36 a 100 años). La prevalencia de fibrilación auricular fue de 43,6% (123 pacientes; IC 95%: 37,7 a 49,6%), siendo permanente en el 83,7% (103 pacientes) y paroxística en el 16,3%. La presencia de fibrilación auricular se asoció de forma significativa a la insuficiencia cardíaca con función sistólica conservada (FE > 45%; 76,2% vs 54,8%,  $p < 0,001$ ). Sin embargo, no se observaron diferencias significativas entre los pacientes con y sin FA respecto al sexo, edad, antecedentes personales o grado funcional de la NYHA. Los pacientes con FA conocida al ingreso tomaban con más frecuencia digoxina (27,4% vs 12,9%;  $p = 0,019$ ) y sólo el 42,5% estaban recibiendo tratamiento anticoagulante oral ( $p < 0,001$ ). Al alta los pacientes con fibrilación auricular recibieron con mayor frecuencia tratamiento con antagonistas del receptor de la angiotensina II (35,8% vs 25,6%;  $p = 0,01$ ), digoxina (35,8% vs 13,2%;  $p < 0,001$ ) y anticoagulantes orales (40,4% vs 8,8%;  $p < 0,001$ ). Ni la estancia ( $p = 0,52$ ), ni la mortalidad hospitalaria ( $p = 0,18$ ), ni la mortalidad al año ( $p = 0,26$ ) se relacionaron con la presencia de FA.

**Discusión.** Hemos observado una alta prevalencia de fibrilación auricular en los pacientes hospitalizados en Medicina Interna y su asociación a insuficiencia cardíaca con función sistólica conservada, que es el tipo de insuficiencia cardíaca más frecuente en los servicios de Medicina Interna. Por otra parte, la presencia de fibrilación auricular se ha considerado un factor de mal pronóstico en algunos estudios aunque no ha sido corroborado por otros autores. Nosotros no observamos que la presencia de FA se asocie a una peor evolución.

**Conclusiones.** La fibrilación auricular es frecuente en los pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca en Medicina Interna afectando entre un tercio y la mitad de los pacientes. Se asocia a la insuficiencia cardíaca con función sistólica conservada y su presencia no se asocia a peor pronóstico.

#### IC-67

### INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA POR INHIBIDORES DE LA AROMATASA. EFECTO SECUNDARIO NO DESCRITO HASTA LA FECHA

**V. Giner Galván<sup>1</sup>, F. Aparisi Aparis<sup>2</sup>, M. Esteban Giner<sup>2</sup>, J. Ponce Lorenzo<sup>2</sup>, J. Sastre Albiach<sup>2</sup>, A. Oltra Ferrando<sup>2</sup>, A. Ragheb El Farra<sup>1</sup> y V. Blanes Castañer<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>Sección de Medicina Interna, <sup>2</sup>Sección de Oncología Médica. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy/Alcoi (Alicante).*

**Objetivos.** Descripción de un efecto secundario previamante no reflejado en la literatura asociado al uso de Inhibidores de la Aromatasa (IAr).

**Material y métodos.** Descripción de tres casos de pacientes atendidos en la Sección de Oncología Médica de nuestro hospital y evaluadas conjuntamente con la Sección de Medicina Interna ante el desarrollo de insuficiencia cardíaca "de novo" refractaria a tratamiento diurético.

**Resultados.** Caso 1. Mujer de 61 años de edad hipertensa. Mastectomía radical modificada (MRM) de mama derecha por Carcinoma ductal infiltrante pT1cN1(1/16) M0. Receptores estrogénicos y progesterónicos +. Recibió quimioterapia (FEC-M x 8 ciclos) más Tamoxifeno durante 5 años. En marzo del 2006 presentó recidiva bronquial y ósea iniciando hormonoterapia de primera línea con letrozol con posterior normalización de marcadores. De forma paralela y a las pocas semanas de iniciar el IAr, desarrolla disnea progresiva hasta hacerse de reposo, edemas maleolares y derrame pleural bilateral submasivo con respuesta parcial a infusión continua ambulatoria de furosemida. El estudio repetido del líquido pleural, TACs torácicos, PET-TAC y biopsia pleural descartaron origen neoplásico del derrame. La ecocardiografía y RM cardíaca objetivaron la existencia de una miocardiopatía hipertensiva con disfunción diastólica. Se sustituyó letrozol por fulvestrant con desaparición de edemas y retirada completa de diuréticos, permaneciendo dos años después asintomática. Caso 2. Mujer de 72 años con HTA y fibrilación auricular crónica. Diagnosticada en octubre de 2006 de carcinoma ductal infiltrante pT4b, N1 (1/6)M0 de mama derecha. Receptores estrogénicos +, progesterónicos -. Sometida a MRM y posterior hormonoterapia con anastrozol. La paciente ingresa por cuadro de insuficiencia cardíaca dos semanas tras el inicio del IAr. Tras descartar patología tumoral o cardiológica (toracocentesis con citología, Ecocardiografía y RM cardíaca) se sustituyó el IAr por tamoxifeno. Durante el ingreso inicial se reintrodujo el IAr bajo estricto control observándose reaparición de edemas. Tras sustitución definitiva del IAr por tamoxifeno hubo retirada progresiva de diuréticos sin recidiva en los dos años de seguimiento posterior. Caso 3. Mujer de 65 años con HTA y DM 2. Cirugía conservadora de mama izquierda más biopsia de ganglio centinela por carcinoma ductal infiltrante, pT1bN0M0 en Marzo de 2008. Receptores estrogénicos y progesterónicos +. Se le pautó hormonoterapia con anastrozol más radioterapia. A los pocos días de iniciar pauta farmacológica inicia disnea con derrame pleural izquierdo. La sustitución del IAr por tamoxifeno se acompañó de desaparición de la disnea y el derrame, permaneciendo asintomática sin diuréticos hasta la fecha. **Discusión:** La aplicación de la Escala de Naranjo a los tres casos permite establecer una relación de causalidad de elevada probabilidad. La demostración del efecto tanto con letrozol como con anastrozol apuntan a que estemos ante un efecto secundario potencial de clase, a cuyo favor iría la elevación que en los niveles de cortisol se observaron en dos de las pacientes. Así, cabe la hipótesis de que el bloqueo de la aromatasa provoque elevación de las concentraciones de mineralocorticoides, con el consiguiente incremento de la volemia. A esta hipótesis apuntaría el hecho de que las tres pacientes eran hipertensas esenciales, pudiendo existir, como en otras causas de HTA secundaria, un incremento de sensibilidad del receptor mineralocorticoide.

**Conclusiones.** Sin ser posiblemente un efecto de elevada prevalencia, el fallo cardíaco inducido por IAr debe considerarse y buscarse en las pacientes que reciben esta medicación, especialmente en aquellas con HTA previa o cardiopatía. Al ser un efecto secundario de aparición en las primeras semanas de inicio de la terapia, debería monitorizarse su aparición al menos en ese período.

## INFLAMACIÓN/ENFERMEDADES AUTOINMUNES

#### IF-1

### SÍNDROME ANTISINTETASA: REVISIÓN DE 3 CASOS

**R. Fernández Regueiro, E. Fonseca Aizpuru, F. Nuño Mateo, J. Noval Menéndez, G. López Colina, A. Álvarez Uribe, E. Rodríguez Avila y C. Cienfuegos Basanta**

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

**Objetivos.** Analizar las manifestaciones clínicas y evolución.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, retrospectivo en el que se han recogido los resultados positivos para el anticuerpo anti Jo1 (ACAS), desde enero 1991 hasta septiembre 2008, efectuado en el hospital de Cabueñes (de 2º nivel) que atiende a una población de 300.000 habitantes, en Gijón (Asturias). **Resultados.** Se han encontrado 3 casos cuyas principales características aparecen en la tabla 1 y se han excluido 3. El rango de edad fue entre los 57-68 años, con una edad media de 64, predominio femenino (2:1) y sin antecedentes personales de interés. En todos el síntoma principal fue la disnea.

Tabla 1 (IF-1). Resultados

Edad/Sexo/ año dx	Clínica	EMG y biopsia muscular compatible	TACAR	Análítica	Tratamiento y evolución
57/V/1999	Disnea Miositis Manos mecánico Raynaud Artralgias	Si	BONO Biopsia pulmonar	Anti Jo1 CPK+ Aldolasa+	Esteroides Favorable
67/M/2008	Disnea Artritis Xerostomía Xeroftalmia	No	Vidrio deslustrado BAL: linfocitos	Anti Jo1 ANA + 1/160 SS-A +	Esteroides Favorable
68/M/2008	Disnea Miositis Raynaud Artritis	Si	BONO Biopsia transbronquial	Anti Jo1 ANA + 1/320 CPK+ Aldolasa+	Esteroides Azatioprina Favorable

**Discusión.** 1. El síndrome antisintetasa (SAS) debe su nombre a una serie de autoanticuerpos dirigidos contra enzimas citoplasmáticas. Los anticuerpos antisintetasa (ACAS) son 8: anti-Jo 1 (el más frecuente), anti PL7, anti PL12, anti EJ, anti OJ, anti KS, anti Wa y anti Zo. 2. La afectación pulmonar determina el pronóstico. La disnea es el síntoma principal, con neumopatía intersticial y patrón restrictivo con difusión disminuida. La bronquiolitis obliterante con neumonía organizada (BONO) es la presentación con mayor supervivencia, mientras que la fibrosis pulmonar difusa es la de peor pronóstico. 3. El lavado broncoalveolar (BAL) tiene utilidad como factor pronóstico. La presencia de linfocitos en el BAL, se asocia a mejor pronóstico. 4. La miopatía y manifestaciones articulares están presentes en el 75-100% de los pacientes. 5. Es habitual el fenómeno de Raynaud, pero la afectación cutánea característica son las "manos de mecánico". 6. Se desconoce el tratamiento adecuado debido al pequeño número de casos y la falta de estudios controlados. El tratamiento con azatioprina es el que cuenta con mayor experiencia acumulada.

**Conclusiones.** Es recomendable la determinación de ACAS en pacientes con neumopatías intersticiales, porque identifica un subgrupo con mejor respuesta al tratamiento.

## IF-2

### REGISTRO DE BASE POBLACIONAL DE 384 PACIENTES DIAGNOSTICADOS DEL SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA. PRIMER ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO EN ESPAÑA

J. Alegre Martín<sup>1</sup>, L. Aliste<sup>1</sup>, A. Martíns<sup>1</sup>, E. Ruiz<sup>1</sup>, A. Blazquez<sup>1</sup>, A. García Quintana<sup>2</sup>, R. Badía<sup>1</sup> y T. Fernández de Sevilla<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General Vall d'Hebron - Área General. Barcelona.

<sup>2</sup>Unidad del SFC. Centre Mèdic Delfos, S. A. Barcelona.

**Objetivos.** Definir las características clínicas y epidemiológicas de 384 pacientes del síndrome de fatiga crónica (SFC) en nuestro país. En el primer estudio epidemiológico de este proceso nosológico en nuestro país.

**Material y métodos.** Se incluyeron de forma prospectiva aquellos pacientes que consultaban por fatiga crónica y que cumplían los criterios diagnósticos de Holmes y Fukuda para el diagnóstico de SFC. A todos los pacientes se les realizó un protocolo diagnóstico, que incluyó analítica completa, Rx de tórax, ecografía abdominal y valoración psiquiátrica. Se recogieron los datos demográficos de los pacientes, las características clínicas y los síntomas asociados.

**Resultados.** 384 pacientes, 358 mujeres y 26 hombres, con una edad media de 48 años. Estaban casados/as en 68%, realizaban trabajos no especializados 28%, trabajo especializado 23%, administrativo 20%, profesional liberal 12,5% y ama de casa 8%. El 68% realizaron el bachiller o estudios universitarios. Se recogían antecedentes familiares del SFC en el 16%. La edad media del inicio de los síntomas fue de 40 años y el tiempo medio de evolución de los síntomas 110 meses. La fatiga se inició de forma gradual en el 66,5% y precedida de un agente desencadenante previo en el 55,5%. No trabajaban en el momento del diagnóstico el 70% (baja 36%, incapacidad 39%). Realizaban tratamiento farmacológico el 91% y terapias alternativas 22%.

**Discusión.** El SFC es una entidad de diagnóstico clínico, definido por los criterios diagnósticos de Fukuda. La fatiga se inicia de forma gradual y tras un desencadenante de tipo infeccioso, intervención quirúrgica, accidente de tráfico y/o stress físico y/o psíquico y que ocasiona una imposibilidad de realizar su trabajo. Beca Mutua Madrileña. 2007.

**Conclusiones.** El SFC es una entidad poco estudiada en nuestro país, que afecta mayoritariamente a mujeres jóvenes, casadas, con estudios medios-superiores, que realizaban trabajos especializados y con elevada incidencia

en el mundo laboral de dichas pacientes y que reciben diversos tratamientos farmacológicos (analgésicos, antidepresivos y/o ansiolíticos en el momento del diagnóstico).

## IF-3

### SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES CON SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA. CORRELACIÓN CON LOS SÍNTOMAS DE LA FATIGA

L. Aliste<sup>1</sup>, J. Alegre<sup>1</sup>, A. Blazquez<sup>1</sup>, A. Martíns<sup>1</sup>, P. Santamarina<sup>1</sup>, E. Ruiz<sup>1</sup>, A. García Quintana<sup>2</sup> y T. Fernández de Sevilla<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad del SFC. Hospital General Vall d'Hebron - Área General. Barcelona.

<sup>2</sup>Unidad SFC. Centre Mèdic Delfos, S. A. Barcelona.

**Material y métodos.** Se incluyeron de forma prospectiva aquellos pacientes que cumplían los criterios diagnósticos de Holmes y Fukuda para el diagnóstico de SFC. A todos los pacientes se les evaluó la ansiedad, depresión y fatiga a través de cuestionarios autoadministrados y de forma consecutiva. La evaluación de los síntomas de depresión y ansiedad a través de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD). Los síntomas de fatiga se midieron a través de la escala de impacto (EIF) en sus versiones 40 y 8 items, y la escala Krupp de intensidad (EI) de la fatiga. Utilizamos el test de correlación de Spearman para asociar las puntuaciones de ambas escalas.

**Resultados.** 384 pacientes afectos del síndrome de fatiga crónica, 358 mujeres y 26 hombres, con una edad media de 48 años. La edad de inicio de la fatiga fue 40 años y el tiempo de evolución de la fatiga 110 meses. La puntuación media del componente de depresión del HAD 11, que implica un caso de posible depresión. La puntuación media del componente de ansiedad del HAD 10, que implica un caso de posible ansiedad. Las puntuaciones medias de las escalas de impacto de fatiga: EIF puntuación global 130, EIF cognitiva 32, EIF física 35, EIF social 62,5 y EIF-8 items 25. Las puntuaciones medias de la escala de intensidad de la fatiga 58. Se constata una buena correlación entre la fatiga y la ansiedad y depresión. Destaca la asociación entre la subescala de fatiga cognitiva y social con la depresión.

**Discusión.** En el SFC, la estratificación de la fatiga a través de cuestionarios autodefinidos es de gran utilidad y es importante valorar y cuantificar otros fenómenos comorbidos tales como la ansiedad y depresión que están fuertemente relacionados. Beca Mutua Madrileña. 2007.

**Conclusiones.** En el SFC junto al impacto del síntoma fatiga, con altas puntuaciones en las escalas de fatiga, tales como las de impacto e intensidad, es relevante la ansiedad generalizada como fenómeno comorbido y un importante componente de depresión reactiva, debido a la gran disfunción que se constata en dicho cuadro clínico. Se constata relación significativa entre la ansiedad, depresión y la fatiga, a destacar los subíndices cognitivos y social de la fatiga con la depresión.

## IF-4

### CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA. UTILIDAD DEL SF-36, ESTADO FUNCIONAL DE KARNOFSKY Y ESCALAS IMPACTO E INTENSIDAD DE LA FATIGA

A. Martíns<sup>1</sup>, J. Alegre Martín<sup>1</sup>, R. Badía<sup>1</sup>, P. Santamarina<sup>1</sup>, E. Ruiz<sup>1</sup>, A. García Quintana<sup>2</sup>, A. Blazquez<sup>1</sup> y T. Fernández de Sevilla<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad SFC. Hospital General Vall d'Hebron - Área General. Barcelona.

<sup>2</sup>Unidad SFC. Centre Mèdic Delfos, S. A. Barcelona.

**Objetivos.** Evaluar el deterioro en la calidad de vida de los pacientes con síndrome de fatiga crónica (SFC). Determinar la correlación entre las pun-

tuaciones de la escala de impacto (EIF) e intensidad de la fatiga (EI), con las dimensiones de la escala SF-36 y los valores del Estado Funcional de Karnofsky (KF) en los pacientes afectados del SFC.

**Material y métodos.** Se incluyeron de forma prospectiva aquellos pacientes que cumplían los criterios diagnósticos de Holmes y Fukuda para el diagnóstico de SFC. A todos los pacientes se les evaluó la calidad de vida y la fatiga a través de escalas autoadministradas. La calidad de vida se valoró a través del valor del estado funcional de Karnofsky y el cuestionario de SF-36 con sus ocho decatipos específicos y los dos generales de salud física y mental. Los síntomas de fatiga se midieron a través de la escala de impacto (EIF) en sus versiones 40 y 8 ítems (EIF-8), y la escala Krupp de intensidad (EI) de la fatiga. Para estudiar la asociación entre la calidad de vida y la fatiga, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman.

**Resultados.** 384 pacientes afectados del síndrome de fatiga crónica, 358 mujeres y 26 hombres, con una edad media de 48 años. Edad de inicio de la fatiga 40 años y tiempo de evolución de la fatiga en meses 110 meses. Las puntuaciones medias en las dimensiones del SF-36 fueron: función física 26; rol físico 27; dolor corporal 28; salud general 30; vitalidad 26; función emocional 21; rol emocional 35; salud mental 38. Las puntuaciones medias del KF fueron de 64. Las puntuaciones medias de las escalas de impacto de fatiga: EIF puntuación global 130, EIF cognitiva 32, EIF física 35, EIF social 62,5 y EIF-8 ítems 25,2. Las puntuaciones medias de la escala de intensidad de la fatiga 58. Se constata una buena correlación con carácter negativo entre la fatiga y la calidad de vida. Destaca la asociación entre el decatipo función emocional del SFC con las escalas de fatiga.

**Discusión.** En el SFC, la estratificación de la fatiga a través de cuestionarios autodefinidos es de gran utilidad y es muy importante valorar el índice de deterioro de la calidad de vida, determinado a través del SF-36, con el que se evidencia una buena asociación estadística. Beca Mutua Madrileña. 2007.

**Conclusiones.** En el SFC junto al impacto del síntoma fatiga, con altas puntuaciones en las escalas de fatiga, tales como las de impacto e intensidad, es relevante la alteración en la calidad de vida, con la se demuestra una importante asociación significativa.

## IF-5

### CONVENTIONAL CANCER SCREENING VERSUS FDG-PET/CT IN DERMATOMYOSITIS/POLYMYOSITIS. A THREE-YEAR PROSPECTIVE MULTICENTER STUDY

A. Selva O'Callaghan<sup>1</sup>, J. Grau Junyent<sup>2</sup>, C. Gámez Cenzano<sup>3</sup>, A. Vidaller Palacin<sup>4</sup>, X. Martínez Gómez<sup>5</sup>, E. Trallero Araguás<sup>1</sup> y M. Vilardell Tarrés<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna., <sup>2</sup>Medicina Preventiva y Epidemiología. Hospital General Vall d'Hebron - Área General. Barcelona.

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. IDIBAPS. Centro de Investigación Muscular. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

<sup>4</sup>Unidad PET-IDI, <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

**Objetivos.** To determine the value of whole-body [18F] fluorodeoxyglucose positron emission tomography/computed tomography (FDG-PET/CT) for diagnosing occult malignant disease in patients with myositis as compared to broad conventional cancer screening.

**Material y métodos.** We prospectively studied 55 consecutive patients with a recent diagnosis of myositis in 3 teaching hospitals over a 3-year period by whole-body FDG-PET/CT, and compared the results with those of conventional cancer screening, which included thoracoabdominal CT, mammography, gynecologic examination, ultrasonography, and tumor marker analysis. Comparisons were done using predictive values and their 95% confidence interval.

**Resultados.** Nine out of 55 patients were diagnosed with paraneoplastic myositis. FDG uptake was positive in 7 patients (1 false positive) and negative in 35 (3 false negative). Results were inconclusive in 13 cases and 9 additional tests were needed to confirm or rule out suspected neoplasm. None of the patients with inconclusive FDG uptake developed cancer during the follow up. Positive and negative predictive values of FDG-PET/CT for the diagnosis of cancer were 30% and 91.4%, respectively. Conventional screening was cancer-positive in 9 patients (2 false positive), and negative in the remaining 46 patients (2 false negative). Positive and negative predictive values were 77.8% and 95.7%, respectively. The overall predictive value of broad conventional screening was significantly higher than that of FDG-PET/CT ( $p < 0.05$ ) and fewer additional tests were required ( $p < 0.05$ ).

**Discusión.** The performance of FDG-PET/CT for diagnosing occult malignant disease in patients with myositis was not superior to broad conventional screening, and a larger number of additional examinations were required.

## IF-6

### CUATRO CASOS DE POLICONDRIITIS RECIDIVANTE: UNA RARA PATOLOGÍA A CONSIDERAR

E. Mateo Sánchez<sup>1</sup>, C. Campos Fernández<sup>2</sup>, J. Calvo Catalá<sup>2</sup>, M. González-Cruz Cervellera<sup>2</sup>, L. Deus<sup>1</sup>, A. Rueda Cid<sup>2</sup> y D. Pastor Cubillo<sup>2</sup>

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

**Objetivos.** Por su poca frecuencia (3.5 casos por millón), consideramos de interés presentar cuatro casos de PR. Es una rara enfermedad inflamatoria multisistémica que afecta a estructuras cartilaginosas y a otros tejidos corporales, especialmente al cartílago auricular y al nasal. Se afectan frecuentemente las articulaciones (cuadro semejante AR), árbol traqueobronquial y estructuras ricas en proteoglicanos como los ojos, sistema cardiovascular, renal y nervioso. En un tercio de pacientes, se describe la asociación con vasculitis sistémica, colagenosis o síndrome mielodisplásico. La etiología es desconocida, postulándose diversas teorías autoinmunes y genéticas

**Material y métodos.** Describimos 4 casos de PR diagnosticados en nuestra Unidad, analizan la edad y el sexo y las manifestaciones clínicas que presentaban en el momento del diagnóstico y durante la evolución de la enfermedad, así como el tratamiento administrado. Se realizó un estudio radiológico de tórax y óseo, analítica (hemograma, bioquímica, autoanticuerpos, FR, VSG y PCR), biopsia y valoración por los distintos especialistas (ORL, cardiólogo y oftalmólogo). En los casos indicados se realizó ecocardiografía y TAC traqueal.

**Resultados.** Se describen 4 casos (dos mujeres y dos varones), con media de edad de 54.5 años. La condritis auricular fue la manifestación más frecuente (100% de los pacientes). Condritis costal en un caso y manifestaciones articulares en tres. Un paciente presentó al diagnóstico hipoacusia neurosensorial, insuficiencia aórtica y tricuspídea y defecto cierre de cuerdas vocales con edema aritenoides. En los cuatro casos, la VSG y PCR, estaban elevadas, con normalidad de resto de parámetros. Dos pacientes presentaron un síndrome mielodisplásico, con fallecimiento de uno de ellos. Todos respondieron al tratamiento con PDN y ninguno precisó un tratamiento alternativo.

**Discusión.** La PR es una enfermedad sistémica poco frecuente, que afecta a individuos de todas las razas y sin diferencia de sexo, siendo más frecuente entre los 40 y 60 años. No existe ningún test específico para el diagnóstico, que se establece por la combinación de hallazgos clínicos, datos de laboratorio, pruebas de imagen y biopsia del cartílago afectado. La condritis auricular es la característica clínica más llamativa y frecuente. El diagnóstico suele retrasarse años. La condritis nasal aparece en el 70% de los casos. La hipoacusia y disfonía, afectan a uno de cada 3-4 casos. Los parámetros de laboratorio son inespecíficos, con positividad de los reactantes de fase aguda. En 1/3 de casos, puede asociarse a colagenosis o procesos malignos (hematológicos). En el seguimiento de nuestros pacientes, el 50% presentaron un síndrome mielodisplásico, y uno de ellos falleció por esta patología. Nuestros pacientes respondieron al tratamiento con esteroides, al igual que en la mayoría de los casos descritos en la literatura, describiéndose como útiles también los AINEs, corticoides, dapsona, inmunosupresores (ciclofosfamida, azatioprina, metotrexate) y antiTNF.

**Conclusiones.** La PC es una rara enfermedad que se manifiesta fundamentalmente por condritis auricular (en nuestros cuatro pacientes), siendo la artritis la segunda manifestación (en tres de nuestros pacientes). Uno de los pacientes, presentó hipoacusia y afectación traqueal. Ninguno tenía condritis nasal. El diagnóstico ha sido rápido, aunque es frecuente que se retrase varios años. En un tercio de pacientes, se describe asociación a procesos malignos, por lo que es aconsejable el seguimiento de los pacientes. Nuestros casos han respondido bien al tratamiento con corticoides. Los inmunosupresores y antiTNF, se han postulado como tratamiento alternativo.

## IF-7

### IMPORTANCIA DE LOS CRITERIOS CANADIENSES EN UNA SERIE DE 384 PACIENTES AFECTOS DEL SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA Y ESTUDIO DE LOS FENÓMENOS COMORBIDOS ASOCIADOS AL SFC

A. García Quintana<sup>1</sup>, J. Alegre Martín<sup>2</sup>, R. Badia<sup>2</sup>, E. Ruiz<sup>2</sup>, A. Martins<sup>2</sup>, P. Santamarina<sup>2</sup>, A. Blazquez<sup>2</sup> y T. Fernández de Sevilla<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidad SFC. Centre Mèdic Delfos, S. A. Barcelona.

<sup>2</sup>Unidad SFC. Hospital General Vall d'Hebron - Área General. Barcelona.

**Objetivos.** Definir los bloques de la sintomatología muscular, cognitiva, neurológica e inmunológica definidas en los criterios canadienses del síndrome de fatiga crónica (SFC) en una serie de 384 pacientes y estudio de los fenómenos comorbidos asociados al SFC.

**Material y métodos.** Se incluyeron de forma prospectiva aquellos pacientes que cumplían los criterios diagnósticos de Holmes y Fukuda para el diagnóstico de SFC. A todos los pacientes se les realizó un interrogatorio clínico con especial hincapié en la sintomatología muscular, cognitiva, neurológica e inmunológica. Asimismo, se recogían la existencia de los fenómenos comorbidos descritos en el SFC, tales como la fibromialgia, síndrome seco y síndrome

miofacial entre otros. Definidos por los criterios establecidos en la literatura. **Resultados.** 384 pacientes, 358 mujeres y 26 hombres, con una edad media de 48 años. La edad media de inicio de la fatiga fue 40 a y el tiempo medio de evolución de la fatiga en el momento del diagnóstico 110 meses. La fatiga crónica matinal y sueño no reparador que estuvo en todos los pacientes. En la sintomatología muscular, el dolor generalizado, la debilidad muscular y la fatiga post-ejercicio y las marcadas contracturas musculares estuvieron presentes en más del 90%, la dificultad para los movimientos finos por dolor en el 86%, las mioclónicas en el 67%, y las caídas por pérdida de tono en el 32% de los casos. En la sintomatología cognitiva, las alteraciones en la concentración, memoria reciente, cálculo, dificultades en la lectura y confusión con olvidos frecuentes estuvieron presentes en más del 90% de los casos, las alteraciones en la planificación de tareas en el 88,5%, desorientación temporoespacial en el 75%, episodios de afasia nominal en el 87%, y la agnosia auditiva visual en el 57% de los casos. En la sintomatología neurológica, la ataxia y/o disimetría estuvo presente en el 72%, la hipersensibilidad sensorial en el 93,5%, las alteraciones visuales en el 78%, y la descoordinación motora con o sin caídas en el 74% y en la sintomatología inmunológica la febrícula recurrente en el 55%, la odinofagia recurrente en el 77%, ganglios linfáticos dolorosos en el 71%, fenómeno de Raynaud en el 25%, el entumecimiento matutino generalizado en el 90% y artralgias migratorias en el 88,5%. En las comorbilidades asociadas al SFC, destaco fibromialgia (68%), síndrome miofacial (57%), síndrome seco (85%) y ansiedad generalizada (65%).

**Discusión.** En el SFC, junto a los síntomas príncipes de la fatiga crónica, sueño no reparador y la fatiga postesfuerzo, es de utilidad la diferenciación de la sintomatología muscular, cognitiva, neurológica e inmunológica, como esta especificado en los criterios diagnósticos canadienses. Asimismo es de gran importancia valorar los fenómenos comorbidos asociados al SFC, para la valoración funcional completa de dicho cuadro nosológico. Beca Mutua Madrileña 2007. **Conclusiones.** En SFC, la existencia de fatiga crónica matinal e invalidante, sueño no reparador, alteraciones en la concentración y memoria inmediata y la fatiga post-esfuerzo están presentes en la mayoría de pacientes. En la sintomatología muscular destaca el dolor, la debilidad muscular y las contracturas musculares. En la sintomatología cognitiva, las alteraciones en la planificación de tareas y la afasia nominal y en la sintomatología concentración, memoria reciente, planificación de tareas. En la sintomatología neurológica, la hipersensibilidad sensorial y en la sintomatología inmunológica. En las comorbilidades destaco por su elevada frecuencia el síndrome seco, la ansiedad generalizada y la fibromialgia.

#### IF-8 ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTRÓFILO EN 174 PACIENTES. CORRELACION CLÍNICA Y EVOLUCIÓN

S. Rubio Barbon<sup>1</sup>, C. Blanco Cristobal<sup>2</sup>, C. Cienfuegos Basanta<sup>1</sup>, E. Rodríguez Avila<sup>1</sup>, M. Arias Miranda<sup>1</sup> y E. Fonseca Aizpuru<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Análisis Clínicos. Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias).

**Objetivos.** Valorar las causas de anticuerpo anticitoplasmático positivo en nuestro medio y ver la evolución clínica.

Tabla 1 (IF-8). Diagnóstico y patrón anca

Diagnostico	P anca	C anca
Colitis ulcerosa (EII)	78	18
Crohn (EI)	6	1
Hipertiroidismo auto inmune	2	1
Fibrosis pulmonar idiopática	3	0
Polimialgia reumática y/o arteritis temporal	5	1
Artritis reumatoide	3	0
GNRP	17	2
Wegener	3	2
PAN	5	0
Nefropatía diabética o hipertensiva	6	1
sarcoidosis	2	0
Otras	10	6

Tabla 1 (IF-9). Características de los pacientes

	BMI	TRIG	FIB	IE (%) 12 Pa	IE (%) 60 Pa	AE	VP
Casos n = 25	25,9	122	390	45,8	51,5	4,1	1,24
Controles n = 25	23,2	73	322	48,1	53,7	3,5	1,19
p	0,014	0,001	0,004	0,005	0,027	0,030	0,025

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los pacientes atendidos entre Enero de 2002 a Diciembre de 2007 en el Hospital de Cabueñes por presentar ANCA positivo a título > 1/40 por técnica IFI. Recogiendo datos demográficos, anlíticos, terapéuticos y evolutivos.

**Resultados.** Estudiamos 174 pacientes, 82 varones y 92 mujeres, la edad media fue de 52,36 años El patrón predominante fue el P\_ANCA 143 seguido de C\_ANCA en 32. Los diagnósticos se expresan en la tabla 1. La presencia de ANCA en pacientes ingresados se correlaciona con enfermedad renal o vasculitis mientras que el estudio ambulatorio fue más frecuente en la EII La evolución clínica fue de supervivencia 145 y exitus 29. Requhirieron diálisis 11 y trasplante renal 2, desarrollaron neoplasia evolutiva 2 Al momento del diagnóstico hepatocarcinoma 1. Desarrollaron complicaciones infecciosas 28. Recibieron tratamiento inmunosupresor o corticoides 65 del grupo P-ANCA y 15 del C-ANCA. Las causas de muerte fueron complicaciones infecciosas en 13, insuficiencia renal terminal 5, enfermedad cardiovascular 11. **Conclusiones.** 1- La mayoría de los pacientes ANCA positivo corresponde a la EII, seguido de GNRP y vasculitis primarias 2- Las complicaciones infecciosas son frecuentes 3- la diálisis fue requerida en > 50% de las GNRP 4. La presencia de ANCA en pacientes ingresados se correlaciona con enfermedad renal o vasculitis mientras que el estudio ambulatorio fue más frecuente en la EII 5- La mortalidad se debió a complicaciones infecciosas, cardiovascular e insuficiencia renal terminal.

#### IF-9 PERFIL HEMORREOLÓGICO EN LA ESCLEROSIS SISTÉMICA

J. Todoli Parra<sup>1</sup>, A. Vaya<sup>2</sup>, J. Calvo Catala<sup>3</sup> y M. Romagnoli<sup>4</sup> y J. Ricart<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Trombosis y Hemorreología (Biopatología), <sup>3</sup>Dermatología. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

<sup>3</sup>Unidad de Reumatología. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia.

<sup>4</sup>Departamento de Fisiología. Universidad de Valencia (Valencia).

**Objetivos.** Caracterizar el perfil hemorreológico de un grupo de pacientes con esclerosis sistémica.

**Material y métodos.** Determinamos, en 25 pacientes con esclerosis sistémica (Criterios ACR) y en 25 controles, los siguientes parámetros: viscosidad sanguínea y plasmática (VP), agregación eritrocitaria (AE) y deformabilidad eritrocitaria (Índice de Elongación, IE), índices eritrocitarios, fibrinógeno, PCR y lípidos. Se analizó la relación entre los hallazgos y la presencia de factores clásicos de riesgo vascular, fibrosis pulmonar, hipertensión arterial pulmonar y positividad para anticuerpos anti Scl-70 y anticentrómero. Análisis estadístico: t test de Student (variables continuas); chi cuadrado (variables cualitativas). Las posibles asociaciones se analizaron con el test de Mann-Whitney y el coeficiente de correlación de Pearson.

**Resultados.** No se encontraron diferencias estadísticas entre casos y controles en porcentaje de hipertensos, diabéticos, dislipémicos y fumadores. Los pacientes tuvieron un BMI algo más alto que los controles. Los pacientes presentaron más fibrinógeno, triglicéridos, agregación eritrocitaria y viscosidad plasmática, así como menor deformabilidad eritrocitaria (Tabla 1). Los índices de elongación eritrocitaria se asociaron inversamente al fibrinógeno, la PCR y la agregación eritrocitaria, mientras que esta última se correlacionó positivamente con el fibrinógeno y los triglicéridos. La viscosidad plasmática se correlacionó positivamente con el fibrinógeno y la PCR. Con respecto a la clínica, no encontramos diferencias hemorreológicas entre los pacientes con fibrosis pulmonar, hipertensión arterial pulmonar o positividad para anti Scl-70. Los pacientes con Ac anticentrómero positivos tuvieron índices de elongación eritrocitaria más bajos que el resto.

**Discusión.** El perfil hemorreológico en la esclerodermia se caracteriza por una menor deformabilidad eritrocitaria (menor índice de elongación), mayor agregación eritrocitaria y niveles más altos de triglicéridos, fibrinógeno y viscosidad plasmática. El aumento de la agregación eritrocitaria se explica por los niveles más elevados de fibrinógeno y triglicéridos mientras que la más baja deformabilidad eritrocitaria puede relacionarse con las alteraciones microcirculatorias propias de la esclerodermia. La correlación inversa entre los índices de elongación y la agregación eritrocitaria se explica, como se ha demostrado en otros estudios, porque la agregación eritrocitaria aumenta tanto más cuanto peor es la deformabilidad del eritrocito. El interesante hallazgo de una peor deformabilidad eritrocitaria en el grupo de pacientes con ac anticentrómero positivos frente al resto deberá ser objeto de estudio adicional.

**Conclusiones.** Las alteraciones hemorreológicas de la esclerodermia consisten en una menor deformabilidad eritrocitaria y mayor agregación eritrocitaria con valores más altos de triglicéridos, fibrinógeno y viscosidad plasmática.

#### IF-10

##### ANTICUERPOS ANTI TREONIL-TRNA-SINTETASA (PL-7) Y PERICARDITIS: UNA ASOCIACIÓN NO DESCRITA

A. Labirua-Iturburu Ruiz<sup>1</sup>, A. Selva O'Callaghan<sup>1</sup>, M. Labrador Horrillo<sup>1</sup>, M. Mauri<sup>2</sup>, A. Fernández Luque<sup>1</sup>, L. Jubany<sup>1</sup>, E. Trallero Araguás<sup>1</sup> y M. Vilardell Tarrés<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General Vall d'Hebron - Área General. Barcelona.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona).

**Objetivos.** El síndrome antisintetasa comprende las manifestaciones clínicas asociadas a la presencia de anticuerpos frente a aminoacil tRNA sintetasa (aAS), siendo el más frecuente el anti-Jo-1, seguido de otros 7 aAS descritos, con menor frecuencia. Además de las manifestaciones clásicas de éste síndrome, como la miopatía, neumopatía intersticial, fiebre, artritis y "manos de mecánico", hay otros síntomas poco frecuentes asociados a esta entidad. Así mismo se cree que existen diferencias en la presentación clínica en función del tipo de aAS. En este trabajo se han revisado las manifestaciones clínicas de los pacientes con anticuerpos anti-PL-7 (anti treonil tRNA sintetasa), objetivando la presencia de derrame pericárdico en 5 de 6 pacientes.

**Material y métodos.** De una cohorte histórica de 133 pacientes diagnosticados de miopatía inflamatoria o remitidos a nuestra consulta por aAS durante el período 1983-2009, se estudió aquellos pacientes con positividad para aAS no Jo-1, mediante técnicas de inmunoprecipitación e inmunoblot en línea. Se analizaron las manifestaciones clínicas asociadas y en todos los pacientes se practicó estudio de imagen con TACAR torácico y funcionalismo respiratorio (CVF, VEMS, DLCO). Cuando hubo sospecha clínica de afectación pericárdica (dolor, roce pericárdico o compromiso hemodinámico por taponamiento) se realizó ecocardiografía transtorácica. Para el estudio estadístico se utilizó la prueba exacta de Fisher.

**Resultados.** Se detectaron 11 pacientes con aAS no Jo-1 (8%), 6 de los cuales fueron positivos para PL-7 (54%). En 5 de los 6 pacientes se objetivó la presencia de derrame pericárdico, en 2 de ellos con signos de taponamiento cardíaco, requiriendo en un caso pericardiocentesis. Esta afección pericárdica se asoció significativamente a la presencia de anti PL-7 ( $p < 0,05$ ).

**Discusión.** Las manifestaciones clínicas asociadas a la presencia de anticuerpos antisintetasa no Jo-1, son poco conocidas. Una menor afectación muscular -formas hipomiopáticas- y un mayor predominio de la afectación intersticial pulmonar parecen ser característicos en estos pacientes. Recientemente se ha determinado la presencia de histidil tRNA sintetasa (Jo-1) y de alanil tRNA sintetasa en el epitelio alveolar, por lo que se cree que la inhalación de agentes infecciosos o irritantes podría modificar estas moléculas transformándolas en antigénicas. No se puede descartar la existencia de una reacción cruzada con posibles tRNA sintetasa del pericardio, en concreto de la treonil-tRNA sintetasa. Nuestros resultados apoyan esta hipótesis.

**Conclusiones.** Los resultados de este estudio muestran una clara asociación entre la presencia de anti-PL-7 y pericarditis, no descrita hasta la fecha. Estos hallazgos destacan la importancia de la determinación de los diferentes aAS, y suponen una base para posteriores estudios de la base fisiopatológica del síndrome antisintetasa.

#### IF-11

##### POLIMIALGIA REUMÁTICA Y ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES: ESTUDIO DE UNA SERIE DE PACIENTES

V. Fernández Auzmendi<sup>1</sup>, F. Olgado Ferrero<sup>1</sup>, G. Guerrero Barrero<sup>1</sup>, R. Morales Gómez<sup>1</sup>, D. Magro Ledesma<sup>1</sup>, J. Bureo Dacal<sup>1</sup> y L. Nevado López-Alegría<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo H. Universitario de Badajoz. Badajoz.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Perpetuo Socorro. Badajoz.

**Objetivos.** La arteritis de células gigantes (ACG) es una vasculitis que afecta a vasos de mediano y grueso calibre con preferencia por las arterias extracraneales. La polimialgia reumática (PMR) se caracteriza por dolor y rigidez cervical y en cinturas (escapular y pelviana), asociándose en un 50% a la ACG. Para algunos autores son estadios diferentes de una misma enfermedad. El objetivo de este estudio es evaluar las características de los pacientes diagnosticados de ACG y/o PMR en un servicio de medicina interna.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los pacientes dados de alta con el diagnóstico de PMR y/o ACG según criterios de la American College Rheumatology 1990. Para el análisis se usó el programa estadístico SPSS versión 13.0

**Resultados.** Se incluyeron un total de 48 pacientes durante un período de 7 años (2002-2009), 30 se diagnosticaron de PMR y 18 de ACG, con predilección por el sexo femenino (53.3% de PMR y 83.3% de ACG). Todos eran mayores de 50 años y el 63.3% mayores de 70 años. La edad media de presentación fue de 55 años para la PMR y de 64.3 años para la ACG. El tiempo de evolución de la clínica fue de  $73.84 \pm 68.88$  días. El dolor/rigidez cervical y en cinturas (93.3%), fiebre/febrícula (50%) y síndrome constitucional (46.6%) predominaron en los casos de PMR. La cefalea (66.6%) y el síndrome constitucional (66.6%), seguido de dolor/rigidez cervical y en cinturas (55.5%) predominaron en la ACG. 5 pacientes debutaron con síntomas visuales y 4 con claudicación mandibular, todos diagnosticados de ACG. La arteria temporal se exploró en el 67.3% de los pacientes, siendo anómala en el 15.2%. El valor medio de hemoglobina fue de  $11.5 \pm 1.84$  g/dl. Los valores medios de VSG fueron mayores en la ACG ( $84.66$  mm  $1^{\text{a}}$  hora vs  $65.5$  mm  $1^{\text{a}}$  hora). El 27.7% de las ACG presentaron trombocitosis. El factor reumatoide fue positivo en el 20% de las PMR y en el 16.6% de las ACG. Se determinaron los anticuerpos antinucleares en 21 pacientes, todos negativos. La biopsia unilateral de la arteria temporal se realizó en el 33.33% de los pacientes diagnosticados de PMR (todas negativas) y en el 83.33% de las ACG, siendo el 27.7% positivas. La biopsia contralateral se realizó en 3 pacientes, todas negativas. La dosis inicial de esteroides fue mayor en la ACG ( $53.8$  mg/día vs  $31.3$  mg/día). En ningún caso se administraron bolos intravenosos. De los 30 casos de PMR, 14 recibieron dosis menores o iguales a 20 mg/día, 13 dosis mayores y 3 no recibieron tratamiento esteroideo. De los 18 casos de ACG, 14 recibieron esteroides a dosis de 40-60 mg/día y 4 dosis menores. El esteroide más usado fue la prednisona (95.5%). En ningún caso se administró tratamiento inmunosupresor. La terapia antiagregante se realizó en 3 pacientes, todos diagnosticados de ACG. El 28.57% tuvieron algún brote (6 casos de ACG y 6 de PMR), la mayoría con síntomas musculares, articulares y febrícula. Hubo un caso de tromboembolismo pulmonar y otro de meningitis linfocitaria crónica. Se describieron dos casos de efectos adversos al tratamiento, una diabetes esteroidea y un Cushing yatrogénico.

**Discusión.** La ACG es la vasculitis más frecuente en nuestro medio. Los resultados de nuestro estudio no difieren de los descritos en otras series en cuanto a la clínica y a la predilección por el sexo femenino. La biopsia de la arteria temporal está indicada en todos los casos sospechosos de ACG. Un resultado negativo no excluye el diagnóstico. En nuestro estudio, esta técnica tuvo una baja rentabilidad, aunque esto puede verse influido por múltiples factores. No existen suficientes estudios que justifiquen la realización de biopsia contralateral. En la mayoría de los casos, la mala evolución se relacionó con un descalonamiento rápido del tratamiento esteroideo.

**Conclusiones.** La ACG y PMR evolucionan favorablemente si se administra un tratamiento correcto. Existe poca tendencia a la antiagregación en casos de ACG.

#### IF-12

##### UTILIDAD DE LA DETERMINACIÓN DE LA CONCENTRACIÓN DE ATP EN LA MONITORIZACIÓN IN VITRO DE LA INMUNOSUPRESIÓN EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

S. Rosado, R. Castejón, M. Citores, P. Tutor de Ureta, S. Mellor Pita, J. Vargas y M. Yebra Bango

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

**Objetivos.** En la actualidad en el lupus eritematoso sistémico (LES) existe un creciente interés en el desarrollo de terapias individualizadas, con el fin de adecuar el tratamiento de cada paciente para conseguir una respuesta óptima sin efectos secundarios. Recientemente se han desarrollado técnicas de monitorización de la respuesta inmune para ajustar el grado de inmunosupresión de los pacientes. Una de estas técnicas es el ensayo Immuknow, de utilidad en el manejo de la inmunosupresión en el trasplante de órgano sólido, que valora la función inmunológica global del paciente al cuantificar la producción de ATP en los linfocitos T CD4+ estimulados in vitro. El objetivo del estudio es comprobar que las variaciones de la función inmunológica valorada mediante el ensayo Immuknow se relacionan con la situación clínica de los pacientes con LES.

**Material y métodos.** Se incluyeron 15 pacientes (14 mujeres y 1 hombre) procedentes de la Unidad de Enfermedades Autoinmunes del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Puerta de Hierro, con una mediana de edad de 41 años (15-60). Todos ellos cumplían al menos cuatro criterios de la ACR para la clasificación de LES. La actividad de la enfermedad en el momento del estudio se valoró mediante el índice SLEDAI (Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index), con 11 pacientes

con SLEDAI  $< 4$  y 4 pacientes con SLEDAI  $> 4$ . Los pacientes se clasificaron según su situación clínica (tipo de afectación visceral, títulos de anticuerpos anti-ADN, niveles de C3 y C4) así como por el tipo de tratamiento que todos los pacientes estaban recibiendo (antimaláricos o antimaláricos más inmunosupresores). La valoración de la inmunidad celular se realizó en 16 muestras de sangre periférica mediante el empleo del kit comercial Immuknow (Cylex). El rango de función inmunológica normal se estableció mediante la determinación de ATP en 14 controles sanos. Cada muestra de sangre periférica anticoagulada con heparina sódica de los pacientes se incubó en presencia y ausencia de fitohemaglutinina (PHA) durante 15-18 horas. A continuación, se seleccionaron los linfocitos T CD4+ mediante métodos inmunomagnéticos y se valoró la producción de ATP por estas células mediante la reacción con luciferasa y la detección de la luminiscencia en un luminómetro.

**Resultados.** Los pacientes con SLEDAI  $> 4$  y recibiendo tratamiento inmunosupresor muestran una concentración de ATP tanto a nivel basal como tras estimulación *in vitro*, inferior a los pacientes clínicamente inactivos ( $p < 0.05$ ) y sin inmunosupresores, observándose una correlación inversa entre los valores del índice de actividad de los pacientes y la producción de ATP ( $r = -0.511$ ,  $p < 0.05$ ). De igual modo, los pacientes con hipocomplementemia presentaban niveles inferiores de ATP basal y tras estimulación ( $p < 0.05$ ). No se encontraron diferencias en la inmunidad celular de los pacientes clasificados según su afectación visceral (renal, cutánea) ni en relación al título de anticuerpos anti-ADN.

**Discusión.** El tratamiento inmunosupresor que reciben los pacientes con LES incide sobre la producción de ATP, observándose una menor producción tanto en pacientes activos e inactivos. Pero además se observa que la actividad clínica de la enfermedad se acompaña de una menor producción de ATP, lo que sugiere que tanto el tratamiento inmunosupresor como la actividad clínica son factores determinantes en las diferencias observadas.

**Conclusiones.** Los resultados obtenidos en este estudio preliminar sugieren que el estado de inmunidad celular de los pacientes con LES valorado mediante el ensayo Immuknow está relacionado con la actividad de la enfermedad y con el tratamiento inmunosupresor que están recibiendo los pacientes en el momento del estudio. La determinación de la concentración de ATP puede ser una herramienta útil en el manejo clínico de los pacientes que permita adaptar el tratamiento inmunosupresor a las condiciones de cada enfermo.

#### IF-13

### CARACTERIZACIÓN DE LAS SUBPOBLACIONES DE LINFOCITOS T EFECTORES Y REGULADORES EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

R. Castejón, S. Rosado, M. Citores, S. Mellor Pita, P. Tutor de Ureta, J. Vargas y M. Yebra Bango

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

**Objetivos.** El desarrollo de enfermedades autoinmunes supone una ruptura en los mecanismos de tolerancia. En la actualidad existen evidencias de la capacidad supresora que los linfocitos T reguladores (Treg) ejercen sobre los linfocitos T autorreactivos que escapan a la tolerancia central. Debido a su importante papel en el mantenimiento de la tolerancia inmunológica, se ha sugerido que la subpoblación de Treg pueda estar relacionada con el grado de actividad de la enfermedad y con los tratamientos inmunosupresores que reciben los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). El objetivo de este trabajo es caracterizar y cuantificar las subpoblaciones de células reguladoras (linfocitos Treg) y efectoras (linfocitos T activados) y su funcionalidad en pacientes con LES, así como evaluar su asociación con el grado de actividad de la enfermedad y con el tratamiento inmunosupresor recibido por los pacientes.

**Material y métodos.** Se incluyeron 15 pacientes (14 mujeres y 1 hombre) procedentes de la Unidad de Enfermedades Autoinmunes del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Puerta de Hierro, con una mediana de edad de 41 años (15-60). Todos ellos cumplían al menos cuatro criterios de la ACR para la clasificación de LES. La actividad de la enfermedad en el momento del estudio se valoró mediante el índice SLEDAI (Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index), con 11 pacientes con SLEDAI  $\leq 4$  y 4 pacientes con SLEDAI  $> 4$ . Los pacientes se clasificaron según su situación clínica (tipo de afectación visceral, títulos de anticuerpos anti-ADN y niveles de C3 y C4) así como por el tipo de tratamiento que todos los pacientes estaban recibiendo (antimaláricos o antimaláricos más inmunosupresores). El estudio de las subpoblaciones de células inmunoregulatoras y efectoras presentes en la sangre periférica de cada muestra se realizó mediante inmunofluorescencia directa con combinaciones de diferentes anticuerpos monoclonales y análisis por citometría de flujo. La población de células reguladoras se identificó como linfocitos T CD4+/CD25+/FoxP3+ y las células efectoras como linfocitos T activados CD4+/CD25+.

**Resultados.** Los pacientes con SLEDAI  $> 4$  y que a su vez estaban recibiendo tratamiento inmunosupresor presentaban un porcentaje de células activadas significativamente superior ( $p < 0.05$ ) a los pacientes no activos clínicamente o sin tratamiento inmunosupresor. Estos mismos resultados se observaron en los pacientes con títulos elevados de anticuerpos anti-ADN ( $p < 0.01$ ) e hipocomplementemia ( $p < 0.05$ ). De igual modo se observó correlación entre la subpoblación de células efectoras y el SLEDAI ( $r = 0.521$ ;  $p < 0.05$ ), mientras que no existía relación con el tipo de afectación visceral. La subpoblación de linfocitos Treg está presente en menor porcentaje en los pacientes clínicamente activos. No se observaron diferencias con los tratamientos ni con el resto de características clínicas.

**Discusión.** Los pacientes con LES en actividad clínica en el momento del estudio presentan un mayor porcentaje de células T efectoras y un menor porcentaje de células T reguladoras en sangre periférica.

**Conclusiones.** La determinación de marcadores celulares como las subpoblaciones de linfocitos T efectoras y linfocitos T reguladores en la sangre periférica de pacientes con LES pueden ser una herramienta útil para la predicción temprana de un brote de la enfermedad.

#### IF-14

### ANÁLISIS DE CASOS DE LUPUS INDUCIDOS POR FÁRMACOS INGRESADOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO EN LOS ÚLTIMOS DIEZ AÑOS

B. Díaz Pollán, C. Granda Paris, C. Gómez Sánchez-Biezman y B. González Casanova

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

**Objetivos.** Analizar la incidencia y características clínicas, de los pacientes ingresados con el diagnóstico principal de lupus inducido por fármacos en un hospital terciario.

**Material y métodos.** Se solicitó al servicio de documentación clínica de nuestro hospital, mediante el código de la clasificación de enfermedades internacionales CIE-9 modificada, el registro de pacientes que presentaban dicho diagnóstico al alta (710.0). Dado que la frecuencia de dicha patología es baja, posteriormente se procedió a la revisión de las historias clínicas de dichos pacientes.

**Resultados.** Sobre un total de 287.839 ingresos registrados en nuestro hospital el los últimos 10 años, 25 pacientes fueron diagnosticados de Lupus eritematoso sistémico (LES), y de éstos sólo dos se les consideró que la causa estuviera en relación con fármacos. -Mujer de 21 años que consultaba por síndrome constitucional y edemas sin otra clínica acompañante. En la analítica se documentó la función renal alterada creatinina 1.4 mg/dl, aclaramiento de 52 ml/min, proteinuria 4.5 gr/24 horas, sedimento urinario con microhematuria y cilindros granulosos, hipercolesterolemia 450 mg/dl, proteínas totales de 5.8 g/dl. El estudio inmunológico presentó ANA positivos, antihistona 172 u/ml, siendo el resto negativo. El estudio hematológico, y serología de hepatitis B, C y VIH fue negativo. Dada la nefritis aguda, se realizó biopsia renal encontrándose en análisis histológico una esclerosis y atrofia glomerular, junto con fibrosis tubulointersticial con signos de GN membranosa, sugerente de nefritis lúpica tipo V en grado avanzado. En la anamnesis dirigida la paciente reconoció la toma de Aristolochia pistolochia. Tras tratamiento con bolo de metilprednisolona junto ciclofosfamida, la paciente mejoró, encontrándose en el momento actual controlada, en seguimiento en consulta (creatinina 1.56 y ANA negativos). -Mujer de 76 años que consultaba por astenia intensa de dos meses de evolución, asociada a anemia microcítica hipocrómica (hb 9.8 g/dl, VCM 67 fl) y leucopenia 1100 leu (200 N), junto con pérdida de peso no cuantificada. Había sido diagnosticada hacia 15 años dE. colitis ulcerosa, en el momento actual sin clínica sugerente de brote agudo, y en tratamiento de mantenimiento con mesalazina desde hacía más de cinco años. Entre las pruebas complementarias se determinó: FE 12 ug/dl, FERRITINA 47.1 ug/l, SAT TH 3.6%, resto de parámetros sin alteraciones. El estudio inmunológico observó ANA positivos 1/1280 u/ml, antihistona 334 u/ml, siendo el resto negativo. Se realizó Ecocardiograma que objetivó derrame pericárdico moderado, así como derrame pleural bilateral en cuantía moderada en la radiografía de tórax. A pesar de la retirada de la medicación y ante la persistencia de la sintomatología, se decidió tratamiento con corticoides a dosis 0.5 mg/kg con buena respuesta posterior.

**Discusión.** Aunque existen muchos fármacos que frecuentemente producen la aparición de anticuerpos tipo ANA o antihistonas, la mayoría de los lupus inducidos están exentos de las manifestaciones clínicas asociadas. Sin embargo presentamos aquí dos ejemplos de lupus farmacológico, con una sintomatología típica del LES como es la nefritis, la serositis o la afectación hematológica, que precisaron ingreso. Además de su presentación subaguda, llama la atención la afectación en un caso renal y en el otro hematológica, siendo en ambos necesario el uso de corticoides. Así mismo el escaso número de casos encontrados en los últimos diez años en el hospital, probablemente se deba, a la presentación silente de su

sintomatología, tipo serológico, y que por lo tanto no requiere de ingreso hospitalario.

**Conclusiones.** 1. Los pacientes con Lupus inducido por fármacos ingresado son infrecuentes, por lo que incidencia puede estar infravalorada. 2. Probablemente sólo en población con factores predisponentes se puede desencadenar un “verdadero” lupus con manifestaciones clínicas acompañantes, y no sólo serología inmunológica asociada. 3. En el que caso en que por la sintomatología así se determine, se puede plantear el uso del tratamiento convencional, comenzando por corticoides a altas dosis, junto con inmunosupresores si fuese preciso.

#### IF-15

##### FORMAS ATÍPICAS DE PRESENTACIÓN DE SARCOIDOSIS Y DIFICULTADES EN EL DIAGNÓSTICO

**R. Longueira Suárez, B. Sopena Pérez-Argüelles, J. Lamas Ferreira, M. Pérez Rodríguez, M. Vázquez Triñanes, A. Rivera Gallego, M. Freire Dapena y C. Martínez-Vázquez**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Xeral de Vigo. Vigo (Pontevedra).*

**Objetivos.** La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa multisistémica, de distribución mundial y etiología desconocida, que histológicamente se caracteriza por la presencia de granulomas no caseificantes. Sus manifestaciones clínicas son muy variables, con manifestaciones atípicas en algunos casos que pueden dificultar su diagnóstico. Comunicamos 2 casos de presentación atípica de sarcoidosis, en los que también se muestran las dificultades que pueden existir a la hora de su confirmación histológica.

**Material y métodos.** Se revisaron las historias clínicas de dos pacientes que ingresaron recientemente en nuestro servicio, con diagnóstico de síndrome febril de origen desconocido y poliartritis respectivamente. Ambos casos fueron diagnosticados de sarcoidosis, con confirmación histológica.

**Resultados.** CASO CLÍNICO 1: Varón de 42 años, con infección por VHC y diagnóstico previo de síndrome febril recurrente de etiología no filiada, que ingresó por nuevo episodio de síndrome febril. El paciente refería fiebre de hasta 38º de predominio matutino, sin otra clínica. En el TAC torácico presentaba adenopatías mediastínicas, por lo que se realizó broncoscopia con biopsia de adenopatías, que no fue diagnóstica. Posteriormente se realizó gammagrafía que mostró captación a ese nivel. Se repitió la broncoscopia con nueva biopsia ganglionar, que de nuevo no mostraba alteraciones. Ante estos hallazgos, con un valor de ECA elevado, se propuso al paciente la realización de mediastinoscopia. La histología de las adenopatías obtenidas por esta técnica reveló la presencia de granulomas no necrotizantes y confirmó la sospecha clínica de sarcoidosis. El síndrome febril se resolvió por completo tras instaurar tratamiento esteroideo. CASO CLÍNICO 2: Mujer de 37 años sin antecedentes personales de interés, que ingresó por cuadro de 6 días de evolución de poliartritis aguda aditiva, sin fiebre ni otra sintomatología. En la exploración física destacaban únicamente signos inflamatorios claros en ambos tobillos, rodilla derecha, muñeca derecha y codo derecho. La radiografía de tórax mostró un discreto ensanchamiento hilar, confirmando en el TAC torácico la presencia de adenopatías hiliares bilaterales. Los niveles de ECA fueron normales. Se realizó broncoscopia con toma de biopsias de adenopatías, que mostró celularidad linfocítica sin evidencia de granulomas definidos, con un cociente de linfocitos CD4/CD8 en el lavado broncoalveolar no sugestivo de sarcoidosis. A pesar de estos resultados y ante la persistencia de una alta sospecha clínica, se realizó una segunda broncoscopia, cuya biopsia ganglionar resultó compatible con linfadenitis granulomatosa no necrotizante de tipo sarcoido. La clínica de poliartritis se resolvió por completo al tercer día de su ingreso tras instaurar tratamiento esteroideo.

**Discusión.** La sarcoidosis presenta afectación pulmonar en más del 90% de los casos, clásicamente con adenopatías hiliares bilaterales. Sin embargo, se han descrito muchas formas de presentación extrapulmonares, por lo que debe sospecharse también en pacientes con eritema nodoso, uveítis, poliartritis aguda o crónica, bloqueos de la conducción cardíaca, etc. Debe incluirse también en el diagnóstico diferencial de fiebre de origen desconocido. Los valores de ECA pueden orientar en el diagnóstico, aunque no son específicos de esta entidad. Para el diagnóstico de certeza es fundamental, además de la sospecha clínica, demostrar la presencia de granulomas epitelioides no caseificantes. En muchas ocasiones la confirmación histológica se obtiene mediante biopsia de adenopatías hiliares con broncoscopia, aunque en ocasiones es preciso recurrir a otras técnicas más invasivas (biopsia pulmonar abierta, mediastinoscopia...) para su diagnóstico.

**Conclusiones.** La sarcoidosis es una entidad que puede manifestarse con clínica muy variable. Debemos pensar en ella en el diagnóstico diferencial de fiebre de origen desconocido, poliartritis y otras manifestaciones extrapulmonares. La mediastinoscopia puede ser necesaria para confirmar su diagnóstico en aquellos casos en los que técnicas menos invasivas como la broncoscopia no aportan información.

#### IF-16

##### LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO E INFECCIONES

**L. Castro Vélez<sup>1</sup>, F. Cortés<sup>2</sup>, J. Orobígit<sup>1</sup>, M. Camafort Babkowski<sup>1</sup>, P. Freixes<sup>1</sup>, A. Altadill<sup>1</sup> y J. Ordi Ros<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal Móra d'Ebre. Móra d'Ebre (Tarragona).

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General Vall d'Hebron - Área General. Barcelona.

**Objetivos.** Durante los últimos cuarenta años la incidencia de lupus eritematoso sistémico (LES) se ha incrementado considerablemente, pero su pronóstico ha mejorado pasando de una supervivencia de < 50% hasta > 90%, a los 5 años como muestran estudios recientes. Pero pese a mejoras importantes en el manejo de los pacientes con enfermedades inflamatorias, las infecciones son una causa importante de muerte en pacientes con LES tanto en la primera etapa de la enfermedad como durante toda su evolución. Nuestro objetivo es la descripción de las infecciones y sus complicaciones, analizar sus factores de riesgo y el papel en el pronóstico en pacientes afectados de LES así como su morbimortalidad.

**Material y métodos.** Se han recogido 570 pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) registrados en la unidad desde 1970 hasta 2009. Todos los pacientes incluidos cumplían criterios del Colegio Americano de Reumatología de la clasificación de LES. Se excluyeron pacientes con lupus inducido y lupus cutáneo. Se incluyeron todos los pacientes que presentaron un episodio de infección como describe Mandell, y se recogieron todos aquellos casos que presentaban hemocultivos o urocultivos positivos para un determinado germen. La actividad de la infección se evaluó con la Escala SLEDAI (Systemic Lupus Evaluation Disease Activity Index). Se catalogó a los pacientes según precisaron ingreso o no; el tratamiento habitual con las dosis de inmunosupresores en el momento del episodio; analítica completa, niveles de DNA y ANA el mes anterior al ingreso, además de los días que tardó en recuperarse, si la infección provocó un ingreso en UCI y si causó la muerte o no.

**Resultados.** De los 570 pacientes controlados en Consultas Externas de Medicina Interna se encontraron 135 casos de infección (24%). 86% adquiridas en la comunidad. Las localizaciones más frecuentes son el aparato respiratorio, el urinario y la piel. Las infecciones bacterianas más frecuentes son las causadas por *Streptococo pneumoniae*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* y *Salmonella* spp. 32 de los casos (23%) resultaron neumonías y en el 13% se pudo aislar *Streptococcus pneumoniae*. El 58% de los casos requirieron ingreso hospitalario. El 11% tuvieron una evolución tórpida requiriendo ingreso en Cuidados Intensivos. Un 42% se pudieron tratar ambulatoriamente.

**Discusión.** Los pacientes con LES padecen una serie de afecciones asociadas con mayor incidencia que en la población general. Esta comorbilidad incluye: infecciones, arteriosclerosis, arteriopatía coronaria, osteoporosis y necrosis vascular ósea, entre las más frecuentes. En general las complicaciones se relacionan, sobre todo, con el grado de actividad del LES y con las dosis de corticoides diarias y acumuladas. El aumento en la supervivencia se debe a diversos factores incluyendo el diagnóstico precoz, reconocimiento del órgano afectado y tratamientos más efectivos. En nuestra serie vemos que pese a que son pacientes con LES de años de evolución presentan un bajo porcentaje de infecciones graves y lo que también llama la atención es el bajo número de infecciones fúngicas, paradójicamente a lo se podría esperar a ser pacientes inmunodeprimidos.

**Conclusiones.** En nuestra serie vemos que pese a que son pacientes con LES de años de evolución presentan un bajo porcentaje de infecciones graves y lo que también llama la atención es el bajo número de infecciones fúngicas. El lupus eritematoso sistémico y las infecciones son hoy en día todavía un tema de preocupación. Un diagnóstico y tratamiento precoz es clave para el buen pronóstico del paciente. Quizás nos deberíamos plantear en este tipo de pacientes una profilaxis e incluso vacunación frente a algún tipo de germen determinado.

#### IF-17

##### ESTUDIO DE LOS ANTICUERPOS ANTINUCLEARES EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

**J. Vázquez Labrador, G. García García, V. Fernández Auzmendi, M. Lobo Pascua, M. González Gómez y D. Magro Ledesma**

*Servicio de Medicina Interna. Complejo H. Universitario de Badajoz. Badajoz.*

**Objetivos.** Estudio del uso en la práctica clínica de los ANA en nuestro servicio y su rentabilidad diagnóstica.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes ingresados en Medicina Interna durante un período de 30 meses, mediante la revisión de los informes de alta y exitus se seleccionaron a aquellos pacientes a los que se les determinaron los ANA durante su ingreso. Consideramos

que la determinación de los ANA es de utilidad si la historia clínica y la exploración física muestran signos de enfermedad del tejido conectivo.

**Resultados.** De los 84 pacientes revisados, 50 eran varones (59.5%) y 34 mujeres (40.5%), con una edad media de 58,38 años. Los anticuerpos fueron positivos en 19 casos (22.6%) 15 mujeres y 4 varones; y negativos en 65 pacientes (77.4%). En el grupo de los ANA positivos, el 90% de los pacientes son menores de 50 años. El motivo de consulta más frecuente es la fiebre en 6 casos, seguido del estudio del derrame pericardico en 4, estudio de hipercoagulabilidad en 2 y los 7 restantes una miscelánea que incluye: anemia, infección respiratoria, eritema facial, síndrome constitucional y artritis. Al alta se diagnosticaron 3 casos de LES, 2 de sdr. antifosfolípido, 2 pacientes con pericarditis, 2 neoplasias, 3 casos de insuficiencia cardiaca y 7 casos en el grupo de miscelánea: TEP, polimiositis, polimialgia reumática, Enfermedad de Raynaud etc.. El motivo de solicitud de los ANA en este grupo es predominantemente la pleuritis -pericarditis en 6 casos, 2 casos por hipercoagulabilidad, 2 por alteraciones neurológicas y el resto: artritis, insuficiencia renal, trombopenia inmune, miositis y fenómeno de Raynaud; estando indicada su determinación en todos los casos excepto en uno, que resulta positivo a título bajo, y que se trata de una meningitis linfocitaria. Los títulos más altos son los correspondientes a los enfermos con LES, dos con 1/1280 patron moteado y uno con 1/640 patron perinuclear; el título más repetido el 1/40 en 6 casos con otros diagnósticos. El grupo de los ANA negativos lo constituyen 46 varones y 19 mujeres; el 63,7% de los pacientes son mayores de 50 años. El motivo de consulta más frecuente es el Síndrome constitucional en 13 pacientes, 10 casos de fiebre, 9 de infección respiratoria, 8 por derrame pericardico, menos frecuente son el ACVA, artritis, hipertransaminasemia, anemia, eritema facial... Al alta el diagnóstica más frecuente son las neoplasias en 18 casos, seguidos de la hepatopatía crónica, vasculitis, insuficiencia cardiaca y otros. El motivo de solicitud de los ANA en este grupo fue por pleuritis-pericarditis en 12 pacientes, 8 casos de hipertransaminasemia a estudio, menos frecuentes alteraciones neurológicas, hipercoagulabilidad, artritis, y fiebre. En 49 enfermos se sospecha enfermedad del tejido conectivo y está indicada la solicitud de los anticuerpos, no hay indicación en los 16 restantes.

**Discusión.** El estudio muestra que en nuestro servicio, la solicitud de los ANA se realiza mayoritariamente de forma adecuada (79,8%). El grupo con anticuerpos positivos está compuesto fundamentalmente por mujeres en edad joven, mientras que en el grupo con ANA negativos son mayoría hombres de edad más avanzada. Los motivos por los que se determinan son muy similares en ambos grupos y muy variados, predominando el estudio etiológico de pleuritis-pericarditis, hepatopatías, alteraciones cutáneas, fenómenos trombóticos y fiebre. Gracias a los ANA se ha llegado al diagnóstico de 3 casos de LES y alguna otra conectivopatía. Llama la atención que en el 20,2% de los paciente no estaba indicado la determinación de los ANA (17 pacientes), pero hay que tener en cuenta que el estudio está realizado basándose en los informes de alta, con los sesgos que esto conlleva.

**Conclusiones.** La determinación de los ANA y la cuantificación del título de los mismos aporta una información valiosa para la evaluación diagnóstica de los pacientes con enfermedad del tejido conectivo. La solicitud de los ANA debe realizarse solo a pacientes que presenten signos o síntomas que nos hagan sospechar una colagenopatía y no de forma indiscriminada dado la posibilidad de un alto porcentaje de falsos positivos.

#### IF-18

### IMPACTO DE LA SINTOMATOLOGÍA NEUROVEGETATIVA EN LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DEL SFC, SIN HISTORIA PREVIA DE SÍNCOPE

J. Alegre Martín<sup>1</sup>, L. Aliste<sup>1</sup>, A. García Quintana<sup>2</sup>, C. Javierre<sup>3</sup>, K. De Meirleir<sup>4</sup>, E. Ruiz<sup>1</sup>, R. Badia<sup>1</sup> y T. Fernández de Sevilla<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad del SFC. Hospital General Vall d'Hebron - Área General. Barcelona.

<sup>2</sup>Unidad del SFC. Centre Mèdic Delfos, S. A. Barcelona.

<sup>3</sup>Unidad de Fisiología del Deporte. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

<sup>4</sup>Clinica Fatiga. Bruselas.

**Objetivos.** La sintomatología neurovegetativa con mareos y vertigos, no se contemplo en los criterios diagnósticos de Fukuda y con la inclusión de los criterios canadienses alcanzó mayor protagonismo. Se pretende estudiar el impacto de dicha sintomatología neurovegetativa en un grupo de pacientes afectados del síndrome de fatiga crónica (SFC), sin historia previa de síncope. **Material y métodos.** Pacientes diagnosticados de SFC según los criterios diagnósticos de Fukuda, sin historia previa de síncope. Se recogen datos demográficos y sociolaborales, sintomatología y fenómenos comorbidos. El impacto de la fatiga se valoró con la escala de impacto de fatiga (FIS), cuestionario de calidad de vida (SF-36), escala de ansiedad-depresión (HAD), consumo máximo de oxígeno, carga, frecuencia cardíaca máxima y gasto energético durante la prueba ergométrica. Se realizan determinaciones de

los marcadores biológicos en los monocitos de sangre periférica (Rnasa L cociente y actividad y Elastasa actividad) y los niveles séricos de óxido nítrico. Se establece una categorización de los síntomas de los bloques neurovegetativo, neurocognitivo, muscular e inmunológico, a través del valor alfa de Cronbach. Se realiza estudio de asociación entre la sintomatología neurovegetativa y el resto de variables.

**Resultados.** 37 pacientes afectados del SFC (4V, 33M), edad media 48 años, 60% estudios medios y trabajos no especializados, el 65% inicio gradual, edad media de inicio 36 a, tiempo de evolución en el diagnóstico 136 meses. La sintomatología neurocognitiva, muscular e inmunológica, estuvo presente en el 95,87% y 78%. La sintomatología neurovegetativa en el 90%. Los fenómenos comorbidos: Síndrome miofascial 84%, síndrome seco 86% y tendinopatía de hombro 62%. Los valores medios de las escalas de medida de la fatiga: Escala FIS total 131,8, subescala física 35,6, subescala psicosocial 62,3, subescala cognitiva 40. Decatipo salud física del SF-36 25,7, Decatipo salud mental del SF-36 36,1. Componente de ansiedad y depresión del HAD. 11,3. Pruebas ergométricas. Valores medios de consumo máximo de oxígeno 57,1%, carga máxima 67,1, frecuencia cardíaca máxima 115,6 y gasto energético 4,6. Los valores medios de los marcadores biológicos monocitarios: Rnasa L cociente 0,54, Rnasa L actividad 16,9, elastasa actividad 198,3 y niveles medios de óxido nítrico séricos 7,35. Se constató asociación significativa entre la disfunción neurovegetativa y la existencia de ganglios linfáticos dolorosos (p = 0,012), intolerancia alimentaria (p = 0,013) y los niveles de actividad de la elastasa monocitaria (p = 0,02).

**Discusión.** El SFC tiene un complejo sintomático muy homogéneo caracterizado por la fatiga crónica invalidante matinal, sueño no reparador, intolerancia al ejercicio físico y disfunción cognitiva. Con la inclusión de los criterios canadienses, se le otorga mayor protagonismo a la sintomatología inmunológica y la neurovegetativa. Este estudio muestra la elevada frecuencia de dicha sintomatología y como se constata una relación con la sintomatología inmunológica y los parámetros biológicos monocitarios.

**Conclusiones.** En los pacientes con SFC sin historia previa de síncope, se observa deterioro de la calidad de vida y de la capacidad funcional física, altas puntuaciones en las escalas de fatiga y ansiedad-depresión. La sintomatología neurovegetativa tuvo gran importancia y mostró significación con los síntomas inmunológicos y la actividad de la elastasa monocitaria. Beca FIS. PI050200.

#### IF-19

### NUEVOS MARCADORES INMUNOLÓGICOS NO INVASIVOS DE ACTIVIDAD LÚPICA

J. Barbado y L. Vega

Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

**Objetivos.** Estudiar los perfiles de secreción de citoquinas, quimiocinas, IFN y factores de crecimiento presentes en plasma y orina en pacientes con LES. Comparar la respuesta inmune en pacientes con LES con diferentes grados de actividad de la enfermedad.

**Material y métodos.** El estudio se realizó durante un año, comprendido entre Diciembre de 2007 y Diciembre de 2008. El criterio de inclusión fue el siguiente: pacientes remitidos a la consulta de nuestro Hospital diagnosticados de Lupus eritematoso sistémico. Los diferentes grados de actividad de la enfermedad se determinaron mediante la escala SLEDAI. Para determinar la presencia de Nefropatía se realizó biopsia renal. Durante este período de tiempo se estudiaron a 46 pacientes, de los cuales 8 son hombres y 38 mujeres, con una edad media al inicio del estudio de 43,5 años; 8 con Nefropatía Lúpica. Se recogieron muestras de 10 controles sanos. A cada caso y control se extrajo sangre y orina. Con el objeto de medir las concentraciones (pg/ml) de los mediadores inmunológicos a estudiar se empleó una plataforma Luminex para la detección simultánea de múltiples analitos sobre la misma muestra. A los valores por debajo del límite de detección de la técnica se les asignó el valor del límite de detección para cada mediador. La realización de pruebas de normalidad (Levene y Saphiro Wilks) permitió comprobar que los mediadores inmunológicos estudiados no seguían una distribución normal. Las comparaciones entre grupos se realizaron utilizando estadística no paramétrica. Se realizaron comparaciones dos a dos de los niveles de mediadores entre pacientes con actividad leve-moderada sin afectación renal, pacientes con actividad grave sin afectación renal, y pacientes con actividad severa con afectación renal, y el grupo de controles sanos utilizando el test de la U de Mann-Whitney.

**Resultados.** En sangre se detectaron niveles de todos los mediadores excepto de IL-6, IL-1b, e IL-7. En orina se detectaron niveles medibles de MCP-1, IL-8 y MIP-1b. Grupos: Grupo 1: actividad leve-moderada sin afectación renal (n = 13) Grupo 2: actividad grave sin afectación renal (n = 25) Grupo 3: actividad severa con afectación renal (n = 8) Grupo 4: controles sanos (n = 10) Los mediadores en plasma de los grupos 1,2 y 3 respecto al 4 tienen elevadas las quimiocinas GM-CSF, MIP-b, IL-8,

MCP-1. Encontramos niveles significativamente altos de MCP-1 en orina en el 2 y 3 respecto al 4 ( $p < 0,05$ ). Los niveles de MCP-1 en orina de 3 eran más altos que en 2. Se reveló una asociación positiva entre los niveles de MCP-1 en orina en 2 y el SLEDAI [coeficiente de correlación de Spearman Karber,  $p = [0,383; 0,19]$ . En el grupo 3 no encontramos asociación significativa entre los niveles de MCP-1 en orina y el SLEDAI. Cuando se consideraron todos los pacientes, se observó una correlación negativa entre los niveles de MCP-1 en orina y los niveles de C3 en plasma [coeficiente de correlación de Spearman Karber,  $p = [283; 0,56]$ . Por último se realizó una comparación entre los niveles de MCP-1 en orina en el 3 y el 1+2. Los niveles de MCP-1 en orina eran mayores en los pacientes con afectación renal. El test de Mann Whitney demostró además que estas diferencias eran significativas ( $p < 0,05$ ).

**Discusión.** La enfermedad lúpica activa se caracteriza por un patrón de expresión de quimiocinas MCP-1, GM-CSF, IL-8, MIP-1b en plasma y de MCP-1 en orina. Estas quimiocinas atraen células inflamatorias al foco de actividad. Los niveles más altos de MCP-1 en orina los presentaron los pacientes con nefritis lúpica activa. La identificación de MCP1 en orina pudiera utilizarse como marcador predictivo no invasivo de actividad.

**Conclusiones.** Hemos sido capaces de identificar una huella de expresión de mediadores inmunológicos en el Lupus caracterizado por la elevación en plasma de quimiocinas (MCP-1, GM-CSF, IL-8, MIP-1b). Por primera vez se observa una elevación de MCP-1 en orina respecto al control sano no solo en caso de nefropatía sino también en casos de LES grave sin nefropatía. En todo caso los niveles de MCP-1 fueron mayores en los casos con afectación renal.

## IF-20

### EPSTEIN-BARR VIRUS-ASSOCIATED LYMPHOMA IN PATIENTS WITH DERMATOMYOSITIS. BE AWARE OF DOUBLE IMMUNOSUPPRESSION

A. Selva O'Callaghan<sup>1</sup>, A. López<sup>2</sup>, R. Solans Laque<sup>1</sup>, A. Labirua<sup>1</sup>, T. Salcedo Allende<sup>3</sup>, A. Fernández Luque<sup>1</sup>, E. Trallero Araguás<sup>1</sup> y M. Vilardell Tarrés<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Hematología, <sup>3</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospitals Vall d'Hebron. Barcelona.

**Objetivos.** An association between dermatomyositis (DM) and cancer has been reported, usually as a paraneoplastic disease. Nevertheless, there is no data demonstrating a relationship between immunosuppressive therapy and cancer in DM patients and the use of immunosuppression has not been definitely linked to subsequent malignancy. Our aim was to analyze the potential relationship between Epstein-Barr virus associated lymphoma and double immunosuppressive therapy in a cohort of patients with myositis.

**Materiales y métodos.** The study included 124 consecutive adult Caucasian patients with idiopathic inflammatory myopathy. The diagnosis of PM/DM was based on the criteria of Bohan and Peter. Only patients with definite or probable disease were included. Patients in whom cancer onset occurred within 3 years of the diagnosis of myositis (paraneoplastic disease) and those with sporadic inclusion body myositis, which does not respond to immunosuppressive therapy, were excluded. Data was obtained by reviewing patients' medical records. Those who have received therapy with 2 immunosuppressive agents for a total of more than 12 months to control the disease activity were identified, as were patients who developed EBV-associated lymphoproliferative disease. Proportions were compared using chi-square test and Fisher's exact test.

**Resultados.** A total of 102 patients, 72 DM, (75 women and 27 men), with a mean (SD) age of 48.67 (14.9) years and a mean follow up of 6.6 (8.5) years were analyzed. Only 8 (7.8%) patients had received therapy with 2 immunosuppressive agents for a total of more than 12 months to control disease activity, and two of them are the following described patients. Main combinations were azathioprine plus methotrexate (3 cases), tacrolimus plus mycophenolate mofetil (2 cases), methotrexate plus mycophenolate (2 cases) and azathioprine plus cyclosporin A (1 case). Two cases in the double immunodepression group developed an EBV-associated lymphoma and died. When both groups (double immunodepression and single agent) were compared, a significant association was obtained between EBV-associated lymphoma and double immunodepression ( $p < 0.05$ ).

**Discusión.** The mainstay therapy for DM is immunosuppression. Patients who do not respond to combined therapy of corticosteroids with another immunosuppressive agent are considered to have treatment-resistant myositis. The combination of azathioprine and methotrexate may be indicated in these patients although the risk of adverse events proportionally increases. One of the complications of immunosuppression is the development of cancer. EBV-associated lymphoma, particularly diffuse large B cell lymphoma, has become more common with increasing use of immunosuppressive agents

in patients with autoimmune disease. Although EBV-associated lymphoma may gradually resolve after discontinuation of cytotoxic therapy, the lymphoproliferative disorder can sometimes progress to a life-threatening condition, as was the case of the two patients described. The special relationship that exists between DM and cancer, in which the presence of DM can be considered an expression of the immunologic response that constrains cancer development may explain the more aggressive behaviour in DM than is observed in other autoimmune diseases.

**Conclusiones.** Refractory myositis represents a challenge that places the clinician and the patient in a difficult position. Aggressive cytotoxic therapy can be life-saving, but carries the possibility that EBV-associated lymphoma may develop and may not be self-limiting. Physicians should be aware of this potential complication when prolonged double immunosuppression is used.

## IF-21

### VALORACIÓN DE LA DISFUNCIÓN NEUROVEGETATIVA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA, A TRAVÉS DE LA MESA BASCULANTE

J. Alegre Martín<sup>1</sup>, C. Alonst<sup>2</sup>, L. Aliste<sup>1</sup>, A. García Quintana<sup>3</sup>, C. Javierre<sup>4</sup>, K. De Meirleir<sup>5</sup>, A. Moya<sup>2</sup> y T. Fernández de Sevilla<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad SFC, <sup>2</sup>Unidad Arritmias. Hospital General Vall d'Hebron - Área General. Barcelona.

<sup>3</sup>Unidad SFC. Centre Mèdic Delfos, S. A. Barcelona.

<sup>4</sup>Unidad Fisiología del Deporte. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

<sup>5</sup>Fatigue Clinic. Bruselas.

**Objetivos.** La sintomatología neurovegetativa es altamente invalidante en los pacientes con síndrome de fatiga crónica (SFC) y no disponemos de importantes elementos de medida, en la cuantificación de la severidad y de guía en el tratamiento. Proponemos el estudio de la respuesta neurovegetativa al adoptar la posición de ortostatismo a través del estudio de la mesa basculante, en pacientes con el diagnóstico de SFC, sin historia previa de síncope.

**Materiales y métodos.** Se recogen los datos de la clínica neurovegetativa, impacto de la fatiga (escala FIS), ansiedad-depresión (HAD), calidad de vida (SF-36), pruebas de estratificación de la capacidad física (consumo de oxígeno, carga y frecuencia cardíaca máxima alcanzada y gasto energético), marcadores biológicos (Rnasa L cociente, Rnasa L actividad, actividad de la elastasa y niveles séricos de óxido nítrico). En la mesa basculante se valoran las siguientes variables (FC, TA sistólica, TA diastólica, TA media, volumen sistólico (VS), gasto cardíaco (GC) y resistencias vasculares periféricas (RVP). Realizándose tres determinaciones en posición supina y ocho en posición ortostática, separadas en tiempo cada 5 minutos.

**Resultados.** 37 pacientes con SFC, sin historia previa de síncope (4V, 33M), edad media 48 años, 65% inicio gradual, edad media del inicio 36 a, tiempo de evolución en el diagnóstico 136 meses. La sintomatología neurovegetativa estuvo presente en el 90% de los casos. Escala FIS total 131,8, subescala física 35,6, subescala psicosocial 62,3, subescala cognitiva 40. SF-36 salud física total 25,7 y salud mental total 36,1. HAD. componente de ansiedad y depresión 11,3. Pruebas ergométricas: Valores medios del% de consumo máximo de oxígeno 57, carga 67,1 y frecuencia cardíaca 115,6 y de gasto energético 4,6. Marcadores biológicos: Rnasa L cociente 0,54, Rnasa L actividad 16,9, elastasa actividad 198,3 y óxido nítrico 7,35. La mesa basculante fue positiva en una paciente con una respuesta cardiovascular mixta, no se constató ninguna respuesta cardiovascular asintomática del tipo de intolerancia al ortostatismo, taquicardia postural tardía e hipertensiva. Se constataron diferencias en los parámetros cardiovasculares analizados entre la posición supino y a los 5 minutos del ortostatismo, con un patrón caracterizado por un aumento importante de la RVP, en grado de la TAS y con escasa taquicardización y con disminución del VS y el GC. Una vez estabilizada la posición ortostática, no se objetivan durante los 30 minutos siguientes variaciones en los parámetros cardiovasculares y persistiendo esta respuesta predominantemente simpática.

**Discusión.** En la valoración de la disfunción neurovegetativa del SFC, es importante disponer de elementos objetivos de medida, que nos estratifiquen la gravedad de dicha sintomatología, tales como los parámetros cardiovasculares de la mesa basculante, que nos podrían definir formas de respuesta cardioinhibitoria en los pacientes que desarrollan síncope y con excesiva respuesta simpática noradrenérgica en aquellos pacientes con severa disfunción neurovegetativa sin síncope.

**Conclusiones.** La respuesta simpática de predominio simpático noradrenérgico estudiada a través de la mesa basculante, es la que se observa en pacientes diagnosticados del SFC con importante sintomatología neurovegetativa, pero no han presentado síncope. FISPI050200.

## IF-22

**VARIABILIDAD DE LA FRECUENCIA CARDÍACA A TRAVÉS DEL COCIENTE LF/HF DE ACTIVIDAD SIMPÁTICA/PARASIMPÁTICA EN LA VALORACIÓN DE LA DISFUNCIÓN NEUROVEGETATIVA EN EL SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA**
**C. Alonso<sup>1</sup>, J. Alegre<sup>2</sup>, L. Aliste<sup>1</sup>, A. García Quintana<sup>3</sup>, A. Suárez<sup>4</sup>, K. De Meirleir<sup>5</sup>, A. Moya<sup>1</sup> y T. Fernández de Sevilla<sup>1</sup>**
<sup>1</sup>Unidad de Arritmias, <sup>2</sup>Unidad SFC. Hospital General Vall d'Hebron - Área General. Barcelona.

<sup>3</sup>Unidad SFC. Centre Mèdic Delfos, S. A. Barcelona.

<sup>4</sup>Unidad Fisiología del Ejercicio. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

<sup>5</sup>Clinic Fatigue. Bruselas.

**Objetivos.** En el síndrome de fatiga crónica (SFC) con la inclusión de los criterios diagnósticos canadienses, adquirió gran protagonismo la sintomatología inmunológica y especialmente la neurovegetativa, que no disponían con los criterios diagnósticos de Holmes y Fukuda. Pretendemos valorar el estudio de la variabilidad de la frecuencia cardíaca (FC) a través del cociente LF/HF al adoptar la posición de ortostatismo a través del estudio de la mesa basculante, en pacientes afectados del SFC, sin historia previa de síncope.

**Material y métodos.** Pacientes con SFC sin historia previa de síncope. Se valoran los componentes de la clínica neurovegetativa, muscular e inmunológica. Impacto de la fatiga (FIS), ansiedad-depresión (escala HAD), calidad de vida (SF-36), pruebas ergométricas (carga, consumo de oxígeno y frecuencia cardíaca máximas y gasto energético), marcadores biológicos (Rnasa L cociente, Rnasa L actividad, Elastasa actividad y niveles de óxido nítrico). En la mesa basculante se valoran las siguientes variables (LF, HF y LF/HF), tres determinaciones en supino y ocho en ortostatismo, separadas en tiempo 5 minutos. Se realizó un análisis de tendencias a través de la prueba T para muestras apareadas. La asociación entre variables se obtuvo a través de la prueba Ji-cuadrado o del test de Mann-Whitney.

**Resultados.** 37 pacientes (4V, 33M), edad media 48 a, 65% inicio gradual, edad media de inicio 36 a, tiempo de evolución 136 m. La sintomatología neurocognitiva, muscular e inmunológica en el 95, 87 y 78% y la neurovegetativa en el 90%. FIS total 131,8, subescala física 35,6, psicossocial 62,3 y cognitiva 40. Componente de salud física total 25,7 y salud mental 36,1. Componente de ansiedad y depresión HAD de 11,3. Consumo máximo de oxígeno del 57%, carga y FC máxima alcanzadas 67,1 y 115,6 y gasto energético 4,6. Rnasa L cociente 0,54, actividad 16,9, elastasa actividad 198,3 y óxido nítrico 7,35. Se constataron diferencias en los parámetros de la variabilidad cardíaca LF, HF y LF/HF analizados entre la posición supina y a los 5 minutos del ortostatismo, con patrón caracterizado por un aumento importante del componente LF o simpático. Durante el ortostatismo, se objetivan durante los 30 minutos siguientes, variaciones en el LF/HF y persistiendo esta excesiva respuesta simpática. Con un valor del cociente LF/HF de 4,88, se encontró significación con la presencia de fenómeno de Raynaud, alteración de la libido, rol emocional y salud mental total del SF-36 y componente depresivo en el HAD y con importantes diferencias no significativas con la escala psicossocial y el cociente Rnasa L ( $p = 0,09$ ).

**Discusión.** La variabilidad cardíaca determinada a través del índice (LF/HF) ante un estímulo como puede ser el adoptar la posición del ortostatismo durante la mesa basculante, puede ser un importante elemento de medida de disfunción neurovegetativa en el SFC.

**Conclusiones.** En los pacientes afectados del SFC con sintomatología neurovegetativa y sin historia de síncope, la respuesta neurovegetativa al adoptar la posición ortostática, analizada a través del cociente de la variabilidad cardíaca (LF/HF) durante la práctica de la mesa basculante, es de predominio simpático y manteniendo durante el ortostatismo. FISPI050200.

## IF-23

**ACTIVIDAD DE LA CONSULTA DE UVEÍTIS DE UNA UNIDAD DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS: UVEÍTIS INFECCIOSAS I. Cabezas Rodríguez, R. Coto Hernández, J. Bernardo Cofiño, A. Mera Fidalgo, L. Trapiella Martínez, H. Suárez Casado, A. Fidalgo Navarro y L. Caminal Montero**

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

**Objetivos.** Descripción de las características epidemiológicas, clínicas y microbiológicas de las uveítis de causa infecciosa atendidas en la consulta específica de uveítis del servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de las uveítis infecciosas atendidas en la consulta específica del servicio de Medicina Interna del HUCA desde enero de 2006 hasta junio de 2009, en el que se analizaron diferentes variables epidemiológicas, clínicas y microbiológicas. Las variables cualitativas se han expresado como porcentaje y las variables cuantitativas con distribución normal en forma de media y desviación estándar.

**Resultados.** Se identificaron 19 uveítis infecciosas entre los 131 casos recogidos (14,5% del total). Doce pacientes (63%) fueron hombres y la edad media fue de  $36,8 \pm 13,8$  años. Cinco pacientes (26%) eran inmigrantes y 17 de 19 (90%) eran de raza caucásica. Sólo un sujeto (5%) había viajado recientemente al extranjero (Senegal), otro (5%) padecía una enfermedad autoinmune (enfermedad de Reiter) y 3 (16%) referían consumo reciente de drogas por vía parenteral. Los antecedentes microbiológicos más importantes fueron los siguientes: 10 pacientes (53%) mostraron una serología (IgG o IgM) positiva para *T. gondii*, 6 (32%) para CMV (IgG), 4 (21%) para VIH, 3 (16%) para *T. pallidum* y en 2 (10,5%) se demostró el contacto con *M. tuberculosis* mediante la prueba de Mantoux. Únicamente 3 pacientes (16%) no tenían evidencia de contacto con los gérmenes previos. El brote que motivó la consulta fue el primero en 13 ocasiones (68%). La instauración de la uveítis fue súbita en 10 casos (53%) e insidiosa en 9 (47%), mientras que la duración del brote fue menor de 3 meses (agudo) en 15 (79%) y mayor (crónico) en 4 (21%). El grado de actividad de los brotes fue severo en 12 casos (63%) y leve en 7 (37%). La tabla 1 muestra un resumen sobre la localización y la etiología de los brotes de uveítis infecciosas.

**Conclusiones.** 1. La causa más frecuente fue *T. gondii* con cuadros clínicos típicos en su forma de presentación (coriorretinitis). 2. Los cuadros clínicos causados por *T. pallidum* fueron muy heterogéneos, lo que hace imprescindible unaserología luética para el estudio del paciente con uveítis. 3. El diagnóstico de las uveítis causadas por *M. tuberculosis* fue dificultoso por su infrecuencia, limitada utilidad de la prueba de Mantoux y heterogeneidad clínica. 4. El baja prevalencia de las retinitis por CMV.

## IF-24

**ANÁLISIS DE CASOS DE NEUMONÍA EOSINÓFILA EN UN HOSPITAL TERCIARIO DURANTE LOS ÚLTIMOS DIEZ AÑOS**
**B. González Casanova, B. Díaz Pollán, C. Granda Paris y C. Gómez Sánchez-Biezman**

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

**Objetivos.** Analizar las características epidemiológicas, clínicas, terapéuticas y evolutivas de los pacientes que fueron diagnosticados de neumonía eosinófila durante su ingreso hospitalario en nuestro hospital, durante los últimos diez años.

**Material y métodos.** Se solicitó al servicio de documentación clínica de nuestro hospital, mediante el código de la clasificación de enfermedades internacionales CIE-9 modificada, el registro de pacientes que presentaban dicho diagnóstico al alta (518.3). Dado que la frecuencia de dicha patología es baja, posteriormente se procedió a la revisión de las historias clínicas de dichos pacientes, realizándose un estudio descriptivo de variables epidemiológicas, clínicas, diagnósticas, terapéuticas y de su evolución posterior. **Resultados.** Sobre un total de 287.839 ingresos registrados en los últimos 10 años, 12 pacientes fueron diagnosticados de Neumonía eosinófila durante su ingreso hospitalario. La mitad de ellos fueron hombres, con una mediana de edad de 55 años (20,5 IQR). El 60% fue diagnosticado de neumonía eosinófila crónica. En todos ellos se realizó estudio exhaustivo para llegar a su diagnóstico, entre los datos más relevantes encontramos: que el 90% presentaba eosinofilia en sangre; el lavado bronquioalveolar (BAL) fue positivo en el 50% de los pacientes en los que se realizó (8). Entre las pruebas radiológicas se realizó TAC de tórax al 66,7%; el estudio inmunológico se solicitó al 83,3%, siendo positivo sólo en un paciente. En 5 de ellos se realizó biopsia transbronquial para su diagnóstico, siendo en todos positiva. Todos recibieron tratamiento específico con corticoides como pri-

Tabla 1 (IF-23). Localización y etiología de las uveítis infecciosas

Etiología	Localización y cuadro clínico
<i>T. gondii</i>	Coriorretinitis unilateral (4 casos) Coriorretinitis bilateral (2 casos) Coroidis focal (1 caso) Panuveítis (1 caso)
<i>T. pallidum</i>	Coriorretinitis unilateral (1 caso) Vasculitis retiniana (1 caso) Neurorretinitis bilateral (1 caso)
CMV	Retinitis bilateral (2 casos)
<i>M. tuberculosis</i>	Uveítis anterior bilateral (1 caso) Panuveítis unilateral (1 caso)
Otros	Coriorretinitis unilateral por VHS Uveítis anterior bilateral por adenovirus Panuveítis unilateral por <i>B. burgdorferi</i> Uveítis anterior unilateral por VVZ

mera opción, a dosis medias 40-60 mg/día. Un tercio presentó recidiva tras la retirada de los fármacos, con reaparición de los infiltrados y necesitando nuevos ingresos hospitalarios en tres de ellos por la misma causa, y otro por infecciones respiratorias frecuentes; casi en la mitad de los pacientes se asocia asma bronquial posteriormente. Existe seguimiento en consultas en el 66,6% de los pacientes diagnosticados. Uno de ellos falleció años después por otra causa. En cuanto a la etiología de la neumonía eosinófila es idiopática en la mayoría 83,3%, presentando un caso relacionado con el síndrome tóxico y otro ocupacional.

**Discusión.** El número de pacientes diagnosticados de neumonía eosinófila en nuestro hospital es bajo, aunque similar al de otras series publicadas. Llama la atención los casos de neumonía eosinófila agudas 40%, definida por la aparición de los síntomas en menos de tres semanas. Observamos que la mayoría de pacientes presenta eosinofilia periférica, pudiéndose utilizar como un marcador de actividad. Su diagnóstico se realiza por la presencia sugerente de varias pruebas diagnósticas, y como vemos aquí, no en todos fue necesario la biopsia transbronquial para hacerlo, aunque en los cinco casos en que se realizó está fue concluyente. Sin embargo en varios de estos pacientes el diagnóstico se basó en la clínica, las pruebas radiológicas (no siempre acompañadas de TAC de tórax) y el BAL. En ocasiones el estudio inmunológico puede ser positivo, aunque nosotros sólo lo hemos encontrado en un paciente. Todos respondieron adecuadamente al tratamiento con corticoides, manteniéndose revisiones en consulta ambulatoria en la mayoría de ellos. A pesar de esto, 33,3% requirió ingresos hospitalarios por reagudización. Sólo uno de nuestros pacientes ha fallecido en el seguimiento, aunque la causa no estuvo relacionada con su enfermedad, ni con complicaciones en relación con el tratamiento. Ningún paciente ha requerido ingreso en UVI, ni intubación orotraqueal.

**Conclusiones.** 1. La neumonía eosinófila es infrecuente, aunque se debe sospechar ante la presencia de infiltrados alveolares parcheados en la radiografía y eosinofilia acompañante, ya sea en sangre o pulmonar. 2. Si la sospecha clínica es alta, y las pruebas radiológicas lo confirman, en muchas ocasiones no es necesario la realización de biopsia pulmonar para llegar a su diagnóstico, basta un BAL sugerente. 3. La mayoría de los pacientes responden adecuadamente al tratamiento con corticoides, aunque es necesario su seguimiento en consultas dada la Posibilidad de recidivas.

#### IF-25

##### ENFERMEDAD DE ORMOND: EXPERIENCIA DE CINCO CASOS

**N. Castro Iglesias<sup>1</sup>, M. Belhassen García<sup>1</sup>, V. Velasco Tirado<sup>1</sup>, A. Carpio Pérez<sup>1</sup>, S. Ines Revuelta<sup>2</sup>, S. Martín Barba<sup>1</sup> y J. Pardo Lledias<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna III, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna II. Hospital Universitario de Salamanca. H. Clínico. Salamanca.

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General. Segovia.

**Objetivos.** Descripción de la Enfermedad de Ormond en Salamanca.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de casos durante el 1 de enero de 2000 a 31 de diciembre de 2008 en el Hospital Universitario de Salamanca. Cumplían i) cuadro clínico y analítico sugerente ii) radiología compatible y iii) estudio de las posibles causas secundarias.

**Resultados.** Tabla 1.

**Discusión.** La incidencia de la EO, esta entre 1/1.000.000 personas-año a 1/10.000. Algunos factores ambientales como el así como determinados factores genéticos aumentan el riesgo. Diversos mecanismos explican la patogénesis. La primera es el resultado de una reacción local frente a determinados antígenos. Otras hipótesis implican a fenómenos vasculíticos e inmunes. La patogénesis en los casos secundarios varía según el proceso desencadenante: fármacos, enfermedades tumorales, enfermedades infecciosas etc. Es característica la tríada de dolor abdominal sordo, masa pulsátil y VSG elevada. La afectación local es por el atrapamiento de las estructuras retroperitoneales. Entre los síntomas generales destacan: malestar general, anorexia, fiebre. Los resultados analíticos son inespecíficos. El diagnóstico presenta varias dificultades. El método diagnóstico de elección es la RM. La biopsia se considera necesaria sólo localizaciones atípicas o

ante la sospecha de un proceso infeccioso o tumoral de base. El manejo se basa en cirugía urológica laparoscopia, junto a esteroides. Los datos con azatioprina, ciclofosfamida, metotrexate, micofenolato etc, son poco sólidos. Otra posibilidad es el tamoxifeno. El pronóstico de la EO es bueno, con una mortalidad del 9%, excepto en los casos secundarios a tumores. Es necesario el seguimiento a largo plazo, que se realizará cada tres meses durante el primer año. Las recidivas alcanzan hasta un 70%.

#### IF-26

##### EFEECTO DE LA CANTIDAD Y TIPO DE GRASA DE LA DIETA SOBRE LA FUNCIÓN ENDOTELIAL DURANTE EL ESTADO POSPRANDIAL EN PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO

**M. Moreno Conde, J. García Quintana, C. Muñoz López, D. Rosado Álvarez, J. Sánchez Gil, P. Pérez Martínez y F. Pérez Jiménez y J. López Miranda**

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

**Objetivos.** Estudiar la influencia de la cantidad y tipo de grasa de la dieta sobre la función endotelial en pacientes con síndrome metabólico (SM), durante el estado posprandial. Analizar el efecto sobre las moléculas de adhesión y los niveles de nitritos totales y NO sintasa.

**Material y métodos.** Se seleccionó un subgrupo de 75 pacientes con SM del proyecto LIPGENE (dieta, genómica y SM), de los cuales 74 completaron el estudio. Se randomizaron a cada una de las cuatro dietas durante 12 semanas. La composición de las dietas fue la siguiente: -Rica en grasas (38% de aporte calórico total, ATC), con alto contenido en grasas saturadas (16% SFA, 12% MUFA 6% PUFA). -Rica en grasas (38% ATC), con alto contenido en grasas monoinsaturadas (8% SFA, 20% MUFA, 6% PUFA) -Baja en grasas (28% ATC), rica en carbohidratos de cadena larga (8% SFA, 11% MUFA; 6% PUFA), y con 1.24 g/d ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga, LC n-3 PUFA -Baja en grasas (28% ATC), rica en carbohidratos de cadena larga (8% SFA, 11%; MUFA; 6% PUFA), y con 1g/d de aceite de girasol (placebo). Tras doce horas de ayuno, se toman muestras de sangre en ayunas y tras una sobrecarga aguda de grasa en los tiempos 2,4, 6 y 8 horas. Se analizaron los niveles plasmáticos colesterol total (CT), TG plasmáticos y fracciones lipoproteicas (LDL, HDL) mediante métodos enzimáticos; apolipoproteínas A-I y B se determinaron por turbidimetría. Para la determinación de óxido nítrico en plasma (NO), hallado como la suma de nitritos se utilizó el kit colorimétrico (Cayman-Chemical Company, Ann Arbor, MI USA). La enzima NO sintasa fue determinada por un kit colorimétrico (Calbiochem). Mediante Kits de ELISA (R&D System, Mineapolis, MN, USA) se determinaron las concentraciones plasmáticas de las moléculas sICAM, sVCAM, y sP-Selectina. La función endotelial: se utilizó el Laser doppler lineal Periflux 5000 (Perimed SA., Stockholm Sweden) para medir el tiempo de isquemia-hiperemia reactiva (IRH), en los tiempos 0, 2,4, 6 y 8. Análisis estadístico Para el estudio estadístico de los datos se utiliza el programa SPSS versión 17 para Windows (SSPS INC., Chicago, USA). Se realiza en test de normalidad de los datos con el test de Kolmogorov Smirnov. Se utilizó la prueba t de Student para datos apareados y ANOVA para medidas repetidas. En el análisis se estudia: a) efecto de la dieta sin tener en cuenta el tiempo, b) efecto del tiempo y c) interacción de ambos factores. Se hizo un análisis pos hoc para detectar las diferencias entre las dietas. Se consideró un p < 0,05 como estadísticamente significativa.

**Resultados.** No se encontraron diferencias entre los grupos en la situación basal. Se observó un incremento en la vasodilatación dependiente de endotelio en el grupo que tomo la dieta rica en grasas monoinsaturadas, así como una mayor respuesta a la enzima NO sintasa de forma significativa en el estado posprandial. Se observaron unos niveles menores de s ICAM-1 en este grupo. No se encontraron diferencias en los niveles de s VCAM-1 y P Selectina entre los 4 grupos.

**Conclusiones.** La dieta rica en grasas monoinsaturadas mejora la disfunción endotelial posprandial y disminuye los niveles de s ICAM-1 en pacientes con SM. Estos hallazgos ponen de manifiesto la importancia del estado posprandial y los beneficios de la dieta mediterránea a nivel cardiovascular, en pacientes con SM.

Tabla 1 (IF-25). Características de los 5 pacientes con EO

Paciente	Edad/Sexo/Factores de riesgo	Diagnóstico	ANAs/VSG/PCR	Tratamiento
1	50/Mujer/Si	RM	Negativo/80/7	prednisona
2	55/Hombre/Si	Histológico	1/160/Normal /4	urológico prednisona Inmunodepresores
3	48/Hombre/Si	RM	Negativo/70/6	urológico tamoxifeno Inmunodepresore
4	44/Hombre/Si	RM	Negativo/Normal/ Normal	prednisona azatioprina
5	44/Hombre/Si	RM/TC	Negativo/20/2,44	urológico prednisona azatioprina

### IF-27 SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO Y GESTACIÓN. ANÁLISIS EN UN HOSPITAL DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

J. Fernández Navarro<sup>1</sup>, P. Revuelta Mínguez<sup>2</sup>, L. Micó Giner<sup>1</sup>, J. Todolí Parra<sup>1</sup>, E. Lluch Peropadre<sup>1</sup>, T. Javares Fernández<sup>1</sup>, A. Camps Sellés<sup>1</sup> y J. Calabuig Alborch<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>DGFYPS. Conselleria de Sanitat (Valencia)

**Objetivos.** Analizar las características de gestantes diagnosticadas de síndrome antifosfolípido (SAF) según criterios de Sapporo-Tours para identificar aquellas de mayor riesgo y evaluar su tratamiento.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de 80 gestaciones correspondientes a 44 mujeres ingresadas en el hospital La Fe de Valencia en el período 1998-2009 diagnosticadas de SAF antes o durante la gestación en curso, remitidas a nuestro servicio para completar estudio y optimizar tratamiento. Se analizan edad, paridad, motivo del diagnóstico, factores de riesgo vascular, resultados del embarazo, duración del mismo, peso de los recién nacidos, anticuerpos antinucleares, anticoagulante lúpico, anticuerpos anticardiolipina, complemento (C3 y C4), alteraciones ecográficas, características de la placenta, tratamiento y complicaciones del mismo.

**Resultados.** Registramos 80 gestaciones con 8 pérdidas embrionarias y 25 fetales entre los días 54 y 231 de gestación. De las 47 gestaciones con nacidos vivos, el 51% cursaron sin complicaciones mientras que las otras 49% sí las tuvieron fundamentalmente preeclampsia, prematuridad, retraso de crecimiento y 3 episodios de trombosis venosa profunda. De las 44 pacientes, diagnosticadas de SAF entre 1991 y 2009, 38 tenían un diagnóstico cierto de SAF (7 por trombosis vascular, 28 por morbimortalidad obstétrica y 3 por ambos criterios) ya que 6 sólo presentaban criterios clínicos menores, y por ello se catalogaron de SAF probable. En 32 pacientes el SAF era primario y en 12 secundario (9 a LES, 2 a EMTC y 1 artritis reumatoide). La mediana de edad era de 33 años para el SAF primario y 32 años para el secundario, con una tasa de nacidos vivos similar y que mejoró a partir de la tercera gestación ( $p = 0,03$ ). La edad mostró una correlación positiva con la supervivencia fetal, sin significación estadística. El factor de riesgo vascular asociado más frecuente fue el tabaco. No hubo correlación entre el título de anticuerpos antinucleares y la supervivencia fetal, supervivencia que descendió en presencia del anticoagulante lúpico y de niveles elevados de anticuerpos anticardiolipina IgG e IgM, muy significativamente para el anticoagulante lúpico ( $p = 0,00$ ) y los anticuerpos anticardiolipina IgM ( $p = 0,00$ ). Los valores medios de C3 fueron  $107 \pm 28$  mg/dl en los embarazos que acabaron en recién nacidos vivos frente a  $110 \pm 44$  mg/dl en los que finalizaron con pérdidas. Para C4, sus valores medios fueron  $16 \pm 6$  mg/dl para nacidos vivos frente a  $18 \pm 10$  mg/dl en el caso de pérdidas. Las alteraciones en el doppler, el oligoamnios y el bajo peso fueron las alteraciones ecográficas más frecuentes. En 13 placentas examinadas se vieron trombos e infartos; todas se correspondían con morbimortalidad obstétrica. Relativo al tratamiento, la combinación AAS con heparina se usó en 25 pacientes y obtuvo la mejor tasa de nacidos vivos, 92% ( $p = 0,00$ ) frente al resto de opciones: 56%, para AAS sola, 50% heparina sola, y 27,7% para las 18 mujeres sin tratamiento. Como efectos adversos del tratamiento con AAS y/o heparina se observó en 10 pacientes complicaciones hemorrágicas leves, fundamentalmente hematomas a nivel de la herida de cesárea y genitorragia. La única malformación observada en los recién nacidos de madres tratadas fue un caso de labio leporino.

**Discusión.** El estudio analiza también las gestaciones anteriores que condujeron al diagnóstico SAF y que no habían llevado tratamiento, reflejando una importante morbilidad maternofetal. Quizá por ello las pacientes más jóvenes y en sus primeras gestaciones tienen peores resultados; una vez diagnosticadas y tratadas con AAS y heparina el pronóstico mejora ostensiblemente.

**Conclusiones.** El tratamiento combinado con AAS y heparina fue superior tanto en gestantes con SAF como en gestantes portadoras asintomáticas de anticuerpos antifosfolípido, especialmente del anticoagulante lúpico, por lo que en estas últimas también debería considerarse individualmente esta opción.

### IF-29 UTILIDAD DE LA TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

V. Manzano Gamero, J. Vargas Hitos, J. Sabio Sánchez, I. Martínez Egea, F. Negrera Navarro, M. Arenas Mir, P. Baños Piñero y J. Jiménez Alonso

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

**Objetivos.** Describir 2 casos de arteritis de células gigantes (ACG) en los que la utilización de la tomografía por emisión de positrones (PET) contribuyó al diagnóstico.

**Material y métodos.** Caso 1: Mujer de 60 años con antecedentes de fibroma de mama e hipotiroidismo subclínico. Tras cuadro faringoamigdal, comienza con astenia, anorexia, artromialgias y febrícula. Tenía adenopatías submandibulares y las arterias temporales algo engrosadas, no dolorosas y de latido simétrico. Análiticamente: Hb 11.9 g/dl, VCM fL 87, plaquetas 624.000, VSG 95 mm y PCR de 13.3 mg/dl. En el estudio de anemias: ferropenia de 14 ug/dl, ferritina de 378 mg/dl. Sedimento urinario, radiografía de tórax, hemocultivos, mantoux, serologías, hormonas tiroideas, marcadores tumorales, proteinograma, inmunoglobulinas, proteinuria de Bence-Jones, cortisol, ACTH, ANA, ANCA y complemento: normales o negativos. Ecografía abdominal, ecocardiografía y mamografías normales. TAC toracoabdominal: tumoración sólida en riñón derecho (3 x 3 cms) compatible con neoplasia maligna renal, confirmada por anatomía-patológica tras la intervención. Ante la persistencia del cuadro clínico inicial y las alteraciones analíticas (Hb 8.6 g/dl, VCM 90 fL, VSG 80mm y PCR 11mg/dl) se realiza estudio con PET para descartar enfermedad metastásica o etiología inflamatoria, observándose hipercaptación en aorta descendente y ambas arterias subclavias, compatible con arteritis de grandes vasos, confirmada tras biopsia de la temporal. Caso 2: Varón de 72 años con antecedentes de gammopatía monoclonal de significado incierto y trombosis de retina. Presentaba fiebre, cefalea pulsátil hemisferal y cuadro constitucional de 2 meses de evolución de fiebre. Exploración física normal. Análiticamente: Hb 12.3 g/dL, VCM 96 fL, VSG 117 mm 1ª hora, PCR 13mg/dL. ANA 1/160 patrón homogéneo. Proteinograma, inmunoglobulinas, proteinuria de Bence-Jones, marcadores tumorales, hormonas tiroideas, hemocultivos y serologías: normales o negativas. TAC torácico: cardiomegalia con derrame pericárdico, arteriosclerosis difusa y pequeño nódulo hipodenso en lóbulo tiroideo izquierdo de 5 mm. TAC craneal, ecocardiograma, ecografía abdominal y radiografía de tórax: normales. Ante la persistencia del cuadro febril y ausencia de otra sintomatología, se solicita PET, apreciándose hipercaptación en paredes de grandes troncos arteriales (raíz y cayado aórtico, aorta descendente e iliacas), todo ello sugerente de arteritis de grandes vasos.

**Resultados.** En ambos casos los síntomas guía fueron la fiebre y el cuadro constitucional, asociándose el engrosamiento de arterias temporales en el caso 1 y la cefalea en el caso 2, (ambos criterios clasificatorios según la ACR). Se realizó estudio de posible etiología infecciosa o tumoral en ambos, encontrándose como hallazgo casual una neoplasia renal en el caso 1. En los dos pacientes, la PET fue la prueba que decidió la actitud terapéutica, confirmándose el diagnóstico en el primer caso tras la biopsia de arteria temporal. En ambos casos, tras la instauración de tratamiento corticoideo a dosis de 0.5 mg/kg/día, se observó mejoría tanto sintomática como analítica.

**Discusión.** La afectación de la aorta y sus ramas principales ocurre en el 15% de las ACG, que puede debutar con síntomas inespecíficos hasta en el 40% de los casos. La PET se ha convertido en una prueba de gran utilidad en el diagnóstico de aquellas ACG sin afectación de arterias temporales o de presentación atípica, con sensibilidades y especificidades próximas al 90%. La limitación del PET a la hora de detectar arteritis de la temporal reside en el pequeño diámetro de dichas arterias y en la alta captación a nivel cerebral. A su valor diagnóstico parece añadirse un valor pronóstico, que correlaciona mayor agresividad, mayor recurrencia y mayor tendencia al desarrollo de dilataciones aórticas en aquellas ACG con captaciones más intensas en el PET.

**Conclusiones.** La PET es una prueba que puede ser de gran valor en el diagnóstico de ACG extracraneal o con una presentación clínica poco habitual.

### IF-30 SÍNDROME DE LA APÓFISIS ODONTÓIDES CORONADA

X. Solanich Moreno<sup>1</sup>, S. Jordan Lucas<sup>1</sup>, I. Cabello Zamora<sup>1</sup>, M. Fernández Quevedo<sup>1</sup>, J. Narváez<sup>2</sup>, J. Narváez<sup>3</sup>, A. Riera-Mestre<sup>1</sup> y R. Pujol<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Reumatología, <sup>3</sup>Servicio de Radiología. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

**Objetivos.** Describir las características de los pacientes afectados del síndrome de la apófisis odontoides coronada (SAOC), así como su evolución.

**Material y métodos.** Inclusión de los pacientes afectados de SAOC en un hospital universitario de tercer nivel. Se recogieron datos demográficos, clínicos, analíticos, su diagnóstico diferencial y las exploraciones radiológicas diagnósticas. Así mismo, se valoró la respuesta evolutiva al tratamiento.

**Resultados.** Ver tabla.

**Discusión.** Se trata de una entidad benigna e infrecuente causada por el depósito de cristales de pirofosfato cálcico ó hidroxapatita alrededor de la apofisis odontoides (AO). Suele afectar a mayores de 50 años con una incidencia similar en ambos sexos. Supone una dificultad diagnóstica ya que puede confundirse con una meningitis, polimialgia reumática, espondilodisitis infecciosa o tumores óseos. Estos depósitos suelen provocar un dolor

Tabla 1 (IF-30). Descripción de los pacientes con SAOC

	Caso 1	Caso 2
Edad (años)	63	69
Sexo	Masculino	Masculino
Clínica	Cervicalgia intensa	Cervicalgia intensa irradiada a hombros
Tiempo de evolución	2 meses	9 meses
Alteraciones analíticas	Anemia normocítica y reactantes de fase aguda elevados	Reactantes de fase aguda elevados
RX cervical	Microcalcificaciones en AO	Microcalcificaciones en AO
Diagnóstico inicial	Metástasis ósea	Polimialgia reumática
TC cervical	Artritis atloaxoidea con fractura de la AO	Artritis atloaxoidea
RX articulaciones periféricas	Normal	Calcificación periarticular en hombros
Tratamiento	AINE	AINE
Evolución	Leve dolor mecánico residual a los 12 meses	Resolución del cuadro a los 2 meses

cervical de inicio agudo o subagudo y de características inflamatorias, que suele acompañarse de rigidez articular y marcada limitación de la movilidad cervical. En ocasiones se presenta con importante repercusión sobre el estado general, con fiebre, astenia, anorexia y aumento de los reactantes de fase aguda. La TC, con el estudio centrado en C1-C2, es la técnica de elección para demostrar los depósitos calcícos, que coronan la odontoides con una disposición "en halo". También es de utilidad la búsqueda de datos que confirmen indirectamente la sospecha de artropatía microcristalina, mediante la realización de RX de articulaciones periféricas. El tratamiento con AINE consigue una resolución de la clínica en pocas semanas, siendo un dato clínico de gran valor.

**Conclusiones.** El SAOC es una entidad que, aunque infrecuente, debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de la cervicalgia, ya sea aguda o crónica, especialmente en los individuos mayores de 50 años. La TC es la técnica diagnóstica de elección. Un diagnóstico preciso puede evitar exploraciones, tratamientos o estancias hospitalarias innecesarias.

### IF-31

#### SÍNDROME SAPHO: A PRÓPOSITO DE CINCO CASOS

C. González Pulido<sup>1</sup>, E. Chinchilla Palomares<sup>1</sup>, E. Sánchez Rivas<sup>2</sup>, J. Galindo Ocaña<sup>2</sup>, S. García Morillo<sup>2</sup>, F. García Hernández<sup>1</sup>, M. Castillo Palma<sup>1</sup> y J. Sánchez Román<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Colagenosis (Medicina Interna), <sup>2</sup>UCAMI (Medicina Interna). Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** El Síndrome SAPHO (Sinovitis, Acné, Pustulosis, Hiperostosis y Osteítis) es una entidad de incidencia real desconocida e infradiagnosticada. Su detección requiere de alto índice de sospecha y un abordaje terapéutico complejo. Exponemos nuestra experiencia en cinco casos valorados en un Servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Revisión de historias clínicas de pacientes diagnosticados de SAPHO en el distintas Unidades del Servicio de Medicina Interna de nuestro hospital, con especial referencia al tratamiento.

**Resultados.** Caso 1: Varón, 53 años, 25 años de evolución. Afectación cutánea extensa típica y atípica (lesiones ampollas, úlceras orogenitales y clínica gastrointestinal) con afectación articular limitante en metacarpofalángicas (MCFs), metatarsofalángicas (MTFs) y rodillas. Refractoriedad terapéutica a glucocorticoides (GC) metotrexato (MTX), ciclosporina (CyA), inmunoglobulinas (IGG) y terapia biológica con infliximab. Se observó una buena respuesta final al sustituir este último por adalimumab (ADMM). Caso 2: Varón, 54 años. Dolor articular en tórax, sacroilíacas y codos desde la juventud, con reciente aparición de lesiones pustulosas palmoplantares y episodio autolimitado de iritis. HLA B27 positivo. Buena respuesta a primer escalón terapéutico con doxiciclina (DXC), MTX e hidrocloloquina (HCQ). Caso 3: Mujer, 29 años. Fenómeno de Raynaud limitado a manos como antecedente personal. Pustulosis palmoplantar más acné en cara y cuello de un año de evolución. Seguidamente, clínica de dolor en tórax, hombros y caderas. Mejoría cutánea parcial tras tratamiento con DXC + salazopirina + AINES. Mejoría articular y dermatológica tras añadir MTX. Caso 4: Mujer, 49 años. Lesiones acneiformes en espalda. Prurito palmoplantar intenso previo a la aparición de lesiones pustulosas dolorosas. Artralgias en muñecas y tobillos. Dolor retroesternal derecho. Mejoría inicial y transitoria con bisfosfonatos (BFF) a lo que posteriormente se añadió MTX. Ante la refractoriedad del cuadro, se inicia tratamiento con etanercept (ETC), sin buena evolución. Pendiente de iniciar tratamiento con ADMM. Caso 5: Mujer 56 años. Pustulosis palmoplantar de un año de evolución que inicia clínica de dolor e inflamación en articulaciones MCFs y condrocostales. Cuadro refractario a tratamiento con AINE+MTX+DXC, BFF y, en último lugar con ETC. Buena respuesta tras inicio de terapia con ADMM.

**Discusión.** El síndrome SAPHO es una entidad de abordaje complejo debido sobre todo a su baja incidencia y al frecuente diagnóstico incorrecto secundario al mimetismo de su clínica con otras entidades. En cuanto a su etiología parece ser que la infección por *Propionibacterium acnes* actúa como desencadenante del proceso autoinmune que conlleva una infiltración de polimorfonucleares y sobreproducción de TNF $\alpha$ , responsables del cuadro de afectación osteoarticular y cutánea. La presencia de HLAB27, poco frecuente, parece estar en relación con afectación de esqueleto axial, la de IL-8 con afectación esternal y la de IL-18 con clínica pélvica. El abordaje terapéutico es complicado; el tratamiento clásico (MTX+GC+AINEs) asociado a DXC (para erradicación de la infección) es ineficaz en la mayor parte de los casos. En los resistentes, se ha optado por el empleo de IGG, CyA, BFF de última generación (efecto de inhibición de reabsorción ósea+ propiedades antiinflamatorias) y agentes biológicos.

**Conclusiones.** En nuestra serie de casos los fármacos que han demostrado una mayor eficacia en pacientes con síndrome SAPHO con cuadros de gran afectación y resistentes a escalones terapéuticos previos han sido los anti-TNF, muy especialmente ADMM (incluso cuando han fallado previamente otros agentes anti-TNF).

### IF-32

#### INFECCIONES GRAVES EN PACIENTES CON LES

R. González León, E. Chinchilla Palomares, E. Montero Mateos, P. Montero Benavides, F. García Hernández, M. Castillo Palma, C. Ocaña Medina y J. Sánchez Roman

Unidad de Colagenosis (Medicina Interna). Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** Los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) tienen una mayor susceptibilidad a infecciones. En la actualidad la infección sigue siendo de las causas más frecuentes de mortalidad en el LES. Nuestro objetivo es analizar las infecciones graves (que dieron lugar a hospitalización) observados en una cohorte de pacientes con LES.

**Material y métodos.** Análisis retrospectivo de 705 pacientes con LES seguidos en una unidad especializada en enfermedades autoinmunes sistémicas, dentro de un Servicio de Medicina Interna, desde enero de 1980 hasta enero de 2008.

**Resultados.** La frecuencia de infección grave fue del 38,6% con un total de 390 (271 con el aislamiento positivo). La etiología fue bacteriana en 54,4%, vírica en 30,4% y oportunista en 15,2% (tuberculosa 37,5%). En la tabla se recoge la localización de infección. *E. coli* fue el más frecuente en la localización urinaria (56,5%), virus herpesvirus en la cutánea (67,8%), *M. tuberculosis* y *S. pneumoniae* en la respiratoria (21,4% y 14,3%), *Campylobacter* sp en la abdominal (21,7%), *Salmonella* sp en sepsis/bacteriemias (21,4%), y *C. neoformans* y *N. meningitidis* en sistema nervioso central (50% cada uno). La mortalidad por infección fue del 27,7%.

**Discusión.** La frecuencia de complicaciones infecciosas fue superponible a la de otras series, tanto españolas como extranjeras. La localización urinaria fue la más frecuente. La etiología tuberculosa representó un alto porcentaje de infecciones oportunistas. La infección supuso la causa de muerte en el 27,7% de la serie, dentro del rango publicado en la literatura (14-44%) y destacó la infección respiratoria (sobre todo tuberculosa) y la sepsis por criptococo.

**Conclusiones.** La frecuencia de complicaciones infecciosas graves en nuestra serie fue del 38,6%, dentro del rango publicado en la literatura. La localización de infección más frecuente fue la urinaria (27,2%). La prevalencia de infecciones oportunistas fue alta (15,2%) y correspondió en un elevado porcentaje a la etiología tuberculosa. La infección continúa siendo una causa importante de mortalidad en el LES.

## IF-33

**UTILIDAD DE LA PRUEBA DE MANTOUX EN EL ESTUDIO DE LOS PACIENTES CON UVEÍTIS**

**I. Cabezas Rodríguez, A. Mera Fidalgo, R. Coto Hernández, L. Caminal Montero, A. Fidalgo Navarro, L. Trapiella Martínez, H. Suárez Casado y J. Bernardo Cofiño**

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

**Objetivos.** Analizar la utilidad de la prueba de Mantoux en el protocolo diagnóstico de los pacientes con uveítis remitidos a la consulta específica del servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de los pacientes atendidos en la consulta de uveítis del servicio de Medicina Interna del HUCA desde enero de 2006 hasta junio de 2009, en el que se analizó la prevalencia de pacientes con la prueba de Mantoux realizada, los resultados obtenidos y la prevalencia de las uveítis infecciosas causadas por *M. tuberculosis*. Las variables cuantitativas con distribución normal se han expresado como media y desviación estándar y las variables cualitativas como porcentaje. **Resultados.** Se recopilaron 131 casos de uveítis con una edad media de la serie de 45 ± 16,5 años. Sesenta y siete pacientes (51%) fueron hombres, 11 (8%) eran inmigrantes y la raza predominante fue la caucásica (128 de 131 pacientes, 98%). Cinco pacientes (4%) tenían una serología positiva para el VIH y otros cinco (4%) referían consumo reciente de drogas por vía parenteral. De los 131 pacientes, 94 (72%) tenían hecha la prueba de Mantoux. De éstos 68 (72%) tuvieron un resultado negativo, incluidos 5 pacientes en los que se repitió la prueba tras una semana para evidenciar el fenómeno booster con idéntico resultado, y 26 (28%) un resultado positivo. Dos pacientes (1,5%) de los 131 tuvieron una uveítis causada por *M. tuberculosis*: una uveítis crónica bilateral con prueba de Mantoux negativa (incluido fenómeno booster), que se diagnosticó en el contexto de una tuberculosis pulmonar, y una panuveítis aguda unilateral con prueba de Mantoux positiva, que se diagnosticó en el cultivo del globo ocular tras su enucleación.

**Discusión.** La prueba de la intradermoreacción de Mantoux forma parte de la mayoría de los protocolos diagnósticos de los pacientes con uveítis. Sin embargo, su discreta sensibilidad y especificidad para la detección de la infección por *M. tuberculosis* junto con la baja prevalencia de este germen como causa de uveítis (1,5% en nuestra serie), hace que su utilidad en el diagnóstico de las uveítis tuberculosas sea escasa. Habrá que sospechar la etiología micobacteriana ante cuadros clínicos sugestivos (p. ej. uveítis granulomatosa en pacientes con tuberculosis en otras localizaciones) y confirmar esta sospecha con los cultivos microbiológicos pertinentes. En cambio, la prueba de Mantoux (y probablemente los nuevos métodos que cuantifican la liberación de interferón- $\gamma$  en respuesta a los antígenos micobacterianos o IGRA) continua siendo de utilidad para descartar la infección tuberculosa, lo que resulta determinante en aquellos pacientes en los que se plantea un tratamiento con fármacos biológicos como los antiTNF.

**Conclusiones.** 1. El diagnóstico de las uveítis tuberculosas hay que establecerlo sobre una alta sospecha clínica ante cuadros sugestivos, que habrá que confirmar con los cultivos microbiológicos adecuados. 2. La utilidad de la prueba de Mantoux estriba en la detección de la infección tuberculosa, sobre todo en los pacientes en los que se plantea un tratamiento inmunosupresor potente, en especial los antiTNF.

## IF-34

**PREVALENCIA Y SIGNIFICADO CLÍNICO DE LOS POLIMORFISMOS DE LOS RECEPTORES TOLL-LIKE 2, 4 Y 5 EN EL SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO**

**M. Gandía<sup>1</sup>, P. Brito-Zerón<sup>1</sup>, M. Soto-Cardenas<sup>3</sup>, C. Díaz-Lagares<sup>1</sup>, R. López<sup>2</sup>, B. Suárez<sup>2</sup>, F. Lozano<sup>2</sup> y M. Ramos-Casals<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Laboratorio de enfermedades autoinmunes "Josep Font" IDIBAPS, <sup>2</sup>Servicio de Inmunología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

**Objetivos.** Determinar si los polimorfismos de los receptores toll-like 2, 4 y 5 (TLR-2, TLR-4 y TLR-5) están asociados con las principales manifestaciones clínicas e inmunológicas en pacientes con síndrome de Sjögren primario (SS)

**Material y métodos.** Se analizaron 210 pacientes con SS primario (194 mujeres y 16 hombres, con una edad media al momento del diagnóstico de la enfermedad de 57 años). Los polimorfismos de TLR2, TLR4 y TLR5 (TLR2Arg677/Trp, TLR2Arg753/Gln, TLR4Asp299/Gly, TLR4Thr399/Ile y TLR4Arg392/Stop) fueron analizados y secuenciados usando una técnica de tipificación de bases (SBT). Se incluyeron 102 pacientes sanos como grupo control.

**Resultados.** Ocho (4%) pacientes con SS fueron portadores del polimorfismo TLR-2, 29 (14%) del polimorfismo TLR-4 y 21 (10%) del polimorfismo TLR-5. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con SS primario y el grupo control. Respecto a las manifestaciones extraglandulares, los pacientes portadores del polimorfismo TLR-4 tuvieron una mayor frecuencia de fenómeno de Raynaud (41% vs 18%,  $p = 0.013$ ) y aquellos portadores de TLR-5 una mayor frecuencia de enfermedad intersticial pulmonar (24% vs 7%,  $p = 0.030$ ) en comparación con los pacientes que no eran portadores de estos polimorfismos. En lo referente a la enfermedad cardiovascular, se encontró una mayor frecuencia de lesiones asintomáticas de sustancia blanca del SNC en pacientes portadores del polimorfismo TLR-2 (100% vs 32%,  $p = 0.02$ ) y en portadores del polimorfismo TLR-5 (14% vs 3%  $p = 0.036$ ). Los pacientes portadores del polimorfismo TLR-2 presentaron también una mayor frecuencia de síndrome metabólico asociado (50% vs 18%,  $p = 0.043$ ) y los portadores del polimorfismo TLR-4 mayores niveles de LDL (172.6 ± 17.8 vs 137.0 ± 3.9,  $p < 0.004$ ) en comparación con pacientes no portadores. En cuanto a las infecciones, los pacientes portadores del polimorfismo TLR-2 tuvieron una mayor frecuencia de candidiasis oral (25% vs 4%,  $p = 0.05$ ) en comparación con los pacientes no portadores.

**Conclusiones.** En la etiopatogenia del síndrome de Sjögren primario, los polimorfismos de los receptores TLR-2, TLR-4 y TLR-5 se asocian con la presencia de determinadas manifestaciones extraglandulares (fenómeno de Raynaud y afectación pulmonar), afectación cardiovascular (síndrome metabólico y lesiones de sustancia blanca) e infecciones (candidiasis).

## IF-36

**CRIOGLOBULINEMIA EN EL SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO: IMPACTO EN LA EXPRESIÓN CLÍNICA EN 628 PACIENTES DE LA COHORTE GEMESS**

**M. Ramos-Casals<sup>1</sup>, R. Solans<sup>2</sup>, M. Camps<sup>3</sup>, A. Gil<sup>4</sup>, J. Del Pino<sup>5</sup>, C. Hidalgo-Tenorio<sup>6</sup>, M. Micó<sup>7</sup> y L. Pallarés<sup>8</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Enfermedades Autoinmunes. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General Vall d'Hebron - Área General. Barcelona.

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga

<sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

<sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. H. Virgen de la Vega. Salamanca.

<sup>6</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

<sup>7</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

<sup>8</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca (Illes Balears).

**Objetivos.** Analizar las características epidemiológicas, clínicas y analíticas relacionadas con la presencia de crioglobulinemia en una cohorte amplia de pacientes españoles con síndrome de Sjögren primario (SSp).

**Material y métodos.** El Grupo de Estudio GEMESS se formó en 2005 con el objetivo de reunir una gran serie nacional de pacientes con SS primario, y lo constituyen doce centros de referencia español con una importante experiencia en el manejo de pacientes con SSp.

**Resultados.** La cohorte consta de 1010 pacientes, 937 (93%) mujeres y 73 (7%) hombres (mujeres: hombres, 13:1), con una edad media al diagnóstico de 53,0 ± 0,48 años (rango, 14-88) y de 58,7 ± 0,46 años (rango, 16-94) en el momento de su inclusión en el Registro. Las crioglobulinas se determinaron en 628 pacientes y fueron positivas en 62 (10%), 58 (93%) mujeres y 4 (7%) hombres, con una edad media al diagnóstico del SSp de 50 años y un tiempo de evolución del SSp de 6 años. Los pacientes con crioglobulinemia presentaron una mayor prevalencia de parotidomegalia (40% vs 23%,  $p = 0.005$ ), fenómeno de Raynaud (29% vs 18%,  $p = 0.04$ ), vasculitis (34% vs 6%,  $p < 0.001$ ), afectación renal (13% vs 5%,  $p = 0.013$ ), anemia (38% vs 17%,  $p = 0.015$ ), polineuropatía (18% vs 8%,  $p = 0.021$ ), leucopenia (34% vs 15%,  $p < 0.001$ ), plaquetopenia (34% vs 14%,  $p < 0.001$ ), FR+ (61% vs 40%,  $P = 0.002$ ), anti-Ro+ (59% vs 44%,  $p = 0.042$ ) y disminución de los niveles de C3 (30% vs 8%,  $p < 0.001$ ) y de C4 (42% vs 7%,  $p < 0.001$ ) en comparación con los pacientes sin crioglobulinemia. El análisis multivariante, ajustado por edad, sexo y tiempo de evolución del SS identificó la parotidomegalia ( $p = 0.034$ ), la vasculitis ( $p < 0.001$ ), la leucopenia ( $p = 0.003$ ) y la disminución de los niveles de C4 ( $p < 0.001$ ) como variables significativas independientemente asociadas a la presencia de crioglobulinemia

**Conclusiones.** Uno de cada 10 pacientes con SSp presenta crioglobulinas positivas en suero. Su presencia ejerce una influencia significativa en el desarrollo de las principales manifestaciones sistémicas de la enfermedad, especialmente en el ámbito vascular, renal y neurológico. La determinación

de crioglobulinas debe realizarse ante todo paciente con SSp y afección extraglandular.

### IF-37

#### INFLUENCIA DEL POLIMORFISMO EN EL GEN DEL RECEPTOR TLR-5 SOBRE EL PERFIL INMUNOLÓGICO EN PACIENTES CON LUPUS ERI- TEMATOSO SISTÉMICO

**P. Brito-Zerón<sup>1</sup>, M. Gandía<sup>1</sup>, M. Soto-Cardenas<sup>3</sup>, C. Díaz-Lagares<sup>1</sup>, R. López<sup>2</sup>, B. Suárez<sup>2</sup>, F. Lozano<sup>2</sup> y M. Ramos-Casals<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Laboratorio de enfermedades autoinmunes "Josep Font" IDIBAPS, <sup>2</sup>Servicio de Inmunología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

**Objetivos.** Determinar si los polimorfismos de los receptores Toll-like 5 (TLR-5) están asociados con las principales manifestaciones clínicas e inmunológicas en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES).

**Material y métodos.** Se estudiaron 142 pacientes que cumplían 4 o más de los criterios clasificatorios de LES. El SNP Arg392Stop del gen que codifica TLR-5 fue genotipado usando una técnica de tipificación de bases (SBT). Se incluyeron 110 pacientes voluntarios sanos como grupo control.

**Resultados.** Ocho pacientes con LES (6%) presentaron el polimorfismo del TLR-5, sin diferencias significativas con la prevalencia del grupo control (7%). No se encontraron diferencias significativas en la prevalencia de las principales características clínicas del LES, factores de riesgo cardiovascular y eventos cardiovasculares. Se observó una tendencia a una mayor prevalencia de infecciones en pacientes con LES portadores del polimorfismo de TLR-5 (62% vs 36%,  $p = 0.12$ ). Inmunológicamente, los pacientes con LES portadores del polimorfismo TLR-5 presentaron un mayor valor medio de anticuerpos anti-dsDNA (116.63+25.48 vs 66.66+5.77,  $p = 0.04$ ) y una mayor prevalencia de positividad de anticuerpos anti-ENA (87% vs 46%,  $p = 0.029$ ), incluyendo anti-Ro/SS-A (62% vs 38%,  $p = 0.26$ ), anti-La/SS-B (50% vs 11%,  $p = 0.010$ ), anti-Sm (37% vs 6%,  $p = 0.016$ ) y anticuerpos anti-RNP (37% vs 15%,  $p = 0.012$ ), respecto a los pacientes con LES no portadores del SNP Arg392Stop.

**Conclusiones.** Aunque en la etiopatogenia del LES probablemente están involucrados múltiples genes, el polimorfismo de TLR-5 no parecen estar asociados con la expresión clínica y enfermedad cardiovascular, aunque sí se encuentra una tendencia a la asociación con un mayor riesgo de infección. Por contra, el polimorfismo TLR-5 sí se asocia a un perfil inmunológico característico, al existir una asociación significativa con la presencia de positividad para anticuerpos anti-La/SS-B y anti-Sm y con un mayor título de anticuerpos anti-dsDNA.

### IF-38

#### DIABETES MELLITUS EN EL PACIENTE CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO: UN RIESGO TRES VECES SUPERIOR AL ESPERADO EN POBLACIÓN NO AUTOINMUNE DE ATENCIÓN PRIMARIA

**M. Pérez de Lis<sup>1</sup>, C. Díaz Lagares<sup>1</sup>, P. Brito Zerón<sup>1</sup>, A. Bové<sup>1</sup>, R. Pérez Álvarez<sup>2</sup>, A. Sisó<sup>3</sup>, M. Ramos Casals<sup>1</sup> y A. Coca<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Laboratorio de enfermedades autoinmunes "Josep Font" IDIBAPS, <sup>4</sup>Unidad de Hipertensión, servicio de Medicina Interna, ICMD. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital do Meixoeiro. Vigo (Pontevedra).

<sup>3</sup>CAP Les Corts, GESCLINIC. CAP Les Corts, GESCLINIC (Barcelona).

**Objetivos.** Analizar la prevalencia y relevancia clínica de la diabetes mellitus tipo II (DM-II) en una amplia serie de pacientes con síndrome de Sjögren primario (SSp) respecto a una población control de pacientes sin enfermedad autoinmune de atención primaria.

**Material y métodos.** Estudio de casos y controles. Se han incluido en el estudio 505 pacientes consecutivos diagnosticados de SSp entre 1980 y 2008. Se analizó la prevalencia de DM-II, que fue diagnosticada de acuerdo a los siguientes criterios: dos determinaciones de glicemia basal en ayunas ambas superiores a los 126 mg/dl, o síntomas de diabetes junto a una glicemia plasmática casual mayor o igual a 200 mg/dl en cualquier momento del día o una glicemia mayor o igual a 200 mg/dl después de una prueba de sobrecarga oral de glucosa. Como población control se han incluido 505 pacientes apareados por edad y sexo visitados consecutivamente en un centro de atención primaria.

**Resultados.** 158 (31%) pacientes con SSp fueron diagnosticados de DM-II. Frente al resto de pacientes, aquellos con DM-II presentaron mayor edad al diagnóstico más de SSp (61 vs 55 años,  $p < 0.001$ ), una mayor frecuencia de vasculitis (12% vs 7%,  $p = 0.034$ , afección pulmonar intersticial (14% vs 5%,  $p < 0.001$ ), afectación renal (8% vs 1%,  $p < 0.001$ ), neuropatía periférica (13% vs 7%,  $p = 0.047$ ), afectación del SNC (11% vs 5%,  $p = 0.020$ ), anemia (38% vs 25%,  $p = 0.003$ ) y mayores valores de PCR (5.75 vs 2.04,

$p < 0.001$ ). Por el contrario, presentaron una menor frecuencia de FR+ (37% vs 46%,  $p = 0.047$ ), anti-Ro+ (21% vs 40%,  $p < 0.001$ ), anti-La+ (18% vs 29%,  $p = 0.004$ ) y menores valores de IgG sérica (12.06 vs 14.51,  $p = 0.001$ ) frente a los pacientes sin DM-II asociada. Los pacientes diabéticos habían sido tratados con más frecuencia con corticoides (49% vs 28%,  $p = 0.001$ ) y con menos frecuencia con antipalúdicos (12% vs 22%,  $p = 0.006$ ). El análisis multivariado ajustado por edad y sexo identificó como variables independientes la edad ( $p < 0.001$ ), afectación renal ( $p < 0.001$ ), anemia ( $p = 0.001$ ), niveles de IgG ( $p = 0.001$ ) y corticoides ( $p = 0.001$ ). La frecuencia de DM-II en la población control fue del 13% (OR 3.08, IC 95% 2.21-4.31,  $p < 0.0000001$ ).

**Conclusiones.** Un tercio de nuestros pacientes con SSp presentan una DM-II asociada, más del doble de la frecuencia en una población control de la misma edad y sexo. La coexistencia de DM-II se asocia a una menor expresión de autoanticuerpos y a la toma de corticoides. La frecuencia de DM-II en el paciente con SSp se acerca a la observada en población general española por encima de los 80 años.

### IF-39

#### RESULTADOS Y CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LAS BRONQUIEC- TASIAS EN EL PACIENTE CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO: ESTUDIO EN 507 PACIENTES

**M. Soto Cárdenas<sup>3</sup>, M. Gandía<sup>1</sup>, A. Bové<sup>1</sup>, M. Pérez de Lis<sup>1</sup>, C. Díaz Lagares<sup>1</sup>, P. Brito Zerón<sup>1</sup>, A. Sisó<sup>2</sup> y M. Ramos Casals<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Laboratorio de enfermedades autoinmunes "Josep Font" IDIBAPS. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

<sup>2</sup>CAP Les Corts, GESCLINIC. CAP Les Corts, GESCLINIC (Barcelona).

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

**Objetivos.** Analizar la prevalencia y significado clínico de las bronquiectasias en una amplia serie de pacientes con síndrome de Sjögren primario (SS) y evaluar su impacto en el pronóstico y expresión de la enfermedad autoinmune

**Material y métodos.** Se estudiaron mediante tomografía pulmonar computerizada (TC) 120 pacientes con SSp y sospecha de enfermedad pulmonar. La presencia de bronquiectasias se evaluó de acuerdo a criterios estándar de imagen (TC). Como grupo control incluimos 37 pacientes evaluados por CT durante el mismo período de estudio, sin objetivarse datos clínicos sugestivos de afectación pulmonar y con resultados de CT pulmonar normal.

**Resultados.** De los 120 pacientes estudiados, 50 (42%) presentaban bronquiectasias. Nueve pacientes fueron excluidos por presentar bronquiectasias atribuibles a otros procesos concomitantes distintos al SSp. De los 41 pacientes con bronquiectasias relacionadas con el SSp, 40 eran mujeres con una edad media al diagnóstico de 64 años. Los principales síntomas respiratorios incluyeron tos crónica en 34 (83%) pacientes, disnea en 29 (71%) e incremento de la expectoración en 8 (9%). Todos los casos de bronquiectasias eran de tipo cilíndrico y localizadas en los lóbulos inferiores en 29 casos (24%), en los lóbulos medios en 10 (24%, de los cuales 8 coexistían con bronquiectasias basales) y 10 (24%) tenían un patrón difuso. Veintidós (54%) pacientes presentaron otros hallazgos en el TC pulmonar, incluyendo micronódulos parenquimatosos en 7 casos, engrosamiento de paredes bronquiales en 7 casos, áreas en vidrio deslustrado en regiones peribronquiales en 5, atelectasias en 3, patrón en "tree-in-bud" en dos y bullas en un caso. La espirometría pulmonar fue realizada al diagnóstico en 26 pacientes: 10 (38%) tuvieron resultados normales, 8 (31%) un patrón predominantemente obstructivo y 8 (38%) un patrón restrictivo. Solo 4/26 (15%) pacientes presentaron una prueba de broncodilatación positiva. Los valores de DLCO se analizaron en 20 pacientes: 15 (75%) tuvieron una DLCO inferior a 80mmol/min/mmHg y dos (10%) inferior a 50 mmol/min/mmHg. Veintitrés (56%) pacientes presentaron infecciones respiratorias graves que precisaron ingreso hospitalario. Los pacientes con bronquiectasias tenían una mayor edad media al diagnóstico de SS (60 vs 52 años,  $p = 0.022$ ) y un mayor seguimiento de la enfermedad (118 vs 88 meses,  $p = 0.028$ ), una menor frecuencia de cumplimiento de los criterios de 2002 (41% vs 84,  $p = 0.001$ ), un menor porcentaje medio de gammaglobulinas circulantes (17.9% vs 21.9%,  $p = 0.016$ ), una frecuencia inferior de anticuerpos anti-Ro/SS-A (27% vs 54%,  $p = 0.022$ ) y una mayor frecuencia de anticuerpos anti-músculo liso (82% vs 60%,  $p = 0.043$ ), hernia de hiato (415 vs 16%,  $p = 0.024$ ), infecciones respiratorias (56% vs 3-5,  $p = 0.001$ ) y neumonía (29% vs 3%,  $p = 0.002$ ) en comparación con los pacientes con SSp sin bronquiectasias.

**Conclusiones.** Los pacientes con síndrome de Sjögren primario y bronquiectasias se caracterizan por presentar más edad más avanzada al diagnóstico, una mayor frecuencia de hernia de hiato, infecciones respiratorias y neumonía, así como un patrón inmunológico específico (baja frecuencia de anti-Ro/SS-A y alta frecuencia de anti-músculo liso).

## IF-40

**ETNIA Y NEFROPATÍA LÚPICA. PRESENTACIÓN CLÍNICA Y PRONÓSTICO EN UNA COHORTE DE 190 PACIENTES CAUCÁSICOS DE UN MISMO CENTRO**

**M. Ramos Casals<sup>1</sup>, A. Sisó<sup>2</sup>, A. Bové<sup>1</sup>, M. Gandía<sup>1</sup>, P. Brito Zerón<sup>1</sup>, C. Díaz Lagares<sup>1</sup>, M. Pérez de Lis<sup>1</sup> y A. Coca<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Laboratorio de enfermedades autoinmunes "Josep Font" IDIBAPS, <sup>2</sup>Unidad de Hipertensión, Servicio de Medicina Interna, ICMD. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

<sup>3</sup>CAP Les Corts, GESCLINIC. CAP Les Corts, GESCLINIC (Barcelona).

**Objetivos.** Describir la historia natural de la nefritis lúpica (NL) en una cohorte histórica de 190 pacientes caucásicos diagnosticados por biopsia.

**Material y métodos.** Fueron evaluados 670 pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) seguidos en nuestro servicio desde 1970 hasta 2007. Todos los pacientes cumplían los criterios clasificatorios revisados en 1997 de LES. Como población de estudio fueron seleccionados pacientes caucásicos (raza blanca, nacidos en España) con nefritis lúpica confirmada histopatológicamente de acuerdo a la clasificación ISN/RPS.

**Resultados.** Se estudiaron 190 pacientes (170 mujeres y 20 hombres). La edad media al diagnóstico de nefritis lúpica fue de 31 años. La biopsia renal mostró una NL tipo I en 8 (4%) pacientes, tipo II en 33 (17%), tipo III en 46 (24%), tipo IV en 72 (38%), tipo V en 28 (15%) y tipo VI en 3 (2%) pacientes. La inducción de la remisión se alcanzó en el 85% de los pacientes con nefritis tipo I y II, en el 78% de aquellos con tipo III, en el 70% de aquellos con tipo IV y en el 32% de los que tenían tipo V. Después de un seguimiento medio de 2391 pacientes-año, 62 (33%) pacientes desarrollaron insuficiencia renal crónica y 18 (9%) evolucionaron a enfermedad renal terminal. El análisis multivariante mediante regresión de Cox identificó el género masculino (HR 4.33) y el aumento del nivel de creatinina al momento de diagnóstico de la NL (HR 5,18) como variables independientes para el desarrollo de insuficiencia renal. Diecinueve (10%) pacientes fallecieron a una edad media de 46.5 ± 4.1 años. La supervivencia fue del 92% tras 10 años de seguimiento, del 80% después de 20 años y del 72% tras 30 años. La supervivencia a los 10 años de acuerdo al tipo de nefritis lúpica fue del 100% en la tipo II, 91% en la tipo III, 93% para la tipo IV y 95% para la tipo V. Los pacientes que fallecieron habían recibido con menor frecuencia tratamiento con antipalúdicos (5% vs 30%, p = 0.027).

**Conclusiones.** Nuestros resultados sugieren que nefropatía lúpica en pacientes caucásicos tiene hoy en día un excelente pronóstico, a diferencia de lo que ocurre en razas no caucásicas. La etnia debería ser considerada un factor clave a la hora de evaluar el pronóstico y la respuesta terapéutica a diferentes agentes en el paciente con LES.

## IF-41

**UTILIDAD CLÍNICA DE LOS ANTICUERPOS ANTI-JO1 EN PACIENTES AUTOINMUNES**

**L. Sáez Comet<sup>1</sup>, J. Velilla Marco<sup>1</sup>, P. Casanova Esteban<sup>2</sup> y A. Ballester Luna<sup>2</sup>**

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

**Objetivos.** Los anticuerpos anti-Jo1 (anti-Histidyl-tRNA-sintetasa) se han asociado al "síndrome antisintetasa", caracterizado por la presencia de miositis, artritis, Raynaud, manos de mecánico, fiebre y afectación pulmonar. Sin embargo, estos anticuerpos también se pueden detectar en otros pacientes con lupus eritematoso y otras conectivopatías. **Objetivos:** Identificar subgrupos de pacientes autoinmunes en función de los valores del anticuerpo anti-Jo1+. Analizar las asociaciones de este anticuerpo con las manifestaciones clínicas del síndrome antisintetasa y con otros autoanticuerpos.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo en el que se recogen datos clínicos de los pacientes anti-Jo1+ atendidos en la Unidad de Enfermedades Autoinmunes (UEAS) del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza. Se revisan especialmente el patrón de autoanticuerpos, las manifestaciones clínicas, el diagnóstico clínico y la evolución del paciente. Los valores de anti-Jo1 se clasifican en positivo débil, moderado y fuerte y se evalúa la posible asociación entre estos valores y las características clínicas e inmunológicas de los pacientes. Los análisis estadísticos se realizaron mediante Chi cuadrado con el programa SPSS 15.0.

**Resultados.** Se revisaron 24 pacientes anti-Jo1+ atendidos en la Unidad de Enfermedades Autoinmunes. 10 pacientes (41%) procedían de Medicina Interna, 2 (8.3%) de Atención Primaria, 2 (8.3%) de Hematología y el resto (10 pacientes, 41%) de otras especialidades médicas. El 66% (18/24) correspondían a mujeres. La edad media fue de 56 años (rango 21-85) y la mediana de seguimiento de 28 meses (rango 1-367). 20/24

pacientes (83.3%) presentaron valores "positivo débil" para el anti-Jo1, 2/24 (8.3%) positivo moderado y 2/24 (8.3%) positivo fuerte. Estos cuatro pacientes con valores de anti-Jo1 positivo moderado o fuerte y 1 paciente con valores positivo débil fueron diagnosticados de síndrome antisintetasa. Los otros 19 pacientes, todos ellos con valores positivo débil, fueron diagnosticados de otras conectivopatías como lupus eritematoso sistémico (9 pacientes), conectivopatía indiferenciada (3), síndrome de Sjögren (2), polimialgia reumática (1), arteritis temporal (1), enfermedad mixta del tejido conectivo (1) y esclerosis sistémica (1). Un paciente anti-Jo1+ débil no presentaba diagnóstico de conectivopatía y se interpretó como falso positivo. En el análisis univariante se objetivó asociación estadística de los pacientes con niveles de anti-Jo1 moderado o fuerte con el diagnóstico de síndrome antisintetasa (p < 0,001), las "manos de mecánico" (p 0,022), la afectación pulmonar (p < 0,001), la miopatía (p 0,008) y con el tratamiento con inmunosupresores (p 0,018). En el análisis multivariante, las "manos de mecánico" y la afectación pulmonar seguían presentando una correlación estadísticamente significativa con los anti-Jo1 moderado o fuerte.

**Discusión.** Estudios previos habían explicado que sólo los niveles altos de los anticuerpos antiJo1 eran sugestivos de síndrome antisintetasa. Proponían que quizás debían redefinirse los valores de corte para dichos autoanticuerpos ya que en sus pacientes con antiJo1 a niveles bajos no se asocian a miositis ni a alteración pulmonar. En nuestro estudio la conclusión es similar, ya que los 4 pacientes con valores altos de antiJo1 tenían el diagnóstico clínico de síndrome antisintetasa, mientras que sólo 1 de los pacientes con valores bajos tenía este diagnóstico. Igualmente observamos una baja frecuencia de miopatía (5%) o alteración pulmonar (5%) en pacientes con antiJo1 positivo débil. Como limitaciones, se trata de un estudio retrospectivo y con pocos pacientes, dada la baja incidencia del síndrome antisintetasa. No se consideró la inmunofluorescencia de los anticuerpos antinucleares, ya que no estaba disponible en muchos pacientes.

**Conclusiones.** Los antiJO1+ a títulos moderados o fuertes se asocian estadísticamente al síndrome antisintetasa. Los antiJO1+ a títulos débiles no presentan esta asociación y se encuentran en pacientes con otras enfermedades autoinmunes como lupus eritematoso sistémico y otras conectivopatías.

## IF-42

**TRATAMIENTO DE VASCULITIS SISTÉMICAS REFRACTARIAS CON RITUXIMAB: EXPERIENCIA CLÍNICA EN 45 PACIENTES (REGISTRO BIOGEAS)**

**M. Ramos-Casals<sup>1</sup>, M. Castillo-Palma<sup>2</sup>, J. Callejas<sup>3</sup>, E. De Ramón<sup>4</sup>, A. Martínez-Berriotxo<sup>5</sup>, J. Oristell<sup>6</sup> y C. Díaz-Lagares<sup>1</sup>**

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

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

<sup>3</sup>Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

<sup>4</sup>Unidad de Enfermedades Autoinmunes. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.

<sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cruces. Barakaldo (Vizcaya).

<sup>6</sup>Servicio de Medicina Interna. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona).

<sup>7</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital San Agustín. Avilés (Asturias).

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

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

**Resultados.** A fecha 6 de julio de 2009, están incluidos en el Registro BIO-GEAS 45 pacientes con vasculitis sistémicas tratados con rituximab (25 mujeres y 19 hombres, edad media de 49 años), incluyendo 23 pacientes con granulomatosis de Wegener (GW), 11 con crioglobulinemia mixta (CM), 3 con poliarteritis microscópica, 3 con poliarteritis nodosa y 5 con otras vasculitis. Once (24%) pacientes presentaban infecciones víricas crónicas asociadas (10 VHC+). En todos los casos la indicación terapéutica fue la falta de respuesta a la terapia estándar con inmunodepresores (ciclofosfamida en 27 casos, metotrexate en 10, micofenolato en 8 y azatioprina en 7), otras terapias biológicas (6 casos) y/o antivíricos (6 casos). Se pudo evaluar la respuesta terapéutica en 38 pacientes, siendo completa en 23 (61%) pacientes, parcial en 6 (16%) y sin respuesta en 9 (23%). Se observa una

respuesta terapéutica favorable global en el 91% de los pacientes con CM y en el 78% de los pacientes con GW. Se observó recidiva en 10 (34%) de los 29 pacientes que respondieron, mayor en pacientes con GW (44%) que en aquellos con CM (30%); 9 pacientes fueron retratados con buena respuesta. Trece pacientes (29%) presentaron eventos adversos (7 infecciones). Seis pacientes fallecieron, cinco debido a vasculitis refractaria y un paciente debido a endocarditis por MRSA.

**Conclusiones.** Aun sin contar con indicación aprobada, rituximab se emplea en la práctica clínica diaria en pacientes con vasculitis sistémicas graves y/o refractarias al tratamiento convencional, con una eficacia superior al 75% de los casos en pacientes con crioglobulinemia y granulomatosis de Wegener. Este estudio observacional no controlado muestra una buena tolerancia y eficacia clínica a corto plazo del rituximab en pacientes con vasculitis sistémicas graves.

#### IF-44

##### RITUXIMAB EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO GRAVE Y/O REFRACTARIO: RESULTADOS EN 132 PACIENTES

C. Díaz-Lagares<sup>1</sup>, F. García-Hernández<sup>2</sup>, E. de Ramón<sup>3</sup>, A. Martínez-Berriotoxa<sup>4</sup>, J. Callejas<sup>5</sup>, L. Pallarés<sup>6</sup>, L. Caminal<sup>7</sup> y M. Micó<sup>8</sup>

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

<sup>2</sup>Unidad de Colagenosis, Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.

<sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cruces. Barakaldo (Vizcaya).

<sup>5</sup>Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

<sup>6</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca (Illes Balears).

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

<sup>8</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

**Objetivos.** Analizar la eficacia y seguridad del uso de rituximab en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) y afectación grave refractaria a tratamiento convencional.

**Material y métodos.** En 2006, el Grupo de Estudio de Enfermedades Autoinmunes (GEAS) de la Sociedad Española de Medicina Interna creó el proyecto BIOGEAS, un estudio multicéntrico dirigido a recopilar datos sobre el uso de terapias biológicas en pacientes con EAS refractarios a tratamiento convencional (fracaso de al menos dos inmunosupresores). La información se recoge a partir de casos comunicados por miembros del GEAS (última actualización: 30 de junio de 2009).

**Resultados.** 132 pacientes tratados con rituximab han sido incluidos en el Registro (119 mujeres y 13 varones), con una edad media de 36,2 años (15-72). Las manifestaciones clínicas que presentaban estos pacientes y que motivaron la indicación fueron las siguientes: glomerulonefritis (62 casos, 47%), afectación hematológica (40 casos, 30%), afectación cutánea (13 casos, 10%), artritis (9 casos, 7%), afectación pulmonar (7 casos, 5%), afectación de SNC (6 casos, 4,5%), serositis (6 casos, 4,5%), afectación de aparato digestivo (5 casos, 4%), miocarditis (3 casos, 2%), afectación muscular (2 casos, 1,5%) y linfoma (2 casos, 1,5%). Se trataba de pacientes fuertemente tratados, que habían recibido previamente corticoides y una media de 2,1 inmunodepresores. La pauta empleada fue de 375 mg/m<sup>2</sup> semanales durante 4 semanas en 113 (86%) pacientes, 1 gr. quincenal (dos dosis) en 17 (13%) pacientes y una pauta diferente en 2 (2%) pacientes. En 69 (52%) se realizó tratamiento inmunodepresor concomitante al rituximab. Se pudo evaluar la respuesta en 122 pacientes, de los que 92 (79%) de los pacientes tuvieron una respuesta favorable al tratamiento (45% respuesta completa, 34% respuesta parcial, 22% no respuesta). La respuesta favorable por órgano fue la siguiente (analizados aquellos órganos con un mínimo de 5 casos): riñón (47/59 pacientes, 80%), hematológica (29/39, 74%), cutánea (8/13, 61,5%), artritis (8/9, 89%), pulmón (5/7, 71%), SNC (5/6, 83%), serositis (5/6, 83%). El tiempo medio de seguimiento fue de 24 meses. 21 (16%) pacientes sufrieron algún evento adverso: 16 infecciones (5 infecciones urinarias, 2 infecciones de VAS, 3 neumonías, 2 zoster, 1 sepsis por CMV, 1 fasciitis necrotizante, 1 colitis, 1 encefalitis viral), 2 leucoencefalopatía posterior reversible, 1 reacción grave de infusión, 1 neutropenia y 1 adenocarcinoma de sigma. 7 (5%) pacientes fallecieron durante el seguimiento, tres por progresión de la enfermedad y dos por complicaciones infecciosas (1 neumonía, 1 sepsis por CMV).

**Conclusiones.** El rituximab es una opción eficaz y segura en aquellos pacientes con LES grave refractario al tratamiento convencional, siendo la nefropatía y las alteraciones hematológicas las manifestaciones en las que se acumula una mayor experiencia favorable dentro del estudio BIOGEAS.

#### IF-45

##### ADALIMUMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS Y AFECTACIÓN GRAVE REFRACTARIA A TRATAMIENTO CON INMUNOSUPRESORES Y BIOLÓGICOS

C. Díaz Lagares<sup>1</sup>, M. Castillo Palma<sup>2</sup>, L. Pallarés<sup>3</sup>, L. Caminal<sup>4</sup>, J. Callejas<sup>5</sup>, A. Martínez Berriotoxa<sup>6</sup>, G. Espinosa<sup>1</sup> y M. Ramos Casals<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Unidad de Colagenosis, Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca (Illes Balears).

<sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias).

<sup>5</sup>Unidad de Enfermedades Autoinmunes, Servicio de Medicina Int. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

<sup>6</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cruces. Barakaldo (Vizcaya).

**Objetivos.** Analizar la eficacia y seguridad del uso de adalimumab en pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) y afectación grave refractaria a otros tratamientos.

**Material y métodos.** En 2006, el Grupo de Estudio de Enfermedades Autoinmunes (GEAS) de la Sociedad Española de Medicina Interna creó el proyecto BIOGEAS, un estudio multicéntrico dirigido a recopilar datos sobre el uso de terapias biológicas en pacientes con EAS refractarios a tratamiento convencional (fracaso de al menos dos inmunosupresores). La información se recoge a partir de casos comunicados por miembros del GEAS (última actualización: 8 de julio de 2009).

**Resultados.** Veinte pacientes tratados con adalimumab han sido incluidos en el Registro (16 mujeres y 4 varones, con una edad media de 40 años). Las EAS incluían la enfermedad de Behçet (7 casos), síndrome de Sjögren (2 casos, uno de ellos con lupus asociado), sarcoidosis (2 casos), panuveitis bilateral idiopática (2 casos), policondritis recidivante (2 casos), panarteritis nodosa (PAN), miopatía inflamatoria, esclerodermia, artritis reactiva y enfermedad de Vogt-Koyanagi-Harada (VKH) (un caso cada una). Adalimumab se empleó tras falta de respuesta a tratamiento convencional, que incluyó corticoides (20 casos), metotrexate (11 casos), ciclosporina (13 casos), azatioprina (6 casos), ciclofosfamida (3 casos), micofenolato mofetil (3 casos), tacrolimus (2 casos), inmunoglobulinas intravenosas (2 casos), leflunomida (1 caso), hidroxilcloroquina (1 caso), pentoxifilina (2 casos) y colchicina (2 casos). Además, 5 (25%) pacientes habían sido tratados previamente con otros anti-TNF (infliximab en 5 casos, etanercept en 2). El espectro clínico por el que se indicó adalimumab incluyó uveitis (9 casos), afectación mucocutánea grave (3 casos), artritis (3 casos), afectación de sistema nervioso central (2 casos), miositis (1 caso), colitis (1 caso), mononeuritis múltiple (1 caso), condritis (1 caso) y vasculitis retiniana (3 casos), escleritis (1 caso). Doce (70%) de los 17 pacientes en los que se pudo evaluar la respuesta, presentaron una respuesta terapéutica favorable, incluidos 6 (86%) de los 7 pacientes con enfermedad de Behçet. Los pacientes con síndrome de Sjögren, sarcoidosis y PAN respondieron en todos los casos. Uno de los pacientes con policondritis recidivante y panuveitis bilateral idiopática respondieron favorablemente. Los pacientes con esclerodermia y VKH no respondieron al tratamiento. Dos (10%) pacientes presentaron eventos adversos (reacción cutánea en el punto de inyección y un herpes zoster). El paciente con esclerodermia falleció debido a progresión de su enfermedad de base.

**Conclusiones.** La experiencia del grupo BIOGEAS con adalimumab proviene fundamentalmente de pacientes con enfermedad de Behçet refractaria, aunque también se ha empleado en otras nueve enfermedades autoinmunes con afectación grave ocular, mucocutánea y del sistema nervioso central. En estos pacientes, adalimumab se ha mostrado como una terapia de rescate eficaz y segura, incluso en aquellos que no habían respondido a otros anti-TNF.

#### IF-46

##### NUESTRA EXPERIENCIA EN EL USO DE BOSENTÁN COMO TRATAMIENTO DEL FENÓMENO DE RAYNAUD GRAVE EN ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO

J. García Castro, J. Vargas Hitos, C. Hidalgo Tenorio, I. Martínez Egea, M. Zamora Pasadas y J. Jiménez Alonso

Unidad Enfermedades Sistémicas. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

**Objetivos.** Describir los casos de Fenómeno de Raynaud (FR) Grave, secundario a Enfermedades del Tejido Conectivo (ETC), que en nuestra unidad han sido tratados con Bosentán ante el fracaso de la terapia convencional, y analizar los resultados clínicos en cuanto a mejoría subjetiva y objetiva del paciente, curación o cicatrización de las lesiones, modificación de la

capacidad funcional, recidivas durante el seguimiento o necesidad posterior de nuevas terapias u hospitalización.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal de los casos de FR Grave tratados con Bosentán, procedentes de la Unidad de Enfermedades Sistémicas del Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Analizamos variables epidemiológicas, clínicas, diagnósticas, terapéuticas y de resultado. Comparamos nuestros datos con los de la literatura. Usamos el programa estadístico SPSS 15.0.

**Resultados.** El número de pacientes con FR grave y tratados con Bosentan es de 8, 100% mujeres; la edad media al inicio del tratamiento  $45,5 \pm 14,8$  años; el tiempo medio de evolución previa del FR  $11,6 \pm 4,2$  años y la enfermedad de base 75% (6/8) Esclerosis Sistémica Limitada (SScL) (83,33% (5/6) variante CREST), 12,50% (1/8) Esclerosis Sistémica Difusa y 12,50% (1/8) Enfermedad Indeterminada vs. Lupus Incompleto. 100% tenían ANA+; 62,5% (5/8) ENAS+ con especificidad anticentrómero (todos los de variante CREST). El FR grave asociaba: 50% teleangiectasias, 42,9% esclerodactilia, 85,7% úlceras digitales, 37,5% calcinosis y 28,6% acortamiento digital. A nivel extracutáneo presentaban fibrosis pulmonar y síndrome restrictivo 25% (2/8), hipertensión pulmonar 37,5% (3/8) y afectación esofágica 50% (4/8). Los pacientes estaban previamente tratados con: 87,5% (7/8) antagonistas del calcio, 100% (8/8) pentoxifilina, 62,5% (5/8) IECAs, 62,5% (5/8) nitratos tópicos, 50% (4/8) AAS, 25% misoprostol y 12,5% (1/8) clopidogrel, necesitando el 50% (4/8) prostaglandinas intravenosas (PGIV). La dosis de mantenimiento de Bosentán fue de 125 mg/12 h en el 87,5% (7/8). Tras una revisión inicial a los 2,25  $\pm$  1,38 meses, habían experimentado mejoría subjetiva, con aumento de la capacidad funcional, y objetiva, indicada por la exploración médica, el 100% de los casos, siendo sostenida en el 75 %, con cicatrización de las úlceras en el 87,5%. 37,5% presentaron recidivas leves o nuevas úlceras, pero ningún paciente necesitó añadir nuevos fármacos, usar PGIV o ingresar en el hospital, aunque no fue posible en ningún caso retirar alguna de las terapias previas. Tras una media de tratamiento total de  $29,5 \pm 19,8$  meses, 1/8 ha presentado efectos adversos leves (prurito y artromialgias) y 1/8 moderados (edemas y anemia, necesitando reducir la dosis a la mitad). No apareció citolisis hepática en ninguno de los pacientes.

**Discusión.** El FR es una alteración funcional, y en ocasiones estructural, del lecho microvascular, con vasoespasmo episódico de las arterias digitales y cambios cromáticos secuenciales en las zonas acras ante ciertos estímulos. Cuando es secundario a ETC se observan frecuentemente complicaciones como úlceras, infecciones y necrosis digital. Varios tratamientos se han usado en estos procesos con resultados dispares. Recientemente se ha descrito el papel beneficioso del Bosentán, un antagonista dual del receptor de la Endotelina, en el tratamiento de los casos refractarios (Rapids-1).

**Conclusiones.** Según nuestra experiencia, el Bosentán es un fármaco eficaz y seguro en el tratamiento del FR Grave resistente a la terapia farmacológica convencional, consiguiendo a corto plazo, y de forma sostenida, mejoría subjetiva, con alivio de síntomas, aumento de capacidad funcional y disminución de recidivas, y objetiva, con cicatrización de las lesiones previas. También evitó añadir nuevas terapias e ingresos hospitalarios. Además encontramos un perfil de seguridad mayor al de las diversas series (Rapids-1), especialmente en relación a la toxicidad hepática.

#### IF-47

##### **PATOLOGÍA INFECCIOSA EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON MICOFENOLATO DE MOFETILO Y ACIDO MICOFENOLICO**

**G. Gómiz Rodríguez<sup>1</sup>, R. Palma Barrio<sup>2</sup>, J. Callejas Rubio<sup>3</sup>, R. Ríos Fernández<sup>2</sup>, C. López Robles<sup>3</sup>, A. Navas Parejo<sup>2</sup>, N. Ortego Centeno<sup>3</sup> y B. Cervantes Bonet<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Torrecárdenas. Almería.

<sup>2</sup>Servicio de Nefrología, <sup>3</sup>Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

**Objetivos.** El tratamiento inmunosupresor de pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas, se ha convertido en un pilar básico para el manejo de sus manifestaciones clínicas. El uso tanto de micofenolato de mofetilo como de ácido micofenólico, principalmente en LES con afectación renal, se ha visto incrementado en los últimos años, con un beneficio probado. Sin embargo, dicho tratamiento no está exento de efectos secundarios, de entre los que la patología infecciosa es la más temida. El objetivo de nuestro estudio es conocer la incidencia de eventos infecciosos y sus características durante el tratamiento con dicho fármaco.

**Material y métodos.** Se ha realizado un estudio descriptivo observacional de pacientes en tratamiento con MMF o AMF, en seguimiento en la unidad de enfermedades sistémicas y nefrología de un hospital general. Análisis con la aplicación SPSS v. 15.0

**Resultados.** Se han analizado 51 pacientes en tratamiento, 62,7% con micofenolato de mofetilo y 37,3% con ácido micofenólico, el 58,8% eran mujeres, con una edad media de  $48 \pm 2$  años. El 41,3% de pacientes presentaban LES, el 16% lo tenían prescrito por glomerulonefritis, 16% tenían diagnóstico de vasculitis (4% PAM, 2% PAN, 4% Schönlein-Henoch, 2%

SHU, 2% inespecíficas), el 4% tenían Snd. Cogan, 2% amiloidosis renal, 2% crioglobulinemia, 2% Snd. Sjögren, 2% miopatía inflamatoria, 2% pioderma gangrenoso, había 7,9% con ES y 3,9% dermatomiositis. El 90% tomaban de forma concomitante corticoides, el 14% estaba en programa de hemodiálisis y 14% eran diabéticos. El 35,3% de pacientes presentaron alguna infección: 15,9% fueron infecciones respiratorias, una de ellas sinusitis y otra neumonía bacteriana. Cuatro pacientes (7,9%) presentaron infección por virus de la familia herpesviridae (1 CMV diseminado, 2 casos de herpes zoster y otro de varicela con neumonía varicelosa). Hubo también un caso (2%) de aspergilosis broncopulmonar, una endocarditis infecciosa (2%), dos (4%) infecciones de piel y partes blandas y 2 infecciones por catéter (4%). El tiempo medio que pasó entre el inicio de tratamiento y la aparición de la infección fue de 9,33 meses (1-24) El 55,6% de las infecciones precisaron ingreso, aunque evolucionaron favorablemente, y en el 28.6% de los casos se suspendió el tratamiento inmunosupresor.

**Conclusiones.** Las infecciones ocurrieron en un tercio de pacientes en tratamiento con micofenolato, la mayor parte de ellas fueron virales, y a pesar de que evolucionaron favorablemente, hasta la mitad de los casos precisaron ingreso. El tiempo medio entre el inicio de tratamiento y la aparición de la infección fue de 9 meses, por lo que hay que estar alerta ante la posibilidad de dicha patología en pacientes con MMF o AMF.

#### IF-48

##### **ENFERMEDAD DE TAKAYASU. REVISIÓN DE CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, RADIOLÓGICAS Y MANEJO TERAPÉUTICO**

**E. Oviedo del Águila<sup>1</sup>, I. Pons Martín del Campo<sup>1</sup>, R. Jordana Comanjuncosa<sup>1</sup>, A. Casanovas Martínez<sup>1</sup>, M. Montegudo Jiménez<sup>1</sup>, C. Tolosa Vilella<sup>1</sup>, J. Fortuño Andrés<sup>2</sup> y J. Oristrell Salvà<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>UDIAT-CD. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona).

**Objetivos.** Describir las características clínicas, analíticas y radiológicas de las pacientes con Enfermedad de Takayasu (ET) en seguimiento en nuestro centro, centrándonos en su manejo terapéutico y evolución.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de las historias clínicas de los pacientes en seguimiento en nuestro centro (área de referencia de 421077) con diagnóstico de ET según los criterios de la American College of Rheumatology (ACR), recogiendo datos demográficos, clínicos, analíticos, radiológicos, de tratamiento y evolución.

**Resultados.** 8 pacientes, todas mujeres, 4 de nacionalidad extranjera. Edad media al dx. 31.75 años (21-44). 1ª síntoma: Sdo.constitucional:3, síntomas cardiovasculares:5 (diferencia tensional en EESS:3, ICC por IAo:1 y AVC:1). Retraso dx. des del 1ª síntoma: 7 meses (> 12 si sdo.constitucional). Como comorbilidades destacan sdo. Cogan, enf. Crohn, eritema nodoso e hipotiroidismo autoinmune ( $\chi^2$ ). Exploración física: Asimetría de pulsos:8, Soplos audibles:7, HTA:4, dif. TA > 10mmHg: 4. 1ª exploración rx: 4 angioTC (2 tóraco-abd, 1 torácico, 1 TSA), 3 angioRM (2 tóraco-abd, 1 TSA), 1ecoTSA. Resultados: 5 engrosamientos de pared, 5 estenosis/oclusiones, 3 aneurismas + estenosis. Ecocardiogramas: 5 (3 normales, 1 IAo, 1 aneurisma interauricular). Según clasificación Angiográfica (Tokyo 1994): Tipo I: 3, Tipo IIb: 1, Tipo IV: 1, Tipo V: 3. Tiempo de seguimiento medio: 34 meses (6-72). En 2, la evolución no es evaluable por problemas de seguimiento. 1 paciente no recibió tto por hallarse asintomática y con RFA normales (angioRx. con engrosamiento de la pared). > 5 años después persiste sin cambios. 1 debutó con sdo.constitucional y RFA elevados, que se resolvieron espontáneamente en 15 meses. El dx no se realizó hasta el desarrollo de clínica isquémica (con RFA elevados). Recibió tto de revascularización (angioplastia+stent) en tronco celiaco, precisando de reintervención x3 por restenosis en el mismo lugar. Las 4 pacientes restantes respondieron a tto inicial (2 corticoides, 1 corticoides+metotexate, corticoides+azatioprina). 2 presentaron una recaída con RFA elevados, a los 14 y 3 meses del dx. En una de ellas, por precisar dosis elevadas de corticoides con Sdo. Cushing secundario, se substituyó azatioprina por micofenolato. La 2ª mejoró con el aumento de prednisona a 60 mg/día. Otras 2 permanecen en remisión clínica y RFA normales, en tto con prednisona a dosis decrecientes (< 10 mg/día), después de un seguimiento de 19 y 8 meses. 2 pacientes precisaron un by-pass subclavio-carotídeo como tto quirúrgico de revascularización. En 1 caso permeable hasta el momento. El otro ha precisado angioplastia+stent en 3 ocasiones por restenosis sucesivas (actualmente con nueva reoclusión). 3 de las pacientes que presentaron síntomas isquémicos durante la evolución, estos coincidieron con la normalización de los RFA.

**Discusión.** En el momento del dx. todas las pacientes con enfermedad activa presentaban RFA elevados y afectación radiológica. De acuerdo con lo descrito en la literatura, la respuesta al tratamiento inicial con esteroides radica en el 50% de los pacientes tratados, destacando el porcentaje de recidivas al disminuir la dosis de corticoides (90%), precisando en 50-73% de los casos tto. asociado con inmunosupresores. En ninguna de las pacientes se ha podido retirar el tratamiento después de una media de 34 meses de

seguimiento, lo que sugiere que la ET es habitualmente una enfermedad crónicamente activa y de curso recidivante. El tratamiento quirúrgico de revascularización no es un tratamiento definitivo dado que entre alrededor del 78% de las pacientes presentan restenosis y/o oclusión precisando una nueva reintervención.

**Conclusiones.** La presentación clínica y radiológica en nuestras pacientes es similar a la descrita en la literatura. Durante el seguimiento realizado se ha detectado una relación inversa entre los síntomas isquémicos y la normalización de los parámetros inflamatorios. Si bien la respuesta al tratamiento con corticoides es habitual, las recidivas son frecuentes al reducir la dosis de corticoides. Sería aconsejable unificar las exploraciones radiológicas practicadas y consensuar el manejo terapéutico entre las distintas especialidades implicadas.

#### IF-49

### CARACTERÍSTICAS DE LA BONO EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS EN EL HGU GREGORIO MARAÑÓN

**C. López Paredes, F. Domingo Serrano, C. Díez Romero, I. Cabezón Estebanez, P. Díez Romero, M. Artacho, M. Torrea Valdepérez y F. Torres Segovia**

*Servicio de Medicina Interna III. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

**Objetivos.** Análisis de la BONO en el Hospital Gregorio Marañón en los últimos diez años (1999-2009). Estudiando las principales características de los pacientes, forma de diagnóstico, así como su tratamiento y evolución clínica.  
**Material y métodos.** Pacientes: Se estudia una población de 80 pacientes diagnosticados de bronquitis obliterante, excluyéndose aquellos con formas secundaria, debidas a infecciones víricas, tratamiento inmunosupresor, conectivopatías, tratamiento quimioterápico y otras enfermedades autoinmunes. Se introducen en el estudio definitivo 35 pacientes diagnosticados de BONO Criptogénica, analizándose como características principales: edad, sexo, hábito tabáquico, técnica empleada en el diagnóstico, tratamiento y respuesta al mismo. Análisis estadístico: Se realiza un estudio descriptivo-analítico para ello utilizando una base de datos por medio del programa SPSS 16.0. Posteriormente se comparan las variables utilizando para ello el parámetro Chi-cuadrado.

**Resultados.** Se estudia una población de 35 pacientes, de los cuales el 48.6% son varones y 51.4% son mujeres, no habiendo diferencias significativas entre ambos grupos (p0.994). La edad media de los pacientes es de 67,71 ± 2,06, con el mayor número de pacientes entre 70-80 años. De los 35 pacientes 45,7% eran fumadores activos, mientras que el 54,3% eran no fumadores y nunca habían fumado, sin encontrar diferencias significativas entre ambas (p 0,612). El diagnóstico de BONO se realizó en un 22,9% con confirmación histológica, mientras que en un 77,9% se realizó exclusivamente mediante diagnóstico clínico- radiológico. De los 35 pacientes el 80% recibieron tratamiento corticoideo, observándose una mejoría en la evolución clínica en un 88,6 %. Sólo 2 pacientes (5,7%) necesitaron tratamiento inmunosupresor asociado a corticoides. Dos de los pacientes no recibieron ningún tipo de tratamiento manteniéndose asintomáticos.

**Conclusiones.** La BONO Criptogénica es una enfermedad poco prevalente en nuestro medio, siendo diagnosticados en nuestro Hospital en los últimos 10 años de una población de 700.000 habitantes, tan solo 35 casos. No habiendo aumento de incidencia en su diagnóstico. En la población estudiada no existen diferencias entre ambos sexos, siendo más prevalente entre 60-80 años, no encontrando relación con el hábito tabaquito en nuestra muestra. El diagnóstico se realiza principalmente por hallazgos clínicos - radiológicos, siendo el síntoma más frecuente de debut la disnea y la técnica más empleada el TAC. El tratamiento de primera línea siguen siendo los corticoides con buena respuesta en la mayoría de los pacientes siendo excepcional la necesidad del empleo de inmunosupresores, encontrado solo dos pacientes en los que este tratamiento fue necesario.

#### IF-50

### GAMMAPATÍA MONOCLONAL ASOCIADA A SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO. DESCRIPCIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE 50 CASOS

**P. Brito Zerón<sup>1</sup>, M. Gandía<sup>1</sup>, C. Díaz Lagares<sup>1</sup>, A. Bové<sup>1</sup>, M. Pérez de Lis<sup>1</sup>, M. Soto Cardenas<sup>2</sup>, G. Pons Estel<sup>1</sup> y M. Ramos Casals<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Laboratorio de enfermedades autoinmunes "Josep Font" IDIBAPS. Hospital Clinic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

**Objetivos.** Analizar la prevalencia y significado clínico de la gammapatía monoclonal (GM) en pacientes con síndrome de Sjögren primario (SSp), y estudiar su asociación con manifestaciones extraglandulares, marcadores inmunológicos y desarrollo de neoplasia hematológica.

**Material y métodos.** Se realizó en el momento del diagnóstico inmunoelectroforesis sérica (IEs) en 334 pacientes con SSp visitados de forma consecutiva en nuestro Servicio desde 1992 hasta 2008. El componente monoclonal se clasificó de acuerdo al tipo de inmunoglobulina (IgG, IgM, IgA) y a la cadena ligera asociada ( $\kappa$  o  $\lambda$ ).

**Resultados.** De los 334 pacientes con SS primario, 50 (15%) presentaron una GM asociada (43 mujeres y 7 hombres, edad media 59 años). Las bandas monoclonales identificadas en la IEs fueron 29 IgG (17 k, 12 l), 12 IgM (7k, 5l) 5 IgA (4 k, 1l) y 4 cadenas ligeras circulantes libres. En 33 pacientes se pudo realizar un seguimiento evolutivo de la banda monoclonal: 10 pacientes presentaron la misma banda de forma repetida, en 11 la banda fluctuó, en 8 se negativizó y en 4 hubo un cambio en la composición del componente monoclonal (en 2 apareció una biclonalidad). Los pacientes con SSp y GM eran con más frecuencia hombres (14% vs 5%, p = 0.024) y presentaron una mayor frecuencia de parotidomegalia (30% vs 16%, p = 0.03), vasculitis (16% vs 7%, p = 0.047), polineuropatía periférica (20% vs 9%, p = 0.044), descenso de C3 (22% vs 9%, p = 0.014), descenso de C4 (18% vs 7%, P = 0.02), crioglobulinemia (22% vs 5%, p < 0.001) y linfoma de células B (9% vs 1%, p = 0.015) respecto a los pacientes sin GM.

**Conclusiones.** Un 15% de pacientes con SSp presentan una gammapatía monoclonal, siendo el componente monoclonal más frecuente la IgGκ. Evolutivamente la monoclonalidad sérica se comporta como un proceso dinámico con alternancia en la positividad y cambios en su composición en un 10% de casos. Recomendamos la inclusión de la IE sérica en las pruebas inmunológicas que deben realizarse durante el seguimiento de los pacientes con SS.

#### IF-51

### MIOPATÍAS INFLAMATORIAS PRIMARIAS. TRATAMIENTO CON RITUXIMAB

**E. Chinchilla Palomares, R. González León, C. González Pulido, P. Montero Benavides, F. García Hernández, M. Castillo Palma, C. Ocaña Medina y J. Sánchez Román**

*Servicio de Medicina Interna (Unidad de Colagenosis e Hipertensión Pulmonar). Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Objetivos.** Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MI) constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades autoinmunes caracterizadas por debilidad muscular e infiltrados inflamatorios en el músculo, con tres variantes principales: la dermatomiositis (DM), la polimiositis (PM) y la miositis con cuerpos de inclusión (MCI). El manejo clínico puede estar dificultado por una falta de respuesta adecuada a los glucocorticoides (GCC) y a los fármacos inmunosupresores (IS). Actualmente, los denominados "tratamientos biológicos" están en pleno desarrollo. Se han comunicado experiencias favorables con rituximab (RTX) en pequeñas series de pacientes. Evaluamos la eficacia y la seguridad de RTX en un grupo de pacientes con MI resistentes a GCC e IS.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo abierto no controlado de la eficacia de RTX en pacientes con MI resistentes a tratamientos convencionales, controlados por una unidad especializada de un hospital de tercer nivel. Hasta el 31 de Diciembre de 2008 se trató a 17 pacientes. El esquema de tratamiento consistió en la administración de 4 infusiones de 375 mg/m<sup>2</sup> de RTX los días 0, 7, 14 y 21, asociadas a ciclofosfamida (CF) por vía intravenosa (i.v.; 750 mg los días 2 y 16) y GCC (deflazacort; 60 mg/día durante 1-2 meses, y posterior ajuste según la evolución). Se evaluó de forma protocolizada la evolución clínica y la tolerancia al tratamiento en situación basal y antes de la administración de cada dosis de RTX y, posteriormente 1, 6 y 12 meses tras la finalización del tratamiento.

**Resultados.** Quince pacientes eran mujeres (88,2 %); edad media de 51,7 años (23 – 78). DM en 8 casos, PM en 6, síndrome de superposición PM-ES en 2 (uno de ellos tenía además una púrpura trombocitopénica idiopática) y EMTC en 1. Cinco pacientes tenían anticuerpos anti-JO1. El tiempo medio de evolución era 4,8 años (1–14). La indicación de tratamiento con RTX se estableció por miopatía en 14 ciclos, miopatía y lesiones cutáneas en 4, lesiones cutáneas aisladas en 2, e insuficiencia respiratoria aislada en 1. El número total de ciclos fue 21 (el tratamiento se repitió en 4 pacientes, con respuesta favorable al primer ciclo y recurrencia de la actividad clínica: 2 DM y 2 PM, una de ellas con superposición PM-ES). Se cumplimentó la evaluación 1, 6 y 12 meses después del tratamiento en el 95,2, 85,7 y 47,6% de ciclos, respectivamente. Se alcanzó remisión total o parcial a 1, 6 y 12 meses tras el tratamiento en 60, 94,4 y 60% respectivamente de los ciclos de tratamiento. Hubo recaída en 4 ciclos (4 pacientes; mediana hasta la recaída de 11 meses). Como efectos adversos se observó una meningitis por *Corynebacterium* en un paciente que recibió 2 ciclos y una hipertensión intracraneana en otro, con buena evolución, 4 meses después del tratamiento.

**Discusión.** En consonancia con comunicaciones similares (aunque de series cortas o casos aislados) de pacientes con polimiositis o dermatomiositis tratados con RTX por fracaso terapéutico, consideramos que RTX se perfila

como una buena alternativa terapéutica en pacientes con estas características. El porcentaje de respuesta, considerando que se trata de pacientes con resistencia previa a otros tratamientos y, hasta ahora, sin otras alternativas ha sido considerablemente alto con un número de complicaciones muy aceptable.

**Conclusiones.** En nuestra experiencia RTX es eficaz en pacientes con MII resistente a otras opciones de tratamiento. El perfil de seguridad fue favorable.

#### IF-52 URTICARIA-VASCULITIS. VALORACIÓN DE TRES CASOS TRATADOS CON RITUXIMAB

**E. Chinchilla Palomares, R. González León, C. González Pulido, R. Garrido Rasco, F. García Hernández, P. Montero Benavides, M. Castillo Palma y J. Sánchez Román**

*Servicio de Medicina Interna (Unidad de Colagenosis e Hipertensión Pulmonar). Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Objetivos.** La urticaria vasculitis (UV) es una enfermedad crónica poco frecuente, caracterizada por brotes recurrentes de lesiones urticariales con histopatología de vasculitis leucocitoclástica. Su manejo clínico puede estar dificultado por una falta de respuesta a los tratamientos habituales y su curso es especialmente grave en los casos con afectación broncopulmonar. Describimos tres pacientes con UV resistente a glucocorticoides (GC) tratadas con rituximab (RTX) y ciclofosfamida (CF).

**Material y métodos.** El esquema de tratamiento consistió en la administración de 4 infusiones de 375 mg/m<sup>2</sup> de RTX los días 0, 7, 14 y 21, asociadas a ciclofosfamida (CF) por vía intravenosa (i.v.; 750 mg los días 2 y 16) y GC (deflazacort; 60 mg/día durante 1-2 meses, y posterior ajuste según la evolución). Se evalúa de forma protocolizada la evolución clínica y la tolerancia al tratamiento en situación basal y antes de la administración de cada dosis de RTX y, posteriormente 1, 6 y 12 meses tras la finalización del tratamiento.

**Resultados.** Caso 1: Mujer de 49 años con lupus eritematoso sistémico (LES) diagnosticado en 2005, con presencia de máculo-papulas eritematoedematosas en región lumbar y flanco izquierdo. Realizó tratamiento con glucocorticoides (GC) y metotrexato (MTX) sin respuesta. En la biopsia se observan lesiones de urticaria-vasculitis con depósito granular de C3 en unión dermoepidérmica. Recibió tratamiento con RTX y CF y se observó leve mejoría de las lesiones tras un mes de finalizado el tratamiento. Caso 2: Mujer de 45 años con urticaria hipocomplementémica con lesiones generalizadas, clínica inflamatoria poliarticular y episodios muy constantes de broncospasmo en seguimiento desde 1997. La biopsia cutánea realizada fue informada como vasculitis leucocitoclástica. Realizó tratamiento con GC y MTX sin remisión del cuadro. Posteriormente se trató con RTX y CF, con mejoría parcial de las lesiones urticariales (menos episodios y menos intensos), estabilización de la sintomatología respiratoria y desaparición de la articular tras 12 meses de finalizado el tratamiento. Caso 3: Mujer de 22 años diagnosticada de enfermedad mixta del tejido conectivo en 2004. Se constataron lesiones eritematosas en párpados y mejillas, pequeñas úlceras digitales y livedo reticularis. Durante este tiempo mantuvo episodios de urticaria persistente y angioedema. La biopsia se informó como urticaria-vasculitis. Se realizó tratamiento con RTX y CF ante la persistencia de lesiones cutáneas que no respondían a los tratamientos empleados (GC y MTX). La respuesta fue excelente, desapareciendo las lesiones tras un mes de finalizado el tratamiento.

**Discusión.** El desafío del manejo clínico de los pacientes con urticaria-vasculitis resistentes a tratamiento habitual a menudo resulta frustrante. Diferentes autores han descrito casos aislados de pacientes con urticaria vasculitis con buena respuesta a tratamiento con RTX. En nuestro caso, hemos tratado a 3 pacientes, con leve mejoría en 2 de ellos y con mejoría excelente en 1, a corto plazo.

**Conclusiones.** En nuestra experiencia, RTX es eficaz a corto plazo, aunque en grado muy variable, en pacientes con urticaria-vasculitis. Queda pendiente evaluar su eficacia a medio y largo plazo.

#### IF-53 ENFERMEDAD MIXTA DEL TEJIDO CONECTIVO. DOS CASOS DE DIAGNÓSTICO TARDÍO

**R. Hurtado García, M. Piedecausa Selfa, J. Escribano Stablé, A. Mora Rufete, V. Canovas García, E. Lorenzo Serrano, M. Pérez Soto y A. Martín Hidalgo**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Elche. Elche/Elx (Alicante).*

**Objetivos.** Descripción de dos casos de pacientes afectos de EMTC en edad avanzada, con el fin de insistir en un diagnóstico precoz de esta enfermedad y así evitar la presencia de complicaciones graves

**Material y métodos.** Revisión de dos casos de EMTC diagnosticados tardíamente en la octava década de la vida que habían desarrollado prácticamente todas las complicaciones de esta enfermedad.

**Resultados.** Caso 1: Mujer de 72 años ingresada en cirugía vascular por aparición de úlceras vasculares en miembro inferior derecho por la que se consulta debido a clínica de crisis hipertensiva y disnea. A la exploración presentaba telangiectasias faciales, fenómeno de Raynaud, microstomía, livedo reticularis y úlceras cutáneas. Caso 2: Hombre de 76 años ingresado por un cuadro constitucional acompañado de síndrome febril y disnea. Interrogado en la anamnesis refería varios episodios de artritis generalizada, fotosensibilidad y disnea, insuficiencia cardíaca, neumopatía intersticial y fenómeno de Raynaud a lo largo de su vida. La inmunidad de ambos pacientes fue positiva para ANA (1/640) y para los anticuerpos antiRNP. Se inició tratamiento corticoideo, con una evolución satisfactoria. La primera paciente presentó una clara mejoría en las consultas sucesivas de su úlcera vascular, asociándose cloroquina al tratamiento por aparición de efecto secundario. El segundo paciente, tras realización de ecocardiografía fue diagnosticado de hipertensión pulmonar moderada-severa, presentado en su evolución diferentes episodios de insuficiencia cardíaca congestiva, que no mejoró con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y dicumarínicos, a los cinco meses presentó mala evolución de su sintomatología cardiológica siendo finalmente éxitus por edema agudo de pulmón.

**Discusión.** La Enfermedad Mixta del Tejido Conectivo (EMTC) es una entidad descrita por Sharp et al en 1972, que se caracteriza por la aparición de fenómeno de Raynaud, edema de las manos, sinovitis, acroesclerosis y miositis, junto a la presencia de anticuerpos anti-U1-ribonucleoproteína (u1-RNP). Afecta sobretodo a mujeres (80%), generalmente al final de la cuarta década de la vida. El fenotipo HLA-DR4 es frecuente en estos pacientes y se han descrito casos de asociación familiar. El fenómeno de Raynaud es el síntoma más precoz y persistente de esta enfermedad. La aparición de artralgias y artritis es muy frecuente (80-90%), muchas veces constituyen el primer signo de la enfermedad, seguido de un amplio abanico de manifestaciones pulmonares, renales, cardíacas y neuropsiquiátricas. A pesar de que algunos autores hacen especial hincapie en el buen pronóstico, la excelente respuesta de la EMTC al tratamiento con corticoides y la mortalidad global de los pacientes con esta enfermedad es relativamente más baja que en otras esclerodermias. Actualmente este concepto está cambiando pues se considera que el pronóstico depende de las manifestaciones clínicas y de la severidad en la afectación orgánica, ya que pacientes con EMTC con hallazgos de esclerodermia y/o miositis tienen peor pronóstico. Siendo causas de mayor mortalidad la asociación con hipertensión pulmonar, miocarditis, afectación renal y hemorragia cerebral.

**Conclusiones.** El objetivo de esta comunicación es señalar la importancia del diagnóstico precoz de la EMTC para evitar la aparición de complicaciones como las descritas. Es necesario plantear ante pacientes de mediana edad, que además presente criterios diagnósticos de esclerodermia, fenómeno de Raynaud y afectación cardiológica, diagnóstico diferencial con la EMTC.

#### IF-54 CRISIS HIPERTENSIVA EN PACIENTES CON ESCLERODERMIA. MÁS ALLÁ DE LAS CRISIS RENALES

**N. Martín Suñé<sup>1</sup>, J. Ríos Blanco<sup>1</sup>, J. Álvarez Pellicer<sup>1</sup>, M. Díaz Menéndez<sup>1</sup>, R. Moreno Gómez<sup>2</sup>, F. Barbado Hernández<sup>2</sup> y J. Vázquez Rodríguez<sup>1</sup>**

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

**Objetivos.** La crisis renal esclerodérmica es una complicación de la esclerosis sistémica que se caracteriza por insuficiencia renal aguda y aparición brusca de hipertensión arterial (HTA), a menudo acompañado de otras complicaciones como encefalopatía, edema agudo de pulmón o retinopatía. La presencia de estenosis de la arteria renal como origen de la HTA, aunque poco frecuente, ha sido descrita en estos pacientes. Conocer sus características y las diferencias con las crisis renales es necesario por su diferente tratamiento y pronóstico.

**Material y métodos.** Se han recogido las características epidemiológicas, clínicas, métodos diagnósticos y tratamiento de los pacientes con esclerodermia y crisis hipertensiva secundaria a estenosis de arteria renal. Para ello aportamos nuestra experiencia y realizamos una revisión de la literatura desde el año 1989 hasta la actualidad utilizando la base bibliográfica "Pubmed" con los términos de búsqueda "scleroderma AND renal artery sclerosis".

**Resultados.** Se recogen las características de 4 casos, tres recogidos de la literatura y una paciente en seguimiento en nuestro Servicio. Dos de los pacientes presentaban esclerodermia sistémica localizada y los otros dos difusa. Como factores de riesgo cardiovascular nuestra paciente tenía dislipemia y fue fumadora durante más de quince años, y no se describen estos datos en los otros enfermos. De los cuatro casos todos cursaron con elevación brusca de tensión arterial, uno se presentó con encefalopatía, dos con

insuficiencia cardíaca izquierda, los cuatro con insuficiencia renal aguda y uno con edema agudo pulmón. Además tres presentaron estenosis de la arteria renal unilateral y uno bilateral. El tratamiento varió en función de los casos: uno de los pacientes tras empeoramiento con IECA fue tratado con amlodipino y furosemida, dos de los pacientes tras fallo de tratamiento con IECA y furosemida fueron sometido a angioplastia, y en nuestra enferma, tras tratamiento con diuréticos se realizó angioplastia y colocación de stent en arteria renal.

**Discusión.** La crisis renal esclerodérmica es la causa más frecuente de crisis hipertensiva en estos pacientes. Sin embargo, ante un enfermo con HTA de difícil control o complicaciones cardiovasculares en relación con ésta, y si el sedimento no presenta alteraciones, debe considerarse la posibilidad de HTA renovascular. Los pacientes con esclerodermia presentan además diversas circunstancias que condicionan un aumento del riesgo cardiovascular. La mayoría de los enfermos revisados respondieron bien al tratamiento con angioplastia.

**Conclusiones.** A pesar de que en pacientes con esclerodermia la causa más frecuente de elevación súbita de la tensión arterial es la crisis esclerodérmica, debe sospecharse hipertensión de origen renovascular secundaria a estenosis de una o ambas arterias renales en estos enfermos, ya que su tratamiento y evolución son distintos.

#### IF-55

### EFECTO DEL TRATAMIENTO INMUNOMODULADOR SOBRE LA INFLAMACIÓN DE LA VÍA AÉREA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)

I. Jiménez<sup>1</sup>, B. Serra Sanchis<sup>1</sup>, E. Martínez-Moragón<sup>2</sup> y X. Hinojosa del Val<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Neumología, <sup>3</sup>Servicio de Digestivo. Hospital de Sagunto. Sagunto/Sagunt (Valencia).

**Objetivos.** En una comunicación previa describimos la existencia de una inflamación subclínica de la vía aérea en los pacientes con EII. Encontramos un valor medio de Óxido Nítrico en aire exhalado (ONE) mayor en estos pacientes que en un grupo control. En este estudio pretendemos conocer el efecto que produce en el valor de ONE los distintos tratamientos que llevan estos pacientes para control de su enfermedad.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo de pacientes con diagnóstico confirmado de EII. Excluimos a los fumadores activos. Determinamos el ONE (equipo Niox-Mino) y realizamos historia clínica dirigida a síntomas respiratorios. Comparamos resultados con un grupo control de 30 individuos sanos igualados por edad y sexo.

**Resultados.** Incluimos 88 pacientes con EII (42H/46M, edad media 37,7 ± 12 años). La media del ONE para el grupo de EII fue de 23,8 ± 19ppb, frente a 17 ± 9 del grupo control (p < 0,05). Cuando analizamos los subgrupos de EII obtuvimos que los pacientes con Enfermedad de Crohn (EC) tuvieron una media de ONE 22,1 ± 17ppb, y los pacientes con Colitis Ulcerosa (CU) 28 ± 22 ppb (p = NS). En la EC el valor de ONE fue mayor cuando el patrón de comportamiento de la enfermedad era de tipo inflamatorio (25,3 ± 20ppb) frente a los pacientes que tienen un patrón estenosante o fistulizante (18,3 ± 10ppb) (p < 0,05). En cuanto a la modificación del ONE con los distintos tratamiento para control de la EII obtuvimos que los corticoides y los antiTNF descendieron el valor de ONE pero sin alcanzar significación estadística. En los pacientes tratados con azatioprina (n = 49) el valor de ONE obtenido sí que fue significativamente menor (20,7 ± 16 ppb frente a 30,15 ± 22,4 ppb) (p < 0,05).

**Conclusiones.** La elevación del ONE en los pacientes con EII corrobora el carácter sistémico de esta enfermedad. En la EC el ONE es más alto si el patrón es puramente inflamatorio La azatioprina desciende los niveles de ONE y el resto de tratamientos para control de la enfermedad también parece descender los valores.

#### IF-56

### SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO: MANIFESTACIONES CLÍNICAS E INMUNOLÓGICAS, EVOLUCIÓN Y SUPERVIVENCIA A LARGO PLAZO

R. Solans<sup>1</sup>, J. Bosch<sup>1</sup>, C. Pérez-Bocanegra<sup>1</sup>, M. Ramentol<sup>1</sup>, N.de Iriarte<sup>1</sup>, A. Selva<sup>1</sup>, M. Campillo<sup>2</sup> y M. Vilardell<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Unidad Enfermedades Sistémicas Autoinmunes. Hospital Universitario Vall d'Hebrón (Barcelona).

<sup>2</sup>Laboratorio de Medicina Computacional. Universidad Autónoma (UAB) (Barcelona).

**Objetivos.** Analizar la forma de presentación, manifestaciones clínicas y alteraciones inmunológicas más frecuentes, la evolución y la supervivencia a largo plazo en una serie de pacientes afectados de síndrome de Sjögren primario (SS) diagnosticados y seguidos en un único Centro.

**Material y métodos.** Pacientes afectados de SS (casos incidentes y prevalentes) diagnosticados en nuestro Servicio desde 1988 y seguidos regularmente hasta diciembre de 2008. El estudio estadístico (análisis uni y bivariado, regresión múltiple, curvas de supervivencia) se realizó mediante el paquete estadístico SPSS versión 15.

**Resultados.** Se incluyeron 244 pacientes (235 mujeres y 9 hombres) con una edad media de 57.83 años (17-88) en el momento del diagnóstico y un tiempo de seguimiento medio de 8.6 años (9 meses-20 años). Todos cumplían los criterios diagnósticos europeos y 180 (73,8%) los criterios de consenso Americano-Europeos. Los síntomas que motivaron el diagnóstico fueron: síndrome seco (71,2%), parotiditis de repetición (9,2%), síntomas neurológicos (4,9%), síntomas respiratorios (4,1%), fenómeno de Raynaud (2,9%) y vasculitis cutánea (1,6%). Las manifestaciones clínicas y las alteraciones inmunológicas más frecuentes se detallan en la Tabla 1. La positividad de anti-Ro y/o anti-La se asoció significativamente con la presencia de fatiga, parotidomegalia, parotiditis de repetición, artritis y fibrosis pulmonar, y con la existencia de anemia, leucopenia, linfopenia, hipergammaglobulinemia e hipocomplementemia. La presencia de anemia, leucopenia e hipocomplementemia se asoció con un mayor riesgo de desarrollar un linfoma. La supervivencia global fue del 82,3% a los 20 años y del 68,8% en los pacientes que desarrollaron un linfoma.

**Conclusiones.** La mayoría de pacientes afectados de SS primario se diagnostican a raíz de síntomas de sequedad. Una tercera parte desarrollan afección respiratoria y/o neurológica durante el seguimiento. La presencia de anti-Ro se asocia a un mayor riesgo de desarrollar afección extraglandular. El SS primario se asocia a un elevado riesgo de padecer un linfoma no-Hodgkin, 16 veces superior al de la población normal. Los pacientes que presentan citopenias y/o hipocomplementemia en el momento del diagnóstico son los que tienen un mayor riesgo de desarrollar un linfoma y por ello deben ser estrictamente controlados.

#### IF-57

### CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII) Y ÓXIDO NÍTRICO EXHALADO (ONE) ELEVADO

B. Serra Sanchis<sup>1</sup>, I. Jiménez<sup>1</sup>, E. Martínez-Moragón<sup>2</sup> y X. Hinojosa del Val<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Neumología, <sup>3</sup>Servicio de Digestivo. Hospital de Sagunto. Sagunto/Sagunt (Valencia).

**Objetivos.** Describir cómo se distribuyen los valores de ONE en los pacientes con EII y describir las características de los pacientes con EII y ONE elevado.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo en pacientes con diagnóstico confirmado de EII. Determinamos el ONE (Equipo Niox-Mino) y recogimos características generales de su EII. Lo comparamos con un grupo control de 30 individuos sanos.

Tabla 1 (IF-56). Manifestaciones clínicas e inmunológicas

Manifestaciones clínicas	%	Manifestaciones inmunológicas	%
Artralgias	34,4	Anemia	23,4
Artritis	22,1	Leucopenia	18,4
Fenómeno de Raynaud	14,3	Linfopenia	24,2
Vasculitis cutánea	8,2	Hiperproteinemia	32,08
Afección neurológica	29,9	Hipergammaglobulinemia	39,8
Afección pulmonar	27,0	ANA	93
Nefropatía	5,3	anti-Ro	33,6
Disfunción tiroidea	18,0	anti-La	22,5
Linfoma	4,5	Factor reumatoide	37,7
Neoplasias	10,7	Hipocomplementemia	6,7

Tabla 1 (IF-57). Resultados

	ONE > 35 (n = 16)	ONE < 35 (n = 72)	p
EC/CU	9 (18%) / 7 (22,6%)	43 (82,7) / 27 (79,4)	NS
Edad (años)	37,3 ± 13	37,5 ± 11	NS
Evolución (años)	5,4 ± 4	8,8 ± 7	p < 0,05
EC: patron Inflamatorio (sí/no)	8 (25%) / 1 (4,3%)	21 (74%) / 22 (96%)	p < 0,05
Corticoides (sí/ no)	3 (16,7%) / 13 (17,8%)	15 (83%) / 47 (79%)	NS
Azatioprina (sí/no)	5 (9,8%) / 11 (28,9%)	46 (90,82%) / 26 (71%)	p < 0,05
AntiTNF (sí/no)	4 (14,8%) / 12 (21,1%)	28 (85%) / 44 (79%)	NS
Cirugía previa (sí/no)	5 (18%) / 11 (18%)	22 (82%) / 50 (82%)	NS

*Resultados.* ver tabla.

*Conclusiones.* Los pacientes con EI tienen unos valores de ONE mayores que la población normal y no siguen una distribución normal. Probablemente para relacionar el ONE con la actividad inflamatoria en la EI tengamos que seleccionar pacientes sin inmunosupresores y con poco tiempo de evolución de su enfermedad.

## IF-58

### SÍNDROME PFAPA EN EDAD NO PEDIÁTRICA, A PROPÓSITO DE DOS CASOS

M. Rodríguez Dávila<sup>1</sup>, R. Moreno Alonso de Celada<sup>2</sup>, C. Vidaurrázaga<sup>2</sup>, S. Caro Bragado<sup>1</sup>, N. Iniesta<sup>1</sup>, M. Feito Rodríguez<sup>2</sup>, A. Lorenzo Hernández<sup>1</sup> y J. Camacho Nilges<sup>1</sup>

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

*Objetivos.* El síndrome PFAPA (acrónimo de Periodic Fever, Aphthae, Pharyngitis and cervical Adenopathies) fue descrito por primera vez por Marshall et al en 1987, como una entidad clínica consistente en episodios periódicos de fiebre asociados a aftas orales, faringoamigdalitis y adenopatías cervicales en niños pequeños, generalmente menores de 5 años. Hasta el año 2008 sólo se había descrito este síndrome en dos adultos. En mayo de 2008 Padeh et al describen la primera, y única hasta la actualidad, serie de adultos (15) con síndrome PFAPA. Desde entonces no han sido descritos nuevos casos, en nuestro conocimiento. Nosotros aportamos dos casos de síndrome PFAPA de inicio en edad no pediátrica diagnosticados en nuestro Centro, que cursan, además de con los síntomas clásicos, con úlceras genitales, lo cual hasta ahora no había sido descrito en la literatura.

*Resultados.* Describimos el caso de dos mujeres de 17 años, estudiadas en nuestro Hospital por episodios recurrentes de fiebre elevada, faringoamigdalitis, adenopatías cervicales y úlceras genitales, de resolución espontánea en 5-7 días y aparición cada 4 semanas. Se les ha realizado múltiples exploraciones complementarias, incluyendo cultivo del exudado amigdalario y de las úlceras genitales, todas ellas normales, a excepción de la presencia de elevación de reactantes de fase aguda. Se inicia tratamiento con corticoides en uno de los brotes, con lo que el cuadro remite de forma inmediata. Se establece el diagnóstico de síndrome PFAPA.

*Discusión.* El síndrome PFAPA fue descrito por Marshall et al. en 1987, en niños con una media de edad de 4,2 años, como un cuadro recidivante de fiebre elevada, faringoamigdalitis no infecciosa, adenopatías cervicales y estomatitis aftosa, en brotes de 3 a 6 días, con resolución espontánea y con intervalos asintomáticos de entre 2 y 8 semanas. Hasta ahora no se han descrito dentro del síndrome ulceraciones de la mucosa genital, que sí presentaban nuestras dos pacientes. El diagnóstico del síndrome PFAPA es clínico y de exclusión de otras entidades afines. Ambas pacientes cumplían los criterios diagnósticos establecidos para el síndrome PFAPA: fiebre cíclica, tonsilitis exudativa con cultivo negativo, linfadenitis cervical, estomatitis aftosa que puede estar o no presente, ausencia completa de síntomas entre episodios y respuesta inmediata a dosis única de prednisona 60 mg. En ambos casos se trató con prednisona a dosis de 1mg/kg al inicio del pródromo, lo que acorta la duración de los síntomas, sin disminuir el número de brotes. La drástica respuesta a una dosis única de corticoides orales es exclusiva de este síndrome, por lo que se utiliza como criterio diagnóstico el pacientes con sospecha de síndrome PFAPA. El beneficio de la precocidad del tratamiento en nuestras pacientes, incluye haber conseguido evitar el desarrollo de las ulceraciones mucosas. Sin embargo, ambas pacientes han referido un acortamiento de los intervalos asintomáticos desde el inicio del tratamiento con prednisona, a aproximadamente un brote cada 15 días. Esto ya había sido descrito por Padeh, en 8 de los 15 adultos con síndrome PFAPA. Bien conocida es la evolución natural de la enfermedad en los niños. En ellos, la frecuencia e intensidad de los brotes tiende a disminuir con la edad, desapareciendo en su mayoría totalmente al llegar a la pubertad. Todavía no es conocida la evolución del síndrome en los adultos, dados los pocos casos descritos hasta la actualidad.

*Conclusiones.* El síndrome PFAPA, típico de niños pequeños, también puede acontecer en adultos. Debemos considerar el diagnóstico de PFAPA en cualquier adulto con episodios inexplicados de fiebre recurrente. Las úlceras genitales pueden formar parte del síndrome PFAPA, si bien no habían sido descritas hasta la actualidad. El tratamiento con corticoides se ha mostrado eficaz en acortar drásticamente la duración de los síntomas e incluso evitar la aparición de alguno de ellos, pero, en adultos, se observa cierta tendencia, tras su uso, a acortarse el período libre de síntomas. Queda por conocer la evolución del síndrome PFAPA de inicio en edad no pediátrica.

## IF-59

### VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA COTIDIANA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR

J. Ríos Blanco<sup>1</sup>, C. Carpio Segura<sup>2</sup>, S. Alcolea Batres<sup>2</sup>, F. García Río<sup>2</sup>, Á. Sánchez Recalde<sup>3</sup>, S. Jiménez Valero<sup>3</sup>, A. Buño Soto<sup>4</sup> y C. Fernández Capitán<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Neumología, <sup>3</sup>Servicio de Cardiología, <sup>4</sup>Análisis Clínicos. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

*Objetivos.* En pacientes con hipertensión arterial pulmonar (HAP) existe discordancia entre la mejoría hemodinámica inducida por el tratamiento y la tolerancia al ejercicio. La medida de la actividad física cotidiana mediante acelerómetros, podría resultar útil para el seguimiento de estos pacientes. Para ello se pretende: a) Analizar las variables clínicas, funcionales y hemodinámicas relacionadas con la actividad física cotidiana, medida a través de un cuestionario y mediante un acelerómetro, en pacientes con HAP. b) Evaluar el impacto de tres meses de tratamiento con antagonistas de los receptores de la endotelina 1 sobre la actividad física.

*Material y métodos.* Se han incluido a seis mujeres con HAP, antes del inicio del tratamiento específico. Cuatro de ellas ya han sido evaluadas a los 3 meses de comenzado el tratamiento con antagonistas de los receptores de endotelina. En cada visita, se recogieron las variables antropométricas y demográficas de todas las pacientes, así como los datos del estudio hemodinámico. Asimismo se realizó la medida de la actividad física con la escala de valoración de actividades de la vida diaria (LCADL) y el grado de disnea mediante la escala Medical Research Council (MRC). Se realizó una prueba de la caminata de seis minutos, según la normativa de la American Thoracic Society (ATS). La valoración de la actividad física cotidiana fue efectuada mediante un acelerómetro triaxial RT3 (Stayhealthy, Monrovia, CA, USA), durante tres días consecutivos, de viernes a domingo.

*Resultados.* Las pacientes tenían una edad de 57 ± 13 años, un índice de masa corporal de 26,5 ± 4,8 kg/m<sup>2</sup> y una PAP media de 58,7 ± 17,7 mmHg. La puntuación media del cuestionario LCADL fue de 34,8 ± 10,2 y la distancia recorrida en la prueba de la caminata de seis minutos de 357 ± 51 metros. La actividad física cotidiana se relacionó con la saturación de oxihemoglobina al final de la prueba de la caminata de seis minutos (r = 0,825, p = 0,043). A su vez, se detectó una relación entre el tiempo de realización de actividad física de baja intensidad (100-150 VMU) y las resistencias vasculares pulmonares (RVP) (r = 0,989; p = 0,001), así como entre la actividad física de alta intensidad (> 300 VMU) y las resistencias vasculares sistémicas (RVS) (r = 0,890; p = 0,043). A los tres meses de iniciado el tratamiento, se detectó una mejoría que no alcanzó significación estadística en la actividad física evaluada mediante el cuestionario LCADL (34,8 ± 10,3 vs. 22,2 ± 6,2; p = 0,068).

*Discusión.* Aunque la determinación de la distancia recorrida en el test de la marcha de los 6 minutos se ha correlacionado con la supervivencia de los pacientes con hipertensión arterial pulmonar y es el principal "gold standard" de los ensayos clínicos, no está exento de limitaciones. La aplicación de un acelerómetro puede tener utilidad en la valoración de la actividad física de los pacientes con HAP y su correlación con la situación hemodinámica. Además podría ser un instrumento más adecuado para determinar el efecto de las diversas opciones terapéuticas.

*Conclusiones.* La actividad física realizada por las pacientes con HAP guarda relación con su tolerancia al ejercicio y con la afectación hemodinámica de su enfermedad. Es posible que la actividad física cotidiana mejore a los tres meses de tratamiento con antagonistas de receptores de endotelina 1.

Tabla 1 (IF-61). N<sup>o</sup> (y % del total global) de pacientes, según el resultado de la troponina

	Troponina normal	Troponina elevada	Total de pacientes	p
Pacientes	34 (61)	22 (39)	56 (100)	
Sexo varón	29 (52)	18 (32)	47 (84)	0,729
Roce pericárdico	9 (16)	2 (4)	11 (20)	0,110
Supradesnivel general de ST	19 (34)	10 (18)	29 (52)	0,446
Inversión general de T	16 (29)	9 (16)	25 (45)	0,651
Infradesnivel general de PR	17 (30)	9 (16)	26 (45)	0,505
ST/T > 0,25 en V6	14 (25)	7 (12)	21 (37)	0,480
Derrame pericárdico en ecografía	13 (23)	6 (11)	19 (34)	0,467

Tabla 2 (IF-61). Mediana de distintos parámetros, según el nivel de troponina

	Troponina normal	Troponina elevada	p
Edad, años	46	33	0,029
CPK, UI/l	83	362	0,002
Creatinina, mg/dl	0,9	0,9	0,597
K, mEq/l	4,4	4,3	0,270
Leucocitos, 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	9,9	10,3	0,993
Hemoglobina, g/dl	13,5	14,0	0,450
Plaquetas, 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	237	222	0,314
Fibrinógeno, mg/dl	320	360	0,063

**IF-60****PAPEL DE LA ANGIOGRAFÍA PULMONAR MEDIANTE TC MULTIDECTOR EN EL DIAGNÓSTICO DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR**

J. Ríos Blanco<sup>1</sup>, S. Alcolea Batres<sup>2</sup>, V. Pérez Dueñas<sup>3</sup>, V. Suárez Vega<sup>3</sup>, M. Fernández Velilla<sup>3</sup>, A. Hernández Martínez<sup>5</sup>, M. Moreno Yangüela<sup>4</sup> e I. Torres Sánchez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Neumología, <sup>3</sup>Radiodiagnóstico, <sup>4</sup>Servicio de Cardiología, <sup>5</sup>Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

**Objetivos.** Las principales algoritmos diagnósticos de las guías de práctica clínica de hipertensión pulmonar señalan que la gammagrafía de ventilación/perfusión es una prueba ineludible, sólo en algunos casos es aconsejable realizar también una TC de alta resolución (TACAR). La angiografía pulmonar mediante TC multidetector (APTCMD), al ofrecer un mapa de la vascularización pulmonar y cortes finos del parénquima puede ser superior a la utilización de la gammagrafía para el diagnóstico de la hipertensión pulmonar y obvia la realización de una TACAR. Los objetivos del trabajo fueron: a) Establecer el papel de la APTCMD frente a la gammagrafía de ventilación/perfusión pulmonar en el diagnóstico de la hipertensión pulmonar. b) Describir la prevalencia de signos de sobrecarga del ventrículo derecho mediante APTCMD.

**Material y métodos.** Se analizaron las APTCMD realizadas a 47 pacientes entre Noviembre de 2006 y Mayo de 2008. Se incluyeron los pacientes con un valor de presión pulmonar sistólica igual o superior a 40 mm Hg en reposo obtenida mediante ecocardiografía. En 23 de ellos se dispuso de gammagrafía de ventilación perfusión. En las APTCMD se valoró la existencia de signos de disfunción del ventrículo derecho (diámetro VD/VI > 1, desplazamiento hacia la izquierda del septo interventricular) y los cocientes entre los diámetros de la arteria pulmonar y aorta. Los pacientes fueron divididos en dos grupos para el análisis estadístico (A: pacientes con diámetro de arteria pulmonar < 29 mm y B: pacientes con diámetro arteria pulmonar > o igual a 29 mm). Se utilizó el test de Mann-Whitney para pruebas no paramétricas. Las gammagrafías pulmonares se clasificaron en alta, media o baja probabilidad de enfermedad tromboembólica.

**Resultados.** Los pacientes del grupo B tuvieron mayores valores de diámetro de la arteria pulmonar y tamaño del ventrículo derecho. Los signos de sobrecarga del ventrículo derecho: cocientes entre el diámetro de VD y VI y entre el diámetro de la arteria pulmonar y aorta, fueron significativamente superiores en el grupo B (p < 0,001). Dieciseis pacientes (70 %) presentaron buena correlación entre la APTCMD y la gammagrafía de ventilación/perfusión. En cuatro pacientes la APTCMD demostró signos de tromboembolismo pulmonar crónico que no se evidenciaron en la gammagrafía y además contribuyó al diagnóstico de enfermedad pulmonar intersticial en 4 casos.

**Discusión.** La APTCMD puede ser una herramienta adecuada para la valoración de los signos de sobrecarga del VD. Su sensibilidad para el diagnóstico de la enfermedad tromboembólica crónica pulmonar es superior a la gammagrafía y además permite la detección de enfermedad intersticial pulmonar difusa no advertida con otras técnicas.

**Conclusiones.** La APTCMD es una herramienta útil para el diagnóstico y determinación de las distintas etiologías de hipertensión pulmonar por lo

que debería ser incluida en los algoritmos diagnósticos de esta entidad. Además al permitir la valoración del ventrículo derecho pudiera tener valor pronóstico.

**IF-61****DIFERENCIAS CLÍNICAS EN LAS PERICARDITIS CON O SIN ELEVACIÓN DE NIVELES SÉRICOS DE TROPONINA**

I. Cociu<sup>1</sup>, B. Roca<sup>1</sup>, J. Ferrero<sup>2</sup>, C. Andreu<sup>3</sup> y M. Ramos<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Análisis Clínicos, <sup>3</sup>Unidad de Documentación Clínica y Admisión. Hospital General de Castellón, Universidad de Valencia.

**Objetivos.** En la pericarditis aguda, la elevación de la troponina sérica no parece indicar tan claramente un mal pronóstico, como en el síndrome coronario agudo y en otras enfermedades, aunque existe insuficiente información al respecto. En el presente estudio pretendemos conocer si hay alguna diferencia en la presentación clínica entre las pericarditis con o sin elevación de niveles séricos de troponina.

**Material y métodos.** Estudio transversal, en el que hemos incluido a todos los pacientes diagnosticados de pericarditis aguda en el Hospital General de Castellón, desde 2002 hasta 2007. Mediante procedimientos informatizados hemos localizado a los pacientes, y mediante la revisión de las historias clínicas hemos completado todos los datos del estudio. Hemos excluido a los pacientes con cardiopatía isquémica o diagnósticos alternativos al de pericarditis aguda. Hemos considerado como normal un nivel de troponina < 0,050 ng/ml.

**Resultados.** Hemos incluido a un total de 56 pacientes. La mediana de los niveles de troponina es de 0,028 ng/ml (IC: 0,013-2,040). Tres pacientes (5%) fallecen durante la hospitalización inicial por pericarditis aguda, en los tres casos por taponamiento cardiaco, uno de ellos presenta elevación de troponina y los otros dos no (P = 0,661). Véanse tablas adjuntas.

**Conclusiones.** En los pacientes con pericarditis aguda, los que tienen troponina sérica elevada suelen ser más jóvenes que los que tienen troponina normal.

**IF-62****EFICACIA DE LA CICLOFOSFAMIDA ENDOVENOSA EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA**

M. Plasín<sup>1</sup>, C. Simeón<sup>2</sup>, G. Espinosa<sup>1</sup>, V. Fonollosa<sup>2</sup>, R. Cervera<sup>1</sup> y M. Vilardell<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Enfermedades Autoinmunes. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospitals Vall d'Hebron. Barcelona.

**Objetivos.** La esclerosis sistémica (ES) afecta con frecuencia al pulmón en forma de enfermedad pulmonar intersticial (EPI). En su tratamiento, la ciclofosfamida (CFM) ha obtenido los mejores resultados, consiguiendo mejorar o estabilizar los parámetros de las pruebas de función respiratoria (PFR) de estos pacientes. Sin embargo no existe información acerca de la evolución funcional de éstos a largo plazo. El objetivo del presente estudio es demostrar la mejoría o estabilidad de las PFR de los pacientes con ES y EPI tratados con CFM durante el tratamiento y a largo plazo una vez finalizado éste.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de 37 pacientes afectados de EPI asociada a esclerodermia, tratados con CFM endovenosa (CFM ev) durante 24 meses y evaluados periódicamente mediante PFR (basal, a los 6, 12, 24 y 48 meses). Los pacientes incluidos estaban afectados de ES según los criterios clasificatorios del American College of Rheumatology. Veintiún (57%) pacientes fueron tratados y evaluados en el Servicio de Enfermedades Autoinmunes del Hospital Clínic y 16 (43%) en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Vall d'Hebron de Barcelona. En el primer grupo, la CFM ev se administró en régimen de 6 pulsos (750mg/m<sup>2</sup>) mensuales y 6 trimestrales para completar 2 años de tratamiento. En el segundo grupo, se administraron 6 pulsos (600 mg/m<sup>2</sup>) mensuales para pasar a bimensuales durante los siguientes 6 meses y trimestrales hasta completar los 2 años. A este

tratamiento se asoció en todos los casos una pauta de glucocorticoides a dosis descendente. Para evaluar la respuesta al tratamiento se analizó la capacidad vital forzada (CVF) y el cociente entre la capacidad de difusión de CO (DLCO) y el volumen alveolar (VA) DLCO/VA, cuyos resultados se expresaron en un porcentaje con respecto al esperado para cada paciente.

**Resultados.** De los 37 pacientes incluidos, 30 (81%) eran mujeres. La media de edad fue de  $43 \pm 12$  años (rango, 20-70). Veintidós (59%) pacientes presentaban una ES con esclerodermia difusa, 12 (32%) pacientes una ES limitada y 3 (9%) pacientes un síndrome de solapamiento. La evolución de la ES en el momento del inicio del tratamiento expresada como mediana  $\pm$  rango intercuartílico fue de  $10 \pm 22,5$  meses (rango, 0-168) y la evolución de la EPI de  $3 \pm 7,8$  meses (rango, 0-72). Los valores de CVF y DLCO/VA en el momento del diagnóstico de la EPI fueron de  $64,9\% \pm 17,4\%$  y  $69,1\% \pm 17,1\%$ , respectivamente. No se obtuvieron diferencias en la medición de estos parámetros (CVF; DLCO/VA) en las mediciones realizadas a los 6 meses ( $64,9\% \pm 16,6\%$ ;  $69,5\% \pm 15,6\%$ ), 12 meses ( $62,4\% \pm 17,3\%$ ;  $68,6\% \pm 16,4\%$ ), 24 meses ( $63,4\% \pm 18,6\%$ ;  $63,7\% \pm 16,8\%$ ) y 48 meses ( $68,9\% \pm 20,6\%$ ;  $68,6\% \pm 16,4\%$ ). Tampoco existieron diferencias cuando se dividió a los pacientes según el hospital de procedencia ni el tiempo de evolución de la EPI antes del inicio del tratamiento (aquellos con una evolución menor o igual a 6 meses frente a aquellos con una evolución superior a 6 meses).

**Discusión.** Los resultados de este estudio retrospectivo son similares a los publicados en la literatura. En líneas generales, el tratamiento con CFM estabiliza los parámetros de las PFR en los pacientes con EPI asociada a ES. Además, en nuestro estudio, esta estabilización se mantiene a largo plazo.

**Conclusiones.** El tratamiento con CFM estabiliza los parámetros de las PFR en pacientes con EPI asociada a esclerodermia. Esta estabilización se mantiene a largo plazo.

#### IF-63

### MANIFESTACIONES DIAGNÓSTICAS, TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN EN UNA SERIE DE PACIENTES INFECTADOS POR VHC CON POSTERIOR DESARROLLO DE CRIOGLOBULINEMIA

**M. Ramentol Sintés, N. Iriarte Gay de Montellá, R. Solans Laqué, J. Bosch, I. Esteban y M. Vilardell**

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

**Objetivos.** Describir las principales características epidemiológicas y clínicas, tratamiento y evolución en una serie de pacientes con infección por VHC diagnosticados de crioglobulinemia mixta y controlados en un mismo Servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de Crioglobulinemia mixta asociada a infección por HVC en los últimos 15 años, reclutados de forma sucesiva en consultas externas de Medicina Interna-Enfermedades sistémicas por presentar púrpura y/o artritis y/o síndrome seco.

**Resultados.** Se incluyeron 23 pacientes (17 mujeres y 6 hombres), con una edad media al diagnóstico de 57,6 años. El tiempo transcurrido entre la infección por VHC y el diagnóstico de crioglobulinemia fue de 4,26 años. El criocrito medio fue de  $5,4\%$  ( $1,6-17,5\%$ ). La afección cutánea en forma de púrpura necrotizante y/o úlceras cutáneas (12 de 23 pacientes) fue la más frecuente, seguida de artralgias/artritis (15 y 8 pacientes respectivamente). Siete pacientes presentaron un síndrome de Sjögren secundario asociado. En 6 casos se llegó al diagnóstico encontrándose los pacientes asintomáticos. Seis pacientes presentaron ANA positivos (1:80 a 1:640), y 9 factor reumatoide positivo. Durante el seguimiento, 5 pacientes desarrollaron insuficiencia renal, requiriendo hemodiálisis uno de ellos, y 2 hemorragia pulmonar. La afectación neurológica en nuestra serie se limitó al sistema nervioso periférico (SNP) en forma de mono y multineuritis. La hepatopatía evolucionó en 11 pacientes: en 6 se objetivó hepatitis crónica activa y en 5 cirrosis hepática. Cinco pacientes desarrollaron hepatocarcinoma. Un paciente recibió tratamiento con inmunoglobulinas, y 6 pacientes recibieron tratamiento con interferón durante una media de 12 meses, en 4 de los casos se asoció a ribavirina y en 1 a Rituximab, sin complicaciones asociadas al tratamiento. Cuatro pacientes recibieron un trasplante hepático. Durante el seguimiento 3 pacientes desarrollaron neoplasias distintas de hepatocarcinoma: 2 un linfoma no Hodgkin y 1 un adenocarcinoma pulmonar. Se registraron 8 éxitos, 3 de ellos en relación a la neoplasia subyacente, 1 asociado a complicaciones hemorrágicas secundarias a hepatopatía, 1 secundario a hemorragia pulmonar y 2 de causa no filiada.

**Discusión.** La crioglobulinemia mixta es una complicación secundaria a la infección crónica por VHC, cada vez menos frecuente en nuestro medio dado el mayor número de pacientes que reciben tratamiento antiviral. Suele cursar con afectación cutánea (púrpura y úlceras), y articular, y con menor frecuencia renal y del SNP. Se asocia con mayor frecuencia a hepatitis crónica activa que a cirrosis hepática, y comporta un aumento de la morbimortalidad en estos pacientes.

**Conclusiones.** En nuestra serie la presencia de crioglobulinas se asoció con una elevada morbilidad (hepatopatía crónica, insuficiencia renal, síndrome de Sjögren secundario) y una mortalidad considerable secundaria al desarrollo de neoplasias, insuficiencia renal y complicaciones hemorrágicas.

#### IF-64

### TRATAMIENTO DE LA CRIOGLOBULINEMIA MIXTA ASOCIADA A VHC: USO DE RITUXIMAB E INTERFERÓN PEGILADO CON RIBAVIRINA

**J. Álvarez Pellicer<sup>1</sup>, N. Martín-Suñé<sup>1</sup>, J. Ríos Blanco<sup>1</sup>, M. Díaz Menéndez<sup>1</sup>, A. Oliveira Martín<sup>2</sup>, J. Barbado Hernández<sup>1</sup> y J. Vázquez Rodríguez<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Medicina del Aparato Digestivo. Hospital Universitario la Paz. Madrid.*

**Objetivos.** La crioglobulinemia asociada a Virus de la Hepatitis C (VHC) es una vasculitis de pequeño vaso que tiene un amplio espectro clínico desde artralgias y púrpura hasta complicaciones graves tales como fallo renal, úlceras necrotizantes o puede presentarse como un síndrome vasculítico generalizado. En esta comunicación se pretende discutir sobre el papel de dos abordajes farmacológicos fundamentales: el Interferón pegilado (Peg IFN) con Ribavirina y el Rituximab.

**Material y métodos.** Describimos una serie de dos casos de crioglobulinemia mixta asociada a VHC con diferentes estrategias de tratamiento. Realizamos un análisis de las características clínicas, biológicas, complicaciones, tratamiento y evolución de cada paciente, así como una revisión de la bibliografía.

**Resultados.** El primer caso se trata de una mujer de 52 años con afectación fundamentalmente cutánea asociada a polineuropatía invalidante. Tras dos intentos fallidos de tratamiento con Interferón Pegilado y Ribavirina (genotipo 1b), se realiza un ciclo de Rituximab con gran mejoría clínica y analítica, tras el cual se han mantenido dosis continuadas semanales de Peg-IFN. El segundo caso es un hombre de 70 años con infección crónica tanto por VHB como por VHC (genotipo 4) y afectación cutánea, articular y renal que ha sido tratada únicamente con Peg-IFN y Ribavirina, además de Entecavir, con respuesta clínica positiva.

**Discusión.** Nuestra experiencia confirma los resultados observados en estudios previos. El tratamiento con peg-IFN y Ribavirina se reserva para formas moderadas y leves ya que la respuesta es más lenta y sin embargo más prolongada. La crioglobulinemia mixta es considerada un proceso linfoproliferativo monoclonal derivado de linfocitos B, por lo que el Rituximab consigue una gran eficacia, de aparición temprana, pero de duración limitada. Puede ser utilizado en monoterapia o añadido al tratamiento de VHC siendo posible su uso en formas graves o como alternativa en formas resistentes. Las diferentes manifestaciones clínicas responden de distinta manera a cada uno de los dos tratamientos. No está totalmente establecido qué protocolos de actuación con peg-IFN o rituximab deben seguirse en los pacientes con crioglobulinemia asociada a VHC.

**Conclusiones.** Rituximab puede ser una opción terapéutica útil en la Crioglobulinemia Mixta asociada a virus C con gran eficacia y buena tolerancia, pero se necesitan ensayos clínicos controlados aleatorizados con mayor número de pacientes y mayor tiempo de seguimiento para establecer claramente su eficacia, seguridad, tolerabilidad y el papel que desempeña en el esquema general de tratamiento. Probablemente la indicación de cada uno es dependiente de factores como el genotipo viral, la tolerancia, y la gravedad de la presentación.

#### IF-65

### VALVULOPATÍA E HIPERTENSIÓN PULMONAR EN EL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO (SAF). EVALUACIÓN DE CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FACTORES DE RIESGO

**E. Rodríguez Castellano, A. Robles Marhuenda, P. Lavilla y A. Gil Aguado**

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

**Objetivos.** Evaluar la prevalencia de valvulopatía e HTP y factores de riesgo predictivos en una cohorte de pacientes con anticuerpos antifosfolípidos.

**Material y métodos.** Se incluyeron 223 pacientes de nuestra cohorte en los que se realizó un ecocardiograma de forma sistemática. Se incluyeron: 80 SAF (36%); 45 SAFS (20%); 45 AAF silente (20%) y 53 con otras patologías autoinmunes sin AAF (24%). Los AAF y el AL se determinaron por técnicas habituales. El análisis estadístico se realizó con SPSS 15. Se usó el test de Chi cuadrado y el test exacto de Fisher.

**Resultados.** Con respecto a los pacientes sin Anticuerpos antifosfolípidos (AAF), en los pacientes con AAF, el ecocardiograma fue patológico en 88 (52%) ( $p = 0,023$ ), con afectación valvular en 64 (38%) ( $p = 0,005$ ) e HTP en 16 (9%,  $p$ : ns). 73 pacientes presentaron afectación valvular: 35 con SAF (48%), 19 con SAFS (26%), 10 con AAF silente (14%) y 9 en el grupo sin

AAF (12%) ( $p = 0,002$ ). 19 pacientes presentaron HTP, 9 en el SAFF (47%), 6 en el SAFS (32%), 1 en el AAF silente (5%) y 3 en el grupo sin AAF (16%) ( $p$ :ns). La valvulopatía fue asintomática en la mayoría de los pacientes pero en 2 casos requirió reemplazamiento valvular. La HTP también era asintomática en la mayoría de los pacientes en el momento del diagnóstico.

**Discusión.** La afectación valvular subclínica fue muy frecuente en los pacientes con AAF. No hubo correlación con otras manifestaciones clínicas de SAF ni se identificaron otros factores de riesgo. La HTP fue menos frecuente que la afectación valvular en los pacientes con AAF. Pese a no ser estadísticamente significativo, más del 10% de los pacientes con AAF presentan HTP, frente a un 6% de los pacientes sin AAF.

**Conclusiones.** A todo paciente con AAF se le debe realizar un eco-doppler cardíaco en el protocolo inicial de estudio con el fin de descartar tanto valvulopatía significativa como HTP que pudieran modificar el manejo del paciente tanto a corto como largo plazo, así como el pronóstico.

#### IF-66

##### EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON RITUXIMAB EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS

J. Callejas Rubio<sup>1</sup>, F. García Hernández<sup>2</sup>, E. De Ramon<sup>3</sup>, R. Ríos Fernández<sup>1</sup>, M. Castillo<sup>2</sup>, M. Cams<sup>3</sup>, J. Sánchez Roman<sup>3</sup> y N. Ortego Centeno<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad Enfermedades Sistémicas. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

<sup>2</sup>Unidad de Colagenosis. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

<sup>3</sup>Unidad de Enfermedades Sistémicas. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.

**Objetivos.** Estudiar la eficacia y seguridad del tratamiento con rituximab en pacientes mayores de 65 años con diferentes enfermedades autoinmunes sistémicas.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de 179 tratamientos en 147 pacientes tratados con rituximab en el período comprendido entre los años 2004 y 2008 en las Unidades de Enfermedades Sistémicas de los Hospitales San Cecilio de Granada, Virgen del Rocío de Sevilla y Carlos Haya de Málaga. Para la valoración de la actividad y dada la heterogeneidad de patologías se utilizó una escala EVA basal y a los 3, 6 y 12 meses. Comparamos la eficacia y seguridad en 25 tratamientos de 21 pacientes mayores de 65 años.

**Resultados.** Las patologías para las que se utilizó rituximab en mayores de 65 años fueron vasculitis sistémicas ( $n = 5$ ), enfermedades hematológicas fundamentalmente PTI ( $n = 5$ ), lupus eritematoso sistémico ( $n = 3$ ), dermatomiositis ( $n = 2$ ), crioglobulinemia asociada al VHC ( $n = 2$ ), AR ( $n = 2$ ) y otras ( $n = 2$ ). En todos los casos el motivo fue la presencia de actividad con diferentes tratamientos inmunosupresores. Se observó un descenso significativo en la escala EVA ya evidente a los 3 meses (8,1 vs 2,1) que se mantuvo a los 6 y 12 meses. Durante el seguimiento se observaron 4 recidivas (20%) que respondieron a un nuevo ciclo de rituximab. Como efecto adverso precoz un paciente desarrolló un cuadro urticarial y durante el seguimiento 2 pacientes presentaron cuadros infecciosos. Cuando comparamos la eficacia por EVA con los pacientes menores de 65 años no se observó diferencias significativas. No observamos tampoco diferencias significativas en el porcentaje de recidivas (4/21 vs 30/126) ni en la aparición de efectos secundarios.

**Conclusiones.** Rituximab es un tratamiento eficaz y seguro para el control de la actividad de diferentes enfermedades autoinmunes en pacientes mayores de 65 años.

#### IF-67

##### EFFECTO DEL CAPTOPRIL EN EL DAÑO CARDIACO ASOCIADO A LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

O. Aramburu<sup>1</sup>, J. Miguel-Carrasco<sup>2</sup>, A. Mate<sup>2</sup>, M. Monserrat<sup>1</sup>, J. Arias<sup>1</sup>, C. Vázquez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla.

<sup>2</sup>Departamento de Fisiología. Facultad de Farmacia. Universidad de Sevilla (Sevilla).

**Objetivos.** Como es bien conocido, la hipertensión arterial (HTA) es una de las causas principales de aparición de enfermedades cardiovasculares, siendo numerosos los estudios que indican a la inflamación como parte de los mecanismos fisiopatológicos implicados. Nuestro principal objetivo es evaluar el efecto cardioprotector del captopril (CAP) en la HTA, evaluando algunos mecanismos de acción implicados en el proceso inflamatorio que acompaña a este desorden y estudiando el papel del sistema renina-angiotensina (SRA).

**Material y métodos.** Se han empleado cuatro grupos de ratas: 1) ratas Wistar-Kyoto (WKY), como controles normotensas; 2) Spontaneously Hypertensive Rats (SHR), como modelo experimental de hipertensión; 3) WKY tratadas con captopril (WKYCAP) y 4) SHR tratadas con captopril (SHRCAP). El tratamiento con CAP se realizó durante 12 semanas a una dosis de 80

mg/kg de peso corporal/día, administrado en el agua de bebida. Transcurrido dicho período, se obtiene plasma y se extrae el corazón, que se pesa, aislando el ventrículo izquierdo para la extracción de ARN total. El plasma y el ARN se usan para la determinación plasmática y expresión génica (mediante PCR en tiempo real) de los marcadores inflamatorios: interleucina-1 (IL-1) e interleucina-6 (IL-6). Para el estudio del SRA, procedemos al estudio cardíaco de la expresión génica, por PCR a tiempo real, de la enzima convertidora de la angiotensina (ECA) y del receptor tipo 1 de la angiotensina II (AT1R). Además, estudiamos la implicación del estrés oxidativo determinando la expresión de p22phox, subunidad catalítica de la enzima NADPH oxidasa, principal productora del anión superóxido.

**Resultados.** La administración crónica de CAP a las ratas hipertensas SHR provocó una reversión total en las cifras de presión arterial diastólica y sistólica, así como en la relación peso corazón/peso corporal. Por el contrario, no se observaron diferencias en estos tres parámetros estudiados entre las ratas normotensas con y sin tratamiento con CAP. Los niveles plasmáticos de IL-1 e IL-6, que están aumentados en las ratas hipertensas, se normalizan tras el tratamiento con CAP. La cantidad de ARNm para la IL-1e IL-6, incrementada en las ratas hipertensas con respecto a las normotensas, disminuye tras la administración de CAP. Se observa un aumento en la expresión génica de ECA, AT1R y p22phox en las ratas hipertensas, aumento que revierte tras el tratamiento con el fármaco. No se observan alteraciones en ninguno de los parámetros analizados en las ratas normotensas tratadas con CAP con respecto a los observados en el grupo control WKY.

**Discusión.** Nuestro estudio demuestra, por primera vez, un efecto anti-inflamatorio y cardioprotector del CAP en la HTA, disminuyendo no sólo los niveles circulantes de las citocinas proinflamatorias, sino además su expresión génica a nivel cardíaco. Por otro lado, se demuestra el papel del SRA y del estrés oxidativo en este efecto del CAP.

**Conclusiones.** Nuestros resultados muestran un efecto cardioprotector anti-inflamatorio del captopril en el daño cardíaco asociado a la hipertensión arterial, efectos mediados por el SRA. Agradecimientos: Financiado por el Ministerio de Sanidad y Consumo (FIS, PI051026) y Consejería de Salud, Junta de Andalucía (PI-0034), J. L. Miguel-Carrasco; A. Mate; M. T. Monserrat y C. M. Vázquez, forman parte de la REIT (Red Española de Investigación sobre Proteínas Transportadoras de Membrana y sus Implicaciones Fisiológicas, Patológicas y Farmacológicas), Ministerio de Educación y Ciencia (BFU2007-30688-E/BFI).

#### IF-68

##### TUBERCULOSIS Y LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

M. Arenas Miras, C. Hidalgo Tenorio, I. Martínez Egea, J. García Castro, M. Zamora Pasadas, N. Navarrete Navarrete, M. Sabio Sánchez y J. Jiménez Alonso

Unidad de Enfermedades Autoinmunes sistémicas. Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

**Objetivos.** En diversos estudios realizados en países subdesarrollados se han detectado mayores tasas de tuberculosis en LES que en la población general (1,2), con aumento de formas extrapulmonares de la enfermedad y cifras elevadas de mortalidad (3,4). Nuestro objetivo es analizar los casos de tuberculosis activa ocurridos en nuestros pacientes con LES en los últimos seis años, y compararlos con los resultados obtenidos en otras regiones de España, y con la tasa de tuberculosis de la población de Granada durante el período de estudio.

**Material y métodos.** Analizamos los datos correspondientes a los últimos seis años (2002-2008) de los pacientes con LES diagnosticados de tuberculosis activa procedentes del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada.

**Resultados.** 2 de 274 (5,48 %) pacientes con LES presentaron tuberculosis activa; 1 fue tuberculosis pulmonar con buena respuesta al tratamiento estándar, y el otro una osteomielitis tuberculosa con diseminación miliar, que falleció finalmente. Obtuvimos una tasa de incidencia de tuberculosis en LES de 729,92 casos/100.000 habitantes. En Granada la tasa de tuberculosis fue de 19,83 casos/100.000 habitantes durante el período de estudio.

**Discusión.** En nuestra serie de pacientes con LES la tasa de tuberculosis fue superior, durante el período analizado, a la de la población general; también resultó ser mayor a la hallada en otros dos trabajos realizados en España, lo que podría deberse a las diferencias geográficas y período de inclusión del estudio (5,6).

**Conclusiones.** Según los estudios realizados parece que la incidencia de tuberculosis es mayor en pacientes con lupus que en la población general. Nuestro estudio corrobora estos datos, tanto al compararlo con estudios extranjeros como con los españoles. 1. Victorio-Navarra ST et al. Tuberculosis among Filipino patients with systemic lupus erythematosus. *Semin Arthritis Rheum* 1996; 26:628-634. 2. Yun. JE et al. The incidence and characteristics of *Mycobacterium tuberculosis* infection among systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis patients in Korea. *Clinand Exp Rheumatol* 2002; 20:127-132. 3. Sayarlioglu M et al. Tuberculosis in Turkish patients

Tabla 1 (IF-68). Datos de estudios españoles

	Periodo de estudio	Tasa en población general	Tasa en LES	% formas extrapulmonares
País Vasco (7)	1994-2003	20-45 casos/100.000	187 casos/100.000	0%
Madrid (8)	1991-2000	153 casos/100.000	645casos/100.000	75%
Granada	2002-2008	19,83 casos/100.000	729,92 casos/100.000	50%

with systemic lupus erythematosus: increased frequency of extrapulmonary localization. *Lupus* 2004; 13:274-278 4. Tam LS et al. Risk factors and clinical features for tuberculosis among patients with systemic lupus erythematosus in Hong kong. *Scand J Rheumatol* 2002; 31:296-300 5. Erdozain JG et al. High risk of tuberculosis in systemic lupus erythematosus?. *Lupus* 2006; 15:232-235. 6. Vadillo Font C et al. Incidencia y características de la tuberculosis en pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunes. *Rev Clín Esp* 2003; 203: 178-82.

#### IF-69

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS CASOS DE HEPATITIS AGUDA INGRESADOS EN UN HOSPITAL COMARCAL

**B. Batalla Insenser, G. De la Red Bellvís, C. Chico Chumillas, M. Sánchez Torres, A. Culla Ginesta, X. Ramos Lazaro, S. Ledesma Serrano y M. Torres Salinas**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital de l'Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet (Barcelona).*

**Objetivos.** Describir las características clínicas y epidemiológicas, así como la evolución de los pacientes ingresados por hepatitis aguda en un Servicio de Medicina Interna de un hospital comarcal.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de los casos de hepatitis aguda que han ingresado en nuestro Servicio, durante los últimos 27 meses. Se han analizado variables clínicas y epidemiológicas, así como su etiología y evolución.

**Resultados.** Se registraron 13 pacientes con criterios clínicos y biológicos de ingreso hospitalario por hepatitis aguda, excluyendo los pacientes con hepatitis alcohólica. 7 pacientes fueron mujeres y 6 hombres. La media de edad fue de 37 años. 3 pacientes (23%) estaban afectados de una hepatopatía crónica de base: de origen enólico (7,7%), infección por VHB (7,7%) y por VHC (7,7%). El índice de Charlson fue entre 0-1 en el 77% de los casos. En el 31% de los casos el consumo de alcohol fue > 80 g/día. Un 85% de los pacientes se manifestó con postración, un 77% con ictericia, un 54% presentó fiebre y más de la mitad de los casos (54 %, 7 pacientes) presentaron dolor abdominal. En tan sólo 4 pacientes había un desencadenante (en 1 caso conducta sexual de riesgo, en otro la prescripción de un fármaco hepatotóxico y en 2 casos consumo de hierbas laxantes). Todos presentaron colostasis y un 50% tuvo signos biológicos de insuficiencia hepática. En cuanto a la etiología, la causa más frecuente de hepatitis aguda que requirió ingreso hospitalario fue la infección por VHB (4 pacientes), seguida por la hepatitis tóxica (3 pacientes), la infección por CMV (2 pacientes) y la hepatitis A (2 pacientes). Se realizó PBH en dos pacientes, en los cuales el diagnóstico fue de hepatitis tóxica. En dos casos no se llegó al diagnóstico etiológico. En cuanto a la evolución, en un 8% de los casos (1 paciente) hubo una resolución completa de los parámetros analíticos, en un 83% (10 pacientes) mejoraron de forma progresiva sin la resolución completa, en un 8% (1 paciente) se cronificó y ningún paciente falleció.

**Conclusiones.** 1. En nuestro medio la causa más frecuente de hepatitis aguda que requirió ingreso hospitalario fue la infección por VHB, seguida de la hepatitis tóxica. 2. La evolución fue favorable en casi todos los casos, con un sólo caso (por VHB) que cronificó y no hubo mortalidad. 3. En todos los casos hubo colostasis y la mitad de los pacientes se presentó con criterios biológicos de insuficiencia hepática. 4. La realización de PBH, es una prueba diagnóstica a considerar en los casos no diagnosticados por métodos no invasivos.

#### IF-70

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN DE LOS CASOS DE HEPATITIS ALCOHÓLICA QUE INGRESAN EN UN HOSPITAL COMARCAL DEL AREA METROPOLITANA DE BARCELONA

**G. De la Red Bellvís, B. Batalla Insenser, N. Jové Vidal, J. Ruiz Izquierdo, Y. Loza Medrano, L. Sarmiento Mendez, J. Santos Hernández y M. Torres Salinas**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital de l'Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet (Barcelona).*

**Objetivos.** La hepatopatía alcohólica es la causa más frecuente de cirrosis hepática en nuestro medio y muchos ingresos hospitalarios son debidos a hepatitis alcohólica, lo que supone una causa importante de morbimortalidad. En este trabajo pretendemos describir las características clínicas y

la evolución de los pacientes que ingresan por hepatitis alcohólica en un servicio de Medicina Interna de un Hospital comarcal.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de los casos de hepatitis alcohólica ingresados en nuestro Servicio durante los últimos 27 meses. Se han analizado las variables clínicas y biológicas, así como su evolución.

**Resultados.** Se registraron 12 pacientes que ingresaron con el diagnóstico de hepatitis alcohólica. La mayoría (11), fueron varones. La media de edad fue de 49 años. En todos ellos, el consumo de alcohol fue > 80gr/día. 6 pacientes (50%) estaban afectados de una hepatopatía crónica de origen enólico. La mayoría (10 pacientes, 84%) tenían un índice de Charlson de 0-1. La forma de presentación fue: fiebre en un 42%, postración en un 83%, ictericia en un 75% y dolor abdominal en un 25%. Todos los pacientes presentaron colostasis y un 58% tenía signos biológicos de insuficiencia hepática. El índice de Maddrey fue > 32 en el 50% de los casos; 2 pacientes recibieron tratamiento con corticoides, 3 corticoides y nutrición enteral y un caso requirió ser trasladado a un hospital terciario. La mayoría de los casos presentó una evolución favorable. El 18% (2 ptes) con resolución clínica completa y el 55% (6 ptes) mejoraron de forma progresiva. 3 pacientes (27%) fallecieron. Todos ellos presentaban una hepatopatía alcohólica de base y tenían un índice de Maddrey superior a 32.

**Conclusiones.** 1. En nuestro Servicio de Medicina Interna, la hepatitis alcohólica es una causa frecuente de ingreso hospitalario. 2. Todos los casos de hepatitis alcohólica, se asociaron a colostasis y la mayoría de los pacientes (58%) presentaron criterios biológicos de insuficiencia hepática. 3. La mitad de los pacientes presentaron un índice de Maddrey superior a 32, realizándose tratamiento corticoideo que se asoció a nutrición enteral en casi todos ellos. 4. La hepatitis alcohólica es una patología potencialmente grave y que se asocia a una importante mortalidad (27%) 5. En general el manejo de estos pacientes se puede realizar en un Hospital Comarcal con una buena evolución sin necesidad de traslado a un Hospital terciario.

#### IF-71

### MUTACIÓN HETEROCIGOTA DEL GEN MEFV EN ENFERMOS AFECTOS DE FIEBRE MEDITERRÁNEA FAMILIAR (FMF). DESCRIPCIÓN DE SEIS CASOS

**A. Guillén del Castillo, L. Badía Cebada, A. Fernández Luque, A. Labirua-Iturburu Ruiz, S. Buján Rivas y M. Vilardell Tarrés**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital General Vall d'Hebron - Área General. Barcelona.*

**Objetivos.** Identificar los pacientes afectados de FMF controlados en un hospital universitario de tercer nivel, y analizar su patrón clínico, genético y de respuesta al tratamiento.

**Material y métodos.** Se revisaron las historias clínicas de los pacientes diagnosticados clínicamente de fiebre periódica, así como los estudios genéticos de fiebre periódica, y se seleccionaron aquellos con criterios clínicos y/o genéticos compatibles con FMF. El estudio genético de FMF se realizó mediante realización de PCR de los exones del 1 al 10 del gen MEFV.

**Resultados.** Se identificaron 6 enfermos que presentaban clínica compatible con FMF (6/6 fiebre periódica, 4/6 dolor abdominal episódico, 2/6 exantema cutáneo y 1/6 pericarditis crónica). Los 6 enfermos presentaban alguna de las mutaciones descritas en la FMF (3/6 MET 694 VAL, 1/6 E 148 Q, 2/6 otras). El tratamiento con colchicina controló los brotes de la enfermedad en 3/6 enfermos. De los 3 restantes, uno requirió tratamiento con anti-TNF (etanercept) y dos con anti-IL1 (anakinra). No se detectó consanguinidad ni historia familiar de FMF entre los progenitores de ningún paciente. Ningún paciente presentaba amiloidosis AA.

**Discusión.** Entre los síndromes autoinflamatorios, la FMF es la más prevalente en nuestro medio. Tiene un patrón hereditario claramente definido como autosómico dominante, aunque en la práctica clínica no es infrecuente hallar enfermos (hasta un 25% según las series) con clínica compatible con FMF (según criterios de Tel Hashomer), sin historia familiar de FMF o consanguinidad, y con mutación heterocigota para el gen MEFV. Los enfermos aquí comunicados, a pesar de presentar mutación heterocigota para el gen MEFV, presentan datos clínicos similares a aquellos con mutaciones homocigotas del gen MEFV, destacando por su baja prevalencia un paciente con pericarditis crónica. La mutación más frecuente del MEFV corresponde a la mutación M 694 V (3/6), tal como también sucede en las series de enfermos con mutación homocigota. Sin embargo, la respuesta a la colchicina de los

pacientes descritos fue sólo en 3/6, precisando el uso de anti-TNF en un enfermo y de anti-IL1 en otros 2, hecho destacable dada la baja prevalencia de resistencia a la colchicina.

**Conclusiones.** La ausencia de historia familiar de FMF o consanguinidad, o de mutaciones del gen MEFV en forma homocigota, no descarta el diagnóstico de FMF en enfermos con clínica sugestiva. La prevalencia de FMF resistente a la colchicina alcanza el 50% de los enfermos de nuestra serie.

#### IF-72

### ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS CASOS DE ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA RIBERA DE ALZIRA

Z. Pla Espinosa<sup>1</sup>, S. Añon Roig<sup>1</sup>, C. Clep<sup>1</sup>, M. Abdilla Bonias<sup>1</sup>, M. Nadal Bravo<sup>1</sup>, I. Ezquerro Ibarra<sup>1</sup>, A. Belenguer Varea<sup>2</sup> y J. Mota Santiago<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Geriátria. Hospital de la Ribera. Alzira (Valencia).

**Objetivos.** Presentar un estudio descriptivo de todos los casos diagnosticados de Arteritis de Células Gigantes en el Hospital de la Ribera de Alzira en el período comprendido entre los años 2000-2009.

**Material y métodos.** Utilizamos una base de recogida de datos distribuida en una serie de campos entre los que figuran: 1º Inicio: motivo de remisión y síntoma/s iniciales por los que el paciente consulta. 2º Diagnóstico incluyendo tanto variables clínicas, analíticas (VSG y otros parámetros inflamatorios, hemograma/bioquímica...), histológicos (biopsia de la arteria temporal) y de imagen. 3º Evolución: remisión de síntomas tras tratamiento. 4º Tratamiento: fármacos utilizados, dosis, tiempo administrado y resultados (remisión, brotes durante la administración) 5º Efectos secundarios de la farmacoterapia utilizada.

**Resultados.** Se han incluido un total de 53 pacientes diagnosticados de arteritis de células gigantes. La edad media de inicio es de 74,09 años con predominio de hombres sobre mujeres (58,5/41,5). Los motivos de remisión al igual que los síntomas de inicio han sido muy variados pero entre ellos la cefalea, pérdida de visión y FOD (fiebre de origen desconocido) han sido los más frecuentes. Analíticamente todos presentaron aumento de la VSG siendo la media de 82,49 mm 1ª hora; 45% pacientes presentaron anemia siendo la más frecuente la normocítica-normocrómica seguidas de la microcítica y macrocítica con 41,2% y 9,8% respectivamente. Sólo presentaron leucocitosis 20% pacientes. Se realizó una radiografía de tórax al 44% de los pacientes al inicio y sólo al 6% al final del proceso. El 86,8% se diagnosticaron en base a los criterios clínicos de la Sociedad de Reumatología (1999) con remisión tras tratamiento corticoideo en un 82,7%. En un 26,9% se realizó la biopsia de la arteria temporal siendo positiva en el 48,1%. El 58,3% presentaron brotes durante el proceso y de éstos un 18,8% presentaron un solo brote. Todos los pacientes recibieron tratamiento con corticoides mejorando la sintomatología en general quedando un 73% sin cefalea y más de un 80% aproximadamente recuperaron la visión (amaurosis, neuritis óptica). Los fármacos más utilizados fueron prednisona y deflazacort a dosis de 1 mg/kg/día en pauta decreciente durante 6-12 meses; en ningún caso se utilizaron inmunosupresores. Los efectos 2º más frecuentes durante el tratamiento fueron HTA, edema y osteopenia.

**Discusión.** La arteritis de células gigantes o de la temporal es una vasculitis crónica que afecta a vasos de mediano y gran calibre de forma generalizada pero sobre todo a ramas craneales de arterias originadas del arco aórtico. Su etiología es desconocida con una incidencia de 0,1-33/100000 individuos mayores de 50 años con predominio de mujeres en una proporción de 2/1 respecto a hombres lo que contrasta con nuestro estudio. La sintomatología más frecuentemente encontrada fue la cefalea, pérdida de visión y FOD similar a lo publicado en la literatura. El diagnóstico se realiza en base a criterios clínicos, analíticos e histológicos siendo la biopsia de la arteria temporal el diagnóstico definitivo como en nuestra serie. El tratamiento de elección son los corticoesteroides ± inmunosupresores. En nuestro estudio sólo se han utilizado los corticoides con buena respuesta.

**Conclusiones.** 1. La arteritis de células gigantes es una enfermedad poco frecuente. 2. La sintomatología más frecuente es la cefalea y la pérdida de visión. 3. El diagnóstico se realiza en base a criterios clínicos, analíticos e histológicos. 4. El tratamiento de elección son los corticoides.

#### IF-73

### MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA ENFERMEDAD DE KIKUCHI-FUJIMOTO

M. Pérez-Rodríguez<sup>1</sup>, B. Sopena<sup>1</sup>, N. Pazos<sup>1</sup>, J. González-Carreró<sup>2</sup>, M. Vázquez-Triñanes<sup>1</sup>, I. Vaquero<sup>1</sup>, I. Villaverde<sup>1</sup> y C. Martínez-Vázquez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Unidad de Trombosis y Vasculitis, <sup>2</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Universitario de Vigo. Vigo (Pontevedra).

**Objetivos.** La enfermedad de Kikuchi-Fujimoto (EKF) es una entidad poco conocida y en muchos casos erróneamente diagnosticada de mononucleo-

sis, tuberculosis, enfermedad por arañazo de gato, lupus o linfoma. Presentamos las manifestaciones clínicas de la EKF que, por su rareza, pueden inducir a error diagnóstico.

**Material y métodos.** Desde enero-1994 hasta enero-2009 se estudiaron prospectivamente 21 pacientes (uno de ellos con infección VIH), diagnosticados de EKF por biopsia de ganglio linfático. Todos ellos fueron atendidos en el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

**Resultados.** De los 20 pacientes inmunocompetentes estudiados, 16 eran mujeres (70%) con una edad media de 33,4 años (Rango: 15-79), 4 mayores de 40 años (todos ellos varones). La fiebre estuvo presente en 12/20 (60%) de los pacientes, cumpliendo criterios de fiebre de origen desconocido 6/20 (31%). El 100% de los enfermos tenía adenopatías palpables. Las adenopatías fueron bilaterales en el 50% de los casos y dolorosas en 14/20 (70%). La localización más frecuente fue la cervical 18/20 (90%), con afectación de más de tres territorios en 6/20 (30%). En 2/20 (10%) las adenopatías se presentaron únicamente a nivel inguinal. Se realizó TC de las adenopatías en 12 pacientes, presentando captación anular con centro necrótico en 6 (50%). Las lesiones cutáneas estuvieron presentes en 5 pacientes (25%): 4 rash morbiliforme y 1 vasculitis leucocitoclástica de aspecto atípico. Se documentó meningitis linfocitaria aséptica con consumo de glucosa en 3 casos (15%), 2 recibieron tratamiento tuberculostático prolongado; el cultivo de micobacterias fue negativo en todos los casos. De los 19 pacientes en los que consta seguimiento, 7 mujeres (37%) desarrollaron enfermedades autoinmunes: 3 LES, 2 S. Sjögren, 1 tiroiditis y 1 gastritis atrófica H. pylori negativa.

**Discusión.** La EKF, descrita en 1972, se caracteriza por la presencia de fiebre y adenopatías, generalmente cervicales. En la mayoría de los casos sigue un curso autolimitado y benigno. En nuestro país tan sólo se han comunicado casos aislados, siendo la presente serie la más numerosa y con mayor seguimiento de las publicadas. Cualquiera de las manifestaciones clínicas arriba descritas es infrecuente en la EKF y pueden llevar a confundir esta enfermedad con otras entidades más prevalentes.

**Conclusiones.** La EKF es una enfermedad con un amplio espectro de manifestaciones clínicas y con un curso generalmente benigno y autolimitado por lo que es una entidad probablemente infradiagnosticada. El seguimiento de los pacientes con EKF es importante ya que muchos desarrollarán enfermedades autoinmunes.

#### IF-74

### ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS CASOS DIAGNOSTICADOS DE SARCOIDOSIS EN 2008 EN UN HOSPITAL TERCIARIO

M. Navarro Aguilar, M. Igúzquiza Pellejero, M. Martín Fortea, M. Callejo Plazas, R. Pelay Cacho, L. Clavel Conget, P. Serrano y L. Herrera

Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

**Objetivos.** Analizar retrospectivamente los casos de sarcoidosis diagnosticados en un año en un hospital de referencia.

**Material y métodos.** Estudio epidemiológico retrospectivo de los casos de sarcoidosis diagnosticados en el año 2008 en un hospital de referencia. En cada caso se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, cuadro clínico, órganos afectados, estadio radiológico, estudio histológico, niveles de enzima convertidora de la angiotensina (ECA), técnicas de imagen (TC y/o Gammagrafía con galio) y tratamiento.

**Resultados.** Se revisaron 10 historias clínicas en las que en el informe de alta constaba el diagnóstico de sarcoidosis. 5 casos fueron desechados porque el diagnóstico se había hecho con anterioridad a 2008. De los 5 casos restantes, 4 se diagnosticaron con criterios histológicos, tras la realización de biopsia pulmonar o ganglionar, y 1 con arreglo al criterio clínico-radiológico. La incidencia fue de 1.87 casos/100.000 habitantes/año. De los 5 casos analizados, 3 correspondían a varones y 2 a mujeres, con una edad media de 49.4 años. La mayoría de los pacientes (60%) se encontraban asintomáticos; 2 de ellos presentaban síndrome constitucional, de los cuales, 1 presentaba también fiebre y síntomas respiratorios. La afectación predominante fue la pulmonar (80%), y sólo uno de los casos tenía afectación exclusiva ganglionar. Los estadios radiológicos más frecuentes fueron estadio I y II, ambos con 2 casos, seguidos del estadio 0, con 1 caso. Ninguno de los casos se encontraba en estadio III ó IV. Los niveles de ECA estaban elevados en el 80% de los casos, con un nivel medio de 81.2 (n 8-52). Solamente se realizó lavado broncoalveolar en uno de los casos, con un cociente CD4/CD8 de 3.27. El estudio de imagen mediante TC torácica se realizó en todos los casos, en uno de ellos se hizo previamente gammagrafía con galio67 con resultado concordante con TC. El tratamiento con corticoides fue instaurado en 3 de los pacientes, aquellos con estadio II y en el caso de afectación ganglionar.

**Discusión.** La sarcoidosis es una enfermedad sistémica de distribución universal, que tiene preferencia por los adultos jóvenes (20-40 años), aunque la media en nuestra serie es algo superior. La prevalencia se estima entre 10-40 casos por 100.000 habitantes, con una incidencia en España según

otros estudios retrospectivos de 1.36 casos/100.000 habitantes/año, lo que concuerda con los datos de nuestro estudio. A pesar de que suele ser ligeramente más frecuente en el sexo femenino, en esta serie se aprecia un predominio masculino. Al igual que en la literatura, en nuestro estudio, la afectación pulmonar es la más frecuente, del mismo modo que los estadios I y II. Sin embargo no encontramos ningún caso de Síndrome de Löfgren, forma de presentación muy frecuente en Europa. El aumento de los niveles de ECA, aunque no es específico, se observa en la mayoría de sarcoidosis. La TC, realizada a todos los pacientes, aunque no es imprescindible, completa los estudios radiológicos y ayuda a escoger el lugar de la biopsia. Los corticoides, si bien mejoran la clínica y la función pulmonar, no han confirmado que modifiquen la evolución de la enfermedad a largo plazo, por lo que no suelen tratarse los pacientes asintomáticos o en estadios O ó I.

**Conclusiones.** 1. La incidencia de sarcoidosis en nuestro estudio es similar a la de otros estudios. 2. La afectación pulmonar es la más frecuente. 3. La edad y el sexo predominante en nuestra serie no concuerda con los datos de otros estudios.

## IF-75

### REACCIONES ADVERSAS POR LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS: EXPERIENCIA CLÍNICA EN UNA CONSULTA DE ENFERMEDADES SISTÉMICAS

**J. González Nieto, F. Muñoz Beamud, G. Mariscal Vázquez e I. Martín Suárez**

*Servicio de Medicina Interna. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Huelva.*

**Objetivos.** Evaluar la eficacia y seguridad del empleo de fármacos con actividad anti-TNF en pacientes con manifestaciones graves de enfermedades sistémicas.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo descriptivo de las reacciones adversas detectadas en pacientes en tratamiento con terapias biológicas durante los últimos 5 años en una consulta monogáfica de enfermedades sistémicas. Se recogieron distintas variables clínicas y analíticas así como la relación temporal del fármaco con la aparición de la reacción adversa.

**Resultados.** Se registraron un total de 24 pacientes que habían realizado 35 pautas de tratamiento con fármacos anti-TNF en los últimos 5 años. De estas, 14 pautas de tratamiento (40%) estaban basadas en Etanercept, otras 14 pautas (40%) estaban basadas en Adalimumab y el 20% restante en Infliximab. De los 24 pacientes, se detectaron 4 reacciones adversas graves (16,6%), un caso de SNC secundario al uso de Infliximab, un caso de hepatitis aguda tóxica por Adalimumab y dos casos de toxicidad por Etanercept en relación a exantema medicamentoso fijo y reacción anafiláctica grave. En los pacientes que emplearon Etanercept y Adalimumab, las reacciones se produjeron durante la segunda administración de los medicamentos, lo que sugiere un mecanismo de hipersensibilidad retardada. La vasculitis de SNC se detectó a los 3 años de tratamiento con Infliximab. En los 4 casos, el cuadro se resolvió con la retirada del medicamento y con el empleo de corticoterapia a dosis altas, salvo en la vasculitis de SNC donde quedó una hemiplejía residual.

**Conclusiones.** Bajo nuestra experiencia, el empleo de fármacos con actividad anti-TNF se ha mostrado eficaz en el control de manifestaciones graves de enfermedades sistémicas con un buen perfil de seguridad. La mayor parte de los efectos adversos aparecen con las primeras dosis del tratamiento, son de presentación grave, requieren monitorización estrecha y se resuelven tras la retirada del medicamento. No hemos encontrado reacciones cruzadas entre los distintos fármacos. Es necesario un estudio con mayor número de pacientes que permitan definir con mayor exactitud el perfil de seguridad de estos fármacos.

## OSTEOPOROSIS

### O-2

#### MARCADORES BIOQUÍMICOS DE LA REMODELACIÓN EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS

**J. Olmos Martínez, J. Hernández Hernández, J. Martínez García, E. Pariente Rodrigo, D. Nan Nan, V. Martínez Cortabitarte y J. González-Macias**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria)*

**Objetivos.** Conocer los valores de referencia de algunos de los nuevos marcadores de la remodelación ósea en mujeres posmenopáusicas atendidas

Tabla 1 (O-2). Niveles de P1NP y b-CTX en las mujeres de la Cohorte Camargo y en el Ensayo comercial

	C. Camargo N: 1.080	E. Comercial N: 290*/429**
P1NP (ng/ml)		
Media ± DE	47.7 ± 19.9	45.1 (ND)
Rango	19-100	20-76
b-CTX (ng/ml)		
Media ± DE	0.39 ± 0.20	0.56 ± 0.23
Rango	0.11-1.02	ND

Tabla 2 (O-2). Valores de P1NP y b-CTX en mujeres con osteoporosis (OP) o sin osteoporosis (SO)

	OP (n: 224)	SO (n: 849)
P1NP (ng/ml)	50.5 ± 18.6	46.9 ± 20.3*
b-CTX (ng/ml)	0.44 ± 0.19	0.37 ± 0.20

en un Centro de Salud de Cantabria. Comparar nuestros resultados con los descritos en el ensayo comercial.

**Material y métodos.** Se estudiaron 1080 mujeres posmenopáusicas de 44-93 años de edad (63 ± 9) incluidas en un estudio poblacional de cribado de osteoporosis y otras enfermedades metabólicas óseas. Ninguna de ellas había sido diagnosticada previamente de osteoporosis ni recibía tratamiento con antiresortivos o glucocorticoides. Se determinaron los niveles séricos del propéptido aminoterminal del procolágeno tipo I (P1NP) y telopéptido carboxiterminal del colágeno tipo I (b-CrossLaps, b-CTX) mediante electroquimioluminiscencia (Elecys 2010, Roche). La densidad mineral ósea (DMO) se valoró en la columna lumbar (CL), cuello femoral (CF) y cadera total (CT) por DEXA (Hologic QDR 4500).

**Resultados.** Los valores de P1NP y b-CTX séricos -media (M), desviación estándar (DE) y rango de referencia (Rango)- se recogen en la tabla 1 (\*P1NP, n: 290; \*\* b-CTX, n: 429). Los niveles de P1NP y b-CTX fueron mayores ( $p < 0.01$ ) en las mujeres con osteoporosis densitométrica (OP) (tabla 2).

**Conclusiones.** Los valores de P1NP de las mujeres posmenopáusicas de nuestra región son similares a los descritos originalmente en el ensayo comercial, mientras que los de b-CTX son ligeramente inferiores. Ambos marcadores están aumentados en las pacientes osteoporóticas. Financiado con Becas FIS (PI05 0125 y PI08 0183) y Fundación Valdecilla (API/07/13).

### O-3

#### NIVELES DE VITAMINA D Y RESPUESTA A LOS LÍPIDOS AL TRATAMIENTO CON ATORVASTATINA

**E. Izquierdo Delgado, M. Andrés Calvo, M. González Rozas, L. Abad Manteca, G. Vega Tejedor, J. Soler González, J. Gil Domínguez y J. Pérez Castrillón**

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

**Objetivos.** Evaluar la respuesta del colesterol y los triglicéridos a la atorvastatina en función de los niveles de vitamina D.

**Material y métodos.** Incluimos en este estudio 63 pacientes con infarto agudo de miocardio tratados con diferentes dosis de atorvastatina. Se midieron los niveles de colesterol total, triglicéridos, colesterol HDL y LDL al inicio del estudio y tras doce meses de seguimiento. Clasificamos como niveles deficientes de 25-hidroxivitamina D (25-OHD) aquéllos que se encontraban por debajo de 30 nmol/L; como niveles insuficientes de 25-OHD entre 30 y 50 nmol/L y como niveles normales aquéllos mayores de 50 nmol/L.

**Resultados.** En los pacientes con deficiencia de 25-OHD no hubo cambios significativos en los niveles de colesterol total (173 ± 47mg/dL versus 164 ± 51 mg/dL), colesterol LDL (111 ± 48 mg/dL versus 92 ± 45 mg/dL) ni de triglicéridos (151 ± 49 mg/dL versus 177 ± 94 mg/dL). Los pacientes con insuficiencia o niveles normales de vitamina D sí tuvieron buena respuesta a la atorvastatina.

**Discusión.** Estudios experimentales, *in vitro*, han demostrado que la 25-hidroxivitamina D y sus metabolitos inhiben la síntesis de colesterol debido a la inhibición de la HMG-CoA reductasa, enzima que juega un papel fundamental en la síntesis de colesterol. Esta inhibición es dependiente de la concentración de vitamina D. De esta manera, la 25-hidroxivitamina D ejerce una acción sinérgica con las estatinas. Además la vitamina D puede inhibir la CYP51A1, que también interviene en la síntesis de colesterol, de manera que un déficit de 25-hidroxivitamina D podría aumentar tanto la actividad de la reductasa como la de la CYP51A1, e incrementar, por lo tanto,

Tabla 1 (O-3). Niveles de vitamina D y respuesta a Atorvastatina

	VIT D < 30 nmol/L (n = 13) Al inicio	VIT D < 30 nmol/L (n = 13) A los 12 m	VIT D 25-50 nmol/L (n = 34) Al inicio	VIT D 25-50 nmol/L (n = 34) A los 12 m	VIT D > 50 nmol/L (n = 16) Al inicio	VIT D > 50 nmol/L (n = 16) A los 12 m
Colesterol (mg/dl)	173 ± 47	164 ± 51	177 ± 49	157 ± 31	202 ± 43	163 ± 25
TAG (mg/dl)	151 ± 49	177 ± 94	154 ± 121	114 ± 55	157 ± 61	110 ± 37
Colesterol HDL (mg/dl)	34 ± 6	45 ± 9	36 ± 11	49 ± 13	41 ± 8	50 ± 10
Colesterol LDL (mg/dl)	111 ± 48	92 ± 45	112 ± 42	86 ± 31	114 ± 29	89 ± 26

los niveles de colesterol en sangre. La atorvastatina, por su parte, actúa sobre las enzimas previamente mencionadas para disminuir los niveles de colesterol. Por lo tanto podría ser que una concentración mínima de vitamina D fuese necesaria para que la atorvastatina ejerciera su efecto sobre el metabolismo lipídico.

**Conclusiones.** El resultado del estudio sugiere que son necesarias concentraciones de vitamina D mayores de 30 nmol/L para que la atorvastatina reduzca el nivel de lípidos en pacientes con infarto agudo de miocardio.

#### O-4

##### CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES AFECTOS POR HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO EN GRAN CANARIA

H. Sterzik, D. Hernández Hernández, J. López Vega, J. Gómez Díaz, Z. Santos Moyano, M. Jaén Sánchez, N. Moya Notario y M. Sosa Henríquez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos.** Describir las características clínicas de una serie de pacientes afectos de HPT en Gran Canaria.

**Material y métodos.** Desde 1990 venimos estudiando de manera prospectiva a los pacientes afectos de HPT. Describimos en este estudio los primeros 35 pacientes consecutivos, de los cuales 34 fueron mujeres y 1 varón. Todos fueron protocolizados.

**Resultados.** La edad media de los pacientes fue de 67.2 años. Todas las mujeres eran menopáusicas en el momento del diagnóstico y tenían sobrepeso: IMC: 28.7 kg/m<sup>2</sup>. En las mujeres, la edad media de la menarquia fue de 13,5 años, la de la menopausia de 49,2 años y la media de años fértiles fue de 35,7 años. Tenían una media de 4,2 hijos y el 73% había lactado a éstos. Tan solo una paciente era fumadora y una había dejado el hábito tabáquico, no hubo adicción al alcohol. El 68% de los pacientes sufría algún tipo de dolor óseo en el momento del diagnóstico y el 15% había sufrido una fractura por fragilidad ósea. Todos los pacientes fueron intervenidos y todas tenían un adenoma, siendo el peso medio del adenoma de 2,1g. Para la localización preoperatoria se utilizó tanto la gammagrafía con Tc99-MIBI que localizó el adenoma en el 50% de los casos y la ecografía de paratiroides que lo hizo en el 34,5%. En los casos en los que se realizó tanto gammagrafía como ecografía la coincidencia en la localización fue del 57%. En el momento del diagnóstico el calcio sérico corregido por proteínas totales tenía una concentración media de 11,7 mg/dl y el fósforo 2,8 mg/dl. El 40% había sufrido urolitiasis sintomática en algún momento, el 8,6% sufría pirosis y el 2,9% había sido intervenida por una úlcera gástrica. El 42,8% de los pacientes padecían trastornos depresivos en el momento del diagnóstico. En los antecedentes patológicos el 22,8% de los pacientes eran diabéticas, el 8,5% tenía hiperuricemia, 2,9% sufría insuficiencia renal crónica, 5,8% presentaba hipercolesterolemia y el 2,9% hipotiroidismo.

**Discusión.** Todos los casos de hiperparatiroidismo de nuestra serie fueron adenomas comprobados quirúrgicamente. A diferencia de otras serie en las que los pacientes están asintomáticos en el momento del diagnóstico, en nuestros pacientes existían fracturas por fragilidad en el 15% de los casos y urolitiasis en el 40%. La prevalencia de otros síntomas inespecíficos como dolores óseos generalizados, o depresión fue similar a la observada en otras series. Ningún paciente había padecido una crisis hipercalcémica. Los marcadores de metabolismo óseo ya indicaban la existencia de un balance negativo de la densidad ósea. La sensibilidad de las pruebas diagnósticas es baja y la localización intraoperatoria realizada por el cirujano fue decisiva.

**Conclusiones.** Los afectos de hiperparatiroidismo primario en Canarias son principalmente mujeres postmenopáusicas con adenomas sin factor de riesgo identificable que presentan una clínica muy inespecífica, aunque la mayoría de los pacientes ya sufre afectación esquelética y muchas nefrolitiasis en el momento del diagnóstico. El 15% ya habrá sufrido una fractura por fragilidad.

#### O-5

##### EVOLUCIÓN DE LA DENSIDAD ÓSEA Y MARCADORES DE REMODELADO EN PACIENTES INTERVENIDOS DE HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO

J. López Vega, D. Hernández Hernández, H. Sterzik, N. Jaén Sánchez, Z. Santos Moyano, N. Moya Notario, M. Sosa Henríquez y J. Gómez Díaz  
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos.** Los pacientes afectos de hiperparatiroidismo primario (HPT) que son sometidos a cirugía habitualmente presentan cambios en el remodelado óseo, normalizándose el mismo y observándose por lo general un incremento en la densidad mineral ósea (DMO), si bien es cierto que en algunos casos estos hechos no se producen. Presentamos en este estudio, los cambios que hemos observado en la DMO y en los marcadores bioquímicos de remodelado óseo (MBRO) en un grupo de pacientes afectas de HPT. Nuestro objetivo es estudiar los cambios en la DMO medida por absorciometría radiológica dual (DXA) y en los MBRO tanto de formación como de resorción, en un grupo de pacientes intervenidos previamente de HPT.

**Material y métodos.** Estudiamos a 35 mujeres postmenopáusicas afectas de HPT comprobadas quirúrgicamente (adenoma en todos los casos). Determinamos la DMO por DXA en la columna lumbar y en la extremidad proximal del fémur con un densitómetro Hologic. Asimismo estudiamos los MBRO (fosfatasa ácida tartrato-resisten (FATR) como marcador de resorción) y la osteocalcina (GLA como marcador de formación ósea). Asimismo estudiamos los niveles séricos de Calcio, corregidos por proteínas totales y de PTH (molécula intacta). Todos los estudios fueron realizados previamente a la intervención, en el postoperatorio y al año de la cirugía. Los datos fueron analizados con el test no paramétrico de Wilcoxon.

**Resultados.** Tras la cirugía, las pacientes afectas de HPT muestran un incremento de Obtuvimos un aumento de 0,027 g/m<sup>2</sup> al cabo de un año, cambio que fue estadísticamente significativo tanto en el cuello femoral, como en trocánter, así como en el total. No encontramos significación estadística en la columna lumbar L2L4. En los MBRO obtuvimos un descenso estadísticamente significativo en valores séricos de PTH, Calcio corregido así como de osteocalcina y finalmente un aumento en la FATR.

**Conclusiones.** Aunque actualmente nuestro estudio tiene la limitación del corto tamaño muestral y, por tanto, sería arriesgado hacer inferencia estadística, este análisis intermedio nos permite sugerir que tras la cirugía, las pacientes afectas de HPT recuperan DMO en la extremidad proximal del fémur y que se producen cambios en los MBRO.

#### O-6

##### DENSIDAD MINERAL ÓSEA BAJA EN LA ENFERMEDAD DE CROHN: FACTORES CLÍNICOS Y MARCADORES BIOQUÍMICOS DE REMODELADO ÓSEO

D. Sánchez Cano<sup>1</sup>, M. Martínez Porcel<sup>2</sup>, J. Callejas Rubio<sup>1</sup>, R. Ríos Fernández<sup>1</sup>, C. Cardeña Pérez<sup>3</sup>, M. Gómez García<sup>4</sup>, B. Martínez López<sup>1</sup> y N. Ortego Centeno<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, <sup>2</sup>Ciber en Epidemiología y Salud Pública, <sup>3</sup>Servicio de Digestivo. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

<sup>4</sup>Servicio de Digestivo. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

**Objetivos.** Describir la prevalencia de baja densidad mineral ósea (DMO) en una cohorte de pacientes con enfermedad de Crohn (EC) de la provincia de Granada, los posibles factores relacionados y los niveles de marcadores bioquímicos de remodelado óseo en los mismos.

**Material y métodos.** Se incluyeron 64 pacientes diagnosticados de EC de ambas Áreas Sanitarias de Granada. Las características demográficas de los mismos se describirán en una tabla. Se determinó la DMO en cuello de fémur (CF) y columna lumbar (CL) mediante DEXA. Se consideraron como posibles factores relacionados el tabaquismo, un bajo índice de masa corporal (IMC), el uso de esteroides, una proteína C reactiva elevada y una enfermedad activa de acuerdo al índice CDAI (Crohn's Disease Activity In-

dex). Finalmente se determinaron niveles de fosfatasa alcalina ósea (bALP) y osteocalcina (OC) como marcadores de formación ósea, y niveles de fosfatasa ácida tartrato resistente (TRAP) y telopéptido carboxiterminal del procolágeno tipo I (CTX) como marcadores de resorción ósea. Se procesaron los datos empleando el paquete estadístico SPSS 15.0

**Resultados.** Un 4,7% de los pacientes presentó un Z-score por debajo de -2 en CF, y un 20,3% en CL, siendo este valor de 20,3% para un Z-score inferior a -2 en CF o CL. En función del T-score, el 4,69 y el 46,88% presentó, respectivamente, criterios de osteoporosis y de osteopenia en CF, mientras que dichos valores en CL fueron de 6,25 y 42,19%, respectivamente. El porcentaje de pacientes con Z-score inferior a -2 en CF o CL fue mayor en aquellos que eran fumadores (12,7 vs. 7,9%), tomaban corticoides (11,1 vs. 9,1%), presentaban una PCR superior a 0,5 mg/ml (14,1 vs. 6,3%) y tenían enfermedad activa de acuerdo al CDAI (15,9 vs. 4,8%), siendo menor en aquellos con un IMC inferior a 20 kg/m<sup>2</sup> (3,1 vs. 17,2%); sólo en la toma de corticoides diferencia fue estadísticamente significativa ( $p = 0,001$ ). En cuanto a niveles de marcadores de remodelado óseo, los pacientes con Z-score inferior a -2 presentaron niveles menores de OC y bALP (17,9 ± 11,2 vs. 18,3 ± 13,1 ng/ml, y 13,8 ± 6,9 vs. 14,8 ± 6,5 µg/ml, respectivamente), y similares de TRAP y CTX (2,2 ± 0,7 vs. 2,1 ± 0,8 U/l y 0,564 ± ,232 vs. 0,543 ± 0,374 ng/ml), sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas.

**Conclusiones.** La prevalencia de baja DMO es importante entre los enfermos de Crohn de nuestro medio, sobre todo a nivel de hueso trabecular, siendo de bajo turnover y en la que los esteroides parecen tener un papel importante.

#### O-7 PREVALENCIA DE OSTEOPOROSIS EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO: CASOS Y CONTROLES

**E. Izquierdo Delgado, M. Andrés Calvo, M. González Rozas, L. Abad Manteca, G. Vega Tejedor, L. Hernanz Román, A. Beltrán Sánchez y J. Pérez Castrillón**

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

**Objetivos.** Valorar la relación entre densidad mineral ósea y enfermedad cardiovascular.

**Material y métodos.** En este estudio se incluyeron 163 pacientes con edades comprendidas entre 39 y 79 años, con una edad media de 62. De éstos, 83 precisaron ingreso hospitalario por síndrome coronario agudo (90% infarto agudo del miocardio; 10% angina inestable) durante un período aproximado de dos años. Los otros 80 pacientes pertenecían a un grupo control sin enfermedad cardiovascular. Se obtuvieron medidas antropométricas y se realizaron densitometrías tanto de columna lumbar como de cuello femoral. Consideramos osteoporosis un T-SCORE < -2.5 DE.

**Resultados.** No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a densidad ósea entre grupo de casos y controles. Estratificando los datos por enfermedad osteoporótica, observamos que la prevalencia es mayor, de forma estadísticamente significativa en el grupo de pacientes con síndrome coronario agudo. Por último, analizando los datos por sexo, sólo en el grupo de mujeres con síndrome coronario agudo se observó mayor prevalencia de osteoporosis. No observamos la misma relación en el grupo de hombres.

**Discusión.** Existen evidencias que indican asociación entre aterosclerosis y osteoporosis. Los mecanismos para explicar esta asociación no están claramente determinados pero existen factores de riesgo y mecanismos fisiopatológicos comunes para ambos procesos: 1. Factores de riesgo vascular que determinan una mayor incidencia de enfermedad cardiovascular, pueden además influir sobre el metabolismo óseo reduciendo la masa ósea y facilitando la aparición de osteoporosis. 2. Factores implicados en el remodelado óseo como los estrógenos, las citocinas inflamatorias, la PTH, la vitamina D o el sistema RANK/RANKL/OPG pueden actuar sobre los diferentes mecanismos fisiopatológicos responsables de enfermedad cardiovascular. 3. El posible papel de mecanismos genéticos, aunque la contribución de cada uno de los polimorfismos estudiados hasta el momento sea pequeño.

**Conclusiones.** En nuestro estudio observamos una mayor prevalencia de osteoporosis en pacientes con síndrome coronario agudo.

#### O-8 LA DENSITOMETRÍA COMO HERRAMIENTA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA. RESULTADOS PRELIMINARES

**N. Galofré<sup>1</sup>, C. Castaño<sup>2</sup>, E. García-Casares<sup>2</sup>, M. Castellanos<sup>2</sup>, Y. Roca<sup>3</sup>, A. Monroy<sup>3</sup>, J. Viles<sup>1</sup> y J. Vila<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Reumatología, <sup>3</sup>Diagnóstico per la imatge. Hospital Municipal de Badalona. Badalona (Barcelona).

**Objetivos.** La densitometría ósea (DMO) es la prueba de elección para el diagnóstico de osteoporosis. Esta prueba tiene limitaciones para predecir el

riesgo de fractura en pacientes sin factores de riesgo. El objetivo del estudio es valorar la indicación de solicitud de una primera DMO.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo realizado en un Hospital General Básico con siete áreas básicas de atención primaria (ABS) y una población de referencia de 120.000 habitantes. Las historias clínicas están informatizadas y compartidas a través de red electrónica. Se utilizó un densitómetro tipo DXA (Lunar DPX). Se revisaron todas las solicitudes de la DMO con intención diagnóstica y la historia clínica del paciente. Se recogieron los datos epidemiológicos del paciente (edad y sexo), especialidad y centro de trabajo del médico solicitante, motivo de la solicitud según los siguientes criterios: dolor, menopausia, factores de riesgo, a petición del/la paciente, otros (osteopenia radiológica). Se revisó si estaban recogidos factores de riesgo de fractura: fractura de fémur en la madre o el padre, menopausia precoz, antecedentes de fractura por fragilidad, toma crónica de corticoides sistémicos, enfermedades osteopenizantes, ingesta diaria de calcio y el índice de masa corporal (IMC). Se registró el diagnóstico densitométrico: normal, osteopenia, osteoporosis. Se valoraron las solicitudes como: 1-Adecuada: constan en la historia clínica los factores de riesgo; 2- Inadecuada: no hay constancia de factores de riesgo; 3-Adecuada tras revisar los factores de riesgo en la historia clínica por parte del investigador. Se realizó un análisis estadístico descriptivo.

**Resultados.** Se revisaron 55 solicitudes de DMO entre los meses de mayo y junio del 2009. En el 63.6% de los casos la solicitud procedía de atención primaria, en el 18.2% de atención especializada, en el 12,7% de ginecología, y en el 5.4% de otros servicios. Los motivos de solicitud fueron: 20% (11/55) dolor, 14.5% (8/55) menopausia, 25.4% (14/55) factores de riesgo, 5.4% (3/55) a petición del paciente; 32.7% (18/55) existieron otros motivos. En el 67% (37/55) de los casos no se recogieron factores de riesgo de fractura en la historia clínica. En un 31% (17/55) la valoración de la solicitud fue adecuada (1), en un 58.2% (32/55) fue inadecuada (2) y en el 7.3% (4/55) fue adecuada según el investigador (3). El diagnóstico densitométrico fue normal en 29.1% (16/55) de los casos, osteopenia en el 38.2% (21/55) y osteoporosis en el 27.3% (15/55).

**Conclusiones.** 1. El mayor número de solicitudes de una primera DMO proceden de atención primaria. 2. El motivo de solicitud de DMO se realiza mayoritariamente por motivos distintos a la presencia de factores de riesgo de fractura. 3. En un alto porcentaje de las historias clínicas revisadas no se recogió ningún factor de riesgo de fractura. 4. La DMO, en nuestro ámbito asistencial, se pide de forma inadecuada en más de la mitad de los casos. 5. El diagnóstico de osteoporosis únicamente se confirmó en la cuarta parte de las solicitudes.

#### O-9 RESULTADOS DE SALUD EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA TRAS IMPLANTACIÓN DE UN NUEVO MODELO ASISTENCIAL

**J. Praena, J. Galindo Ocaña, M. Rincón Gómez, M. Bernabeu Wittel, R. Parra Alcaraz, M. Cassani Garza, V. Martín Sanz y M. Ollero-Baturone**

*Servicio de Medicina Interna - Unidad Clínica de Atención Médica Integra. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Objetivos.** Existen diversas experiencias que apoyan un soporte clínico a pacientes ingresados por fractura de cadera, para conseguir un mejor manejo de dichos pacientes, que con frecuencia tienen edad avanzada y comorbilidad. En el Hospital 'Virgen del Rocío' de Sevilla se implantó un programa de interconsultoría de Medicina Interna en el Servicio de Traumatología en la 2ª mitad de 2006 y 1ª mitad de 2007, que asumió entre sus actividades el soporte clínico a pacientes con fractura de cadera. En este programa, Medicina Interna recogía una anamnesis con una valoración integral (con datos de situación funcional, cognitiva y sobre cuidadores), ajustaba el tratamiento previo al ingreso, llevaba a cabo el control clínico y analítico pre y postoperatorio, completaba las valoraciones precisas para el estudio preanestésico, revisaba la analgesia y la administración de hemoderivados, desde el ingreso en planta hasta el alta de pacientes con fractura de cadera. Evaluar la tendencia en parámetros de mortalidad y de gestión clínica en pacientes ingresados por fractura de cadera, comparándolas antes y después de la implantación de la interconsultoría de Medicina Interna, en el Hospital 'Virgen del Rocío' de Sevilla.

**Material y métodos.** Datos obtenidos del Conjunto Mínimo Básico de Datos recogidos por el Servicio de Documentación. Se incluyeron todos los episodios catalogados como 'fractura de cadera'. Parámetros evaluados: mortalidad pre y post-quirúrgica, estancias, estancia media, mix-GRD e índice de utilización de estancia. Periodos evaluados: de 01/01/2004 a 31/12/2005, y de 01/09/2006 a 31/12/2007.

**Resultados.** En el período previo a la implantación se incluyeron 1041 episodios de fractura de cadera y en el posterior 726. La mortalidad global pasó del 6'44 al 4'55% (reducción del riesgo 1'89); la mortalidad tardía (tras 48 horas de la cirugía) del 4'9 (76'11% mortalidad total) al 3'03% (66'66

%), con una reducción del riesgo del 1'87. El Mix-GRD pasó de 2'36 al 3'21; el índice de utilización de estancias del 1'01 al 0'72. Las estancias observadas/óptimas, de 12006/10834 a 6727/6710, las estancias depuradas, de 8311 a 5243; las estancias medias, de 11'53 a 9'26; la estancia media esperada, de 11'45 a 12'94; la estancia media óptima, de 10'41 a 9'24; y la estancia media depurada, de 9'26 a 8'19.

**Conclusiones.** Se produjo una reducción de mortalidad global (especialmente la mortalidad tardía), un aumento de la codificación de diagnósticos y una reducción de la estancia coincidiendo con la implantación de un programa de seguimiento conjunto de Traumatología con Medicina Interna en pacientes con fractura de cadera.

## O-10

### PREVALENCIA DE BAJA DENSIDAD MINERAL ÓSEA EN PACIENTES CON ESCLERODERMIA

**C. Fernández Roldán, R. Ríos Fernández, D. Sánchez Rico, C. López Robles, M. Moreno Higuera, M. García Morales, J. Callejas Rubio y N. Ortego Centeno**

*Unidad Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.*

**Objetivos.** Conocer la prevalencia de baja densidad mineral ósea en nuestra cohorte de pacientes con diagnóstico de esclerodermia. Estudiar la influencia de diferentes variables clínicas y de los niveles de 25 (OH) vitamina D en el desarrollo de una baja masa ósea.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio transversal entre marzo y abril de 2009, revisando las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de esclerodermia. Se recogieron datos referentes a las siguientes variables: edad, sexo, talla, peso, IMC, años de evolución de la enfermedad, tipo de esclerodermia, manifestaciones clínicas de la misma, función renal, autoinmunidad, tipo de tratamiento, niveles de 25 (OH) vitamina D, valores de t-score y z-score de la densitometría ósea. Se consideró el punto de corte de -1 en el t-score para definir a los pacientes con osteopenia y de -2.5 para definir los pacientes con osteoporosis. Se compararon aquellos pacientes con densitometría normal con los que presentaban una densitometría patológica. El registro de la información y su posterior análisis estadístico se realizó utilizando el programa informático SPSS 15.1.

**Resultados.** Se revisaron las historias clínicas de 63 pacientes diagnosticados de esclerodermia. De ellos seleccionamos 48, aquellos de los que pudimos acceder al resultado de la densitometría ósea. Todos eran mujeres, con una edad media de 59,06 ± 11,73 años, el 75.8% menopáusicas. La media del IMC fue de 27,5 ± 4,7. El 91.5% tenían una forma de esclerodermia limitada y el 8.5% difusa. Con respecto a la autoinmunidad, el 89.4% tenían ANA positivos, un 49% Ac anticentrómero positivos, y un 6,4% tenían anti Scl-70 positivo. Un 14,9% de las pacientes recibían tratamiento con glucocorticoides (dosis iguales o superiores a 5 mg de prednisona/24 h), un 17% inmunosupresores, una paciente había recibido tratamiento con rituximab. En conjunto, un 72.9% tuvieron criterios de baja masa ósea (47,9% osteopenia y 25% osteoporosis); considerando cada punto de interés de forma independiente, en columna lumbar, presentaron osteopenia el 43,8% y osteoporosis el 16,7%; y en cuello de fémur un 47,9% y 12,5%, respectivamente. Un 29,2% de los pacientes presentaron un Z-score inferior a -1 (un 16,7% en CL y un 22,9% en CF). No se encontraron diferencias significativas entre los pacientes con masa ósea baja y normal en las variables estudiadas salvo para el IMC (29,51 ± 4,84 vs 26,48 ± 4,27; p = 0,04). Los pacientes en tratamiento con glucocorticosteroides no mostraron una mayor tasa de osteoporosis/osteopenia. Tampoco se apreció diferencia en cuanto a la masa ósea en pacientes con calcinosis. En 34 pacientes pudimos obtener los niveles de vitamina D. Un 18,8% de los pacientes mostraron hipovitaminosis D (< 22 ng/mL) y un 8,3% insuficiencia de vitamina D (< 15 ng/mL) a pesar de que el 60,41% recibían suplementos de Ca y vitamina D. No obstante, los pacientes con hipovitaminosis D no mostraron una masa ósea inferior.

**Discusión.** Algunos investigadores han propuesto que la esclerodermia podía ser un factor de riesgo para la osteoporosis. Además de su situación de inflamación crónica, en estos pacientes intervendrían diferentes factores relacionados con una baja masa ósea (inactividad, malabsorción, insuficiencia renal, medicaciones,...). No obstante, los estudios publicados no son concluyentes y presentan datos contradictorios.

**Conclusiones.** La prevalencia de baja densidad mineral ósea (osteopenia-osteoporosis) en nuestra cohorte de pacientes con esclerodermia es muy elevada, independientemente del tipo de enfermedad y sin relación con las diferentes manifestaciones clínicas, afectando por igual a hueso cortical y trabecular. El déficit de vitamina D es elevado y las dosis de suplementos administrados son seguramente insuficientes para mantener niveles óptimos de la hormona, haciendo falta estudios que identifiquen el posible papel de la hipovitaminosis D en el desarrollo de osteopenia/osteoporosis en este grupo de pacientes.

## O-11

### PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS AÑOS 2006-2008

**I. Mora Escudero<sup>1</sup>, J. Blázquez Cabrera<sup>1</sup>, F. Medrano González<sup>1</sup>, J. Calbo Mayo<sup>1</sup>, A. Gato Díez<sup>1</sup>, L. Sáez Méndez<sup>1</sup>, J. Pérez Flores<sup>2</sup> y J. Solera Santos<sup>1</sup>**  
*<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Traumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.*

**Objetivos.** Analizar las características generales de los pacientes con fractura de cadera incluidos durante los tres primeros años en el "programa de cadera". **Material y métodos.** El "programa de cadera" es una actividad asistencial del Servicio de Medicina Interna del HGU de Albacete, enfocado a la prevención y tratamiento de las complicaciones médicas del paciente con fractura de cadera, en funcionamiento desde el año 2006. Todos los pacientes son evaluados y seguidos durante el ingreso por un médico internista. Se realiza valoración clínica mental y funcional y se cumplimenta una hoja de recogida de datos, que se pasan a la base de datos Access®. Hemos analizado los datos epidemiológicos generales de los años 2006 a 2008. Para ello se ha utilizado el programa SPSS®.

**Resultados.** El número de pacientes atendidos fue 1074, de los cuales 774 eran mujeres (72,1%). La edad media global fue de 81,3 ± 8 años; en los varones fue de 79,7 ± 10 años y en las mujeres 81,8 ± 8 (p = 0,001). 456 (42,5%) fueron fracturas del cuello de fémur y el resto intertrocanterea o de otra localización. Se encontraban institucionalizados 35 pacientes (15,5%). Cirugía. Se realizó intervención quirúrgica en 1014 pacientes (94,4%), mientras que 60 (5,6%) no pudieron ser intervenidos. Complicaciones. Presentaron complicaciones durante la hospitalización 333 pacientes (31%), siendo la anemización el trastorno en 110 de estos casos. Destino al alta. Está recogido en 807 pacientes: domicilio 634 (83,5%), Residencia 64 (14,5%), 45 de ellos no institucionalizados previamente; traslado a otro Servicio 47 (7,3%), 21 de ellos a M. Interna y 34 a otros servicios. Exitus. Se produjo en 54 casos (5%): 33 mujeres (4,3%) y 21 varones (7%) (p = 0,097, NS). En la mitad de los casos (27 pacientes) no se había realizado Cirugía. Exitus por años: 27 en 2006 (7,4%), 18 (4,2%) en 2007 y 9 en 2008 (3,4%). Al agrupar los exitus de los años 2007 y 2008, hay diferencia con el 2006 (p = 0,022). Exitus, patología previa, situación funcional y complicaciones médicas: tabla 1. Los pacientes que fueron exitus tenían mayor prevalencia previa que la media global de EPOC (29,6% vs 13,9%), insuficiencia cardíaca (25,9% vs 8%), fibrilación auricular (37% vs 14%), insuficiencia renal crónica (16,7 vs 6,4%), demencia (37% vs 23%), enfermedad cerebrovascular (25,9 vs 15,1%). También presentaron más complicaciones médicas (66% vs 21,3%, excluyendo anemización).

**Conclusiones.** 1) La fractura de cadera incide principalmente en pacientes de edad avanzada, una relación mujer/varón de 3/1. 2) Se observa una prevalencia de trastornos crónicos similar a la de la población anciana general, siendo bajo el número de pacientes pluripatológicos. 3) Una mayoría de pacientes presentaban una buena situación funcional y mental previamente a la fractura.

## O-12

### FACTORES ASOCIADOS A NIVELES ÓPTIMOS DE VITAMINA D EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE GRAN CANARIA

**M. Sosa Henríquez<sup>1</sup>, A. Mirallave-Pescador<sup>2</sup>, A. Soria López<sup>3</sup>, M. Groba Marco<sup>2</sup>, M. Navarro Rodríguez<sup>4</sup>, S. García Santana<sup>2</sup>, E. González Rodríguez<sup>2</sup> y E. González Padilla<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>Unidad Metabólica Ósea. Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Bioquímica Clínica. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.*

*<sup>2</sup>Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Grupo de Investigación en Osteoporosis y Metabolismo Mineral (Las Palmas).*

*<sup>4</sup>Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Grupo de Investigación en Educación y Promoción de la Salud (Las Palmas).*

**Objetivos.** En estudios previos, obtuvimos que los alumnos de Medicina de la Universidad de Las Palmas de GC (ULPGC) tenían una elevada proporción de deficiencia e insuficiencia de Vitamina D (1), pese a que se encuentran en unas condiciones ideales para tener unos niveles óptimos de esta Vitamina, dado que son jóvenes, sanos, tienen conocimientos médicos sobre la Vitamina D y disponen de un clima con un gran número de horas de sol. El objetivo de este estudio ha sido el de conocer que posibles factores (nutricionales, estilos de vida, etc), se asocian en estos estudiantes a unos niveles óptimos de Vitamina D.

**Material y métodos.** Utilizamos 103 alumnos de Medicina de la ULPGC, 31 varones y 72 mujeres, con una edad media de 22 años. A todos se les realizó un cuestionario dirigido a conocer sus estilos de vida y hábitos alimenticios. Se les extrajo sangre en ayunas para realizar una analítica completa, que incluyó hemograma, bioquímica estándar y niveles séricos de 25-HCC. Agrupamos a los alumnos en Grupo I (aquellos con niveles séricos inferiores a 30 ng/mL) y Grupo II (niveles por encima de 30 ng/mL) para realizar las comparaciones de todas las variables.

**Resultados.** Solo el 27.6% de los alumnos varones y el 29% de las mujeres tenían unos niveles séricos de 25-HCC por encima de 30 ng/mL. Comparación

mos la distribución de un gran número de variables tanto de estilos de vida como nutricionales entre los alumnos que tenían niveles bajos de 25-HCC (grupo I) con los que tenían unos niveles óptimos (grupo II). Los resultados se muestran en la tabla nº 1. No obtuvimos diferencias estadísticamente significativas en prácticamente ninguna variable. Tan solo encontramos que los alumnos del grupo I tenían una mayor prevalencia de varones y una relación inversa con el consumo de suplementos vitamínicos.

**Discusión.** Un elevado porcentaje (61,2%) de alumnos tienen niveles de Vitamina D por debajo de los 30 ng/mL recomendados por la OMS. Hemos realizado una comparación entre los estilos de vida y los hábitos nutricionales entre aquellos que presentan niveles de 25-HCC óptimos y los que no. No se encontró asociación entre los niveles de Vitamina D y el practicar ejercicio al aire libre o haber acudido a la playa. En un análisis de regresión logística, encontramos que tan solo el sexo masculino y haber tomado suplementos vitamínicos se asociaron a los niveles de Vitamina D.

**Conclusiones.** Una elevada proporción de alumnos tienen deficiencia o insuficiencia de Vitamina D, pese a estar en condiciones teóricas ideales para tener unos niveles óptimos. Al analizar los factores asociados a niveles elevados de Vitamina D, encontramos una asociación estadísticamente significativa negativa con el sexo masculino y la toma de suplementos vitamínicos.

Tabla 1 (O-12). Análisis logístico multidimensional. Factores asociados a los niveles ideales de vitamina

	Valor de p	OR (95% CI)
Senderismo	0.058	4.51 (0.95; 21.5)
Sexo masculino	0.047	0.31 (0.10; 0.98)
Uso de suplementos vitamínicos	0.048	0.23 (0.05; 0.98)

#### O-13

##### ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD EN LOS PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA

J. Blázquez Cabrera<sup>1</sup>, E. Molina Pacheco<sup>1</sup>, I. Mora Escudero<sup>1</sup>, M. Lorente García<sup>1</sup>, L. Broseta Viana<sup>1</sup>, I. Hermida Lázcano<sup>1</sup>, J. Domínguez Plata<sup>2</sup> y F. Medrano González<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Traumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

**Objetivos.** 1) Analizar la mortalidad de la fractura de cadera y su relación con la situación funcional, patología previa, tratamiento quirúrgico y complicaciones. 2) Analizar la evolución de la mortalidad con la implantación del programa de cadera.

**Material y métodos.** El programa de cadera es una actividad asistencial del Servicio de Medicina Interna del HGU de Albacete, en funcionamiento desde el año 2006. Todos los pacientes son evaluados y seguidos durante el ingreso por un médico internista. Se realiza valoración clínica mental y funcional y se cumplimenta una hoja de recogida de datos, que se pasan a la base de datos Access®. Hemos analizado los datos sobre mortalidad de los años 2006 a 2008. Para ello se ha utilizado el programa SPSS®.

**Resultados.** El número de pacientes atendidos fue 1074, de los cuales 774 eran mujeres (72,1%). La edad media global fue de 81,3 ± 8 años; en los varones fue de 79,7 ± 10 años y en las mujeres 81,8 ± 8 (p = 0,001). Se encontraban institucionalizados 35 pacientes (15,5%). Se realizó intervención quirúrgica en 1014 pacientes (94,4%), mientras que 60 (5,6%) no pudieron ser intervenidos. Presentaron complicaciones durante la hospitalización 333 pacientes (31%), siendo la anemización el trastorno en 110 de estos casos. Destino al alta. Está recogido en 807 pacientes: domicilio 634 (83,5%), Residencia 64 (14,5%), 45 de ellos no institucionalizados previamente; traslado a otro Servicio 47 (7,3%), 21 de ellos a M. Interna y 34 a otros servicios. Exitus. Se produjo en 54 casos (5%): 33 mujeres (4,3%) y 21 varones (7%) (p = 0,097, NS). En la mitad de los casos (27 pacientes) no se había realizado Cirugía. Exitus por años: 27 en 2006 (7,4%), 18 (4,2%) en 2007 y 9 en 2008 (3,4%). Al agrupar los exitus de los años 2007 y 2008, hay diferencia con el 2006 (p = 0,022). Exitus, patología previa, situación funcional y complicaciones médicas: tabla 1. Los pacientes que fueron exitus tenían mayor prevalencia previa que la media global de EPOC (29,6% vs 13,9%), insuficiencia cardíaca (25,9% vs 8%), fibrilación auricular (37% vs 14%), insuficiencia renal crónica (16,7 vs 6,4%), demencia (37% vs 23%), enfermedad

cerebrovascular (25,9 vs 15,1%). También presentaron más complicaciones médicas (66% vs 21,3%, excluyendo anemización).

**Conclusiones.** 1) La mortalidad hospitalaria de la fractura de cadera incide principalmente en pacientes de mayor edad, varones, con pluripatología, deterioro funcional y mental previo, complicaciones y no realización de tratamiento quirúrgico 2) La mortalidad global en tres años, en nuestro medio, es similar a otras series si bien se aprecia una aparente tendencia al descenso de la misma en el segundo y tercer año de la implantación del programa de cadera.

#### O-14

##### USO DE CORTICOIDES EN NEUMONÍAS DURANTE EL AÑO 2008

M. Martínez Gabarrón<sup>1</sup>, M. Galindo Andúgar<sup>1</sup>, A. Escalera Zalvide<sup>1</sup>, M. Franco Huerta<sup>1</sup>, J. Castellanos Monedero<sup>1</sup>, P. Alcázar Carmona<sup>1</sup>, R. Molina Cano<sup>1</sup> y M. Sánchez Ruiz de Gordo<sup>2</sup>

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

**Objetivos.** Evaluar el uso de glucocorticoides (GC) en pacientes que ingresan por neumonía en nuestro hospital, y comprobar la utilización de profilaxis de osteoporosis corticoidea.

**Material y métodos.** Se seleccionó una muestra aleatoria, homogénea y estadísticamente comparable de 81 pacientes recogidos del CMBD durante el año 2008 (de un total de 433), excluyendo pacientes pediátricos o mal codificados. Estudio descriptivo retrospectivo recogiendo los datos de la Historia Clínica y tratamiento de la base de datos del Servicio de Farmacia. Análisis con paquete estadístico SPSS 15.0.

**Resultados.** De los 81 pacientes, recibieron glucocorticoides un total de 38 pacientes (47%), 20 varones y 18 mujeres, con edades comprendidas entre 22 y 89 años (media de 73,12 años, aunque 30 de ellos eran mayores de 65 años). Cumplían criterios clínicos de EPOC un total de 18 pacientes (47%), y 3 presentaban situación previa de inmunosupresión (los tres de origen farmacológico). La distribución por especialidades fue: M. Interna 28 (73,3%), Neumología 8 (21,1%), y Geriátrica 2 (5,3%). La mayoría de las neumonías fueron adquiridas en la comunidad (35 pacientes, 92,1%). 26 pacientes ingresaron con insuficiencia respiratoria aguda (84,2%). 2 precisaron ingreso en UCI y hubo 1 fallecido. Se puso tratamiento con prednisona (o bioequivalente) a dosis igual o menor de 60 mg/día en 9 casos (23,7%), siendo mayor de 60 mg/día en 29 pacientes (76,3%). Se realizó profilaxis de osteoporosis en 2 casos (ambos con calcio y vitamina D), ambos ingresados a cargo de Medicina Interna. Los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda (26) recibieron mayores dosis de GC (22 pacientes con prednisona > 60 mg/día frente a 4 pacientes con prednisona ≤ 60 mg/día, 84,6% frente a 15,4%). Los pacientes sin insuficiencia respiratoria aguda recibieron en general dosis más elevadas (7 pacientes (58,3%) frente a 5 (41,7%)). El uso de GC por especialidades fue algo mayor en Neumología (87,5% frente al 71,4% en M. Interna).

**Discusión.** Aproximadamente la mitad de pacientes ingresados recibieron glucocorticoides, con mayores dosis en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda o crónica reagudizada. Sin embargo, la profilaxis de osteoporosis corticoidea apenas se utiliza.

**Conclusiones.** Es fundamental trabajar en la formación de prevención y tratamiento de la profilaxis osteoporosis corticoidea.

#### O-15

##### COMPLICACIONES MÉDICAS EN LOS PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA. ANÁLISIS DE LA CASUÍSTICA DE LOS AÑOS 2006-08

J. Blázquez Cabrera<sup>1</sup>, M. Lorente García<sup>1</sup>, I. Mora Escudero<sup>1</sup>, E. Molina Pacheco<sup>1</sup>, E. Sánchez Tejero<sup>1</sup>, R. Fuster Acebal<sup>2</sup>, L. Navarro Casado<sup>3</sup> y L. Sáez Méndez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Traumatología, <sup>3</sup>Análisis Clínicos. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

**Objetivos.** Analizar las complicaciones médicas en los pacientes con la fractura de cadera y su relación con la situación funcional y patología previa.

**Material y métodos.** El programa de cadera es una actividad asistencial del Servicio de Medicina Interna del HGU de Albacete, en funcionamiento desde el año 2006. Todos los pacientes son evaluados y seguidos durante el ingreso por un médico internista. Se realiza valoración clínica, mental y funcional y se cumplimenta una hoja de recogida de datos, que se pasan a

Tabla 1 (O-13). Pacientes con fractura de cadera. Datos epidemiológicos comparativos: global, no operados y exitus

	Edad (años)	Varones (%)	I. Charlson por edad (mediana)	Pluripat (%)	I. Barthel (mediana)	Test Pfeifer (mediana)	Complicaciones (%)
Global n = 1.074	81,3±8	26,7	4	18	85	3	21,3
No operados n = 60	82,4±9	48,8	6	51,7	72	5	53,3
Exitus n = 54	83,6±8	38,9	6	51,9	60	6	66

Tabla 1 (O-15). Complicaciones cardiovasculares en los pacientes con fractura de cadera

	<i>Insuf. cardíaca</i>	<i>C isquémica</i>	<i>ACV</i>	<i>Urgencia hipertensiva</i>	<i>Hipotensión-shock</i>	<i>TEP</i>
N	64	6	3	3	4	3

la base de datos Access®. Hemos analizado los datos sobre complicaciones de los años 2006 a 2008. Para ello se ha utilizado el programa SPSS®.

**Resultados.** El número de pacientes atendidos fue 1074, de los cuales 774 eran mujeres (72,1%). La edad media global fue de  $81,3 \pm 8$  años; en los varones fue de  $79,7 \pm 10$  años y en las mujeres  $81,8 \pm 8$  ( $p = 0,001$ ). 456 (42,5%) fueron fracturas del cuello de fémur y el resto intertrocanterea o de otra localización. Se encontraban institucionalizados 35 pacientes (15,5%). Cirugía. Se realizó intervención quirúrgica en 1014 pacientes (94,4%), mientras que 60 (5,6%) no pudieron ser intervenidos. Destino al alta. Está recogido en 807 pacientes: domicilio 634 (83,5%), Residencia 64 (14,5%), 45 de ellos no institucionalizados previamente; traslado a otro Servicio 47 (7,3%), 21 de ellos a M. Interna y 34 a otros servicios. Exitus. Se produjo en 54 casos (5%): 33 mujeres (4,3%) y 21 varones (7%). Complicaciones. Presentaron complicaciones durante la hospitalización 333 pacientes (31%), siendo la anemia el trastorno en 110 de estos casos. Resto de complicaciones: cardiovasculares 64 (tabla 1), infecciosas 51, respiratorias 42, digestivas 40 (HDA 21 casos), renales 24, delirio 20, metabólicas 15, otras 8. **Conclusiones.** 1) Presentaron complicaciones médicas durante la hospitalización cerca de un tercio de los pacientes con fractura de cadera, siendo las más frecuentes las cardiovasculares, respiratorias e infecciosas. 2) La detección precoz y tratamiento de las mismas es fundamental en el curso clínico del paciente con fractura de cadera.

## RIESGO VASCULAR

### RV-1

#### GLUCEMIA BASAL ALTERADA (GBA) COMO PREDICTOR DE DAÑO ORGANICO ENDOVASCULAR (DOEV) EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN SISTOLICA AISLADA (HSA)

J. Sáez Pérez

Atención Primaria. Centro Salud Malvarrosa (Valencia).

**Objetivos.** La principal importancia clínica del síndrome metabólico (SM), radica en el aumento de la morbilidad del sistema cardiovascular respecto de la presentación aislada de cada uno de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) que lo integran. El conjunto de FRCV que comprende el SM promueve la hipertrofia ventricular izquierda y las alteraciones de la mecánica endovascular (grosor íntima carotídea (GIMC) y su distensibilidad arterial (DA) (velocidad onda de pulso (VOP)). Es de interés investigar si las posibles asociaciones con los diversos integrantes que definen el SM dan como resultado lesiones subclínicas endovasculares.

**Material y métodos.** Se estudiaron 64 pacientes de  $56 \pm 4$  años con HSA ( $> 140 / < 90$  mm Hg). En el examen físico se midió el perímetro abdominal (PA), el peso y la talla. Se realizaron estudios de laboratorio (glucemia, colesterol total, LDL, HDL, triglicéridos y prueba de sobrecarga oral de glucosa (SOG)), ecodoppler carotídeo y DA. De acuerdo con los valores obtenidos de los pacientes se separaron estos, en dos grupos: 1. 32 pacientes que reunieron criterios de SM (ATP III) con glucemia en ayunas  $> 110$  mg/dl y  $< 126$  mg/dl o tras SOG  $> 140$  mg/dl y  $< 200$  mg/dl, PA  $> 120$  cm e HSA ( $> 140 / < 90$  mm Hg). 2. 32 pacientes sin SM, con las mismas características que el grupo 1 pero sin GBA. Se midió el GIMC por ecodoppler y la DA por Sphygmocor valorando la VOP. El análisis estadístico se efectuó con la prueba t no apareada para datos continuos con distribución normal y los que no satisfacían esta condición, con prueba de Mann-Whitney. Se realizó correlación lineal entre variables.

**Resultados.** Los valores medios de edad, PA y perfil lipídico no presentaron diferencias significativas entre los grupos estudiados. El grupo de pacientes con HSA y GBA (SM) presentó valores significativamente superiores de GIMC y VOP respecto de los pacientes con HSA pero sin GBA (sin SM) (Ta-

bla 1). La glucemia en ayunas tuvo una relación importante ( $p = 0,004$ ) con el GIMC. El resto de las variables no demostraron correlación significativa. **Discusión.** Es importante la identificación temprana de los diferentes FRCV, así como las lesiones de órgano diana (LOD) subclínicas en los pacientes con SM debido a la morbi-mortalidad cardiovascular que presentan. El estudio con EcoDoppler de la carótida para medir el GIMC es una herramienta que se interpreta como un marcador para detectar daño vascular temprano. El estudio de O'Leary y cols, demostró una asociación significativa entre el GIMC y la presencia de FRCV, además que el riesgo se incrementaba si estaba presente la Diabetes mellitus. En el presente trabajo hemos encontrado una asociación significativa entre la presencia de SM, GBA y daño vascular, lo que concuerda con otros estudios en esa línea (Chambless y cols, Thomas y cols.). Para explicar las lesiones vasculares ateroscleróticas de la HTA, se apela a la hipótesis de la "respuesta de daño" mediatizada por LDL oxidadas que perturban la función endotelial, con un aumento de la rigidez vascular, lo que ponemos en evidencia en nuestro trabajo (aumento de la VOP) mediante Sphygmocor.

**Conclusiones.** La presencia de glucemia basal alterada en pacientes con hipertensión sistólica aislada se asocia con mayor grosor de la íntima carotídea y rigidez arterial que en los casos con el mismo nivel de hipertensión pero con cifras de glucemia dentro de la normalidad.

### RV-2

#### EVOLUCIÓN Y CARACTERÍSTICAS TRAS UN PRIMER EPISODIO DE ICTUS ISQUÉMICO DURANTE UN PERIODO DE 5 A 10 AÑOS

L. Mérida Rodrigo, A. Aguilar López, D. Urdiales Castillo, F. Poveda Gómez, R. Quirós López, M. Corrales González, F. Moreno Martínez y J. García Alegría

Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga).

**Objetivos.** Analizar los resultados evolutivos y la supervivencia de una cohorte de pacientes tras un primer episodio de ictus isquémico, durante un período de seguimiento entre 5 y 10 años.

**Material y métodos.** Tipo de estudio: cohorte observacional. Criterios de inclusión: todos los pacientes ingresados por un primer episodio de accidente cerebrovascular agudo (ACV) isquémico en un hospital general. Período inclusión: 01/01/1997 al 31/12/2002. Período finalización: 31/12/2007. Período de seguimiento: mínimo = 5, y máximo = 10 años (promedio = 66 meses). Variables del estudio: demográficas, clínicas, tipo de ictus: aterotrombótico (AT) o cardioembólico (CE), terapéuticas y resultados asistenciales (mortalidad, reingresos, complicaciones y situación funcional). Análisis del registro de mortalidad del índice nacional de defunciones. Criterios de exclusión: extranjeros, no residentes, episodio previo o ACV hemorrágicos. Criterios de salida del estudio: Fallecimiento del paciente. Fin de seguimiento el 31/12/2007.

**Resultados.** Población total = 415 casos (H: 249, M: 166); edad media: 68,3 años ( $\pm 11,8$  DS). Tipo de ictus: aterotrombótico: 305 (73,5%) y cardioembólico 110 (26,5%). Prevalencia de factores de riesgo al ingreso: HTA (54,1%), DM (30,8%), hiperlipemia (19,7%), enfermedad cardiovascular previa (17,1%), EPOC (6,7%), insuficiencia renal (2,7%), tabaquismo (21,7%) y fibrilación auricular previa (12%). Localización anatómica: Arteria cerebral media izquierda (44,2%), cerebral media derecha (40,1%) y vertebrobasilar (11,1%). Las complicaciones en el ingreso totales fueron 99: infección urinaria 31, neumonía 36, enfermedad tromboembólica 2, transformación hemorrágica 9 y otras en 45. La estancia media fue de 8,73 días ( $\pm 8$ , DS) y la mortalidad intrahospitalaria del 12% (AT 52,08% ( $n = 25$ ); CE 47,92% ( $n = 23$ )). Se detectó insuficiencia renal tipo II en el 22% y III en un 24,8%, y FA en el 26,5%. Se realizó ecocardiograma al 44,4% de los pacientes ( $N = 185$ ), con alteraciones en un 69,4%. La mortalidad total al final del seguimiento fue del 44,6% (aterotrombótico: 42,5%, cardioembólico 57,5%), siendo la mortalidad por eventos cardiovasculares del 44%: de los cuales el 27,4% fue por el ictus inicial, un 1,7% por IAM, un 14,9% por un nuevo ictus, en un 10,3% por infección, un 14,7% por una neoplasia, un 1% por insuficiencia cardíaca descompensada y 26,5% por otras causas. Reingresaron en el seguimiento 185 pacientes, en un 25,9% por otro ictus y un 13,5 por otro evento cardiovascular. Al final del seguimiento, la situación funcional fue mejor en 44,5% e igual en el 21,6%.

**Conclusiones.** 1. La comorbilidad al ingreso, en lo relativo a los factores de riesgo cardiovasculares, fue muy elevada, especialmente la HTA y DM. 2. La mortalidad a largo plazo (5.5 años) es muy alta (44,6%), especialmente en el ictus CE. 3. Existe una elevada mortalidad por eventos cardiovasculares

Tabla (RV-1)

Parámetros	HSA + GBA (SM)	HSA	$p < 0,05$
GIMC mm	$1,42 \pm 0,04$	$0,84 \pm 0,02$	0,004
VOP m/seg	$13 \pm 1,6$	$9,5 \pm 2,1$	0,003

(44%). 4. La tasa de recurrencia por otro ictus fue del 25.4% siendo más probable en el aterotrombótico. 5. Los pacientes que sobreviven tienen una mejoría funcional notable.

### RV-3

#### VASODILATACIÓN MEDIADA POR FLUJO Y ELASTICIDAD ARTERIAL EN PACIENTES CON PATRÓN DE PRESIÓN ARTERIAL DIPPER Y NON DIPPER

S. Tello Blasco<sup>1</sup>, A. Fernández Santos<sup>1</sup>, A. Guerri Gutiérrez<sup>1</sup>, M. Fabregate Fuente<sup>1</sup>, R. Fabregate Fuente<sup>1</sup>, J. Haurie<sup>2</sup>, O. Sánchez<sup>1</sup> y J. Sabán Ruiz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Patología Endotelial. Servicio de Medicina Interna. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

<sup>2</sup>Servicio de Cirugía Vascular. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla.

**Objetivos.** 1. Determinar la prevalencia del patrón non dipper en la monitorización ambulatoria de 24 horas (MAPA) en una población con factores de riesgo cardiovascular. 2. Evaluar su correlación con el índice de elasticidad de arterias de gran y pequeño calibre así como con la disfunción endotelial.

**Material y métodos.** La población de estudio fue de un total de N = 109 pacientes, con edad media de 60,41 ± 1,23 años, con las siguientes características: ratio varones / mujeres 55/54, 82 pacientes del total eran hipertensos (75,2%). Se estudiaron: - Parámetros antropométricos como índice de masa corporal (IMC), cintura (cm) y cociente cintura / cadera (C/C). - Monitorización ambulatoria de 24 horas (MAPA): durante actividad, reposo y período crítico. Medidas de tensión sistólica, diastólica, media, presión de pulso. Dipper definido como descenso de más de un 10% de TAS y TAD en el período de descanso. - Índice de elasticidad arterial de arterias de gran (C1) y pequeño calibre (C2), resistencia vascular sistémica, impedancia vascular total, valores ajustados por sexo y edad, medidos con el sistema HDI/Pulse wave CR-200 Cardiovascular Profiling System. - Método Celermajer: vasodilatación dependiente y no dependiente de endotelio en microcirculación, evaluado por ecografía doppler. -DRT4: pico flujo de la microcirculación respecto de basal medido por doppler. Se realizó análisis estadístico: tStudent, Mann-Whitney, Chi cuadrado, correlación de Pearson y Análisis de regresión lineal multivariante.

**Resultados.** Se establecen dos grupos en función del patrón de MAPA: - Grupo A (non dipper): N = 70 (64,22%), con 58 hipertensos y Grupo B (dipper): N = 39 con 24 hipertensos. Encontramos asociación entre la tensión arterial elevada y patrón non dipper vs dipper: p = 0,013. Cuando comparamos el grupo A con el grupo B objetivamos: 1. Edad: 62,96 ± 1,37 vs 55,85 ± 2,23; p = 0,005. Cintura: 94,61 ± 1,42 vs 89,82 vs ± 1,57, p = 0,030. Cociente cintura/cadera: 0,94 ± 0,01 vs 0,88 ± 0,01, p = 0,008. No hubo diferencias significativas en cuanto al sexo ni al IMC. 2. Elasticidad: No hubo diferencias significativas en las arterias de gran ni pequeño calibre en ambos grupos. 3. Celermajer: Dilatación mediada por flujo: 7,35 ± 2,96 vs 18,21 ± 5,29, p = 0,0356. Esta correlación no fue ajustada por edad. 4. DRT4: No hubo diferencias significativas en el pico flujo.

**Discusión.** Como es conocida la presión arterial sigue un ritmo circadiano y la mayoría de los sujetos presenta una caída de presión de un 10-20% durante la noche, es lo que llamamos patrón dipper. Se ha revelado que los sujetos non dipper presentan mayor mortalidad cardiovascular, aunque el mecanismo fisiopatológico responsable no está claro. Es posible que la causa de este fenómeno esté también implicada en la mortalidad, que podría reflejar la incapacidad de autorregulación vascular asociada a la rigidez arterial como consecuencia del daño endotelial.

**Conclusiones.** 1. La prevalencia del patrón non dipper en nuestra población fue de 64,22%. Hubo correlación con edad, cintura y cociente cintura/cadera, pero no con el sexo ni con IMC. 2. Se encontró un alto grado de rigidez vascular en los sujetos non dipper, pero no llegó a ser estadísticamente significativo. 3. Los sujetos non dipper tuvieron menor dilatación mediada por flujo tanto en la macro como en la microcirculación aunque sólo resultó estadísticamente significativo en la primera.

### RV-4

#### ALTERACIONES EN LA VASODILATACIÓN MEDIADA POR FLUJO. DETERMINANTES BIOQUÍMICOS Y CARDIOVASCULARES

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

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

**Objetivos.** 1. Determinar la prevalencia de alteraciones en la vasodilatación mediada por flujo (VMF). 2. Correlacionar dicha vasodilatación con características constitucionales, bioquímicas y hemodinámicas. 3. Valorar la asociación

de VMF con otros parámetros endoteliales tales como el inhibidor del activador del plasminógeno-1 (PAI-1).

**Material y métodos.** Se estudió una población de N = 76 sujetos, con las siguientes características: edad media de 60,53 ± 1,72, ratio varones/mujeres: 36/40, 56 de ellos eran hipertensos. Se realizaron determinaciones de: bioquímica, perfil lipídico, filtrado glomerular, PAI (ng/ml) medido por ELISA, monitorización ambulatoria de presión arterial de 24 horas (MAPA) en los períodos de actividad (9 a 22:00 h), descanso (22 a 6:00h) y período crítico (6:00 a 9:00 h), tensión arterial sistólica (TAS), diastólica (TAD) y media (TAM). Presión arterial sistólica y diastólica endotelial (TASE y TADE) y vasodilatación dependiente y no dependiente de endotelio por método Celermajer (VDE y VDNE). Microcirculación por laser doppler DRT4-MOOR. Índice de elasticidad de arterias de gran (C1) y pequeño (C2) calibre, resistencia vascular sistémica e impedancia por sistema HDI/Pulse Wave CR-2000. Análisis estadístico: t de Student, Chi cuadrado, Análisis multivariante.

**Resultados.** 1. La prevalencia de alteraciones en la dilatación mediada por flujo (< 5%) de la arteria braquial fue de N = 54 (70,1%). 2. Se encontró correlación estadísticamente significativa con el índice de masa corporal (p = 0,03), filtrado glomerular (p = 0,042) y ácido úrico (p = 0,042), pero no con el sexo ni la edad. 3. Se encontró correlación con la hiperemia y las arterias de gran calibre (p = 0,046), pero no con la dilatación mediada por flujo. 4. No se encontró correlación entre las arterias de pequeño calibre ni con la hiperemia ni la con la dilatación mediada por flujo. 5. En el grupo con dilatación mediada por flujo < 5, p = 0,034 y dos de los parámetros de MAPA: TASE (p = 0,015) y TAS en período crítico (p = 0,040). 6. Se encontró significación estadística entre DMF y niveles de PAI-1 (p = 0,04).

**Discusión.** La disfunción endotelial es la primera fase del proceso de aterotrombosis y la enfermedad cardiovascular y como tal, es fundamental su evaluación precoz. En nuestro estudio, planteamos la valoración de dicha disfunción endotelial a través de parámetros biológicos (biomarcadores) y técnicas de imagen, en poblaciones de alto riesgo cardiovascular, así como su correlación con otros factores de riesgo considerados clásicos tales como la hipertensión.

**Conclusiones.** 1. La prevalencia de disfunción endotelial en la arteria braquial fue de un 70%. 2. El índice de elasticidad de las arterias de gran calibre se correlaciona con la vasodilatación dependiente y no dependiente de endotelio. 3. En pacientes con alteración de DMF de arteria braquial existen alteraciones en la microcirculación en la fase de recuperación tras la isquemia. 4. La tasa de filtrado glomerular y la uricemia se correlacionan con la función endotelial y podrían usarse como marcadores en atención primaria. 5. Encontramos correlación entre DMF y TAS pero no con TAD. 6. PAI-1 es un marcador fidedigno de disfunción endotelial en la microcirculación.

### RV-5

#### PERFIL LIPÍDICO INTEGRAL EN PACIENTES DIABÉTICOS TRATADOS CON ESTATINAS. ESTUDIO INTERNACIONAL DE DISLIPIDEMIA (DYSIS-ESPAÑA)

C. Guijarro<sup>1</sup>, J. González-Juanatey<sup>2</sup>, E. Alegría<sup>3</sup>, J. Lozano<sup>4</sup>, L. Cea-Calvo<sup>5</sup>, G. Vitale<sup>5</sup>, E. Gómez<sup>5</sup> y J. Millán<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón (Madrid).

<sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela (A Coruña).

<sup>3</sup>Servicio de Cardiología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona/Iruña (Navarra).

<sup>4</sup>Atención Primaria. Centro de Salud Serrería 2 (Valencia).

<sup>5</sup>Departamento Médico. Merck Sharp Dohme (Madrid).

<sup>6</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivos.** A pesar del tratamiento con estatinas, en los pacientes diabéticos la prevalencia de eventos cardiovasculares (CV) es relativamente alta y persiste un riesgo CV considerable. El objetivo terapéutico de c-LDL no se alcanzan frecuencia y alteraciones en otros parámetros lipídicos pueden incrementar el riesgo CV. Con este estudio se pretende evaluar la aparición de anomalías en el perfil lipídico (c-LDL, c-HDL y TG) en pacientes diabéticos que están tratados con estatinas.

**Material y métodos.** Análisis de 3703 pacientes españoles incluidos en el estudio transversal DYSIS (Dyslipidemia International Study), realizado con 22063 participantes de Europa y en Canadá, pacientes ≥ 45 años en tratamiento con estatinas al menos durante 3 meses. Los datos se recogieron de la historia clínica del paciente. Se clasificó el riesgo cardiovascular según la guía NCEP ATP III y para valorar los lípidos se asumieron los objetivos o las concentraciones consideradas como óptimas según esta directriz.

**Resultados.** De un total de 3703 pacientes se identificaron 1445 (39.0%) pacientes con diabetes mellitus (DM) tipo II (edad media 66 años, 46,2% mujeres, 18,1% fumadores, 45,7% con obesidad, 75% con síndrome metabólico [según definición de guías NCEP ATP III], 82,1% con hipertensión).

La prevalencia de enfermedad cardiovascular en pacientes diabéticos es del 41,5% frente al 31,9% en no diabéticos ( $p < 0,0001$ ). Los valores de los tres parámetros lipídicos [c-LDL, c-HDL y triglicéridos (TG)] se encontraban en valores óptimos en el 17,4% de los pacientes diabéticos mientras que en los pacientes no diabéticos este porcentaje era del 32,8%. El 59,20% de los pacientes con DM no tenía el c-LDL en el objetivo recomendado por la guía de la NCEP ATP III según la categoría de riesgo correspondiente, frente al 44,5% de los pacientes no diabéticos. La prevalencia de c-HDL bajo era de 36,4% en pacientes con DM frente al 25,5% de los no diabéticos. Los TG se encontraban elevados en el 43,6% de los pacientes diabéticos frente al 33,9% de los no diabéticos. ( $p < 0,0001$  para todos los datos) De los pacientes diabéticos que no tenían controlado el c-LDL, un 12,6% presentaba niveles no recomendados de c-HDL y TG frente al 7,8% de los no diabéticos ( $p < 0,0001$ ). Con c-LDL elevado y tanto c-HDL como TG en niveles recomendados había un 23,6% de pacientes diabéticos y un 19,1% de pacientes no diabéticos ( $p < 0,01$ ). El porcentaje total de pacientes con c-LDL fuera de objetivo y c-HDL, TG o ambos en niveles no recomendados fue del 35,7% en diabéticos y del 24,9% en no diabéticos ( $p < 0,0001$ ).

**Conclusiones.** En este análisis de pacientes españoles se observa que las anomalías en el perfil lipídico (no sólo el c-LDL no en objetivo, sino también el c-HDL bajo y los TG altos) son comunes entre los pacientes que están en tratamiento con estatinas, y entre los pacientes con diabetes mellitus tipo II se observa una mayor prevalencia de estas alteraciones, así como de enfermedad cardiovascular. Hace falta un mayor control lipídico integral en pacientes diabéticos para reducir el riesgo de complicaciones cardiovasculares asociadas a la diabetes.

#### RV-6

##### ASOCIACIÓN ENTRE SEDENTARISMO, DISLIPEMIA, GLUCEMIA BASAL ALTERADA Y SÍNDROME METABÓLICO. ESTUDIO ICARIA

M. Sánchez Chaparro<sup>1</sup>, M. Sigüero Contreras<sup>2</sup>, J. Castillo Montesinos<sup>2</sup>, M. Cabrera Sierra<sup>1</sup>, E. Mateos Gala<sup>1</sup>, F. Gutiérrez González<sup>1</sup>, S. Alarcón Reina<sup>1</sup> y C. Pérez Gascón<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Proyectos Sanitarios. Ibermutuamur (Madrid).

<sup>2</sup>Vigilancia de la Salud. Servicio de Prevención de Ibermutuamur (Madrid).

**Objetivos.** Analizar la asociación entre la actividad física en el tiempo libre y la presencia de dislipemia, sus componentes, alteraciones en el metabolismo hidrocarbonado y síndrome metabólico en una amplia población laboral joven.

**Material y métodos.** Estudio observacional transversal que incluye 31.375 trabajadores (73% varones, edad media 34.4 años), que acudieron a reconocimiento médico laboral a Ibermutuamur y aceptaron cumplimentar un cuestionario autoadministrado. Un 59.2% declaró no realizar ninguna actividad física en el tiempo libre y 40.8% declaró realizarla varias veces por semana, de modo regular. La edad media de ambos grupos fue de 35.7 y 32.5 años, respectivamente. Se consideró dislipemia si cumplía alguno de los siguientes: colesterol total  $\geq 200$  mg/dl.; colesterol-HDL  $< 40$  mg/dl (varones -V-) ó  $< 50$  mg/dl (mujeres -M-); triglicéridos  $\geq 200$  mg/dl.; colesterol-LDL  $\geq 160$  mg/dl. Se siguió la definición de SM del ATP III, 2001.

**Resultados.** La tabla 1 muestra la asociación, mediante regresión logística (Odds ratios, IC 95%), entre no practicar ningún ejercicio en el tiempo libre versus realizarlo varias veces por semana, la presencia de dislipemia, sus componentes, alteración en el metabolismo hidrocarbonado y Síndrome Metabólico, ajustados por edad, sexo, consumo de tabaco e IMC.

**Discusión.** Como en otros trabajos, los resultados de este estudio indican que el sedentarismo se asocia de modo muy marcado con la presencia de dislipemia, especialmente de hipertrigliceridemia, glucemia basal alterada y Síndrome Metabólico, una vez ajustados por edad, sexo, tabaquismo e IMC.

**Conclusiones.** El sedentarismo se asocia con el exceso de peso y mayor riesgo cardiovascular. Aumentar la actividad física regular en el tiempo libre debe ser un objetivo prioritario de cualquier estrategia preventiva cardiovascular.

Tabla 1 (RV-6). Regresión logística (Odds ratios, IC 95%), entre no practicar ningún ejercicio en el tiempo libre versus realizarlo varias veces por semana

	OR (IC 95%)
Dislipemia	1.39 (1.32-1.47)
Colesterol total $\geq 200$ mg/dl.	1.31 (1.23-1.38)
Colesterol-HDL $< 40/50$ mg/dl	1.26 (1.17-1.35)
Triglicéridos $\geq 200$ mg/dl	1.65 (1.48-1.85)
Colesterol-LDL $\geq 160$ mg/dl	1.35 (1.23-1.49)
Colesterol total $\geq 240$ mg/dl	1.45 (1.33-1.59)
Glucemia $\geq 126$ mg/dl	1.11 (0.89-1.40)
Glucemia $> 110$ y $< 126$ mg/dl	1.57 (1.26-1.95)
Síndrome metabólico	1.64 (1.42-1.88)

#### RV-7

##### LA HIPERFIBRINOGENEMIA EN LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

J. Cabrerizo García<sup>1</sup>, B. Zalba Etayo<sup>2</sup>, J. Pérez Calvo<sup>1</sup>, M. Marín<sup>1</sup>, L. Clavel<sup>1</sup> y M. Iguzquiza<sup>1</sup>

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

**Objetivos.** El marcador de fase aguda más importante desde el punto de vista hemorreológico es el fibrinógeno. El objetivo de trabajo es analizar la concentración plasmática de fibrinógeno al ingreso en pacientes que sufren un síndrome coronario agudo (SCA) y su relación con el pronóstico en cuanto a mortalidad.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo observacional de cohortes prospectivo donde se resgistrando 439 pacientes ingresados de forma consecutiva durante 24 meses por SCA. División de la muestra en tres grupos según concentraciones de fibrinógeno al ingreso: grupo 1:  $< 300$  mg/dl; grupo 2:  $300-450$  mg/dl y grupo 3:  $> 450$  mg/dl. Análisis de cada uno de los grupos y relación con la mortalidad durante los siguientes seis meses al evento.

**Resultados.** La media del fibrinógeno de toda la muestra fue de  $419,4 \pm 139,4$  mg/dl. Fallecieron un total de 43 pacientes; 3 en el grupo 1:  $< 300$  mg/dl, (5,1%); en el grupo 2: entre 300 y 450 mg/dl: 18 (7,6%) y en el grupo 3:  $> 450$  mg/dl: 22 pacientes (15,3%); ( $p = 0,022$ ). Se realizó un análisis de regresión logística multivariante incluyendo otras variables significativas previamente como edad; sexo; antecedentes de diabetes, hipertensión, angor, infarto; presencia de arritmias durante el ingreso; variables analíticas a la admisión que influyen de forma adversa en la supervivencia: hemoglobina  $< 10$  g/dl, glucosa  $> 160$  mg/dl e índice de Cockcroft  $< 60$  mL/min. Se pudo observar que en el grupo 1:  $< 300$  mg/dl fallecieron menos que en los otros tres grupos, aunque sin alcanzar la significación estadística, ( $p = 0,37$ ).

**Discusión.** La aterosclerosis es un proceso crónico con un componente inflamatorio activo y en evolución. Los reactantes de fase aguda son los marcadores de este proceso y variaciones en su concentración se traducen en cambios en la viscosidad plasmática y sanguínea. El fibrinógeno influye directamente en la viscosidad plasmática y por tanto en el flujo sanguíneo promoviendo la trombogénesis a través de efectos sobre el sistema de coagulación y fibrinolítico. Contribuye a la formación y crecimiento de la placa aterosclerótica y actúa en la fase de ruptura favoreciendo la agregación plaquetaria. En los días posteriores al infarto se incrementa como parte de la respuesta inflamatoria a la necrosis tisular relacionado con los eventos de re-trombosis y re-infarto y por lo tanto con una mayor mortalidad.

**Conclusiones.** 1. Existe una relación directa entre la concentración de fibrinógeno, la viscosidad plasmática, la enfermedad coronaria, su gravedad y pronóstico. 2. Si somos capaces de detectar un estado trombotogénico midiendo con test de laboratorio parámetros como el fibrinógeno, seremos capaces de identificar a los pacientes en riesgo de sufrir enfermedad cardiovascular o de tener un peor pronóstico una vez ocurridos los eventos.

#### RV-8

##### ANEMIA COMO FACTOR DE MAL PRONÓSTICO EN LA ENFERMEDAD CORONARIA

J. Cabrerizo<sup>1</sup>, B. Zalba<sup>2</sup>, J. Pérez<sup>1</sup>, M. Aibar<sup>1</sup>, P. Martín<sup>1</sup>, M. Herrero<sup>1</sup> y V. Garcés<sup>1</sup>

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

**Objetivos.** Analizar la relación entre la concentración de hemoglobina (Hb) al ingreso tras sufrir un síndrome coronario agudo (SCA) y el pronóstico en cuanto a mortalidad y eventos cardiovasculares adversos (ECVA) del tipo angor post-infarto, re-infarto e insuficiencia cardíaca.

**Material y métodos.** Muestra de 558 pacientes con SCA con y sin elevación del segmento ST ingresados de forma consecutiva durante 24 meses. División de las concentraciones de Hb al ingreso en terciles:  $< 10$  g/dl,  $10-15$  g/dl y  $> 15$  g/dl. Relación de cada uno de los grupos con la mortalidad y ECVA en los siguientes seis meses al evento.

**Resultados.** La media de Hb fue de  $14,1 \pm 1,9$  g/dl.  $14,3 \pm 1,82$  g/dl para los que se mantenían vivos durante el período de seguimiento y de  $12,9 \pm 2,1$  g/dl para los que fallecían, ( $p < 0,001$ ). Siendo de  $13,8 \pm 2,1$  g/dl para los que sufrían ECVA y de  $14,2 \pm 1,8$  g/dl para los que no ( $p = 0,034$ ). Al finalizar los seis meses fallecían 64 pacientes 35,3% en el intervalo de  $< 10$  g/dl; 13,1% en el de  $10-15$  mg/dl y 5,7% en el de Hb  $> 15$  mg/dl ( $p = 0,001$ ). 123 pacientes sufrían algún ECVA, aquellos con niveles de Hb  $< 10$  mg/dl presentaban más ECVA, frente 23,2% en el rango de  $10$  a  $15$  mg/dl y 20% para niveles de Hb  $> 15$  mg/dl ( $p = 0,548$ ).

**Discusión.** La enfermedad coronaria per sé, la coexistencia de enfermedades crónicas o diferentes fármacos aumentan el riesgo de presentar anemia. A su vez la anemia incrementa el riesgo de nuevos eventos cardíacos. Los pacientes con enfermedad coronaria toleran peor la anemia. Aparece hipoxia, vasodilatación, incremento de la actividad simpática, de la frecuencia cardíaca y disminuye la reserva coronaria previamente limitada. La is-

quemias miocárdicas puede aparecer con anemias moderadas. A largo plazo ocurren cambios en el remodelado e hipertrofia excéntrica del ventrículo izquierdo aumentando el consumo de oxígeno y disminuyendo todavía más la perfusión coronaria. Algunos trabajos apoyan la transfusión de concentrados de hemáties, sin embargo, otros se inclinan por el empleo de hierro IV o eritropoyetina recombinante humana para evitar la posible sobrecarga de volumen que puede empeorar el pronóstico. Recientemente se ha destacando el posible papel cardioprotector directo de la eritropoyetina independiente de su acción hematopoyética.

**Conclusiones.** 1. Entorno al 20% de los pacientes que ingresan con un SCA cumplen los criterios de anemia de la OMS. 2. Minimizar o corregir la anemia durante el ingreso, sobre todo cuando es severa, mejora el pronóstico y la supervivencia de estos pacientes.

#### RV-9 EVOLUCIÓN TRAS UN PRIMER ICTUS ISQUÉMICO EN UNA COHORTE DE PACIENTES JÓVENES

L. Mérida Rodrigo, M. Marcos Herrero, V. Núñez Rodríguez, F. Poveda Gómez, F. Moreno Martínez, M. Martín Escalante, L. Hidalgo Rojas y J. García Alegría

Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga).

**Objetivos.** Conocer los resultados asistenciales a largo plazo (mortalidad, reingresos y complicaciones) de los pacientes con un primer episodio de ictus isquémico menores de 50 años.

**Material y métodos.** Tipo de estudio: observacional retrospectivo de todos los pacientes ingresados con primer episodio de accidente cerebrovascular agudo isquémico (ACV), en un servicio de Medicina Interna de un hospital general 350 camas. Período inclusión: 01/01/1997 al 31/12/2002. Finalización del estudio: 31/12/2007 Período de seguimiento: entre 5-10 años (promedio = 91 meses). Variables del estudio: demográficas, clínicas, tipo de ictus; aterotrombótico (AT) o cardioembólico (CE), terapéuticas y resultados asistenciales (mortalidad, reingresos, complicaciones y situación funcional). Análisis del registro de mortalidad del índice nacional de defunciones. Criterios exclusión: ACV hemorrágico, episodio previo ictus y pacientes extranjeros Criterios salida del estudio: muerte del paciente, finalización del seguimiento a fecha 31/12/2007.

**Resultados.** De los 36 pacientes incluidos, el 75% eran varones. La edad media fue de 44 años (DS 5.5 años). Entre los factores de riesgo cardiovasculares destacan la HTA en el 36,1%, DM 19,4%, Dislipemia 13,9%, 2 pacientes padecieron IAM previos y otro tenía el diagnóstico de claudicación intermitente. Entre los hábitos tóxicos destacan el hábito tabáquico en el 52,8%, hábito enólico en el 19% y consumo de otros tóxicos lo presentaba 1 paciente. Sólo 1 paciente estaba diagnosticado de cardiopatía embolígena. Las causas de ictus fueron AT en 83,3% y CE en el 16,7% de los casos. Por lo que a test diagnósticos se refieren se detectó FA en el 8,3% de los pacientes, tenían disfunción sistólica el 7,1% de los pacientes en los que se realizó un ecocardiograma. De los TC de cráneo realizados, el 62,1% (n = 22) presentaban signos de isquemia aguda. De los 19 pacientes a los que se le realizó doppler de troncos supraaórticos 4 tenían estenosis significativas de carótidas. Analíticamente presentaban los pacientes colesterol medio de 203 g/dl (DS 50,4 mg/dl), LDL-c medio de 136 mg/dl (DS 41 mg/dl) y media de triglicéridos de 170 mg/dl (DS 120mg/dl). Al alta el 88,9% tenían antiagregación, los ictus se prescribieron en el 41,7% de los casos y ARA-II en el 22,2% de los casos. Solo un paciente falleció durante el seguimiento a causa de una neoplasia. La tasa de reingresos fue del 38,9%, siendo el 42,9% de las causas eventos cardiovasculares (ACV u otros), 14,3% para una intervención quirúrgica, la insuficiencia cardíaca descompensada fue del 71,1% y otras causas en el 35,7%. La situación neurológica final fue mejor en el 66% de los casos.

**Conclusiones.** 1.- Los ictus en pacientes jóvenes son mayoritariamente en varones que previo al diagnóstico ya presentan varios factores de riesgo vasculares sobre todo hipertensión y hábito tabáquico. 2.- El ictus aterotrombótico fue el más frecuente en el 83,3% de los casos 3.- Al alta el 88,9% tenían antiagregación, los ictus se prescribieron en el 41,7% de los casos 4.- No es despreciable la tasa de reingresos a partir del año, siendo las causas cardiovasculares una de las más importantes (42,9%) 5.- La situación neurológica final fue mejor en el 66% de los casos.

#### RV-10 FACTORES PRONÓSTICOS TRAS UN PRIMER EPISODIO DE ICTUS ISQUÉMICO

L. Mérida Rodrigo, M. Villena Ruiz, J. Olalla Sierra, R. González Vega, J. Aguilar García, S. Domingo González, C. Romero Gómez y J. García Alegría

Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga).

**Objetivos.** Conocer los factores asociados a mortalidad en una cohorte de pacientes con un primer episodio de ictus isquémico.

**Material y métodos.** Tipo de estudio: cohortes retrospectivo de todos los pacientes ingresados con primer episodio de accidente cerebrovascular agudo isquémico (ACV). Período inclusión: 01/01/1997 al 31/12/2002. Finalización del seguimiento: 31/12/2007 Período de seguimiento: entre 5-10 años (promedio = 66 meses). Variables del estudio: demográficas, tipo de ictus; aterotrombótico (AT) o cardioembólico (CE), y factores pronósticos asociados a mortalidad. Análisis del registro de mortalidad del índice nacional de defunciones. Criterios de exclusión: extranjeros, episodio previo o ictus hemorrágicos Criterios de salida del estudio: fallecimiento. Fin de seguimiento a fecha 31/12/2007 Se usó el test de Chi-cuadrado para las variables cualitativas. T Student para cuantitativas.

**Resultados.** Población total = 415 casos (H: 249, M: 166); edad media: 68,3 años ( $\pm$  11,8 DS). Tipo de ictus: aterotrombótico: 305 (73,5%) y cardioembólico 110 (26,5%). Prevalencia de factores de riesgo al ingreso: HTA (54,1%), DM (30,8%), hiperlipemia (19,7%), enfermedad cardiovascular previa (17,1%), EPOC (6,7%), insuficiencia renal (2,7%), tabaquismo (21,7%) y fibrilación auricular previa (12%). Por lo que se refiere a factores pronósticos, el hecho de ser mujer presenta un riesgo relativo (RR) de fallecer por ictus respecto a varones de 1,3 (IC 95% 1,4-1,9) con  $p = 0,011$  y la edad mayor de 65 años también se asocia a mortalidad con un RR de 1,7 y  $p < 0,001$ . En cuanto a factores de riesgo cardiovasculares encontramos asociación estadísticamente significativa relacionada con la mortalidad el hecho de presentar diabetes mellitus con RR de 1,27 (IC 95% 1,05-1,57), el hábito tabáquico con RR 1,8 (IC 95% 1,52-2,23), presencia de FA con RR 1,52 (IC 95% 1,20-1,94), o padecer de ICC con RR de 1,86 (IC 95% 1,51-2,30), no se encontró asociación estadísticamente significativa con HTA o dislipemia. Sólo el hecho de estar tomando IECAs o ARA-II propiciaban cierto efecto protector de manera significativa en pacientes que han sufrido un ACVA. En cuanto a mecanismos de producción el riesgo de mortalidad es mayor en pacientes con ACV CE frente a AT con un RR de 1,44 (IC 95% 1,14-1,75). La localización del ACV en el territorio de ACMI se relaciona menos con la mortalidad con RR 0,78 (IC 95% 0,62-0,97), frente a la localización en ACMD que se asocia de manera significativa con el riesgo de fallecimiento con RR 1,26 y  $p = 0,034$ . Los signos de isquemia aguda en el TC de ingeso también se relacionan de manera significativa con la mortalidad con un RR de 1,5 (IC95% 1,17-2,23). En cuanto a tratamiento, son factores protectores, el hecho de tomar antiagregación con AAS, el uso de estatinas y ARA-II con  $p < 0,001$ .

**Conclusiones.** En base a los resultados podemos concluir: 1.- El sexo femenino, DM, el hábito tabáquico y la edad mayor de 65 años son factores de riesgo asociados significativamente con la mortalidad a largo plazo tras un primer episodio de ictus. 2.- El ictus cardioembólico se asocia significativamente con la mortalidad. 3.- El predominio de ACMD y la presencia de signos de isquemia aguda en el TC son factores de riesgo relacionados con la mortalidad tras un primer episodio de ictus. 4.- El hecho de tomar IECAs o ARA-II previo al evento isquémico ofrece un papel protector frente a la mortalidad secundaria a ictus. 5.- En cuanto a tratamiento, son factores protectores, el hecho de tomar antiagregación con AAS, el uso de estatinas y ARA-II con  $p < 0,001$ .

#### RV-11 INTERVENCIÓN BREVE EN TABAQUISMO

M. Galindo Andújar<sup>1</sup>, R. Molina Cano<sup>1</sup>, F. Martínez Pérez<sup>2</sup>, L. González Sánchez<sup>3</sup>, B. Ruiz León<sup>3</sup>, E. Moreno Mata<sup>3</sup>, P. Gajate Fernández<sup>3</sup> y R. Espinosa Aunión<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Alergología, <sup>3</sup>Servicio de Oncología. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

<sup>4</sup>Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

**Objetivos.** Realizar intervención breve para intentar lograr abandono de tabaquismo entre los pacientes ingresados en planta de Medicina Interna. Comprobar a medio plazo los resultados obtenidos.

**Material y métodos.** Entrevista personalizada voluntaria entre los pacientes ingresados en Planta de Medicina Interna durante un día elegido al azar en abril 2009. Recogida de datos personales, aplicación del test de Fagerström (TF) para evaluar la dependencia y del test de Richmond (TR) para valorar la motivación para dejar de fumar. Consejo sobre tratamiento y/o derivación a la Unidad de Tabaquismo en aquellos que lo desean. Tres meses después, se realiza entrevista telefónica para evaluar la eficacia.

**Resultados.** De 40 pacientes ingresados había 6 que eran fumadores activos; uno no se incluyó por recomendación de su médico. Las características aparecen en la tabla 1 (donde TF = Test Fagerström (Dependencia débil: 3-4; media:5-6; fuerte: 7-8; muy fuerte:9-10) y TR = Test Richmond (Motivación débil (de 0 a 5 pts), media (6 a 8 pts), fuerte (9 a 10 pts)). De los 5 casos (todos varones), 4 pacientes aceptaron derivación a Unidad de Tabaquismo (Utab), aunque sólo acudieron dos de ellos. A los 3 meses, 3 pacien-

Tabla 1 (RV-11). Resumen pacientes

Edad	Fumador	Ap	Motivo ingreso	Test	Utab	Acudió utab	Recaída
61	60 cig/día	HTA	Infección respiratoria	TF 7 TR 10	No		No
72	4 puros/día	HTA, DLP	ACVA	TF 1 TR 9	Sí	Sí	No abandono
69	20 cig/día	DM, HTA ACVA SAOS	Dolor torácico	TF 4 TR 10	Sí	No	No
42	20 cig/día	HTA	Dolor torácico	TF 6 TR 10	Sí	Sí	No
70	20 cig/día	HTA	NAC	TF 6 TR 10	Sí	No	Sí

tes se mantenían sin fumar, 1 había recaído tras dos meses (información recogida de su esposa, el paciente lo negaba, fumando a escondidas) y el último paciente, aunque acudió a Utab, no llegó a abandonarlo, refiriendo gran dificultad para conseguirlo.

**Discusión.** De los 5 pacientes, 3 seguían sin fumar a los 3 meses: un varón de 69 años y un varón de 42 años, ambos ingresados por dolor torácico, que ya habían realizado varios intentos previos para abandonarlo; en el otro caso (ingresado por infección respiratoria) era su primer intento, con éxito. Con respecto a los otros pacientes, un varón de 72 años encontraba serias dificultades en dejar de fumar (4 puros/día) a pesar de comprender la importancia de hacerlo e incluso acudió a UTab como apoyo. El otro paciente consiguió estar sin fumar un período de dos meses siendo este su primer intento, y acabó recayendo de nuevo aunque no lo admitió, por lo que no se pudo realizar nueva intervención.

**Conclusiones.** Debemos insistir en el abandono del tabaquismo. La intervención breve sigue siendo una herramienta muy útil dentro de los medios que disponemos.

## RV-12

### USO COMBINADO DE CLOPIDROGEL E INHIBIDORES BOMBA PROTONES

M. Galindo Andúgar<sup>1</sup>, R. Molina Cano<sup>1</sup>, L. González Sánchez<sup>2</sup>, F. Martínez Pérez<sup>3</sup>, M. Sánchez Ruiz de Gordo<sup>4</sup>, P. Alcázar Carmona<sup>1</sup>, R. Cicuéndez Trilla<sup>1</sup> y H. Ortega Abengózar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Alergología, <sup>4</sup>Farmacia. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

<sup>3</sup>Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

**Objetivos.** Evaluar el uso e indicaciones de los Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP) en los pacientes ingresados que reciben Clopidrogel.

**Material y métodos.** Se seleccionaron los pacientes que ingresaron a lo largo de la primera semana de junio 2009 en el Hospital General La Mancha Centro (Alcázar de San Juan) que incluían Clopidrogel en su tratamiento. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, motivo de ingreso, servicio responsable, tratamiento con IBP previo al ingreso, durante el mismo y al alta, indicación de IBP, tratamiento con ranitidina. Se revisó el uso correcto de IBP considerando como indicaciones: 1) Antecedentes de úlcus previo, hemorragia digestiva o perforación. 2) Reflujo gastroesofágico. 3) Tratamiento prolongado con AINEs a dosis máximas. 4) Tratamiento simultáneo con ácido acetilsalicílico (AAS) a dosis bajas. 5) Edad avanzada (> 65 años). 6) Comorbilidades graves (cardiovasculares, renales o hepáticas, HTA, DM).

**Resultados.** Se incluyeron 15 pacientes, 12 varones y 3 mujeres, con edad media de 75 años (mediana 80 años, mínimo de 39 y máximo de 96; sólo 3 pacientes eran menores de 70 años). La distribución por especialidades fue: M. Interna 4 casos, Cardiología 4, Geriátría 3, Neurología 2, Digestivo 1, Traumatología 1. Los motivos de ingreso más frecuentes fueron cardiopatía isquémica (7 casos, 47%) y enfermedad cerebrovascular (3 casos, 20%). Antes del ingreso recibían IBP un total de 10 pacientes (5 con omeprazol, 2 con pantoprazol, 1 con lansoprazol y 2 con esomeprazol). Durante el ingreso lo recibieron 10 pacientes (2 de ellos de nueva introducción) y se retiró durante el ingreso de forma temporal a dos pacientes. Al alta se fueron con IBP esos 10 y los 2 pacientes que ya tomaban IBP antes del ingreso (sí indicado) en los que se suspendió clopidrogel por no considerarlo necesario y se sustituyó por AAS. De los 15 pacientes, los IBP no estaban indicados en 4 casos aunque lo tomaban 3 de ellos (antes y después del ingreso). Respecto a los pacientes en los que estaban indicados pero no recibieron IBP, se trataron de un caso con cáncer gástrico que ingresó por ACVA y que falleció durante el ingreso (se suspendió clopidrogel a los pocos días por disfagia), un varón de 79 años con angor inestable que no tomaba IBP previos y que durante el ingreso y al alta recibió ranitidina (doble antiagregación, úlcus gástrico previo). Los motivos de indicación fueron: úlcus o HDA previos y comorbilidad asociados en 4 casos, y uso simultáneo de AAS y clopidrogel en siete casos (4 de ellos eran mayores de 65 años y otros 2 presentaban comorbilidad grave asociada). Tras preguntar a los diferentes médicos, la mayoría reconoció conocer sólo parte de las indicaciones de los IBP.

**Discusión.** El uso previo de IBP es uno de los factores más influyentes a la hora de prescribirlos durante el ingreso y su mantenimiento al alta. La asociación de IBP y antiagregantes está bastante extendida. Las indicaciones de los IBP no son bien conocidas entre los diferentes especialistas a pesar de su uso frecuente.

**Conclusiones.** El conocimiento sobre las indicaciones de IBP y sus efectos secundarios e interacciones es incompleto. Las actividades formativas para mejorar la prescripción son necesarias.

## RV-13

### ASOCIACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE MASA VENTRICULAR EN ANCIANOS Y LA PRESIÓN ARTERIAL ESTIMADA POR DIFERENTES METODOLÓGÍAS. ESTUDIO EPICARDIAN

R. Puchades<sup>1</sup>, J. Ruiz-Nodar<sup>2</sup>, F. Rodríguez<sup>1</sup>, F. Blanco<sup>3</sup>, R. Gabriel<sup>4</sup> y C. Suárez<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante.

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Carlos III. Madrid.

<sup>4</sup>Unidad Epidemiología. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

**Objetivos.** El objetivo de este estudio fue estimar que medida de la presión arterial (PA) [(casual hospitalaria, casual domiciliaria o la monitorización ambulatoria de la presión arterial durante 24 horas (MAPA)] presenta correlación con el índice de masa ventricular (IMV) en ancianos.

**Material y métodos.** La metodología del estudio EPICARDIAN ha sido previamente publicada con detalle. El tamaño muestral fue N = 271. Las variables analizadas fueron: demográficas, mediciones casuales hospitalaria y domiciliaria de la PA, mediciones diurnas de la MAPA y tratamiento antihipertensivo. Se definió reacción de alerta como PAS hospitalaria > o = a 140 y/o PAD > o = a 90 y PA durante el período de actividad con MAPA < 135/85. El IMV se midió mediante ecocardiografía modo M según las normas de la Sociedad Americana de Ecocardiografía. El proceso y análisis de datos se realizó con la ayuda del programa estadístico SPSS versión 10.

**Resultados.** Los 271 pacientes se clasificaron según la MAPA. De ellos, 172 (63,5%) no tenían reacción de alerta y 99 (36,5%) tenían reacción de alerta. En el subgrupo de pacientes sin reacción de alerta las características fueron: Mujeres 51,3%, Edad media 72,3 años, Peso 68 kg, Talla 161,7 cm e IMC 26,0 kg/m<sup>2</sup>. En el subgrupo de pacientes con reacción de alerta las características fueron: Mujeres 48,7%, Edad media 73,7 años, Peso 66,4 kg, Talla 157,8 cm e IMC 26,6 kg/m<sup>2</sup>. En las tablas 1 y 2 se resumen los resultados del análisis multivariante según la presencia o no de reacción de alerta.

**Discusión.** Los resultados de este estudio muestran el índice de masa ventricular varía según la presencia o no de reacción de alerta. Esto contrasta con los estudios previos si bien los realizados en ancianos son escasos.

**Conclusiones.** En los pacientes ancianos sin reacción de alerta, la medición de la PAS casual hospitalaria en consulta tiene mayor correlación con el IMV que la MAPA. En los pacientes ancianos con reacción de alerta, las mediciones de la PAD casual domiciliaria tienen mayor correlación con el IMV que la MAPA.

Tabla 1 (RV-13). Correlación PA e IMV en pacientes sin reacción de alerta

	Coefficiente B	Estadístico T	p
PASH	0,82	4,1	0,0001
Sexo	27,9	3,9	0,002
Diabetes	24,1	2,2	0,02
Tratamiento HTA	21,1	2,9	0,004

Tabla 2 (RV-13). Correlación PA e IMV en pacientes con reacción de alerta

	Coefficiente B	Estadístico T	p
PASMAPAD	1,04	2,9	0,005
PADCASA	1,24	3,2	0,002
Constante	-103,9	-1,9	0,05

#### RV-14 EFECTOS DEL EJERCICIO FÍSICO EN LAS NECESIDADES DE INSULINA Y EL PESO EN NIÑOS DIABÉTICOS

T. Moreno García<sup>1</sup>, G. Ojeda Burgos<sup>1</sup>, M. Villalobos Hernández<sup>2</sup>, M. Tapia Guerrero<sup>3</sup>, N. Colomo Rodríguez<sup>3</sup>, F. García Torres<sup>3</sup> y R. Vallejo Mora<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

<sup>2</sup>Servicio de MFyC. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga).

<sup>3</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.

**Objetivos.** 1. Conocer el grado de actividad física que los niños participantes en un campamento de diabéticos realizan de forma habitual. 2. Determinar cómo se modifican las necesidades de insulina, factor de sensibilidad y el peso tras la estancia en el mismo.

**Material y métodos.** Estudio observacional, descriptivo y prospectivo. Se recogieron datos generales clínicos, analíticos y epidemiológicos, y otros específicos sobre el ejercicio físico de los niños que acudieron a una colonia de verano para diabéticos tipo 1 organizada en Málaga del 31 de Agosto al 7 de Septiembre del 2008. La actividad física fue recogida mediante la aplicación del "cuestionario Internacional de actividad física". Además se registraron las necesidades de insulina al inicio y al final del campamento, así como el peso. Se ha usado el software estadístico SPSS para Windows.

**Resultados.** Se han incluido 45 niños diabéticos, 20 varones y 25 mujeres, con una edad media  $12,5 \pm 4,4$  años. El 66,6% proceden del medio rural. El 74,4% están en tratamiento con pauta bolo-basal. Respecto a los sistemas de administración de insulina, el 63,2% utiliza pluma, el 36,8% jeringuilla y 7 son portadores de una microinfusora. Evaluación del ejercicio físico habitual. La media de horas semanales de ejercicio vigoroso es de 3,7 (0-25), de ejercicio moderado de 5,1 (0-35), caminando de 6,9 (0-28) y sentado 20,7 (1-56). El 35,6% de los niños no realizaron durante la semana previa ningún ejercicio vigoroso; el 22,2% no realizaron ningún ejercicio moderado. El 62,2% niños no llega a caminar una hora diaria. El 40% de los niños pasaron tres o más horas sentados al día. La media del peso al inicio del campamento fue de  $48,5 \pm 15,9$  kg y al final de  $47,3 \pm 15,6$  kg ( $p < 0,001$ ). Las necesidades de insulina pasaron de  $0,83 \pm 0,3$  UI/kg/día a  $0,69 \pm 0,2$  UI/kg/día ( $p < 0,001$ ). El factor de sensibilidad aumentó de  $54,6 \pm 31,0$  a  $71,9 \pm 48,9$  ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones.** La mayoría de los niños diabéticos que asistieron a nuestro campamento tienen una vida sedentaria. Tanto las necesidades de insulina como el factor de sensibilidad y el peso mejoraron de forma estadísticamente significativa durante el campamento lo cual atribuimos fundamentalmente al incremento en la realización de ejercicio físico.

#### RV-15 RELACIÓN ENTRE NIVELES SÉRICOS DE PARATHORMONA Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES HIPERPARATIROIDES NO INTERVENIDOS

J. García Castro<sup>1</sup>, A. García Martín<sup>2</sup>, M. Cortés Berdonces<sup>2</sup>, I. Martínez Egea<sup>1</sup>, M. Quesada Charneco<sup>2</sup> y M. Muñoz Torres<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

<sup>2</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

**Objetivos.** Evaluar la frecuencia de los Factores de Riesgo Cardiovascular Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), Hipertensión Arterial (HTA), Hipertrofia del Ventrículo Izquierdo (HVI), Hiperlipemia y Obesidad en pacientes diagnosticados de Hiperparatiroidismo Primario (HPP) no sometidos a Paratiroidectomía. Estudiar la posible asociación de los mismos con niveles plasmáticos de Parathormona y Calcemia.

**Material y métodos.** Estudio observacional de 40 pacientes (17,5% varones y 82,5% mujeres con edad media de  $65,7 \pm 12,8$  años) diagnosticados de HPP (PTH  $144 \pm 66$  pg/ml y calcemia  $10,8 \pm 0,7$  mg/dl) y no intervenidos quirúrgicamente, en seguimiento en Consulta de Endocrinología y Nutrición. Se recogieron datos exploratorios, clínicos, bioquímicos y ecocardiográficos

de diagnóstico de DM 2, HTA, HVI, Hiperlipemia y Obesidad. Se analizaron las relaciones entre los diversos parámetros con los valores de Parathormona y Calcemia mediante programa SPSS.15 (Test de U de Mann-Whitney y Test de correlación de Spearman).

**Resultados.** El 27,5% cumplían criterios de DM 2 según la ADA. La frecuencia de HTA fue del 52,5% definiéndose la misma como TAS  $\geq 140$  mmHg y/o TAD  $\geq 90$  mmHg. El 71,4% de los hipertensos mostraban signos ecocardiográficos de HVI. El 42,5% presentaron cifras LDL-c  $\geq 130$  ó TG  $\geq 150$  mg/dl y el 31,6% tenían un IMC  $\geq 30$ . Existieron diferencias estadísticamente significativas de cifras de PTH entre hipertensos y normotensos ( $159,77$  frente a  $125,35$  pg/ml,  $p = 0,015$ ) y entre los pacientes con Obesidad y los que no ( $189,63$  frente a  $101,36$  pg/ml,  $p = 0,003$ ). Asimismo, se correlacionaron positivamente con el IMC tanto las concentraciones séricas de Parathormona ( $r = 0,569$ ,  $p = 0,011$ ) como la Calcemia ( $r = 0,606$ ,  $p = 0,006$ ). No hubo diferencias significativas entre diabéticos y no diabéticos, los enfermos con Dislipemia o no ni los que presentaron HVI respecto a los que no.

**Discusión.** El HPP es una patología médica común que en la actualidad se diagnostica habitualmente en un estadio asintomático. Existen muchas observaciones que lo asocian con mayor riesgo cardiovascular como la acción del Calcio intracelular mediado por PTH sobre la sensibilidad insulínica, el efecto directo hormonal sobre la proliferación de la musculatura vascular y cardiaca, su papel y el del Calcio sobre la lipólisis y absorción de ácidos biliares. No obstante, estas consideraciones no se tienen en cuenta en el abordaje de la enfermedad ni en la indicación quirúrgica pese a suponer un empeoramiento pronóstico y un aumento de la mortalidad de estos pacientes.

**Conclusiones.** La prevalencia de DM tipo 2, HTA, HVI, Hiperlipemia y Obesidad en los pacientes de nuestra muestra es mayor que la descrita en la población general. El aumento de las concentraciones de PTH y Calcio podría tener un papel causal destacando en hipertensos y obesos. En las decisiones terapéuticas deberían considerarse los efectos cardiovasculares de la enfermedad si se demostrara su mejoría tras la Paratiroidectomía.

#### RV-16 ¿QUÉ SABEN LOS PACIENTES VIH SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR (FRCV)? BENEFICIOS DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EDUCACIONAL

E. Martín Mobarro<sup>1</sup>, P. Uneken<sup>1</sup>, M. Carulla Aresté<sup>1</sup>, P. García Rodríguez<sup>2</sup>, E. Deig Comerma<sup>2</sup>, S. Ruiz Ruiz<sup>1</sup>, M. Tasia Pitarch<sup>1</sup> y E. Pedrol Clotet<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, unidad VIH. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, unidad VIH. Hospital General de Granollers. Granollers (Barcelona).

**Objetivos.** Conocer el grado de conocimiento que el paciente VIH tiene sobre los FRCV, averiguar si éste mejora tras implantar un programa educacional y ello supone una mejoría del cumplimiento terapéutico del tratamiento.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo en pacientes VIH controlados en 2 unidades especializadas. Se recogieron datos epidemiológicos, demográficos, clínicos, inmunoviroológicos y de FRCV. Se entregó a los pacientes un cuestionario, previamente validado, en el que se les estratificaba en 5 grados de conocimiento de FRCV (0 = ningún hasta 4 = excelente). Tras ello, se les aplicaba un programa educacional y se volvía a repartir el cuestionario al cabo de 3 y 6 meses.

**Resultados.** Se incluyeron 219 pacientes: 69,7% hombres; 82,3% caucásicos; edad media:  $41 \pm 8$  años; 46% HTX, 11% HMX, 43,4% ADVP; 58% SIDA (CDC); 50,7% coinfección VHB-C; media de linfocitos CD4 =  $536,8 \pm 338,1$  cel/mm<sup>3</sup>; 75, 9% carga viral indetectable ( $< 400$  copias). Presentaban como media  $1,2 \pm 0,8$  FRCV (67% tabaquismo, 30,3% dislipemia, 11,8% HTA, 8,6% antecedente familiar de 1er grado de cardiopatía isquémica, 2,7% DM, 1,8% evento cardiovascular previo).

**Discusión.** De forma estadísticamente significativa se observó un aumento de la proporción de pacientes en los grados de conocimiento 2 y 3, así como una disminución en los de grado 0 y 1 ( $p < 0,01$ ) (tabla 1). Respecto al cumplimiento terapéutico se observó un aumento significativo a los 3 y 6 meses respecto a la visita basal, con casi 7 puntos de diferencia entre la visita basal y la visita de los 6 meses ( $p < 0,01$ ).

Tabla 1 (RV-16). Grados conocimiento FRCV (p)

Grados conocimiento FRCV	Basal N	Basal %	3 meses N	3 meses %	6 meses N	6 meses %
0	140	63,9	8	4,0	2	1,3
1	57	26,0	77	38,5	34	22,2
2	16	7,3	98	49,0	100	65,4
3	6	2,7	15	7,5	15	9,8
4	0	0,0	2	1,0	2	1,3
Total	219	100,0	200	100,0	153	100,0

**Conclusiones.** En nuestro medio los pacientes con infección VIH presentan un bajo conocimiento sobre sus FRCV. Una intervención educativa simple mejora su grado de conocimiento sobre los mismos, con diferencias estadísticamente significativas y conlleva un mejor cumplimiento terapéutico.

#### RV-17

### IMPORTANCIA PRONÓSTICA DE LA INSUFICIENCIA RENAL EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

J. Cabrerizo García<sup>1</sup>, B. Zalba Etayo<sup>2</sup>, J. Pérez Calvo<sup>1</sup>, M. Martín<sup>1</sup>, M. Calleja<sup>1</sup> y R. Ridruejo<sup>2</sup>

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

**Objetivos.** La tercera parte de de los pacientes con un evento coronario agudo presenta insuficiencia renal. El objetivo es determinar la relación entre la insuficiencia renal de pacientes que sufren un síndrome coronario agudo (SCA), mediante el Índice de Cockcroft (C-G) y la ecuación MDRD-4 con la mortalidad analizando cual de las dos es preferible como estratificación pronóstica.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo de 455 pacientes ingresados de forma consecutiva entre 2006 y 2007 con SCA de alto riesgo dividiendo la muestra según su función renal al ingreso en  $< 60$  mL/min/1,73 m<sup>2</sup> y  $> 60$  mL/min/1,73 m<sup>2</sup> mediante C-G y la ecuación MDRD-4, junto con otras variables. Se realizaron comparativamente dos análisis de regresión logística multivariante incluyendo en uno C-G y en otro el MDRD-4 para observar su relación con la mortalidad en los siguientes seis meses al ingreso.

**Resultados.** La media del filtrado glomerular fue de 81,6 + 35,2 mL/min (C-G) y de 77,2 + 26,1 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> (MDRD-4). Definida la insuficiencia renal como cifras de creatinina  $> 1,1$  mg/dl, C-G o MDRD-4  $< 60$  mL/min/1,73 m<sup>2</sup>, estaba presente en el 27,9%, 30,5% y 22,6% respectivamente. La supervivencia media fue de 164,4 + 48,5 días. Se registraron 47 fallecimientos (10,3%), las causas más frecuentes fueron: 23 casos de shock cardiogénico: (48,9%) seguido de 4 roturas cardíacas (8,5%). Los pacientes con FG  $< 60$  mL/min(C-G) o  $< 60$  mL/min/1,73 m<sup>2</sup> (MDRD-4) fallecieron mas de forma significativa,  $p < 0,001$  y  $p < 0,001$  respectivamente. En el análisis multivariante, los pacientes con un FG  $< 60$  mL/min sufrían mayor mortalidad con una Odds ratio de 2,652;  $p = 0,024$  (IC 95%, 1,140 - 6,166) para C-G y una Odds ratio de 3,372;  $p = 0,001$  (IC 95%, 1,637 - 6,954) para el MDRD-4.

**Discusión.** La insuficiencia renal incrementa de forma significativa el riesgo de fallecer en los siguientes seis meses tras un SCA, tanto con el C-G como MDRD-4, el cálculo del filtrado glomerular con uno u otro depende de las características de la población y es indiferente con filtrados entre 60 y 80 mL/min.

**Conclusiones.** La enfermedad coronaria y renal han de interpretarse como dos formas de expresión de la enfermedad vascular sistémica, comparten factores de riesgo y mecanismos de progresión, además la nefropatía, ya desde estadios iniciales, juega un papel fundamental añadido en la patología cardiovascular. La insuficiencia renal influye de forma adversa en la supervivencia de los pacientes que sufren un síndrome coronario agudo y debe ser tenida en cuenta para su estratificación pronóstica. La estimación del filtrado glomerular mediante el Índice de Cockcroft o MDRD-4 es preferible a la creatinina basal y el empleo de uno u otro debe estar en relación con las características de la muestra a la que nos refiramos.

#### RV-18

### INFLUENCIA DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE RIESGO VASCULAR EN LA DIETA DE PACIENTES CON CARDIOPATIA ISQUÉMICA

C. Sanclemente, A. Galera, E. De la Cruz, E. Corbella y X. Pintó  
Unidad Funcional de Riesgo Vascular. Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

**Objetivos.** Analizar los cambios en el hábito dietético, con un programa de prevención secundaria en pacientes con cardiopatía isquémica,

**Material y métodos.** Se escogieron pacientes ingresados en el Servicio de cardiología por cardiopatía isquémica y se incluyeron en un programa de prevención de riesgo vascular, se distribuyeron aleatoriamente en 2 grupos: un grupo de intervención que se les hizo una primera visita en consultas externas, con un seguimiento a los 3,6 y 9 meses y un grupo control que se les hizo una primera visita y una segunda visita a los 9 meses. A todos se les pasó un cuestionario de frecuencia de alimentos y el SF-36 como escala de calidad de vida. A los del grupo intervención se le hicieron recomendaciones dietéticas en todas las visitas y el grupo control fue seguido por sus médicos habituales. Se recogen otras variables como: medidas antropométricas, factores de riesgo cardiovascular, etc.

**Resultados.** Se incluyeron 82 pacientes, 42 en el grupo intervención y 40 en el grupo control, 84,1% eran varones, con un IMC medio de  $28 \pm 3,6$  kg/m<sup>2</sup>. En el grupo intervención se observó una reducción mayor de la ingesta

de calorías totales  $p = 0,042$ , AG saturados  $p = 0,002$ , lípidos totales  $p = 0,042$ , colesterol  $p < 0,001$ , sodio  $p = 0,027$  y alcohol  $p = 0,034$ . Se observó que el consumo de AG saturados tiende a disminuir en el grupo intervención y a aumentar en el grupo control y sucede lo mismo con los triglicéridos, aunque no de forma significativa. Se produjo un aumento del colesterol-HDL significativamente mayor en el grupo intervención,  $p = 0,023$ . Al realizar el cálculo de los índices dietéticos: AGSat/(AGMono+AGPoli) y del CSI: Cholesterol/Saturated-fat index, se observó un mejor resultado en el grupo intervención con una  $p = 0,002$  y  $p = 0,001$  respectivamente

**Conclusiones.** 1. Existe una reducción significativa de la ingesta calórica y de los lípidos totales en el grupo intervención. 2. El índice AGSat/(AGMono+AGPoli), disminuye en el grupo intervención mientras aumenta en el grupo control. El CSI ó Cholesterol/Saturated-fat index también disminuyó en el grupo intervención. 3. Se observó un incremento mayor del colesterol HDL en el grupo intervención. 4. La aplicación del programa de prevención de riesgo vascular en pacientes con cardiopatía isquémica, mostró claros beneficios en la dieta.

#### RV-19

### PREVALENCIA DE DÉFICIT DE VITAMINA D EN CONSULTA DE MEDICINA INTERNA

P. Sánchez Moliní<sup>1</sup>, J. Hurtado Santos<sup>1</sup> y P. Leganés Pastor<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Medicina de Familia y Comunitaria. Atención Primaria Área 2 (Madrid).

**Objetivos.** Valorar la prevalencia de déficit de Vit D en población que acude a consulta de Medicina Interna y su relación con patologías prevalentes en dicha consulta.

**Material y métodos.** Durante un período de 6 meses de Octubre 2008 a Marzo 2009, se solicitaron de forma sistemática a 410 pacientes que acudieron a una consulta del Servicio de Medicina Interna por diversos motivos determinación de niveles de 25-OH D (Vit D) Los valores obtenidos se compararon con diversos parámetros: edad, sexo y diversas patologías prevalentes en consulta considerando principalmente los factores de riesgo vascular (HTA, Diabetes, Dislipemia, Obesidad), consumo de tabaco, Enfermedad vascular (cardiopatía isquémica, Enfermedad arterial periférica, Enfermedad vascular cerebral), Insuficiencia renal (creatinina  $> 1,2$ ) Enfermedad tromboembólica venosa, Enfermedad metabólica ósea, Litiasis renal, Malabsorción intestinal, Síndrome de fatiga crónica y Patología tiroidea.

**Discusión.** El calcifediol (25 hidroxí vit D3) es un metabolito esencial del sistema endocrino de la Vit D Su principal papel es contribuir al mantenimiento de la homeostasia del Calcio (Ca), pero su función paraendocrina alcanza a múltiples efectos extraesqueléticos actuando en funciones metabólicas, de transmisión neuromuscular, crecimiento y maduración celular, inhibiendo la producción de renina, incrementando la secreción de insulina, y modulando la actividad de linfocitos y macrófagos Su absorción a través de los alimentos se produce en el intestino delgado en los tramos mas altos y precisa sales biliares, estando disminuida con la edad y en los síndromes malabsortivos. Los niveles adecuados debes estar cercanos a los 30 ng/ml.

**Conclusiones.** Se valoran 410 pacientes de los cuales 126 tienen valores superiores a 30 ng/ml 62 valores entre 26-30 82 entre 21-25 136 entre 11-21 ng/ml 4 valores menores de 11 ng/ml.

#### RV-20

### HOSPITALIZACIÓN POR ICTUS. ANÁLISIS DESCRIPTIVO BASADO EN EL CMBD TRAS 8 AÑOS DE EXPERIENCIA

J. Castiella Herrero<sup>1</sup>, F. Sanjuán Portugal<sup>1</sup>, O. Blasco Martínez<sup>2</sup>, M. García de Carlos<sup>2</sup>, J. Lajusticia Aisa<sup>1</sup>, M. Vallejo García<sup>1</sup> y J. Naya Manchado<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Medicina. Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Medicina. Neurología. Fundación Hospital Calahorra. Calahorra (La Rioja).

**Objetivos.** Entre los años 2001 a 2008, la Unidad de Hospitalización de Medicina de la Fundación H. Calahorra ha dado 10.629 altas, que son el 32,5% de las altas del hospital. El ictus es un motivo de ingreso cada vez más frecuente en las unidades de hospitalización médica, situándose entre las 5 primeras causas de ingreso, como consecuencia del progresivo aumento de la edad media de nuestros pacientes y de su expectativa de supervivencia. Nuestro hospital no dispone de UCI ni de Unidad de Ictus. Queremos conocer y analizar los indicadores de hospitalización más relevantes de los pacientes dados de alta con el diagnóstico ictus (isquémico, hemorrágico ó transitorio) entre los años 2001 a 2008.

**Material y métodos.** Se realiza un análisis de 10.629 pacientes dados de alta de la Unidad de Hospitalización de Medicina entre 2001-08, utilizando los datos procedentes de CMBD (codificación del 100%), según los códigos

Tabla 1 (RV-20). Principales indicadores por tipo de Ictus

	N (%)	% de mujeres	Edad media	Estancia media	Exitus (%)
Ictus establecido	895 (65,3)	49,9	76,4	8,06	11,2
AIT	345 (25,2)	45,8	73,7	4,1	2,3
Hemorrágico	130 (9,5)	39,2	74,7	6,8	28
Total	1.370	47,9	75,4	6,98	10,7

de la Clasificación Internacional de Enfermedad, 9ª Revisión, Modificación Clínica de la OMS (ICD-9-CM). Se analizan los códigos diagnósticos 431, 432, 433.00-01-10-11-20-21-30-31-80-81-90-91; 434.00-01-10-11-90-91; 435.0-1-2-3-8-9; 436 y 437.0-1-7-8-9, agrupados en los GRDs 014, 015, 532, 533 y 810 y 832, correspondientes a la CDM 01. Se excluye la hemorragia cerebral de origen traumático. Como ictus establecido se incluyen los GRDs 014 y 533, como AIT los 015, 532 y 832 y como hemorrágico el 810. **Resultados.** 1.370 pacientes (52,1% hombres) dados de alta por Ictus (12,9% del total). El 97,4% atendidos por internistas. La edad media fue 75,4 años (73,4 en hombres y 77,6 en mujeres,  $p = 0,005$ ). La estancia media fue de 6,97 días y la mortalidad bruta del 10,7% (10,4% en hombres y 11,1% en mujeres;  $p = NS$ ). El 4,2% reingresaron antes de 30 días de forma no programada. El ictus isquémico con infarto (GRD 014) fue el segundo GDR más frecuente, con el 6% del total de altas y el 6% de estancias de la unidad. De todos los ictus, 90,5% fueron ictus isquémicos y el 9,5% hemorrágicos. La fibrilación o el flutter auricular estaban presentes en el 31,2%. El 97,1% tenían el TC craneal realizado en el momento del ingreso. El mayor número de ingresos se produjo en primavera (365) con pocas diferencias con respecto al resto de estaciones: invierno (335), verano (335) y otoño (345). Los principales indicadores por tipo de ictus se observan en la tabla 1.

**Conclusiones.** En nuestra Unidad, el 13% de nuestros pacientes hospitalizados presentan un Ictus, lo que le sitúa en la segunda causa de ingreso (después de la EPOC reagudizada). Son personas de edad avanzada, especialmente las mujeres. Dos de cada 3 son ictus establecidos y uno de cada 5 son AIT. Su estancia media es de 7 días y la mortalidad es ligeramente superior al 10%. Uno de cada 3 presentaba fibrilación o flutter auricular. Casi todos los pacientes tienen realizados el TC craneal antes del ingreso.

## RV-21

### HIPERGLUCEMIA DE ESTRÉS EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

**J. Cabrero-García<sup>1</sup>, B. Zalba-Etayo<sup>2</sup>, J. Pérez-Calvo<sup>1</sup>, M. Martín<sup>1</sup>, L. Clavel<sup>1</sup>, M. Iguzquiza<sup>1</sup> y R. Ridruejo<sup>2</sup>**

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

**Objetivos.** La hiperglucemia de estrés tiene un papel facilitador en el desarrollo del síndrome coronario agudo (SCA) y acentúa las consecuencias del daño celular producido por la isquemia miocárdica aguda. El objetivo es determinar la relación entre la hiperglucemia aguda en pacientes que sufren un SCA y la mortalidad, independientemente del antecedente de diabetes y otras variables que influyen de forma adversa en el pronóstico.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo de 455 pacientes ingresados de forma consecutiva en los 24 meses entre enero de 2006 y diciembre de 2007 con SCA de alto riesgo dividiendo la muestra según la concentración de glucemia al ingreso en  $< 160$  mg/dl y  $\geq 160$  mg/dl junto con otras variables. Análisis de regresión logística multivariante para observar su relación con la mortalidad en los siguientes seis meses al ingreso.

**Resultados.** El 21,8% de los pacientes eran diabéticos. La media de la glucemia al ingreso fue de  $160,28 \pm 70,41$  mg/dl, máximo: 522 mg/dl y mínimo: 43 mg/dl. La supervivencia media fue de  $164,4 \pm 48,5$  días. Se registraron 47 fallecimientos (10,3%), las causas más frecuentes fueron: 23 casos de shock cardiogénico: (48,9%) seguido de 4 roturas cardíacas (8,5%). Los pacientes diabéticos fallecían más: 16,2% frente que los no diabéticos: 8,7%,  $p = 0,028$ . Los que presentaban hiperglucemia al ingreso  $> 160$  mg/dl también fallecían más: 16,8% que los que tenían cifras menores: 6,8%,  $p = 0,001$ . Al realizar el análisis multivariante para ver si la hiperglucemia se relacionaba con una mayor mortalidad independientemente del antecedente de diabetes y otras variables significativas, observamos que los que tenían concentraciones  $\leq 160$  mg/dl fallecían 0,411(OR) veces más que los que tenían  $> 160$  mg/dl,  $p = 0,031$  (IC 95%, 0,183-0,921), es decir, tener cifras de glucemia  $< 160$  mg/dl era un "factor de protección" de cara a la mortalidad en los próximos seis meses al evento.

**Discusión.** La hiperglucemia aguda es un factor de riesgo independiente de la diabetes y otros factores de riesgo cardiovascular e influye de forma adversa en el pronóstico de los pacientes con SCA. La mejor evolución de aquellos que mantienen buenos niveles con respecto a los que no, demuestra que la hiperglucemia no es sólo un epifenómeno de la respuesta al estrés.

El nexo de unión entre hiperglucemia y mal pronóstico es la respuesta inflamatoria. Actúa amplificando el estado inflamatorio local y sistémico. El aumento de radicales libres secundarios al estrés oxidativo de la hiperglucemia incrementa las concentraciones de fibrinógeno, factor VII y fragmentos activos de protrombina. Potencia la disfunción endotelial, activa la agregación plaquetaria y acorta la vida media del fibrinógeno. Todo ello facilita la trombosis empeorando la evolución de la cardiopatía isquémica.

**Conclusiones.** La hiperglucemia de estrés mayor de 160 mg/dl al ingreso tras un SCA aumenta la mortalidad en los siguientes seis meses al evento. No basta, por tanto, mantener la glucemia en rango normal en los diabéticos, si no también debemos conseguir un adecuado control metabólico en los pacientes no diabéticos.

## RV-22

### INERCIA CLÍNICA EN EL MANEJO DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

**I. Muinelo Voces<sup>1</sup>, E. Fernández Pérez<sup>1</sup>, P. Dios Díez<sup>1</sup>, M. García Alvarado<sup>2</sup>, M. Liñán Alonso<sup>1</sup>, V. Linde Menéndez<sup>3</sup> y J. Mostaza Fernández<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Digestivo, <sup>3</sup>Atención Primaria. Complejo Asistencial de León. León.

**Objetivos.** 1- Conocer la conducta terapéutica en una Unidad de HTA en cuanto al manejo de distintos factores de riesgo cardiovascular (FRCV): Lípidos, DM, HTA, obesidad 2- Conocer el grado de control de dichos FRCV 3-Conocer cuantos de estos pacientes cumplen criterios de Síndrome Metabólico (SM).

**Material y métodos.** Se revisan las historias clínicas de los pacientes a los que se realiza una MAPA en el mes de Noviembre del 2008. Se analizan las variables: edad; sexo; antecedentes de DM y dislipemia; índice de masa corporal (IMC); obesidad abdominal (OB); PA en consulta; PA en MAPA (buen control si: PA media -PAM-  $\leq 130/80$ , PAM diurna  $\leq 135/85$ , PAM nocturna  $\leq 120/70$  mmHg); cálculo del riesgo vascular (RV) según las Guías de la SECCSEH del 2007 y SM según la ATP III. Análisis estadístico: Los resultados se expresan como frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y como medias y desviación estándar para las cuantitativas. El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS 15.0.

**Resultados.** Se incluyen 84 pacientes (52% mujeres; 48% varones), edad media  $59 \pm 15,25$  años. El 37% tienen alteración del metabolismo hidrocarbonado (18% DM2 y 19% glucemia alterada en ayunas -GAA-) realizando sobrecarga oral de glucosa (SOG) en dos (uno intolerancia a hidratos de carbono y otro DM2). Del grupo de DM2 el 60% reciben metformina (33% asociada a otros antidiabéticos orales), el 27% insulina y uno no tratado; el 73% están antiagregados y todos reciben IECAS y/o ARA II como antihipertensivo. El 57% presentan hipercolesterolemia recibiendo estatinas el 44%; de ellos, el 62% tienen mal control de colesterol total y/o LDL colesterol. Tras recibir analítica, se modifica tratamiento en el 4,8%; Triglicéridos (TRG)  $> 150$  en un 30% recibiendo fibratos un 5%. Cumplen criterios de SM el 43% con: OB el 57% de las mujeres y el 42% de los varones, aunque, en un 19% no se mide el perímetro abdominal; mal control por MAPA 72% con modificación del tratamiento en un 51%; control de colesterol 11% recibiendo estatinas un 69%; TRG  $> 150$  mg/dl 50% y HDLc  $< 46$  en mujeres un 11% y  $< 40$  en varones un 25%. IMC  $> 30$  kg/m<sup>2</sup> un 31% indicándose únicamente cambios en estilo de vida.

**Discusión.** El control de los FRCV es un objetivo clave para disminuir la morbi-mortalidad cardiovascular, para ello disponemos de herramientas como el conocimiento de la enfermedad, las guías de práctica clínica, tratamientos efectivos, comunicación médico-paciente. A pesar de esto, existe un mal control y entre las posibles causas está la inercia clínica (IC) definida como el fracaso terapéutico debido al médico, fenómeno común en el manejo de pacientes con enfermedades crónicas asintomáticas (HTA, dislipemia o DM2). El grado de consecución de objetivos en hipercolesterolemia se sitúa en población de alto-muy alto riesgo entre un 47-67% siendo menor si se analiza el subgrupo con enfermedad cardiovascular establecida; en nuestro estudio aparece un IC muy llamativa. En cuanto a la DM, además de intentar alcanzar los objetivos de cifras de glucemia y HbA1c, es importante, detectar estados prediabéticos y realizar SOG en pacientes con GAA. Destaca el infradiagnóstico de DM2 dificultando la valoración de IC. La asociación de múltiples FRCV, definiendo un SM, conlleva un elevado

RV y la necesidad de medidas más agresivas tanto farmacológicas como intensificando cambios en estilo de vida, haciendo participe al paciente de los objetivos a alcanzar.

**Conclusiones.** 1. La hipercolesterolemia constituye el factor de riesgo con mayor IC, alcanzando el objetivo sólo en un tercio. 2. Es difícil valorar la IC en alteración del metabolismo hidrocarbonado, por falta de reconocimiento de la GAA como FR y la necesidad de adoptar medidas por nuestra parte. 3. La asociación de varios FRCV, constituyendo el SM, conlleva a una mayor IC principalmente en cuanto a HTA y dislipemia, así como, a un peor control de todos ellos.

#### RV-23

### PREVALENCIA Y CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES DIABÉTICOS ATENDIDOS EN CONSULTAS HOSPITALARIAS DE MEDICINA INTERNA

A. de la Peña Fernández<sup>1</sup>, J. García Puig<sup>2</sup>, A. Roca-Cusachs Coll<sup>3</sup> y C. Suárez Fernández<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Son Llatzer. Palma de Mallorca (Illes Balears).

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Fund. de Gest. Sanitaria de l' Hospital de la Sta. Creu i Sant Pau. Barcelona.

<sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

**Objetivos.** Conocer la prevalencia y control de los factores de riesgo cardiovascular en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) atendidos en consultas hospitalarias de Medicina Interna en España.

**Material y métodos.** Estudio epidemiológico, transversal y multicéntrico. Se incluyeron consecutivamente pacientes de ambos sexos, de edad igual o superior a 18 años, atendidos por médicos internistas de las 17 CC. AA. Los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) se registraron a partir de la historia clínica. La presión arterial (PA) se consideró controlada cuando era igual o superior a 130/80 mmHg; la hemoglobina glicosilada (HbA1c) cuando era < 7% y el colesterol LDL cuando era < 100 mg/dl.

**Resultados.** El 70% de los internistas que colaboraron en el presente estudio pertenecían a unidades de hipertensión y riesgo cardiovascular. Se reclutaron un total de 1.067 pacientes con DM2 valorables para el análisis. El 57,6% eran hombres y la edad media de 67,6 años (DT = 11,6). El índice de masa corporal medio fue de 29,6 kg/m<sup>2</sup> (DT = 5,1). El 100% de los pacientes con DM2 presentaban algún FRCV adicional, siendo los más frecuentes la hipertensión arterial (82,4%), la dislipemia (72,4%) y la obesidad abdominal (56,3%). El 73,4% de los pacientes con DM2 presentaban síndrome metabólico. La PA se halló controlada en el 19,1%, el colesterol-LDL en el 34,7% y la HbA1c en el 48%.

**Conclusiones.** Todos los enfermos con DM2 atendidos en las consultas de medicina interna de los hospitales españoles presenta algún FRCV adicional. Más de la mitad tenían controlado alguno de los principales FRCV.

#### RV-24

### ¿QUÉ FÁRMACOS RELACIONADOS CON EL RIESGO VASCULAR RECIBEN LOS PACIENTES DIABÉTICOS ATENDIDOS EN LAS CONSULTAS HOSPITALARIAS DE MEDICINA INTERNA?

C. Suárez Fernández<sup>1</sup>, A. Roca-Cusachs Coll<sup>2</sup>, J. García Puig<sup>3</sup> y A. de la Peña Fernández<sup>4</sup>

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

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Fund. de Gest. Sanitaria de l' Hospital de la Sta. Creu i Sant Pau. Barcelona.

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

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

**Objetivos.** Describir el tratamiento farmacológico relacionado con el riesgo vascular que reciben los pacientes diabéticos atendidos en consultas hospitalarias de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Estudio epidemiológico, transversal y multicéntrico. Se incluyeron consecutivamente pacientes de ambos sexos, de edad igual o superior a 18 años, atendidos por médicos internistas de las 17 CC. AA. Los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) se registraron a partir de la historia clínica.

**Resultados.** Se analizaron un total de 1.067 pacientes diabéticos, siendo el 57,6% hombres con una edad media de 67,6 años (DT = 11,6) y un índice de masa corporal medio de 29,6 kg/m<sup>2</sup> (DT = 5,1). Se identificó algún FRCV en la totalidad de los pacientes diabéticos: hipertensión (82,4%), dislipemia (72,4%) y obesidad abdominal (56,3%). El número medio de fármacos rela-

cionados con el riesgo vascular recibidos por paciente diabético fue de 5,2 (DT = 1,8) [antihipertensivos (2,5; DT = 1,1); hipolipemiantes (1,1; DT = 0,4); y antiagregantes (1,0; DT = 0,1)]. Los fármacos más frecuentes recibidos fueron los antihipertensivos (90,3%), hipolipemiantes (76,4%), antiagregantes (73,2%) y antiarrítmicos (10,9%). Los antihipertensivos más utilizados fueron los diuréticos (60,8%), los ARA II (58,8%) y calcioantagonistas (36,4%). Las combinaciones más frecuentes de dos fármacos antihipertensivos fueron los diuréticos + ARA II (39,4%) y los diuréticos + IECA (16,9%), y de tres fármacos fueron los diuréticos + calcioantagonistas + ARA II (30,4%) y los diuréticos + beta-bloqueantes + ARA II (19,4%). El 54,7% de los pacientes diabéticos estaba siendo tratado de forma simultánea con fármacos de los 4 grupos farmacológicos: antidiabéticos, antihipertensivos, hipolipemiantes y antiagregantes.

**Conclusiones.** Los pacientes diabéticos atendidos en consultas de Medicina Interna reciben un gran número de fármacos relacionados con el riesgo vascular. La hipertensión arterial es el FRCV tributario de un mayor número de fármacos. La mitad de los pacientes diabéticos son tratados simultáneamente con fármacos de 4 grupos farmacológicos.

#### RV-25

### RITMO CIRCADIANO DE LA PRESIÓN ARTERIAL Y PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

C. Chico, M. Adrián, B. Batalla, L. Casañas, J. Clavell, M. Cabezas, M. Sánchez y J. Sobrino

Unidad de Hipertensión Arterial. Hospital de l'Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet (Barcelona).

**Objetivos.** Comparar la prevalencia de HTA clínica y/o por MAPA y su ritmo circadiano de presión arterial en una muestra de pacientes roncadores sin HTA conocida previamente en función del diagnóstico de SAOS.

**Material y métodos.** Se estudiaron 262 pacientes, que acudieron a la consulta para estudio de roncopatía y sospecha clínica de SAOS, de los cuales el 77,9% eran varones, con una media de edad de 49,7 ± 12,01 años. Se procedió a medida de la PA clínica según las recomendaciones de la Sociedad Española de Hipertensión y a continuación se les realizó una MAPA de 24 horas mediante Spacelabs 90207 y una poligrafía nocturna. Se diagnosticaron de SAOS aquellos pacientes con un índice de apnea-hipoapnea > 10/hora. Definimos HTA por MAPA cuando la PA media de 24 horas ≥ 130/80 mmHg; HTA por MAPA de día si PA en período diurno ≥ 135/85 mmHg e HTA nocturna ≥ 120/70 mmHg. Se definió como no dipper a aquellos sujetos con un descenso de la PA nocturna inferior al 10% de la PA diurna. Excluimos del estudio todos aquellos pacientes que ya se conocían hipertensos y/o recibían tratamiento farmacológico con influencia sobre la PA.

**Resultados.** La prevalencia de SAOS fue de un 54,6%. Tanto los valores de PA clínica como los obtenidos por MAPA fueron superiores en los pacientes con SAOS frente los sujetos roncadores sin SAOS: PAS clínica 137,29 ± 14,82 vs 131,73 ± 14,95 mmHg, p = 0,003; PAD clínica 83,49 ± 9,07 vs 80,3 ± 8,69 mmHg, p = 0,004; PAS MAPA diurna 128,27 ± 12,01 vs 124,44 ± 10,46 mmHg, p = 0,007; PAD MAPA diurna 81,43 ± 7,56 vs 78,65 ± 7,6 mmHg, p = 0,003; y PAS MAPA nocturna 115,68 ± 12,82 vs 109,55 ± 11,91 mmHg, p < 0,001; PAD MAPA nocturna 70,05 ± 8,45 vs 66,02 ± 7,86 mmHg, p < 0,001. La prevalencia de HTA tanto clínica como por MAPA fue superior en el grupo de SAOS que en los roncadores no SAOS: clínica 44,8% vs 30,3%, p = 0,016, MAPA 24 h 44,8% vs 25,2% p = 0,001, MAPA diurno 39,2% vs 26,1% p = 0,025 y sobretodo en el MAPA nocturno 58,7% vs 35,7% p < 0,001. También la prevalencia de patrón no dipper fue superior en el grupo SAOS 56,6% vs 40,8% p = 0,012 así como el índice PAS noche/PAS día 0,90 ± 0,06 vs 0,88 ± 0,06, p = 0,008.

**Conclusiones.** Tanto los valores de PA como la prevalencia de HTA, independientemente de la metodología utilizada, son superiores en los pacientes con diagnóstico de SAOS a los observados en los sujetos con únicamente datos clínicos sugestivos de dicha patología. Así mismo presentan más frecuentemente un patrón circadiano de la presión arterial alterado.

#### RV-26

### PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE NUEVO DIAGNÓSTICO EN PACIENTES RONCADORES CON SOSPECHA CLÍNICA DE SAOS

C. Chico, M. Adrián, B. Batalla, L. Casañas, J. Clavell, M. Cabezas, J. Ruiz y J. Sobrino

Unidad de Hipertensión Arterial. Hospital de l'Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet (Barcelona).

**Objetivos.** Analizar la prevalencia de HTA clínica y/o por MAPA en una muestra de pacientes roncadores sin HTA conocida previamente y remitidos para descartar el diagnóstico de SAOS.

**Material y métodos.** Se estudiaron 262 pacientes, remitidos a la consulta para estudio de roncopatía y sospecha clínica de SAOS, de los cuales 77.9% eran varones con una media de edad de 49.7 ± 12.01 años. Se procedió a la medida de la PA clínica según las recomendaciones de la Sociedad Española de Hipertensión Arterial, se les realizó una MAPA de 24 horas mediante Sappelabs 90207 y una poligrafía nocturna. Se diagnosticaron de SAOS aquellos con un índice de apnea-hipoapnea > 10/hora. Se definió HTA por MAPA cuando la PA media de 24 horas ≥ 130/80 mmHg; HTA por MAPA de día si PA en período diurno ≥ 135/85 mmHg e HTA nocturna ≥ 120/70 mmHg.

**Resultados.** De los 262 paciente estudiados, el 51.1% eran fumadores, un 40% eran obesos y sólo un 10% presentaban normopeso. La prevalencia de SAOS fue de un 54.6%. Los valores de PA clínica fueron superiores a la media de la MAPA del período diurno (PAS clínica 134.76 ± 15.11 mmHg vs PAS MAPA día 126.53 ± 11.47 mmHg, p < 0,001; PAD clínica 82.04 ± 9.02 mmHg vs PAD MAPA día 80.17 ± 7.69 mmHg, p < 0,001). La prevalencia de HTA clínica fue de 38.2% y por MAPA de 24 horas de 35.9% con un 14.5% de HTA de bata blanca y un 12.2% de HTA enmascarada con una concordancia del 73.3% y un índice kappa del 0.42. Según los valores medios de PA diurna, la prevalencia de HTA por MAPA fue de 33.2% con un 16.4% de bata blanca y un 11.5% de enmascarada, concordancia del 72.2% y un índice kappa de 0.39. La prevalencia de HTA nocturna fue de 48.4% con un 21.3% de enmascarada y un 11.2% de bata blanca. El patrón circadiano de PA se distribuyó en un 45.7% de no dipper; un 43.4% de dipper; un 7% de dipper extremo y sólo un 3.9% de riser.

**Conclusiones.** La prevalencia de HTA no conocida en los pacientes con sospecha clínica de SAOS es alta, independientemente del método utilizado, afectando la HTA nocturna a casi la mitad de la población analizada y a casi uno de cada cinco pacientes con valores de PA clínica normal, por lo que la realización de una MAPA en este tipo de pacientes parece totalmente indicada.

#### **RV-27 PERFIL DEL PACIENTE FUMADOR CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR QUE ACUDE A CONSULTAS DE HTA O RIESGO CARDIOVASCULAR. ESTUDIO ACTAH**

**C. Calvo<sup>1</sup>, C. Suárez<sup>2</sup> y V. Sanz de Burgoa<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Unidad de Hipertensión. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela (A Coruña).

<sup>2</sup>Riesgo Cardiovascular. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

<sup>3</sup>Departamento médico-Pfizer S. A. PFIZER S.A.

**Objetivos.** El objetivo principal de este estudio era valorar la actitud del facultativo de Unidades de Hipertensión frente al tabaco y conocer el grado de implicación del facultativo respecto al tratamiento para dejar de fumar. Para ello se realizaba una encuesta al facultativo y se registraba las características de los pacientes fumadores que acudían a sus consultas

**Material y métodos.** Se realizó un estudio epidemiológico, observacional y multicéntrico en 40 Unidades de Hipertensión a nivel nacional durante los meses de Abril a Noviembre de 2008. Se realizaba una encuesta a los facultativos de las Unidades de HTA y a continuación se revisaban las historias de los pacientes fumadores vistos consecutivamente en la consulta en los últimos 2 años con un mínimo de 2 visitas.

**Resultados.** Se evaluaron 132 pacientes. El 66,1% de los sujetos eran hombres, la media de edad de la población incluida fue de 54,4 (± 12,7) años, con IMC 28,5 (± 4,5) kg/m<sup>2</sup>. La edad media en que los pacientes empezaron a fumar fue a los 19,7 (± 6,6) años y el consumo regular a los 25,6 (± 10,8). La media de cigarrillos que fumaban al día era de 21,3 (± 10,7) y el índice paquetes-año de 36,5 (± 25,0). Los factores de riesgo más destacados, a parte del tabaquismo, fueron: HTA (89,4%), dislipemia (64,4%) y diabetes tipo 2 (29,5%). Las patologías asociadas más frecuentes fueron: la vasculopatía periférica (13,6%). La angina (10,6%), el IAM(9,9%) y el ictus/IAT (9,9%). El 99,2% de los sujetos estaban en tratamiento para las patologías de base. Destaca que el 87,9% estaban en tratamiento antihipertensivo, 68,2% con dieta hiposódica, el 52,3% con estatinas, el 36,4% tomaban aspirinas y el 26,5% estaban en tratamiento para la diabetes. Los pacientes fumadores que habían ido a urgencias durante los últimos 6 meses, siendo el motivo principal era por hipertensión acelerada y maligna. De los 132 fumadores confirmados sólo 10,9% estaban tratados y un 3,1% se remitieron a una unidad especializada.

**Discusión.** 3 cuartas partes de los pacientes fumadores confesaban que continúan fumando debido a la adicción y dependencia. Sin embargo es llamativo que sólo un 10,9% de los pacientes era tratado con un tratamiento específico para dejar de fumar. Existe una relación lineal entre el número de cigarrillos consumidos y el riesgo cardiovascular, de manera que el riesgo relativo se aproxima a 5,5 para los episodios cardiovasculares mortales en los fumadores intensos en comparación con los no fumadores.

**Conclusiones.** Dejar de fumar puede ser uno de los medios más poderosos para mejorar el riesgo cardiovascular en todos los grupos de edad, y abandonar el tabaco es la medida más beneficiosa a la hora de reducir la morta-

lidad cardiovascular tras haber sufrido un acontecimiento coronario. Por lo que debemos concienciar a nuestros pacientes que abandonen el tabaco.

#### **RV-28 ACTITUD DE LOS MÉDICOS ANTE PACIENTES FUMADORES EN UNIDADES DE HTA O CONSULTAS DE RIESGO CARDIOVASCULAR. ESTUDIO ACTAH**

**C. Suárez<sup>1</sup>, C. Calvo<sup>2</sup> y V. Sanz de Burgoa<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Riesgo Cardiovascular. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

<sup>2</sup>Unidad de Hipertensión. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela (A Coruña).

<sup>3</sup>Departamento Médico. PFIZER.

**Objetivos.** objetivo principal de este estudio era valorar la actitud del facultativo de Unidades de Hipertensión frente al tabaco y conocer su grado de implicación en la facilitación de tratamiento para dejar de fumar.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio epidemiológico, observacional y multicéntrico en 40 Unidades de Hipertensión a nivel nacional durante los meses de Abril a Noviembre de 2008. Se realizaba una encuesta a los facultativos de las Unidades y a continuación se revisaron las historias de los pacientes fumadores vistos consecutivamente en la consulta en los últimos 2 años con un mínimo de 2 visitas.

**Resultados.** 72 facultativos contestaron la encuesta. Consideraron que el tabaquismo es uno de los factores de riesgo más difíciles de abordar y que su tratamiento era el más coste eficaz. El 89% preguntaban a los pacientes en toda consulta si fumaban o no fumaban. El 90,4% ofrecían apoyo y consejo sanitario, afirmando que estaban una media de unos 5,8 (± 7,6) minutos discutiendo con el paciente sobre el consumo de tabaco. Al revisar las historias se objetivó que sólo un 10,9% recibían tratamiento farmacológico y a un 3,1% se les derivaba a una unidad especializada.

**Discusión.** Todas las guías sobre riesgo cardiovascular hacen referencia a la importancia de tratar el tabaquismo y la necesidad de combinar estrategias de terapia conductual y farmacológicas para mejorar mejorar los resultados. Paradójicamente el tabaco es uno de los factores de riesgo sobre los que menos actúa el especialista de Riesgo Cardiovascular, aun sabiendo que su tratamiento es muy coste-efectivo, tal como lo demuestra el que sólo un 10,9% de los pacientes es tratado, más allá del consejo médico sobre abandono.

**Conclusiones.** Es necesario actuar más activamente sobre el tabaquismo en las consultas de riesgo vascular, combinando y optimizando el uso de todas las herramientas disponibles para facilitar el abandono del mismo, incluido el tratamiento farmacológico.

#### **RV-29 VALORACIÓN DE DISFUNCIÓN ENDOTELIAL MEDIANTE FLUJIMETRÍA POR LÁSER-DOPPLER (TEST DE HIPEREMIA REACTIVA TRAS ISQUEMIA) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CORONARIA ESTABLECIDA**

**A. Vallejo, L. Beltrán, L. Gómez, S. Rodríguez, P. Stiefel, V. Alfaro, R. Moreno y J. Villar**

Unidad de Riesgo Vascular - UCAMI, Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** La flujimetría por técnica de láser-doppler permite estudiar de forma indirecta y no invasiva disfunción endotelial al analizar los cambios producidos en la microcirculación tras isquemia transitoria y posterior reperusión e hiperemia reactiva. El software de PeriMed aplicado a dicha técnica informa sobre múltiples variables tanto en un análisis general como ajustado o PORH, determinando rapidez de respuesta, duración de la misma, o bien su intensidad. El objetivo de nuestro estudio fue analizar cuál es el parámetro que mejor discrimina enfermos coronarios de controles sanos.

**Material y métodos.** Estudiamos 30 pacientes con patología coronaria probada sometidos a revascularización quirúrgica y 50 voluntarios sanos. En todos los casos se llevó a cabo un test de vasodilatación post-isquemia mediante flujimetría por técnica de láser-doppler. La aplicación de un manguito de presión en el brazo inflado 40 mmHg por encima de la presión sistólica durante 4 minutos se utilizó para originar isquemia transitoria, siendo entonces desinflado rápidamente y determinados de forma automática por el software los distintos parámetros. El test se interrumpió en todos los casos a los 40 segundos tras inicio de la reperusión.

**Resultados.** El valor que mejor diferenció a enfermos y controles fue el área de hiperemia. Tabla 1.

**Discusión.** Diferentes autores han usado diversos parámetros en este test, si bien no queda aclarado cual es el mejor; aunque muchos usan sobre todo parámetros que miden intensidad de respuesta como el valor máximo alcanzado, cambio porcentual del primer valor al máximo o el pico de flujo, de nuestro estudio destaca como el mejor parámetro para discriminar de pacientes sanos parece ser el área de hiperemia, que en definitiva combina

Tabla 1 (RV-29).

	Pacientes	Controles	p	
Valor máximo	42,2 ± 20,1	62,5 ± 28,7	< 0,001	
% cambio 1º-maximo	358,8 ± 233,0	569,5 ± 258,8	< 0,001	
Pendiente	0,47 ± 0,3	0,99 ± 0,5	< 0,001	
Pico de flujo	32,3 ± 16,8	52,1 ± 23,5	< 0,001	
Área de hiperemia	754,9 ± 566,4	1981,3 ± 1156,3	< 0,001	
	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN
Valor máximo < 35	0,50	0,89	0,71	0,79
% cambio 1º-máximo < 410	0,70	0,70	0,58	0,79
Pendiente < 0,38	0,53	0,96	0,88	0,75
Pico de flujo < 29	0,60	0,88	0,75	0,78
Área de hiperemia < 860	0,63	0,98	0,95	0,82

no sólo información sobre intensidad de respuesta, sino también de rapidez y duración de la misma.

**Conclusiones.** De acuerdo con nuestros datos, el parámetro que mejor permite discriminar a sujetos sanos de pacientes coronarios es el área de hiperemia, que mide tanto intensidad como rapidez y duración de la hiperemia reactiva tras la isquemia. Son necesarios más estudios para averiguar la utilidad de esta variable en sujetos con otras condiciones diferentes de patología coronaria establecida, como aterosclerosis subclínica.

### RV-30

#### MODIFICACIÓN DE LA MICROCIRCULACIÓN RETINIANA TRAS EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL CON ESTRATEGIA BASADA EN TELMISARTAN

M. Pena Seijo<sup>1</sup>, M. González Penedo<sup>2</sup>, J. Díaz Peromingo<sup>3</sup>, M. Suárez Tembra<sup>4</sup>, J. Díaz Díaz<sup>5</sup>, J. Estévez Núñez<sup>6</sup>, F. Gómez Ulla Irazazabal<sup>7</sup> y A. Pose Reino<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Pluripatología y Edad Avanzada. Servicio Medicina, <sup>2</sup>Servicio de Oftalmología. Hospital Médico-Quirúrgico de Conxo. Santiago de Compostela (A Coruña).

<sup>3</sup>Grupo de Vision Artificial. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña.

<sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Fundación Pública Hospital da Barbanza. Ribeira (A Coruña).

<sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Instituto Médico-Quirúrgico San Rafael. A Coruña.

<sup>6</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Abente y Lago. A Coruña.

<sup>7</sup>Departamento Ecometría. Facultad de Económicas. Universidad. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela (A Coruña).

**Objetivos.** Las alteraciones en la microcirculación retiniana en la hipertensión se piensa que discurren paralelamente a las producidas en la cerebral, y estas últimas son las responsables de la tercera parte de los ictus isquémicos de los hipertensos. De ahí la importancia de la regresión de los cambios en la microcirculación cerebral.

**Material y métodos.** Se incluyeron los primeros 30 pacientes del Estudio POSTEL (POSTEL-2007-01, Xunta de Galicia), que finalizaron los 6 meses de tratamiento con Telmisartan asociado o no a Hidroclorotiazida. Se trataba de hipertensos no tratados o no controlados con tratamiento, mayores de 18 años de edad y que firmaron el consentimiento informado. Tras una valoración basal se les realizó una fotografía digital del fondo de ojo y se inició tratamiento con Telmisartan 80 mg/día al que se asoció de forma sucesiva Hidroclorotiazida a dosis de 12.5-25 mg/día, si aún así no se alcanzaba objetivo de control de PA se asociaba Carvedilol 25-50 mg/día. A los 6 meses del tratamiento se repitió la valoración basal y se realizó una foto de control de ambos ojos. Las fotografías de ambos ojos, fueron analizadas de forma ciega por la misma persona utilizando un método semiautomático, previamente validado, para calcular el índice arteriovenoso retiniano (IAV), determinado como el cociente entre el diámetro arteriolar y venoso medio.

**Resultados.** No se encontraron diferencias en el diámetro venular del ojo izdo a los 6 meses frente al basal, disminuyendo de forma significativa en el ojo derecho (p:0.0029). El diámetro arteriolar medio aumentó de forma significativa en ambos ojos (p: 0,0108 en ojo derecho (OD) y p:0.0491 en ojo izquierdo (OI). El IAV aumentó de forma significativa en ambos ojos a los 6 meses de tratamiento OD: 0.754 + 0.563 vs 0.812 + 0.0561 y en OI: 0.764 + 0.0715 vs 0.807 + 0.065, (p:0.000) en ambos casos.

**Conclusiones.** La estrategia terapéutica basada en Telmisartan en monoterapia o combinado con Hidroclorotiazida mejoró la microcirculación retiniana tras 6 meses de tratamiento a expensas fundamentalmente de un aumento en el diámetro de las arteriolas.

### RV-31

#### DETERMINACIÓN DEL CALIBRE VASCULAR RETINIANO EN HIPERTENSOS CON UN MÉTODO SEMIAUTOMÁTICO BASADO EN EL MODELO DE SNAKES

M. Pena Seijo<sup>1</sup>, M. Ortega Hortas<sup>2</sup>, N. Fernández<sup>3</sup>, M. González Penedo<sup>2</sup>, R. Monte Secades<sup>5</sup>, J. Estévez Núñez<sup>6</sup>, F. Gómez Ulla Irazazabal<sup>4</sup> y A. Pose Reino<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Pluripatología y Edad Avanzada. Servicio Medicina, <sup>4</sup>Servicio de Oftalmología. Hospital Médico-Quirúrgico de Conxo. Santiago de Compostela (A Coruña).

<sup>2</sup>Grupo de Vision Artificial, <sup>3</sup>Servicio de Oftalmología. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña.

<sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo

<sup>6</sup>Facultad Económicas. Departamento Econometría. Universidad SA. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela (A Coruña).

**Objetivos.** Los cambios iniciales en la microcirculación retiniana del hipertenso son muy frecuentes y difíciles de cuantificar y ésto hace que las guías europeas de hipertensión arterial, consideren que es necesario un método que los cuantifique de forma objetiva. Previamente hemos descrito y validado un método semiautomático basado en un modelo lineal, con una alta sensibilidad y especificidad, pero con limitaciones (1). Por este motivo desarrollamos un método basado en el modelo de snakes, para medir el índice arteriovenoso retiniano, con una similar sensibilidad y de mayor especificidad en la detección de vasos de la retina, y lo hemos comparado con el método previamente descrito.

**Material y métodos.** Para validar este método, hemos analizado las fotografías digitales obtenidas de 173 ojos pertenecientes a pacientes hipertensos, que en su mayoría estaban siendo tratados. Las fotos se han realizado en dos centros diferentes y se han analizado por la misma persona en cada centro, por ambos métodos lineal y snake.

**Resultados.** Hemos observado que las diferencias en las determinaciones del IAV por ambos métodos son mínimas y siguen una distribución normal. El coeficiente de correlación entre ambos métodos fue de 0.917378 para el conjunto de las imágenes (p:0.000000), de 0.860588 (p:0.000000), para las imágenes del Hospital de A Coruña y 0.949086 (p: 0.000000), para las imágenes de Santiago.

**Conclusiones.** Concluimos que se trata de un método para el cálculo del índice arteriovenoso retiniano de una forma semiautomática con una elevada sensibilidad y mayor especificidad que el previamente descrito y con una excelente correlación con el anterior. 1.- Pose-Reino A, Gómez-Ulla F, Hayyik B, et al. Computerized measurement of retinal blood vessel calibre: description, validation and use to determine the influence of ageing and hypertension. JHypertens.2005; 23:843-50.

### RV-32

#### ANÁLISIS DE MORTALIDAD HOSPITALARIA EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

J. Gómez, J. Cepeda, P. Chochowski, E. Vázquez, C. Mirete, C. Serrano, M. Quintana y J. Blázquez

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

**Objetivos.** Determinar el perfil clínico, la estrategia de tratamiento, el pronóstico y las variables asociadas con la mortalidad hospitalaria de pacientes con síndrome Coronario Agudo (SCA) ingresados en un Servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Estudio observacional de una cohorte histórica de pacientes consecutivos ingresados en nuestro servicio por SCA del 1/01/2007 al 31/07/2007. Se excluyeron los pacientes con SCA secundario. Las va-

riables clínicas basales y de evolución hospitalaria se obtuvieron de las historias clínicas electrónicas de los pacientes. Para analizar las variables asociadas a mortalidad hospitalaria se empleó un modelo de regresión con el método de eliminación progresiva paso a paso, sobre el que se analizó el efecto de añadir variables con asociación significativa en el análisis univariante y todas las consideradas clínicamente relevantes.

**Resultados.** Se incluyeron 248 pacientes: 61,3% sin elevación de ST (SCA-SEST), 33,5% con elevación de ST (SCACEST) y 5,2% no clasificables (SCANC). Edad media 66,9 ± 11,6 años. Mujeres 24,6%. Características basales: hipertensión 61,3%; diabetes 31%; dislipemia 58,1%; tabaquismo 30,6%; cardiopatía isquémica previa 39,5%; angina reciente 23,8%; índice Charlson medio 1,23 ± 1,46; CAD index medio 1,49 ± 1,82. Características al ingreso: Killip > 1 23,4%, Killip IV 1,6%; elevación enzimática 80,6%; cambios eléctricos 59,7% (31% de localización anterior). Procedimientos terapéuticos: durante el ingreso recibieron tratamiento con AAS el 98,4%, clopidogrel 94,8%, betabloqueantes 83,9%; IECA/ARAII 83,1%; estatinas 87,5%; diuréticos 25,4%. De los 83 pacientes con SCACEST recibieron reperfusión el 56,6% (89,4% fibrinólisis, 10,6% angioplastia primaria) y de los 152 pacientes con SCA-SEST se realizó estrategia invasiva precoz en las primeras 72h en el 37,3%. Globalmente, durante el ingreso se sometieron a cateterismo cardiaco el 75,4% de los pacientes y a revascularización coronaria el 59,7%. Evolución hospitalaria: 9 pacientes fallecieron en la fase hospitalaria (3,6%; IC 95%: 1,3 a 6%), todos ellos por causa cardiaca. En la tabla se muestra el modelo final de regresión elegido para el análisis de mortalidad.

**Discusión.** El trabajo ofrece una visión global del perfil clínico, tratamiento y evolución hospitalaria de pacientes con SCA. Exceptuando la reperfusión en el SCACEST, un elevado porcentaje de pacientes recibe los tratamientos de beneficio demostrado. Los predictores de mortalidad están en consonancia con los publicados en otros trabajos. Limitaciones del estudio: su naturaleza retrospectiva y que el escaso número de eventos ocurridos conlleva un problema de sobreajuste del modelo.

**Conclusiones.** La mortalidad hospitalaria de los pacientes con síndrome coronario agudo atendidos en nuestro hospital es similar a la informada en otros registros hospitalarios recientes. Las variables asociadas de forma independiente a mayor mortalidad hospitalaria son la clase Killip al ingreso, la presencia de angina reciente y la no realización de cateterismo.

Tabla 1 (RV-32). Predictores de mortalidad hospitalaria

	OR	p
Clase Killip	11,5	< 0,001
Angina reciente	16,2	0,045
No realización cateterismo	68,7	0,05
Desviación ST	27,7	0,07
Sexo	4,8	0,196
Edad (por cada 10 años)	0,57	0,264

### RV-33

#### RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH: INDICACIONES DE ASPIRINA EN PREVENCIÓN PRIMARIA

A. Ventura Esteve, C. Tornero Estebanez, A. Santamaría Martín, E. Gil Tomas, A. Paricio Blasco y M. Mafé Nogueroles

Servicio de M. Interna. Hospital Francesc de Borja. Gandia (Valencia).

**Objetivos.** Las recomendaciones del uso de aspirina (AAS) en prevención primaria publicadas recientemente (Ann Intern Med 2009; 150 (6) 396-404) establecen su indicación según el riesgo cardiovascular existente (RCV). Existe un interés creciente por el aumento del RCV del paciente VIH. Nos planteamos revisar la indicación de AAS en un grupo de pacientes con infección por VIH utilizando los criterios de estas recomendaciones, calculando el RCV mediante las tablas de Framingham (F) y sus adaptaciones a la población española.

**Material y métodos.** Estudio transversal observacional de los factores de riesgo cardiovascular (FRC) de 120 pacientes consecutivos seguidos en una consulta de atención al paciente VIH donde se recogieron como variables los datos demográficos, la presencia de tabaquismo o diabetes, los niveles de colesterol total, c-HDL, c-LDL y de glucemia. Las cifras de tensión arterial se recogieron en la consulta según las recomendaciones de los consensos y se realizó holter de TA para descartar HTA de bata blanca Para el cálculo del RCV se utilizaron las tablas del estudio F, Regidor (R) y Dorica (D) La indicación de AAS se estableció según los criterios publicados. Se cálculo también como variará el porcentaje de indicación en los próximos 5 años.

**Resultados.** Las variables sociodemográficas basales y la distribución de FRC modificables se muestran en la tabla 1. El RCV medido según las distintas escalas se muestra en la tabla 2. Estaría indicada prevención primaria con AAS en el 30,8% de los pacientes según la escala de F y en el 19,8% según la escala Regidor. Entre los Varones la indicación alcanzaría el 44 y 26% respec-

tivamente. Por el envejecimiento del grupo y sin que se modificaran los FRC, en los próximos 5 años la indicación se ampliará a otro 15% de los pacientes **Discusión.** La aplicación de las recomendaciones recientemente publicadas a los pacientes con infección por VIH podría contribuir a reducir el aumento de los eventos cardiovasculares descritos en algunos estudios. Estaría indicada en un porcentaje elevado de pacientes sobretudo entre los varones, y aumentará aun más en los próximos años.

**Conclusiones.** En el manejo del riesgo RCV del paciente VIH debe considerarse la indicación de AAS como prevención primaria.

Tabla 1 (RV-33). Variables sociodemograficas y FRC modificables

	OR
Edad	44,1 a (SD 8,1)
Varones	62,5%
Tabaco	68,3%
HTA(> 90/140 mmHg)	15%
LDL > 130 mg/dl	27,7%
HDL < 40 mg/dl	41%
Diabetes	10,8%

Tabla 2 (RV-33). Índices de riesgo vascular

	Media	Desviación estandar	> 10%
F	7,6	8,6	24
D	6,0	5,2	19,2
R	3,2	2,3	1,1

### RV-34

#### PERFIL DE LA MAPA EN PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

A. De Prado<sup>1</sup>, G. Tiberio López<sup>2</sup>, P. Fanlo<sup>1</sup>, X. Guimarey<sup>1</sup>, M. Areses<sup>1</sup>, M. Mellado<sup>1</sup>, M. Lucea<sup>2</sup> y J. Oteiza<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Consultas Externas de Centro Principe de Viana. Hospital Virgen del Camino. Pamplona/Iruña (Navarra).

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios. Pamplona/Iruña (Navarra).

**Objetivos.** 1-Conocimiento del perfil circadiano de presión arterial mediante MAPA 2-Valoración de los factores de riesgo 3-Conocimiento de las medidas de presión arterial y tratamiento farmacológico.

**Resultados.** El número total de pacientes a los que se le realizó una monitorización de la presión arterial fue de 246 de ellos un 52,8% barones y 116 mujeres. La distribución de edad fue la siguiente: De 18-19 años 2 (0,8%) De 20-39 años 33 (13,4%) De 40-59 años 95 (38,6%) De 60-mas años 116 (47,2%) El motivo de realización de la MAPA fue con mayor frecuencia el estudio circadiano con 169 paciente (68,7%), seguido de valorar la eficacia de tratamiento con un 14,2% y valoración de hipertensión refractaria en 27 casos con un 11%. La valoración de riesgo cardiovascular se pudo observar que de los 246 en 79 es decir un 32,7% eran de riesgo alto o muy alto; riesgo moderado 87 (27,8%); riesgo bajo 74 (30,7%) En cuanto se valora los factores de riesgo cardiovascular exceptuando la hipertensión arterial, se observa que:-En un 15% no presentaba ningún otro factor de riesgo;un 25% presentaban un factor de riesgo al igual que con 2 factores de riesgo que llegaban a tener un 25% con 3 factores de riesgo un 27% y 4 o mas factores de riesgo un 12%. Antecedentes de enfermedad cerebro vascular: Se observa que el ictus es el factor mas prevalente en un 32,4% seguido de Insuficiencia cardiaca y cardiopatía isquémica con un 28,2% cada uno de ellos, siendo menor la enfermedad cardiovascular de insuficiencia renal con 11,3%. Al analizar la lesión órgano diana se ve que existe en un 34,4% placa aterosclerótica; en un 36% hipertrofia ventricular izda. seguido de un 29,7% afectación renal. En cuanto al perfil circadiano se observa que en nuestra muestra en un 24% presentan un patron Riser.; un 38,1% patron no dipper; un 33,9% patron dipper y un 4,2% extreme dipper Cuando se valoran el control de la presión arterial en la clínica y el control de la presión arterial mediante monitorización de la presión arterial, se puede observar que en un 27,8% existe un buen control tanto de la clínica como de la MAPA En 5,3% se observa solo fenómeno de bata blanca, siendo lo llamativo hasta un 46% de la hipertensión enmascarada.

**Conclusiones.** 1.- El perfil del paciente HTA es -varón, más de 60 años, de riesgo alto o muy alto; con antecedentes de enfermedad cerebrovascular y/o Insuficiencia cardiaca, con lesión de órgano diana, y con un perfil circadiano de riesgo -riser o non dipper- 2.- Nos encontramos con un 46% de detección de HTEnmascarada y con poca observancia de HTA bata blanca. 3.- Prodigamos la realización de MAPA en el paciente hipertenso.

## RV-35

**CLOPIDROGEL E IBP: INTERACCIONES A NIVEL HOSPITALARIO**

**M. Galindo Andúgar<sup>1</sup>, S. Angulo Díaz-Parreño<sup>2</sup>, M. Sánchez Ruiz de Gordo<sup>3</sup>, R. Seisdedos Elcuaz<sup>3</sup>, R. Ruiz Martín de la Torre<sup>3</sup>, P. López Sánchez<sup>3</sup>, A. Martín Castillo<sup>1</sup> e I. Muñoz Carreras<sup>4</sup>**

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

<sup>3</sup>Facultad de Medicina. Universidad San Pablo CEU (Madrid).

<sup>4</sup>Farmacia. Gerencia Atención Primaria - CHLMC (Ciudad Real).

**Objetivos.** Revisar el conocimiento entre los especialistas médicos sobre las indicaciones en el uso de los Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP) y su interacción con el Clopidrogel. Valorar el resultado de la intervención de Farmacia Hospitalaria sobre el aviso de dicha interacción en las hojas de tratamiento (Unidosis).

**Material y métodos.** Se seleccionaron los pacientes que ingresaron a lo largo de la primera semana de junio 2009 en el Hospital General La Mancha Centro (Alcázar de San Juan) que incluían Clopidrogel en su tratamiento. Se revisó el uso asociado de IBP previo al ingreso, durante el mismo y al alta, y su correcta indicación. Una vez formalizadas las altas hospitalarias, se preguntó a los facultativos responsables durante el ingreso sobre el conocimiento de la interacción entre ambos grupos de fármacos y sobre el aviso de Farmacia de dicha interacción en las Unidosis (en la casilla de Clopidrogel aparece debajo el mensaje "se desaconseja su uso asociado con inhibidores de la bomba de protones" de forma constante).

**Resultados.** Se incluyeron 15 pacientes, 12 varones y 3 mujeres, con edad media de 75 años (sólo 3 pacientes eran menores de 70 años). La distribución por especialidades fue: M. Interna 4 casos, Cardiología 4, Geriátrica 3, Neurología 2, Digestivo 1, Traumatología 1. Los motivos de ingreso más frecuentes fueron cardiopatía isquémica (7 casos, 47%) y enfermedad cerebrovascular (3 casos, 20%). Antes del ingreso recibían IBP 10 pacientes, y al alta 12 pacientes. Los IBP no estaban indicados en 4 casos, 1 de ellos que no los recibía, y 3 pacientes que los tomaban antes y después del ingreso. Por especialidades, M. Interna no pautó ni mantuvo IBP que no estuvieran indicados, manteniendo IBP a pesar del uso concomitante de clopidrogel (en dos casos de forma consciente por HDA grave previa por úlcus, y en un varón intervenido de tumor gástrico que tomaba AAS). En Geriátrica se mantuvo la asociación en un caso por desconocimiento de la interacción (no estando indicados los IBP), y en los otros dos se retiró clopidrogel por no estar indicado, manteniendo de forma correcta IBP. En Cardiología se mantuvo la asociación en dos casos y en un tercero se añadió ranitidina en vez de IBP (sí indicado). Los casos de Traumatología y Digestivo cumplían indicación. Respecto a Neurología, ambos recibieron IBP sin estar indicados (pacientes de 39 y 59 años), desconociendo la interacción y no habiendo leído el aviso de Farmacia. Exceptuando un geriatra y un neurólogo, el resto habían visto la recomendación en las hojas de tratamiento. A los pocos días se realizó comentario de los resultados de este estudio entre los diferentes especialistas, con mayor conocimiento de dicha interacción. La mayoría de médicos reconoció un conocimiento limitado sobre las indicaciones de los IBP.

**Discusión.** La asociación de IBP y antiagregantes está bastante extendida, incluso entre pacientes jóvenes sin patología asociada. Las indicaciones de los IBP no son bien conocidas entre los diferentes especialistas a pesar de su frecuente uso. El comentario de Farmacia en las hojas de Unidosis fue bien valorado, siendo la vía de conocimiento de esta interacción en algunos médicos.

**Conclusiones.** Las actividades formativas son en general bien recibidas por los especialistas médicos. Los comentarios en las hojas de tratamiento de Farmacia suponen una forma rápida y accesible de mejorar en los hábitos de prescripción.

## RV-36

**EFFECTO DE OLMESARTAN SOBRE LAS VARIACIONES NOCTURNAS DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES HIPERTENSOS NO CONTROLADOS**

**F. Muñoz Rodríguez<sup>1</sup>, J. Murillo Sanchís<sup>2</sup>, M. Sánchez Rocabert<sup>3</sup> y J. Vilaseca Bellsolà<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Endocrinología, <sup>3</sup>Departamento de Enfermería. Fundació Privada Hospital de Mollet. Mollet del Vallès (Barcelona).

**Objetivos.** Estudiar la eficacia de olmesartan en el control de la presión arterial (PA) en pacientes hipertensos no controlados según el momento de su administración. Analizar la capacidad de olmesartan para modificar el perfil non-dipper y revertir dicho patrón en dipper. Valorar el efecto de la administración temporalizada de olmesartan sobre la excreción urinaria de albúmina (EUA).

**Material y métodos.** Se diseñó un estudio prospectivo abierto de intervención terapéutica. Se seleccionaron pacientes con hipertensión arterial (HTA) previamente conocida con o sin tratamiento farmacológico y que no estu-

viesen correctamente controlados mediante una monitorización ambulatoria de la PA (MAPA). Se consideró un control inadecuado una presión arterial sistólica (PAS) o diastólica (PAD) diurna > 135/85 mmHg o una PAS/PAD nocturna > 120/70 mmHg. Aquellos pacientes no controlados con un patrón dipper recibieron olmesartan (20-40 mg/día) en dosis matutina, manteniendo sin modificaciones el resto del tratamiento antihipertensivo. Los pacientes con patrón non-dipper recibieron olmesartan (20-40 mg/día) en dosis única al ir a dormir. Tras 4 semanas de tratamiento se repitió la MAPA.

**Resultados.** Se incluyeron 36 pacientes (64% hombres) con una edad media de 58 (DE 12) años. El 47% de los pacientes eran obesos (IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>), el 25% eran fumadores activos, el 58% tenía dislipemia, el 22% diabetes mellitus tipo 2, el 14% antecedentes familiares de enfermedad vascular, el 14% lesión de órgano diana y el 22% enfermedad cardiovascular. El 25% estaba recibiendo previamente tratamiento hipotensor (IECA 6%, diurético 14%, calcioantagonistas 8% y betabloqueantes 14%). El 64% tenía un riesgo cardiovascular elevado o muy elevado de acuerdo con la escala de riesgo de la Sociedad Europea de Cardiología e Hipertensión. Antes de la intervención terapéutica los patrones circadianos fueron: extreme dipper 8%, dipper 42%, non-dipper 39% y riser 11%. Los valores medios de la PA antes de la administración de olmesartan fueron: PA en consulta 156,8 ± 19,4/96,2 ± 15,2 mmHg, PA (24 horas) 140,8 ± 12,1/85,6 ± 11,9 mmHg, PA diurna 144,4 ± 12,7/88,9 ± 12,4 mmHg y PA nocturna 130,2 ± 14,2/76,9 ± 13,2 mmHg. La administración de olmesartan redujo de forma significativa todos los valores de la PA (PAS en consulta -19,2 mmHg, PAD en consulta -11,8 mmHg, PAS 24 horas -15,7 mmHg, PAD 24 horas -11,2 mmHg, PAS diurna -16 mmHg, PAD diurna -11,6 mmHg, PAS nocturna -14,5 mmHg y PAD nocturna -10,6 mmHg; p < 0,0001). La intervención terapéutica también supuso una reducción del riesgo en el 50% de los pacientes y un cambio en el patrón circadiano en el 47%, siendo este cambio favorable en el 25% y desfavorable en el 22% de los pacientes. Si analizamos la eficacia de olmesartan según el momento de su administración observamos una mayor reducción cuando se administró por la mañana de la PAS en consulta (-25,2 vs -14,3 mmHg; p = 0,07), PAD en consulta (-17 vs -7,1 mmHg; p = 0,01), PAS 24 horas (-20,5 vs -11,4 mmHg; p = 0,03), PAD 24 horas (-14,5 vs -8,2 mmHg; p = 0,03), PAS diurna (-22,4 vs -10,3 mmHg; p = 0,01) y PAD diurna (-15,4 vs -8,3 mmHg; p = 0,02). En cambio las reducciones de la PAS nocturna (-14,9 vs -14,1 mmHg) y PAD nocturna (-11,4 vs -9,8 mmHg) fueron similares. La administración nocturna de olmesartan respecto a su administración por la mañana produjo un incremento significativo de la profundidad de la PAS (PAS diurna - PAS nocturna) (3,75 vs -7,46 mmHg; p = 0,003) y supuso un cambio significativo en el patrón circadiano hacia un patrón más favorable (73% vs 17%; p = 0,05). Finalmente la administración nocturna de olmesartan también se asoció a una reducción significativa de la EUA (-4,35 mcg/mg; p = 0,01), mientras que su administración por la mañana se asoció a un incremento no significativo (7,34 mcg/mg; p = 0,4).

**Conclusiones.** La administración nocturna de olmesartan respecto a su administración matutina consigue una mayor profundidad de la PA y una mejoría de su patrón circadiano, a pesar de que su efecto hipotensor observado es menor. Además su administración nocturna parece tener un efecto beneficioso sobre la EUA, un claro marcador de riesgo cardiovascular.

## RV-37

**ICTUS ISQUÉMICO EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE VÍA ORAL**

**J. Miramontes González, E. Puerto Pérez, A. García Mingo, Á. Plata Izquierdo, N. Cubino Bóveda, M. Pérez García, J. Martín Oterino y Á. Sánchez Rodríguez**

Servicio de Medicina Interna I. Hospital Universitario de Salamanca. H. Virgen de la Vega. Salamanca.

**Objetivos.** Es frecuente el ingreso en servicios de medicina interna de pacientes con ictus isquémicos, inclusive en hospitales con unidades de neurología, cuya morbilidad asociada hace indicado el ingreso en nuestros servicios. Llamo la atención que no pocos pacientes están recibiendo tratamiento con anticoagulantes orales por una fibrilación auricular, y pese al tratamiento sufren un ictus isquémico. El objetivo de esta revisión es conocer el rango de control de INR de estos pacientes anticoagulados con acenocumarol y en que grado la trombosis se produce en pacientes con un rango de anticoagulación subóptimo.

**Material y métodos.** Se realiza una revisión de los pacientes ingresados durante un período de 4 años con el diagnóstico de ictus isquémico, diagnosticado por la clínica y pruebas de imagen. Dentro de los criterios de inclusión se añaden los antecedentes de fibrilación auricular y la presencia de tratamiento con acenocumarol. Con los pacientes seleccionados se incluye la cifra de INR al ingreso.

**Resultados.** Con los criterios mencionados se recogen un total de 128 pacientes de ambos sexos con edad media es de 84,4 años. Del total 24 pacientes tenían una cifra de INR igual o superior a 2, y dentro de este grupo 7

pacientes la cifra era superior a 3. 102 pacientes presentaban cifras inferiores a 2. Menores de 1.5 34 pacientes. Los pacientes con cifras entre 1.5 y 1.99 los agrupamos por decenas: 1.5 - 1.59: 21. 1.60 - 1.69: 13. 1.70 - 1.79: 16. 1.80 - 1.89: 8. 1.90 - 1.99: 12.

**Discusión.** La anticoagulación en prevención de eventos tromboticos en la fibrilación auricular es común en los pacientes que ingresan en un servicio de M. Interna. Pese al tratamiento en numerosas ocasiones ingresamos pacientes con ictus isquémico. De los datos de nuestra serie de pacientes se deduce con facilidad que la mayoría de los pacientes no presentaban cifras de INR adecuadas, y que mas de un 50% no se acercaba a un rango cercano al óptimo. Parte del problema que presenta la anticoagulación con acenocumarol es lo errático de los resultados, la necesidad de seguimiento, las interacciones alimentarias, necesitando correcciones posológicas mensuales, y que en ocasiones, como puede ocurrir con algunos de nuestros casos, es insuficientes. Se deja una pregunta abierta para el futuro inmediato: ¿Podrán los nuevos anticoagulantes evitar estas situaciones?

### RV-38 PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO VASCULAR EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ICTUS ISQUÉMICO

J. Miramontes González<sup>1</sup>, M. Borao Cengotita - Bengoa<sup>1</sup>, E. Puerto Pérez<sup>1</sup>, F. Bermejo Martín<sup>1</sup>, A. Sánchez Martín<sup>2</sup>, C. Montilla Morales<sup>3</sup>, J. Martín Oterino<sup>1</sup> y Á. Sánchez Rodríguez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna I, <sup>3</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Salamanca. H. Virgen de la Vega. Salamanca.

<sup>2</sup>Servicio de Radiología. Hospital de Móstoles. Móstoles (Madrid).

**Objetivos.** La presencia de pacientes de diagnosticados de ictus isquémico en un servicio de M. Interna es frecuente, en un porcentaje está en relación con la presencia de un émbolo procedente des de aurícula izquierda en el contexto de una fibrilación auricular. Otro número de casos se asocia a la propia evolución de los factores de riesgo vascular, en muchos casos pobremente controlados. La revisión que llevamos a cabo pretende observar la prevalencia de estos factores de riesgo de forma individual y asociados.

**Material y métodos.** Se realiza una búsqueda sobre una base de datos, con período de tiempo acotado a 2 años. Los criterios que se establecen son el diagnóstico de ictus isquémico, la presencia de hipertensión arterial (HTA), dislipemia, Diabetes Mellitus (DM). Se excluye a los pacientes con fibrilación auricular (FA) conocida o de nuevo diagnóstico. Se excluye los pacientes con ictus previo no comprobado en la historia antigua.

**Resultados.** Se ha registrado un total de 147 casos de ictus con los criterios de selección mencionados. La presencia de factores de riesgo vascular ha sido constante en la totalidad de pacientes. El análisis detallado de los factores de forma individual y de factores asociados es el siguiente (se dan los datos en porcentajes absolutos): HTA 87%, DM tipo 2 53%, Dislipemia 47%. La combinación de HTA y dislipemia se encontró en 32%, HTA y DM 2 21%, DM 2 y dislipemia 27%. La presencia de los tres factores en un mismo individuo ocurrió en el 17%.

**Conclusiones.** La hipertensión es el factor de riesgo vascular con mayor asociación al ictus isquémico en la serie que estudiamos. Destaca la alta prevalencia de la dislipemia y de DM tipo 2. No se hace mención al tabaquismo en los resultados, la prevalencia de tabaquismo activo resultó menor del 5% dado que la población de estudio presentaba una media de edad de 82,2 años y el 72% eran mujeres. La principal conclusión es la necesidad de un mayor control de estos factores de riesgo vascular en prevención primaria con un óptimo grado de control.

### RV-39 ÍNDICE TOBILLO-BRAZO (ITB) EN PACIENTES DIABÉTICOS

M. Budiño Sánchez, O. Abdallaoui, E. Rodríguez Beltrán, C. Sánchez Sánchez, L. Andreu Urioste, J. Barragán Casas, M. Garcinuño y D. Sánchez Fuentes

Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila.

**Objetivos.** Estudiar el valor del Índice Tobillo-Brazo (ITB) en los pacientes diabéticos.

**Material y métodos.** El diagnóstico de diabetes se establece según los criterios de la American Diabetes Association. (American Diabetes Association;

Clinical practice recommendations 2002. Diabetes Care 25(Suppl 1): S1-S147, 2002). Se analizan 28 pacientes diabéticos a los que se realiza un ITB en planta de hospitalización de Medicina Interna. El ITB se obtiene mediante un doppler bidireccional portátil con sonda de 8 MHz y esfigmomanómetro calibrado. Los valores de referencia del ITB son: normal entre 0.9 y 1.2, patológico < 0.9 y > 1.2.

**Resultados.** Se reclutaron 28 pacientes diabéticos: 14 varones y 14 mujeres. La edad media era de 71,8 años. El tiempo medio de evolución de la enfermedad diabética fue de 6,3 años. El ITB medio obtenido fue de 0,95. Los casos patológicos fueron 16 (57,1%). El índice de masa corporal (IMC) medio fue 30,1. 14/28 (el 50%) presentaban un IMC de 30 ó superior.

**Discusión.** El índice tobillo brazo muestra una elevada proporción de valores patológicos, que traduce la considerable prevalencia de Enfermedad Arterial Periférica (EAP) en la población diabética. La EAP es un proceso muy prevalente en pacientes con DM 2 que implica una importante morbimortalidad cardiovascular. Una vez diagnosticada precisa de una valoración global del árbol vascular. Los pacientes diabéticos tienen una prevalencia de un ITB patológico muy superior a los pacientes no diabéticos, relacionándose con la edad, el sexo, el tiempo de evolución de la diabetes y la presencia de arteriosclerosis en otros territorios vasculares.

**Conclusiones.** 1. El 54% de los pacientes diabéticos de la muestra tienen un ITB patológico. 2. 14/28 (el 50%) presentaban unIMC de 30 ó superior.

### RV-40

#### COEXISTENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LOS PACIENTES DE LAS CONSULTAS DE MEDICINA INTERNA

V. López Mourio<sup>1</sup>, B. Monteagudo Sánchez<sup>2</sup>, E. Álvarez Asensio<sup>1</sup>, E. Martínez Velado<sup>3</sup>, M. Peña Zemsch<sup>1</sup>, O. Pérez Carral<sup>1</sup>, D. García Estévez<sup>4</sup> y J. Miranda Filloy<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>4</sup>Servicio de Neurología. Hospital Comarcal de Monforte. Monforte de Lemos (Lugo).

<sup>2</sup>Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Prof. Novoa Santos. Ferrol (A Coruña).

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Concha. Zamora.

<sup>5</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo.

**Objetivos.** Demostrar la prevalencia de los factores cardiovasculares en nuestra consulta, de forma individual, así como la coexistencia de la misma en nuestros pacientes.

**Material y métodos.** Se escoge una muestra de los 200 primeros pacientes citados como nuevos a partir del uno de enero de 2008, analizando los siguientes ítems DM, HTA, sexo, HIPECOLESTEROLEMIA, HIPERTRIGLICERIDEMIA e IMC, viendo la frecuencia de cada uno de ellos individualmente, y la asociación entre ellos.

**Resultados.** • De los 70 hombres 14 (20 %) no presentaban ningún riesgo vascular • 18 varones (25.71%) presentaban únicamente un factor de riesgo vascular • 13 varones (18.57%) presentaban 2 factores de riesgo vascular • 12 varones (17,14%) presentaban 3 factores de riesgo vascular • 9 varones (12,86%) presentaban 4 factores de riesgo vascular • 3 varones (4,29%) presentaban 5 factores de riesgo vascular • 1 solo paciente (1,42%) presentaban 6 factores de riesgo vascular • De las 130 mujeres 16 (12,31%) no presentaban ningún factor de riesgo vascular • 21 mujeres (16,15%) presentaban únicamente un factor de riesgo vascular • 29 mujeres (22,31%) presentaban dos factores de riesgo vascular • 30 mujeres (23,07%) presentaban 3 factores de riesgo vascular • 22 mujeres (16,92%) presentaban 4 factores de riesgo vascular • 11 mujeres (8,46%) presentaban 5 factores de riesgo vascular. 1 mujer (0,77%) presentaban 6 factores de riesgo vascular.

**Discusión.** Entre los varones predominan aquellos que tienen menos de dos factores de riesgo vascular (20% ninguno 25,71% solo uno, es decir entre los dos suman 45,71%). Las mujeres tiene una distribución más homogénea, predominando aquellas que tienen dos (22,31%) o tres factores de riesgo vascular (23,07%), sumando entre las dos 45,38%). De los hombres solo el 18,58% presentan más de tres factores de riesgo vascular, (12,86% tienen 4, 4,29% cinco y solo 1,43% seis). De las mujeres más de la cuarta parte 26,15%, tienen más de tres factores de riesgo vascular (16,92% cuatro, 8,46% cinco y 0,77% seis).

**Conclusiones.** La tendencia en los varones es que la mayoría de la población tiene pocos factores de riesgo vascular, el porcentaje de hombres en cada categoría decrece a medida que aumentamos el número de factores de r.v. Casi la mitad de los hombres tienen uno o ningún factor de riesgo vas-

Tabla 1 (RV-40). Distribución F. R. V.

Factores R.V.	Cero	Uno	Dos	Tres	Cuatro	Cinco	Seis
Varón	14	18	13	12	9	3	1
Mujer	16	21	29	30	22	11	1

cular. Las mujeres tienen una distribución de los factores de r.v homogénea con menos diferencias de porcentaje entre las distintas categorías. Casi la mitad de las mujeres tienen dos o tres factores de riesgo vascular y más de la cuarta parte tienen más cuatro o más. El porcentaje de hombres con más de tres factores de r.v. es menor al 20% (menos de la quinta parte), mientras que en las mujeres dicho porcentaje supera el 25% (la cuarta parte).

#### RV-41

##### HIPERCOLESTEROLEMIA EN CONSULTAS DE MEDICINA INTERNA

V. López Mouriño<sup>1</sup>, B. Monteagudo Sánchez<sup>2</sup>, E. Álvarez Asensio<sup>1</sup>, E. Martínez Velado<sup>3</sup>, E. León Muñíos<sup>4</sup>, O. Pérez Carral<sup>1</sup>, M. Peña Zemsch<sup>1</sup> y D. García Estévez<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>5</sup>Servicio de Neurología. Hospital Comarcal de Monforte. Monforte de Lemos (Lugo).

<sup>2</sup>Servicio de Dermatología, <sup>4</sup>Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Prof. Novoa Santos. Ferrol (A Coruña).

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Concha. Zamora.

**Objetivos.** demostrar la prevalencia de la hipercolesterolemia en consultas de Medicina Interna, así como el manejo de la misma.

**Material y métodos.** Se escoge una muestra de los 200 primeros pacientes citados como nuevos a partir del uno de enero de 2008, analizando la presencia o no de hipercolesterolemia, sexo, y se realizan algún tipo de tratamiento farmacológico, dieta o ejercicio.

**Resultados.** Hipercolesterolemia prevalencia por sexos (tabla 1) Tratamiento de hipercolesterolemia (tabla 2).

**Discusión.** • De los 200 pacientes 92 de ellos presentan hipercolesterolemia (46,5%) • De los 71 varones presentan hipercolesterolemia 28 (49,44%) • De las 128 mujeres presentan hipercolesterolemia 64 (50%) • El total de 200 pacientes 63 pacientes reciben tratamiento con estatinas (31,5%) • De ese 31,5% el 26% reciben tratamiento con estatinas en monoterapia • De los 200 pacientes de consulta 11 están recibiendo tratamiento con ezetimibe (5,5%) • De esos 200 pacientes, un 1% realiza tratamiento con ezetimibe en monoterapia. • 23 pacientes del total de 200 reciben tratamiento exclusivamente con dieta y ejercicio (11,5%).

**Conclusiones.** 1. El 46,5% de los pacientes de nuestra consulta presenta hipercolesterolemia 2. la prevalencia es mayor en mujeres (50%) que en varones (39,44%). 3. el tratamiento más utilizado es la estatina que reciben un 31,5% de pacientes, de que el 26% es en monoterapia, y el otro 5,5% asociado a Ezetimibe 4. reciben Ezetimibe un total de 5,5% pacientes 5. realizan únicamente tratamiento con dieta y ejercicio un 11,5%.

Tabla 1 (RV-41). Hipercolesterolemia

	Varón	Mujer	Total
Sí	28	64	92
No	43	64	107
Total	71	128	199

#### RV-42

##### NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO CON ESTATINAS EN PACIENTES INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO

M. Alcántara Zafra, M. Ruíz Campuzano, R. Reyes García, G. Alonso García, J. Mulero Conde y E. Mené Fenor

Servicio de Medicina Interna. Hospital Rafael Méndez. Lorca (Murcia).

**Objetivos.** Las guías de práctica clínica sobre prevención de la enfermedad cardiovascular indican los objetivos a conseguir en cuanto a cifras de colesterol total (CT) y de lipoproteínas de baja densidad (cLDL) recomendables en función del riesgo vascular global del enfermo. Se consideran pacientes de muy alto riesgo aquellos con diabetes mellitus o con enfermedad cardiovascular aterosclerótica establecida. En este grupo se recomienda que los niveles de CT estén por debajo de 175 mg/dl y los de cLDL por debajo de 100 mg/dl, aunque se aconseja que los valores sean menores de 155 y 80 mg/dl, respectivamente. Nuestro objetivo es conocer el porcentaje de consumidores de estatinas en una cohorte de pacientes ingresados por síndrome coronario agudo, y la razón por la que estaban prescritas. Asimismo

se pretendía conocer si se alcanzaban los objetivos terapéuticos en cada paciente en función de si pertenecían al grupo de alto riesgo cardiovascular o no.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio transversal en el que se incluyó a todos los pacientes que durante un determinado período de tiempo ingresaban en nuestro hospital por cardiopatía isquémica aguda, definida por clínica sugestiva acompañada, bien de alteraciones eléctricas o de biomarcadores cardíacos, bien de una prueba de esfuerzo diagnóstica o bien de coronariografía con lesiones. De todos ellos recogimos sexo, edad, antecedentes de cardiopatía isquémica, los factores de riesgo clásicos, el tratamiento que realizaban y una serie de parámetros analíticos como las cifras de colesterol. Se consideró que un paciente cumplía los objetivos terapéuticos si presentaba CT < 200 mg/dl y/o cLDL < 130 mg/dl en los que no pertenecían al grupo de alto riesgo vascular; o CT < 175 mg/dl y/o cLDL < 100 mg/dl en los que pertenecían al grupo de alto riesgo. Consideramos pacientes con muy buen control a aquellos, que siendo de alto riesgo mantenían cifras de CT < 155 mg/dl y/o cLDL < 80 mg/dl.

**Resultados.** De la cohorte de 75 enfermos ingresados por cardiopatía isquémica aguda, había un total de 45 consumidores de estatinas (60%). De éstos, 24 (53,3%) tenían historia de cardiopatía isquémica previa además de dislipemia asociada (grupo A); 6 (13,3%) las tomaban como prevención secundaria pura (grupo B), 14 (31,1%) por prevención primaria (grupo C) y 1 (2,2%) por otros motivos (grupo D). En cuanto al control de las cifras de colesterol, éstos son los resultados: Del total de 45 pacientes, el 48,8% (22) alcanzaban los objetivos. Un 33,3% (15) no los cumplían, y del 17,7% (8) lo desconocemos. Además, del 48,8% que cumplían los objetivos, casi la mitad, el 45,4%, tenían muy buen control. En el análisis por grupos, observamos lo siguiente: De los 24 pacientes del grupo A, 11 (45,8%) tenían buen control, 7 de ellos (29,1% del total), muy buen control; y 5 (20,8%) no habían conseguido el objetivo. De los 6 pacientes del grupo B observamos que 3 (50%) habían conseguido los objetivos, 2 (33,3% del total) con muy buen control; y en 2 (33,3%) no se cumplían. De los 14 pacientes del grupo C se consiguió un control adecuado en 7 (50%), uno de ellos (7,14%) con muy buen control. En 6 de ellos (42,8%) no se consiguió. El paciente perteneciente al grupo D también cumplía el objetivo terapéutico.

**Discusión.** En población analizada, se cumplen los objetivos en cuanto a cifras de colesterol propuestas por las guías en casi la mitad de los enfermos (48,8%). No disponemos de datos a cerca del tiempo que cada uno llevaba con el tratamiento ni tampoco de si el cumplimiento era adecuado. Por tanto debemos tomar los resultados de "no alcanzan los objetivos" con cautela. Podemos ser optimistas en cuanto al resultado de ese 22% que van más allá del buen control.

**Conclusiones.** Debemos intensificar los esfuerzos en el descenso del CT y del cLDL, sobre todo en pacientes con alto riesgo, porque está comprobado que una reducción del 10% del CT o de 40 mg/dl de cLDL se asocia a una reducción del 25% y del 20% respectivamente en la incidencia de enfermedad coronaria a los 5 años.

#### RV-43

##### INFLUENCIA DEL SEXO EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

L. Pérez Lluna y J. Pascual Izuel

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

**Objetivos.** Las enfermedades cardiovasculares suponen la principal causa de muerte en la mujer, sin embargo el riesgo esta infravalorado por la percepción de "protección". Está claramente demostrado una insuficiente presencia de mujeres en los ensayos clínicos; se suele excluir por estar en edad fértil o en una edad avanzada, momento en que aumenta la prevalencia en la mujer, y por las enfermedades concomitantes asociadas con la Vejez. Nuestro objetivo fue estudiar la influencia del sexo en el paciente ingresado por síndrome coronario agudo (SCA).

**Material y métodos.** Se han analizado 500 pacientes de forma consecutiva y prospectiva que ingresaron en nuestro hospital con diagnóstico SCA desde octubre 2007 hasta la actualidad. Se determinó un perfil lipídico completo, parámetros analíticos habituales, se registraron las pruebas diagnósticas realizadas y el tratamiento pautado. Para el análisis estadístico se realizó una comparación de todas las características de los pacientes en función del sexo. Las variables categóricas se compararon mediante la prueba de  $\chi^2$ , mientras que las variables continuas se compararon mediante la prueba ANOVA.

Tabla 2 (RV-41). Tratamiento

Estati. Monot.	Ezetem. Monot.	Ambos	Estati. Total	Ezetem. Total	Dieta y ejercic.	Total
57	2	9	63	11	23	92

**Resultados.** El 68% de los pacientes fueron varones (V). Las mujeres (M) mostraron más edad (74 M; vs 67V; años  $p < 0,001$ ), mayor prevalencia de HTA (59V; vs 78M;  $p < 0,001$ ), diabetes (32V; vs 43M;  $p: 0,018$ ) y obesidad (36 V vs 54M;  $p: 0,001$ ) y menor tasa de tabaquismo activo (26V; vs 11M;  $p: 0 < 0,001$ ). Durante su ingreso no hubo diferencias significativas entre los dos grupos en el tratamiento pautado salvo en el uso de estatinas (84V; vs 68M  $p < 0,001$ ). La realización de coronariografía (53V; vs 34M;  $p: 0 < 0,01$ ) fue menor en las mujeres, encontrando ausencia de lesiones significativas en el 24M; y en el 20M; NS. El grupo femenino presentó un perfil más desfavorable con una mayor afectación coronaria. La tasa de revascularización completa fue similar en los dos grupos (50V; vs 39M;  $p: 0,2$ ). Se observó una tendencia sin ser significativa a un aumento en la mortalidad en el grupo femenino ( $p: 0,054$ ). El número de pacientes remitidos a cirugía de revascularización fue similar en ambos grupos.

**Discusión.** La cardiopatía isquémica de la mujer tiene características específicas, algunas de las cuales están todavía mal identificadas. En concordancia a estudios previos se observa que las mujeres ingresadas por SCA presentan una media de edad superior y un perfil cardiovascular más desfavorable con mayor prevalencia de HTA, DM y dislipemia; si bien la tasa de tabaquismo es menor.

**Conclusiones.** En las mujeres se realizan menos estudios invasivos, suelen estar menos diagnosticadas y reciben menos tratamiento, tanto farmacológico como intervencionista. Se observa una tendencia a un peor pronóstico durante la hospitalización. Resulta imprescindible una investigación dirigida de forma específica a las mujeres, ya sea con una amplia inclusión en los estudios o con la realización de estudios realizados de forma específica en la población femenina.

#### RV-44 DISECCIÓN CORONARIA ESPONTÁNEA IDIOPÁTICA

P. Tarabini<sup>1</sup>, G. Arroita<sup>1</sup>, I. Frago<sup>1</sup>, S. San Miguel<sup>1</sup>, L. Ceberio<sup>1</sup>, E. S. de Adana<sup>1</sup>, J. Rekondo<sup>2</sup> y P. Pérez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Cardiología, <sup>3</sup>Anestesia. Hospital Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz (Álava).

**Objetivos.** Describir la disección coronaria espontánea idiopática (DCE) como causa poco frecuente pero real de Síndrome Coronario Agudo (SCA). **Material y métodos.** Descripción de dos casos de pacientes con SCA secundario a una DCE.

**Resultados.** CASO 1: Mujer de 42 años sin antecedentes de interés, hábitos tóxicos ni tratamiento habitual, acude por dolor torácico con cortejo vegetativo. En el ECG se objetiva elevación del ST en cara inferior y de V4 a V6 con cambios recíprocos en el resto de derivaciones. Enzimas y marcadores de daño miocárdico negativos. Se decide fibrinolisar. En UCI presenta reagudización del dolor con nuevo ascenso del segmento ST en zona inferoposterolateral acompañado de inestabilidad hemodinámica. En cateterismo de rescate se encuentra enfermedad monovaso con disección de CD desde ostium hasta zona media con trombo. Se realiza ACTP con implantación de dos stents solapados con buen resultado. La paciente se mantiene asintomática con buena tolerancia al tratamiento médico. Se prescribe tratamiento con antiagregantes y beta bloqueantes. CASO 2: Mujer de 35 años sin antecedentes de interés, hábitos tóxicos ni tratamiento habitual, acude por opresión torácica sin cortejo vegetativo. Parto 14 meses antes. En el traslado al Hospital presenta parada cardio respiratoria, precisando intubación. En el ECG se objetiva descenso del ST de V3 a V4 y T negativa en cara inferior. Se realiza fibrinólisis con criterios de reperusión, y posteriormente cateterismo diagnóstico con disección de arteria cunfleja. En planta la paciente se mantiene asintomática, con buena tolerancia al tratamiento médico. Se prescribe tratamiento con antiagregantes, IECA, diuréticos y estatinas. Ha presentado más ingresos por anginas.

**Discusión.** La DCE es una causa poco frecuente de SCA. Afecta predominantemente a mujeres entre 35 y 40 años. La lesión suele ser monovaso y la arteria más veces afectada es la descendente anterior. En hombres suele ser la coronaria derecha. También se ha descrito afectación multivaso, más frecuente en mujeres. No se ha visto asociación con los factores de riesgo cardiovasculares convencionales. Se han descrito DCE en pacientes con Marfan, Ehlers-Danlos, poliarteritis nodosa, lupus eritematoso... Puede asociarse al consumo de cocaína y a la toma de fármacos como ciclosporina, ACO, citostáticos... y a algunas situaciones de stress físico. La DCE ocurre por una hemorragia en el tercio externo de la media o entre la media y la lámina elástica externa. El sangrado expande la falsa luz y separa las distintas capas hasta que comprime la luz verdadera produciendo isquemia miocárdica o infarto. Se sugiere como posible mecanismo principal de hemorragia la ruptura de los vasa vasorum. La clínica depende del compromiso coronario existente. El diagnóstico hasta hace poco se hacía postmortem hasta en un 70% de los casos, aunque cada vez más, tras la universalización del cateterismo en el SCA, se establece mediante coronariografía. El pronóstico a largo plazo de los pacientes con DCE se considera favorable

si sobreviven a la fase aguda, incluso en aquellos en los que sólo se realiza tratamiento conservador. Cuando se presenta un SCA, antes de conocerse la existencia de una DCE, el tratamiento médico es el del propio síndrome. En la DCE el tratamiento de elección no está establecido y depende de la localización de la disección, afectación monovaso o multivaso, flujo sanguíneo coronario y situación hemodinámica. Como opciones terapéuticas se utilizan tratamiento médico conservador, fibrinólisis, angioplastia, by-pass coronarios y trasplante cardíaco en los casos más graves.

**Conclusiones.** 1.- La DCE es una causa poco frecuente de SCA. 2.- Es importante establecer la sospecha de DCE y estudio precoz con CNG en una mujer joven en el tercer trimestre de embarazo, en el puerperio o con antecedentes de toma de ACO con dolor precordial y a la que se le diagnostique de SCA, o bien en una persona joven sin factores de riesgo cardiovasculares con persistencia o deterioro clínico tras fibrinólisis. 3.- Es previsible una mayor frecuencia en la aparición de DCE por las actuales actitudes diagnósticas. 4.- El tratamiento óptimo depende del lugar de la disección, número de vasos afectados, flujo sanguíneo coronario y estado hemodinámico.

#### RV-45

#### ESTUDIO DE LAS CARACTERÍSTICAS Y TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO DE UNA COHORTE DE PACIENTES HIPERTENSOS INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

A. Eguiluz Pinedo, M. Ibarguren Pinilla, E. Zubillaga Azpiroz, K. Leizaola Arregi, M. Elola Zeberio, A. Fuertes Rodríguez, N. Pérez Fernández y G. Zubillaga Garmendia

Servicio de Medicina Interna. UPV-EHU. Hospital Donostia-Donostia Ospitala. Donostia-San Sebastián (Guipúzcoa).

**Objetivos.** Conocer las características basales y tratamientos de los pacientes hipertensos que ingresan en el Servicio de Medicina Interna. Analizar si es correcto o no el tratamiento de la hipertensión arterial y por qué durante la hospitalización y al alta hospitalaria. Comparar los resultados con las recomendaciones descritas en las Guías Clínicas.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo en el que se incluyen todos los pacientes con antecedentes de HTA ingresados en la planta de Medicina Interna del Hospital Donostia durante 15 días consecutivos (desde el 15 de febrero al 1 de marzo 2009). Se han recogido y analizado sexo, edad, peso, talla, IMC, historia de IC, FE, ritmo cardíaco, así como medidas higiénico-dietéticas y tratamiento farmacológico aplicados durante el ingreso y al alta. Se han obtenido los datos de las historias clínicas e historias informatizadas (programas CLINIC y PCH). Las variables cuantitativas se analizan mediante medias y las cualitativas a través de frecuencia y porcentajes.

**Resultados.** Se han incluido 133 pacientes, un 53% eran mujeres y un 47% hombres. La edad media fue de  $77,7 \pm 11,9$  años (rango 37- 95). Se calculó el IMC en 125 pacientes, con una media de  $27,3 \pm 5,3$  (rango 17-44). El 76% eran hipertensos conocidos, un 14% nuevo diagnóstico y un 10% eran hipertensos pero presentaban hipotensión al ingreso. El 58% de los pacientes presentaban ritmo sinusal, frente a un 32% con fibrilación auricular, 7% ritmo de marcapasos y 4% con otros ritmos. Al ingreso 34,6% presentaban antecedentes de ICC. La FE se analizó en 38 pacientes (28,6%) y la media fue de  $55\% \pm 16\%$ . Durante el ingreso, el 79,7% recibieron una dieta sin sal. En cuanto a los tratamientos recibidos durante el ingreso, el 27,8% recibieron IECAs, el 20,3% ARAII, el 64,7% diuréticos, el 7,5% inhibidores de la aldosterona, el 18,8% betabloqueantes, el 21,8% calcioantagonistas, el 4,5% alfabloqueantes, el 33% estatinas, y el 36,8% antiagregantes y/o anticoagulantes. Creemos que el tratamiento es correcto en un 72% de los casos. Durante el ingreso se registraron 5 casos de muerte (3,7%). Al alta, un 53,4% de los pacientes recibió la recomendación dietética adecuada, y sólo un 7,5% recomendación sobre la actividad física. En cuanto a los tratamientos farmacológicos se pautaron IECAs al 23,3% de los pacientes, ARAII al 21,1%, diuréticos al 53,4%, inhibidores de la aldosterona al 7,5%, betabloqueantes al 18%, calcioantagonistas al 23,3%, alfabloqueantes al 5,3%, estatinas al 32,3%, antiagregantes y/o anticoagulantes al 36,8%. En el 71% de los casos se recomendó seguimiento por el médico de atención primaria. Creemos que el tratamiento y recomendaciones al alta son correctos en un 71,3% de los casos según las recomendaciones de la guía de HTA de 2007.

**Discusión.** Evaluamos en este estudio si el tratamiento antihipertensivo prescrito es correcto según las características y comorbilidad de cada paciente de acuerdo a las recomendaciones de la guía sobre HTA de las sociedades europeas de hipertensión y de cardiología de 2007. No obstante convendría de cara a estudios futuros valorar las cifras de TA no solo durante el ingreso sino también al alta en situación basal. Llama la atención las cifras elevadas de IMC, por lo que a pesar de la adecuada prescripción de dieta hiposódica convendría hacer mayor hincapié en la reducción de peso y en el ejercicio físico.

**Conclusiones.** En nuestra cohorte el tratamiento antihipertensivo se basa principalmente en el tratamiento con dieta, diuréticos e IECAs/ARAI. Se

recomienda con frecuencia una dieta adecuada a pesar de lo cual la prevalencia de obesidad es elevada. El cumplimiento de las guías es adecuado, aunque mejorable.

#### RV-46

### DISMINUCIÓN DE LA CARGA POSTPRANDIAL DE MICROPARTÍCULAS ENDOTELIALES CD31+/ANEXINA V+ CIRCULANTES TRAS LA INGESTA DE ACEITE DE OLIVA VIRGEN EN PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO

A. Ortiz Morales, J. Ruano Ruiz, D. Rosado Álvarez, J. García Quintana, V. Lorenzo Carrasco, J. Criado García, F. Pérez Jiménez y J. López Miranda

Unidad de Lípidos y Arterioesclerosis. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

**Objetivos.** La concentración de micropartículas endoteliales circulantes (MEC) es un marcador emergente de disfunción endotelial. Algunos fármacos han demostrado reducir sus niveles, pero aún no existen estudios de intervención que exploren los efectos beneficiosos de los alimentos sobre dichas partículas. Nos propusimos evaluar el efecto de la ingesta de tres desayunos basados en aceite de oliva virgen con diferente contenido en compuestos fenólicos sobre la concentración postprandial de MEC en pacientes con síndrome metabólico.

**Material y métodos.** Diez pacientes (6 mujeres y 4 hombres) con criterios de síndrome metabólico (ATP-III) tomaron de manera aleatorizada, cruzada y secuencial tres desayunos basados en aceites de oliva virgen con diferente contenido en compuestos fenólicos (387 ppm, 194 ppm y 79 ppm). Se calcularon las áreas de concentración incremental bajo la curva (iAUC) de diferentes parámetros del metabolismo lipídico (colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos, NEFA, adiponectina, resistina), glucídico (glucosa, insulina) y de estrés oxidativo (LPO e isoprostanos), así como el número de MEC CD31+/Anexina V+ a los 0', 120' y 240' de la ingesta de cada uno de los desayunos.

**Resultados.** Al analizar los tres tipos de intervención, se observó un efecto de interacción entre el tipo de aceite y el tiempo ( $p = 0,002$ ) encontrando un menor número de MEC a los 120' de la ingesta del aceite de oliva virgen con alto contenido en fenoles en comparación con el aceite con bajo contenido en dichos compuestos. Este hecho se acompañó de una reducción del estrés oxidativo, sin observar diferencias significativas en el resto de parámetros metabólicos analizados.

**Discusión.** La ingesta de aceite de oliva virgen con alto contenido en compuestos fenólicos puede reducir la disfunción endotelial de pacientes con síndrome metabólico en el período postprandial.

#### RV-47

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y BIOQUÍMICAS DE LOS PACIENTES CON DESPISTAJE POSITIVO DE HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO

D. Abad Pérez<sup>1</sup>, V. Marcos de la Iglesia<sup>2</sup>, M. Luque Ramírez<sup>3</sup>, M. Nattero Chavez<sup>3</sup>, A. Díaz<sup>2</sup> y D. Serrano de la Cruz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Análisis Clínicos, <sup>3</sup>Servicio de Endocrinología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

**Objetivos.** Valoración de las características preanalíticas a la toma de muestra y resultados analíticos obtenidos en pacientes con un ARR positivo.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo y retrospectivo, de 64 pacientes con ARR mayor de 25 (2004-2008). Mediante la revisión de historias clínicas se recogieron una serie de variables clínicas (edad, sexo, tratamiento y retirada de antagonistas del receptor de aldosterona y diuréticos ahorradores de potasio previa a la extracción) y bioquímicas (sodio, potasio, creatinina, ARR, aldosterona y ARR). Los datos se presentan como media  $\pm$  DE, mediana (P25-P75) y porcentajes.

**Resultados.** La edad media de los pacientes fue 54 años (mujeres:53%). El 65% de las peticiones procedían del servicio de MIR; 27% de Endocrinología y 8% de Nefrología. El motivo de la petición fue la presencia de HTA aislada en el 88% de los casos, que se asocia en el 12,5% a hipopotasemia; el resto fueron solicitados en el contexto del estudio de incidentaloma suprarrenal. Bioquímica: Crp:  $0.9 \pm 0.3$  mg/dl; Nap:  $140 \pm 3$  mEq/l; Kp:  $4.1 \pm 0.5$  mEq/l; Aldosteronap:  $18 (11-29)$  ng/dl; ARR:  $0.3 (0.2-0.5)$  ng/ml/h; ARR:  $43 (35-83)$ . El 56% presentaba aldosteronap  $> 15$  ng/dl. En el 12% no se suspendió el tratamiento con espironolactona o diuréticos ahorradores de potasio previamente a la extracción, presentando un incremento del 77 y 33% en la concentración de aldosteronap y ARR, respectivamente, frente aquellos pacientes en los que no se estaban administrando dichos fármacos o sí se habían suspendido 6 semanas antes.

**Discusión.** El cociente aldosterona/actividad de renina plasmática (ARR), constituye el método bioquímico de elección para el despistaje del hipe-

raldosteronismo primario. Sin embargo, en muchas de las ocasiones no se obtiene de la forma adecuada o, al menos, no queda especificado en la historia clínica, por lo que su valor diagnóstico se reduce. Es imprescindible la retirada previa de la medicación, al menos de la aldosterona y de los diuréticos ahorradores de potasio, para aumentar la especificidad de la prueba.

**Conclusiones.** En el grupo de pacientes con ARR positivo, la presencia de hipopotasemia fue poco relevante (12,5%), mientras que la HTA está presente en la práctica totalidad de los sujetos. En el momento de la extracción, más del 10% de los pacientes estaban en tratamiento con espironolactona o diuréticos ahorradores de potasio; dado que en nuestra serie de pacientes la concentración de aldosterona fue más sensible que la ARR a estos tratamientos, la no retirada previa de los mismos, probablemente constituye una elevada fuente de falsos positivos.

#### RV-48

### PERFIL DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ENMASCARADA ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

I. Torres<sup>1</sup>, G. Tiberio<sup>1</sup>, R. Arnaez<sup>1</sup>, A. De Prado<sup>1</sup>, M. López Goicoechea<sup>1</sup>, E. Bidegain<sup>1</sup>, P. Fanlo<sup>1</sup> y M. Lucea<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, consultas externas Centro Prin. Hospital Virgen del Camino. Pamplona/Iruña (Navarra).

**Objetivos.** Cada día se le da mayor importancia al diagnóstico de hipertensión enmascarada. Su prevalencia en el momento actual es desconocida y varían según los estudios desde un 13,4% en el estudio realizado por IMAI (1) y el estudio por Vinyoles (2) en el que se habla de un 36,5%. Dado el mayor uso del Holter de presión arterial es por lo que más se puede detectar la hipertensión arterial enmascarada. (HTAE) OBJETIVOS Principal: Estimar la prevalencia de la hipertensión arterial enmascarada entre la población atendida en la Unidad de hipertensión arterial del Hospital Virgen del Camino de Pamplona. Secundarios: \*Caracterizar el perfil del paciente con hipertensión arterial enmascarada \*Evaluar la influencia de diversos factores potencialmente predictivos de hipertensión arterial enmascarada.

**Material y métodos.** A partir de los datos aportados al proyecto CARDIORISC se analizaron los datos de los pacientes con Hipertensión enmascarada (HTAE) Se considera como hipertensión enmascarada aquella que en la MAPA resultaba que la presión arterial período diurno era superior a 135 mmHg (PAS) o mayor de 85 mmHg (PAD), y/o cuando la presión arterial media de la MAPA en 24 horas era superior a 130 mmHg (PAS) o  $> 80$  mmHg (PAD).

**Resultados.** El número total de pacientes analizados fue de 246. De ellos en 110 presentaban definición de hipertensión enmascarada, lo que resulta un 46%. Predominio del sexo masculino 60 (54,5%).- En un 90% la edad era superior a 40 años. Cuando se valoraba el riesgo cardiovascular se observó que un 51% presentaba un riesgo moderado o riesgo alto siendo el resto un riesgo bajo o no riesgo. Entre los antecedentes de enfermedad cardiovascular se encontró: en un 36,7% datos de insuficiencia cardiaca; en un 23,3% cardiopatía isquémica y en un 20% respectivamente accidente cerebro vasculares e insuficiencia renal. Cuando se analizaban la lesión órgano diana se pudo observar que en el 32,3% presentaban una afectación renal y/o hipertrofia ventricular izda, siendo de menor por ciento la aparición de placa aterosclerótica a nivel de la carótida. Cuando se estudiaban los factores de riesgo se pudo observar que la obesidad abdominal, la edad y la dislipemia eran los factores de riesgo más frecuentes y hasta en un 20% se presentaba diabetes mellitas. Cuando se analizaba el patrón circadiano se encontró que en un 3,7% eran dipper extremos; dipper en un 35,8%; non dipper en un 34,9% y riser 25,7%, es decir presentaban un patrón de alto riesgo en un total de 61%.

**Conclusiones.** 1. Encontramos una prevalencia de un 46% de pacientes con hipertensión enmascarada. 2. El perfil del paciente con hipertensión enmascarada es varón de más de 60 años con riesgo alto o muy alto con enfermedad fundamentalmente coronaria (insuficiencia cardiaca + cardiopatía isquémica; con lesión órgano diana afectación renal, hipertrofia ventricular izda y con un predominio de un patrón de alto riesgo es decir perfil circadiano, es decir patrón non dipper y riser 1.- Imai T et al. Hypertension Res 1996; 19:207-212 2.- Vinyoles E. Et al. Hipertensión 2003; 20:295-299.

#### RV-49

### ¿ES DIFERENTE EL ICTUS EN LA MUJER?

A. Truyols Bonet<sup>1</sup>, L. Vich Martorell<sup>1</sup>, A. Galmés Truyols<sup>2</sup>, F. Albertí Homar<sup>1</sup>, J. Carbonero Malberti<sup>1</sup>, J. Truyols Galmés<sup>2</sup> y L. Feliu Mazaira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Convalecencia. Hospital General de Mallorca. Palma de Mallorca (Illes Balears).

<sup>2</sup>Servicio de Epidemiología. Direcció General de Salut Pública (Illes Balears).

**Objetivos.** La mortalidad por ictus es mayor en mujeres que en hombres y las mujeres presentan mayor discapacidad post ictus, en gran parte por la

edad más avanzada. No obstante, influyen también otros factores ligados al sexo o al género. Buscamos diferencias en los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), el tipo de lesión y la gravedad del ictus según el sexo del paciente.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de los ictus ingresados en una unidad de convalecencia-rehabilitación de media estancia durante 5 años (2003-2008). Se estudian edad, FRCV (HTA, diabetes, dislipemia, obesidad, tabaquismo, fibrilación auricular (FA), otras cardiopatías, estenosis carotídea y tratamiento anticoagulante), etiología, localización, territorio afectado y gravedad medida con la escala de los NHI. Se comparan entre ambos sexos y por grupos de edad (< 65, 65-79 y > 79 años) las diferencias de medias (t de Student) y de porcentajes (test z). La significación estadística se fija en el 5%.

**Resultados.** El número de pacientes fue de 546, el 44% mujeres. La edad media de las mujeres fue superior (78,2% vs 73,4%; p < 0,01). Se hallan diferencias mujer-hombre en todas las edades en número de FRCV (2,7 vs 3; p 0,04) y tabaquismo (46,8% vs 11,4 %; p < 0,01); únicamente en mayores de 79 años en HTA (79,5% vs 56,5% p 0,02), estenosis carotídea (4,5% vs 13% p 0,03), ictus previo (22% vs 30,6%, p 0,03) y anticoagulantes (9,8% vs 2,8%, p 0,05). Se han hallado otras diferencias mujer-hombre (ictus cardioembólico, 18,8 vs 11,3, p 0,01; localización izquierda 52,2% vs 43,2% y NHI al ingreso, 10,8 vs 9,6, p 0,0), que desaparecieron al estratificar por edad. En cuanto al territorio, solamente se han visto diferencias, aunque sin significación estadística, en menores de 65 años en la afectación vértebro-basilar (20% en mujeres, 14,8% en varones). No se hallaron diferencias en prevalencia de FA, otras cardiopatías, diabetes, dislipemia y obesidad.

**Discusión.** A grandes rasgos no hemos observado grandes diferencias en FRCV, tipo de lesión y gravedad entre mujeres y hombres, aunque cabe resaltar algunas. Las mujeres presentan un número menor de FRCV y de prevalencia de tabaquismo en todas las edades y en las más ancianas son más frecuentes la HTA y el tratamiento anticoagulante y menos el ictus previo y la estenosis carotídea. Aunque claramente ligadas a la edad, hay que tener en cuenta por su peso en valores absolutos, la mayor incidencia de ictus cardioembólico en mujeres, así como de la localización izquierda y la mayor gravedad al ingreso. En lo que hace referencia a la distribución vascular, los resultados sugieren que las mujeres más jóvenes superan a los hombres en infartos del territorio vértebrobasilar.

**Conclusiones.** En conclusión, las características estudiadas de los ictus varían según el sexo. Es importante tener en cuenta estas diferencias para una mejor prevención y tratamiento del ictus en la mujer, además de seguir profundizando en el estudio de las mismas y de sus causas.

#### RV-50 INFARTOS NO TRATADOS POR CARDIÓLOGOS. ¿HAY DIFERENCIAS?

**E. Puerto Pérez, P. Miramontes González, A. Romero Alegría, J. Martín Oterino, N. Cubino Bóveda, L. Mateos Polo, A. García Mingo y J. Hernández Criado**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. H. Virgen de la Vega. Salamanca.*

**Objetivos.** Estudiar la prevalencia de síndrome coronario agudo en una planta de Medicina Interna y la relación hombre-mujer. Otros objetivos que hemos valorado son; tipo de síndrome coronario (angina, IAM Q o no Q), factores de riesgo previos que presentan este tipo de enfermos, tratamiento farmacológico realizado durante el ingreso y la mortalidad que presentan estos enfermos.

**Material y métodos.** Hemos realizado un estudio transversal en el cual hemos incluido 22 pacientes (12 hombres y 10 mujeres) con una edad comprendida entre 75-100 años, ingresados en el servicio de medicina interna en los últimos dos años. A su ingreso a todos se les realizó anamnesis completa, exploración física con toma de tensión arterial, frecuencia cardiaca. Como pruebas complementarias se les realiza un ECG, analítica con marcadores cardiacos y perfil lipídico.

**Resultados.** La prevalencia del SCA en Medicina Interna es del 2%, de los cuales el 45, 4% son mujeres y 54,4% son hombres a lo largo de 1 año, la edad media era de 89 a. De todos ellos el 85% fueron IAM no Q, el 13% IAM Q y el 2% anginas hemodinámicas. El tratamiento realizado fue antiagregación 86,3%, anticoagulación 65,4%, vasodilatador 36,6%. Antiagregación y anticoagulación 40,9 %. Como factores de riesgo cardiovascular asociados era HTA 90,9%, DM tipo 2 el 36,3%, y dislipémicos 18,1% La mortalidad fue del 20%.

**Discusión.** Como se puede observar la edad de los pacientes con SCA que ingresa en MI está por encima de la media de los del servicio de cardiología. Lo que predomina es el infarto no Q. La mayoría de ellos han recibido tratamiento antiagregante y anticoagulante y se han empleado en menor medida los vasodilatadores y apenas los B-Blockeantes. Como factor de riesgo más importante destaca la HTA, por encima de la DM tipo 2 o la dislipemia. La

mortalidad ha sido ligeramente superior a la que presentan este tipo de enfermos en una planta de cardiología por la marcada influencia de la edad avanzada que tienen estos enfermos.

**Conclusiones.** La enfermedad cardiovascular es la primera causa de mortalidad (40%) en Europa, tanto en hombres como en mujeres. Es sabido que la HTA es el principal factor de riesgo de enfermedad coronaria, con independencia de la edad o el sexo, como se puede observar en nuestro estudio, y además condiciona una insulinoresistencia que favorece la aparición de DM tipo 2. El tratamiento óptimo de este tipo de pacientes en la fase aguda sería antiagregante, anticoagulante, nitroglicerina, B-bloqueantes e inhibidor de angiotensina si existe hipertensión, disfunción ventricular o DM tipo 2. Como conclusión podríamos añadir que el uso de betabloqueantes está muy por debajo de la media respecto a los cardiólogos, probablemente por la mala tolerancia a los mismos dado la edad avanzada de nuestros pacientes. El tratamiento del SCA sin elevación no requiere ninguna técnica especial, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento, por lo que este tipo de pacientes podría recibir un manejo adecuado en un servicio de Medicina Interna., sin que por ello aumente la morbimortalidad de estos enfermos.

#### RV-51 RIESGO VASCULAR Y ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

**P. Gancedo Caravia, J.de Otero Blasco, J. Marco Lattur, M. Rada Soto, C. Parga Menéndez-Manjon y A. Caldentey Durán**

*Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Manacor. Manacor (Illes Balears).*

**Objetivos.** Evaluar la prevalencia de factores de riesgo vascular y de arteriopatía periférica, estratificando el riesgo vascular en pacientes con infección por VIH atendidos en el Hospital de Manacor.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo observacional y descriptivo. Se determinaron: índice de masa corporal (IMC), perímetro abdominal, tabaquismo, TA, glucosa, creatinina, colesterol, triglicéridos, ECG, índice tobillo brazo (ITB) y estratificación de riesgo con la ecuación de Framingham.

**Resultados.** Se han estudiado 50 pacientes, edad media 44,3 años (21-78); 62% varones; 5 hombres > 55 años (15% de los hombres), ninguna mujer > 65 años; el IMC medio es 25,23 kg/m<sup>2</sup>: 19 pacientes (38%) con sobrepeso, 4 (8%) obesidad grado 1 y 2 (4%) obesidad grado 2. El perímetro abdominal es > 88 cm en 47,37% de las mujeres y > 102 cm en 6,5% de los hombres. El 56% son fumadores activos. Siete pacientes (14%) tienen cifras tensionales en el límite alto de la normalidad, 7 (14%) HTA grado 1 y sólo 1 (2%) HTA grado 2. En 21 (42%) pacientes encontramos alteraciones del metabolismo hidrogenocarbonado: 2 diabetes conocidas y en 19 (38%) glucosa basal alterada. En 33 (66%) pacientes encontramos dislipemia: hipercolesterolemia aislada 9 (18%), hipertrigliceridemia 15 (30%) y mixta 9 (18%). En la estratificación del riesgo vascular encontramos 9 (18%) pacientes de riesgo intermedio (10-20% de riesgo a 10 años de cardiopatía isquémica) y 3 (6%) pacientes de riesgo alto (> 20% riesgo a 10 años). Presentaban hipertrofia de ventrículo izquierdo según ECG 8 de los 48 ECG realizados (16,67%). Las cifras de creatinina son en todos los casos normales (< 1,1 mg/dl). Se encontró 1 caso (2%) de ITB < 0,9.

**Discusión.** Como en otras series hemos encontrado alta prevalencia de tabaquismo y dislipemia. Utilizando criterios de diagnóstico estrictos en ambos casos hemos encontrado una prevalencia alta de perfil glucídico alterado y sin embargo la prevalencia de HTA ha sido menor que en otras series. También encontramos baja prevalencia de arteriopatía periférica que atribuimos a que se trata de una población joven.

**Conclusiones.** Los factores de riesgo vascular son frecuentes en los pacientes con infección por VIH, los más frecuentes son la dislipemia, y el tabaquismo; la prevalencia de enfermedad arterial periférica en nuestros pacientes es baja.

Tabla 1 (RV-51). Resultados

Varones	31 (62%)
Edad media	44,3 años
Hombres > 55 años /mujeres > 65 años	5 (15%)/0
IMC media	23,23 kg/m <sup>2</sup>
Obesidad	6 (12%)
Perímetro abdominal patológico.	
Varones/mujeres	2 (6,5%)/9 (47,37%)
Fumadores	28 (56%)
HTA	8 (16%)
Alteraciones perfil glucídico	21 (42%)
Dislipemia	33 (66%)

Tabla 1 (RV-52). Distribución de la presencia y severidad de la EAP según la presencia de coronariopatía

	DTA no coronario (N = 72)	DTA coronario (N = 22)	Total (N = 94)
EAP severa (ITB < 0,41)	0	1 (4,5%)	1 (1,1%)
EAP leve-moderada (ITB 0,41 – 0,9)	7 (9,7%)	5 (22,7%)	12 (12,8%)
EAP dudosa (ITB 0,91 – 0,99)	0	4 (18,2%)	4 (4,3%)
Normal (ITB 1 – 1,29)	53 (73,6%)	11 (50%)	64 (68,1%)
Alto (ITB > 1,29)	12 (16,7%)	1 (4,5%)	13 (13,8%)
Total	72 (100%)	22 (100%)	94 (100%)

**RV-52****DETERMINACIÓN DEL ÍNDICE TOBILLO-BRAZO EN PACIENTES INGRESADOS POR DOLOR TORÁCICO AGUDO DE POSIBLE ORIGEN CORONARIO**

**L. Muñoz Santos, J. Elduayen Gragera, F. Díaz Cortegana, M. Yuste Domínguez, L. Salvador Ramos, F. Giménez Sáez, Á. Morales Martínez de Tejada y J. Nogales Asensio**

*Servicio de Cardiología. Hospital Infanta Cristina. Badajoz.*

**Objetivos.** El dolor torácico agudo (DTA) es un síntoma inespecífico que puede ser expresión de, entre múltiples patologías, la cardiopatía isquémica (CI). La arteriosclerosis suele estar presente en más de un territorio. El índice tobillo-brazo (ITB) es una herramienta útil en el diagnóstico de la enfermedad arterial periférica (EAP) silente. Nuestro objetivo fue evaluar la utilidad del ITB, junto con los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) clásicos y emergentes, en pacientes con DTA en los que se sospecha CI, en los que los medios convencionales (electrocardiograma y marcadores de daño miocárdico) no aportaron un diagnóstico inicial.

**Material y métodos.** Estudiamos 94 pacientes consecutivos [edad media: 57,4 (DE: 12,2) años] ingresados por DTA con sospecha de CI. En todos los pacientes se determinó el ITB, junto con la presencia de FRCV clásicos y emergentes, y se investigó la presencia de CI. Los criterios de exclusión fueron: edad mayor o igual a 80 años, CI o EAP previa conocida, elevación de marcadores de daño miocárdico o evidencia electrocardiográfica de isquemia miocárdica y nefropatía avanzada.

**Resultados.** La CI estuvo presente en 22 pacientes (23,4%) y ausente en 72 (76,6%). La EAP asintomática (ITB ≤ 0,9) estuvo presente en 6 pacientes (27,2%) en el grupo con CI y en 7 pacientes (9,7%) en el grupo sin CI. Encontramos diferencias significativas en el ITB según la presencia o no de CI [0,95 (DE:0,23) vs 1,17 (DE:0,15); p < 0,001]. La distribución del ITB según la presencia de coronariopatía difirió según el sexo [mujeres: 1,04 (0,18) vs 1,16 (0,13); p = 0,05 y hombres: 0,91 (0,24) vs 1,18 (0,18); p < 0,01]. Evaluamos el valor diagnóstico del ITB en la detección de CI: al área bajo la curva ROC fue 0,8 (IC al 95%: 0,70-0,87), el punto de corte óptimo fue 0,8 (sensibilidad = 22,7% y especificidad = 98,6%). En el análisis multivariante, el ITB fue el mejor predictor independiente de CI (p < 0,0001).

**Discusión.** Destaca la elevada prevalencia de EAP silente según el ITB: el 13,9% presentaban criterios de EAP (ITB < 0,91) y el 4,3% de EAP dudosa (ITB: 0,91-0,99) (ver tabla). Esta prevalencia es similar a la encontrada en otros estudios con pacientes de elevado riesgo cardiovascular. El ITB mostró una alta especificidad en el diagnóstico del origen coronario del DTA siendo además el mejor predictor independiente de CI, incluyendo FRCV clásicos y emergentes. A la luz de nuestros resultados, a falta de estudios más amplios, el hallazgo de un ITB patológico en estos pacientes podría justificar el ingreso hospitalario y realización de coronariografía al igual que en otros pacientes con elevado riesgo cardiovascular.

**Conclusiones.** La determinación del ITB es un método sencillo, barato y eficiente, que complementa los métodos diagnósticos actuales en el reconocimiento del DTA de origen coronario.

**RV-53****INFLUENCIA DE LA DEFINICIÓN UTILIZADA DE SÍNDROME METABÓLICO EN LA RIGIDEZ ARTERIAL DE MUJERES CON LES**

**J. Vargas Hitos, M. Zamora Pasadas, M. Arenas Mir, P. Alarcón Blanco, C. Santiago Díaz, F. Jaén Aguila, J. Sabio Sánchez y J. Jiménez Alonso**  
*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.*

**Objetivos.** 1) Evaluar la influencia del síndrome metabólico (SM) sobre la rigidez arterial en mujeres con lupus eritematoso sistémico (LES) usando 3 definiciones de SM diferentes (NCEP, IDF y OMS). 2) Valorar la concordancia entre las 3 definiciones para identificar mujeres con LES y SM así como mujeres con LES, SM y rigidez arterial aumentada.

**Material y métodos.** Estudio transversal sobre 112 mujeres con LES (≥ 4 criterios ACR) sin enfermedad cardiovascular arteriosclerótica (ECVA)

conocida. Se recogieron recogidos datos antropométricos, demográficos, educacionales, comorbilidades y factores de riesgo cardiovascular (FRCV) tradicionales. También se registró el tiempo de evolución del LES, su actividad (SLEDAI), daño acumulado (SDI) y tratamiento recibido. Se determinó el grado de rigidez arterial mediante velocidad de onda de pulso (VOP) carotídea-femoral y se analizó en sangre: insulina, índice HOMA, PCR, VSG, fibrinógeno, homocisteína, aclaramiento de creatinina y C3.

**Resultados.** La prevalencia de SM fue del 19% OMS, 20% NCEP y 32% IDF. En el análisis univariante, las mujeres con LES y SM tuvieron, independientemente de la definición empleada, una VOP aumentada y unos valores elevados de PCR, IL-6, ácido úrico, C3, homocisteína, fibrinógeno y dímero D. Tras ajustar por factores de confusión sólo el SM definido por OMS estuvo independientemente asociado a una mayor rigidez arterial. El consenso entre las definiciones osciló entre el 79% (κ = 0,45; p < 0,001) y el 89% (κ = 0,68; p < 0,001). La concordancia entre las definiciones de SM identificando pacientes con LES, SM y rigidez arterial fue: WHO vs IDF: κ = 0,59 (p = 0,001); WHO vs NCEP: κ = 0,47 (p = 0,013) and NCEP vs IDF: κ = 0,65 (p < 0,001). El 43% de las pacientes lúpicas con VOP patológica no cumplían criterios de SM.

**Discusión.** Los pacientes con LES tienen más riesgo cardiovascular (RCV) y presentan una prevalencia mayor de SM. No existe consenso sobre qué definición de SM identifica mejor a pacientes lúpicas con mayor RCV. Por otro lado, el SM se ha asociado a un aumento de la rigidez arterial, la cual es un indicador de aterosclerosis subclínica y predictor de eventos coronarios y mortalidad CV. En nuestro estudio, sólo la definición de la OMS se asoció independientemente con una rigidez arterial incrementada. La concordancia entre las definiciones identificando pacientes lúpicas con SM fue aceptable. Las 3 definiciones resultaron moderadamente concordantes identificando pacientes lúpicas con SM y rigidez arterial aumentada. Una alta proporción de pacientes con LES y rigidez arterial elevada quedaron fuera de las definiciones de SM, lo que indica que otros factores contribuyen a la arteriosclerosis en estos pacientes.

**Conclusiones.** Aunque las 3 definiciones resultan igualmente válidas en la identificación de SM en mujeres con LES, la de la OMS, podría ser la que mejor identifica pacientes con rigidez arterial aumentada.

**RV-54****RELACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE ÁCIDO URICO Y LA RIGIDEZ ARTERIAL EN MUJERES CON LES SIN ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR CONOCIDA**

**J. Vargas Hitos, M. Zamora Pasadas, F. Negrera Navarro, P. Baños Piñero, J. García Castro, P. Alarcón Blanco y J. Sabio Sánchez y J. Jiménez Alonso**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.*

**Objetivos.** Evaluar la asociación entre ácido úrico sérico (AUS) y la rigidez arterial y/o marcadores inflamatorios séricos en mujeres con lupus eritematoso sistémico (LES) sin enfermedad cardiovascular arteriosclerótica (ECVA) conocida.

**Material y métodos.** Estudio transversal sobre 102 mujeres con LES (≥ 4 criterios ACR) sin ECVA conocida. Se recogieron datos antropométricos, demográficos, educacionales, comorbilidades y factores de riesgo cardiovascular (FRCV) tradicionales. También se registró el tiempo de evolución del LES, su actividad (SLEDAI), daño acumulado (SDI) y tratamiento recibido. Se determinó el grado de rigidez arterial mediante velocidad de onda de pulso (VOP) carotídea-femoral y les fueron medidos en sangre: insulina, índice HOMA, PCR, VSG, fibrinógeno, homocisteína, aclaramiento de creatinina y C3. Las pacientes fueron clasificadas según si tenían o no hiperuricemia (HU) (> o ≤ 6,2 mg/dl). Se efectuó un análisis por regresión múltiple para conocer la posible relación entre los niveles de AUS y el resto de variables.

**Resultados.** Las mujeres con LES e HU (n = 15, 15%) tuvieron más edad, hipertensión, obesidad, niveles de colesterol total incrementados, insuficiencia renal y presencia de síndrome metabólico (SM) que las pacientes

Tabla 1 (RV-56). Incidencia de ECV en los grupos de riesgo al comparar SCORE y REGICOR

Total	Bajo riesgo/ concordante	Alto riesgo SCORE calibrada/ Bajo riesgo REGICOR	Alto riesgo REGICOR/ Bajo riesgo SCORE cal.	Alto riesgo concordante
Nº pacientes	1415	169	6	52
% Total	86.2	10.3	0.4	3.1
Años seguimiento	6080	618	27	209
Nº ECV	43	20	1	10
DI por 1000 p-a (IC 95%)	7.1 (5.2-9.5)	32.4 (20.9-50.2)	37.1 (5.2-263.7)	47.8 (25.8-88.9)
Probabilidad acumulada 5 años (K-M) (IC95%)	3.8% (2.7-5.3) N = 276	14.2% (8.7-23.3) N = 44	25% (3.5-100) N = 3	24.1% (11.8-49.4) N = 16

sin HU. Su nivel educacional fue más bajo y la duración del LES y el daño acumulado fueron mayores. En el análisis univariante, los niveles de AUS se asociaron con una mayor VOP, PCR, fibrinógeno y homocisteína. En el análisis multivariante, los niveles de AUS se correlacionaron con la duración del LES, los valores de creatinina, colesterol total, y homocisteína pero no con los valores de la VOP.

**Discusión.** El AUS se ha correlacionado con la presencia de HTA, SM, enfermedad coronaria y enfermedad cerebrovascular en población general. Estudios recientes han mostrado que los niveles de AUS constituyeron un marcador de aterosclerosis subclínica en pacientes con artritis reumatoide y artritis psoriásica. En este estudio, las pacientes lúpicas con HU mostraron un perfil de riesgo cardiovascular más desfavorable que las pacientes sin HU. En el estudio multivariante, el AUS no se asoció independientemente con la VOP probablemente debido a la escasa muestra y a la estrecha asociación entre VOP, AUS y edad por lo que el modelo tuvo poder estadístico suficiente para alcanzar diferencias significativas. Es de destacar la asociación independiente entre AUS y homocisteína.

**Conclusiones.** El ácido úrico podría ser útil en la identificación de mujeres lúpicas con elevado riesgo cardiovascular.

#### RV-55 TIEMPO DE ATENCIÓN EN URGENCIAS DE LA ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR EN EL HOSPITAL DE LA SERRANÍA DE RONDA

G. Jarava Rol<sup>1</sup>, L. García Trujillo<sup>2</sup>, M. Godoy Guerrero<sup>1</sup>, F. Ortega Urbano<sup>1</sup>, M. González Benítez<sup>1</sup>, B. Escolano Fernández<sup>1</sup>, M. Barón Ramos<sup>1</sup> y A. Ruiz Cantero<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga).

**Objetivos.** Analizamos el tiempo de atención de los pacientes con enfermedad cerebrovascular a su llegada al Hospital de la Serranía de Ronda por médicos del área de urgencias y por los especialistas de Medicina Interna.

**Materiales y métodos.** Se incluyeron los pacientes con diagnóstico al alta de enfermedad cerebrovascular tanto ictus isquémicos como accidente isquémico transitorio desde junio de 2008 hasta enero de 2009. Se excluyeron los pacientes con déficit neurológico no aclarado y los pacientes procedentes del área de consultas externas. Analizamos el tiempo de atención en urgencias y el tiempo de atención por los especialistas de Medicina Interna.

**Resultados.** Fueron incluidos 66 pacientes. Se ha tomado el tiempo de demora en la atención en urgencias y el de atención por especialistas de Medicina Interna. Estos pacientes han sido los ingresados en la planta de Medicina Interna en el período que comprende desde el mes de junio de 2008 hasta el mes de enero de 2009. Así el tiempo de demora en urgencias es una media de 38.43 minutos con un mínimo de 4 y un máximo de 157 minutos. El tiempo de demora de atención por especialistas es de 403.68 minutos (6.72 horas), un mínimo de 28 minutos y un máximo de 1301 minutos.

**Discusión.** El objetivo del estudio era analizar el tiempo de atención de los pacientes con enfermedad cerebrovascular en nuestro hospital con respecto a lo estimado en los indicadores de calidad del proceso de enfermedad

Tabla 1 (RV-57). Estatinas y dosis utilizadas

	Grupo estatina $\chi^2$ (n = 59)	Grupo estatina $\chi^2$ (n = 59)	Grupo ezetrol añadido (n = 52)	Grupo ezetrol añadido (n = 52)	
Estatina	n	Dosis media/IIC	n	Dosis media/IIC	p
Atorvastatina	36	15/7	20	53/23	< 0.001
Simvastatina	14	17/5	15	35/9	< 0.001
Pravastatina	7	20/0	6	33/10	0.008
Fluvastatina	0	NA	8	80/0	NA
Lovastatina	2	15/7	3	47/30	0.200

cerebrovascular de Sistema Andaluz de Salud. Este afirma que la atención en urgencias es de 15-45 minutos, cuando en nuestro hospital es de 38.43. La atención por especialistas en urgencias estimada es de 6 horas y en nuestro hospital es de 6.72 horas.

**Conclusiones.** La enfermedad cerebrovascular es la segunda causa de muerte en hombres en España y la primera en mujeres. La reducción de la mortalidad por ictus puede deberse a un aumento de supervivencia gracias a los mejores cuidados durante la fase aguda. Así la atención del paciente con ictus debe ser rápida para mejorar la calidad asistencial, como se expone en el proceso de enfermedad cerebrovascular del Sistema Andaluz de Salud. En nuestro hospital se cumplen los indicadores de calidad en tiempo de respuesta a la enfermedad cerebrovascular por los médicos de urgencias y habría que reducir el de atención por especialistas de medicina interna.

#### RV-56 ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA CAPACIDAD DE PREDICCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR TOTAL DE LAS FUNCIONES DE SCORE CALIBRADA Y REGICOR EN PACIENTES NO DIABÉTICOS

I. Jiménez<sup>1</sup>, A. Roldán<sup>1</sup>, L. Pérez<sup>1</sup>, P. Porcar<sup>1</sup>, C. González<sup>2</sup> y E. Rodilla<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Medicina Preventiva. Hospital de Sagunto. Sagunto/Sagunt (Valencia).

**Objetivos.** Comparar la capacidad de predicción del riesgo cardiovascular total de las funciones SCORE calibrada y REGICOR en pacientes no diabéticos en prevención primaria.

**Materiales y métodos.** Estudio observacional de cohortes, con un total de 1642 pacientes de 20 a 79 años no diabéticos sin enfermedad cardiovascular establecida, atendidos en una Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular seguidos durante un tiempo mediano de 3.8 años. Se registraron todos los episodios cardiovasculares mayores. Se calculó el riesgo predicho individual utilizando los algoritmos SCORE calibrada y REGICOR. Se analizó su concordancia para clasificar en grupos de riesgo utilizando los puntos de corte  $\geq 5\%$  en SCORE calibrada y  $\geq 10\%$  en REGICOR. Mediante análisis de Kaplan-Meier se comparó la incidencia en los grupos de riesgo obtenidos al aplicar ambos algoritmos.

**Conclusiones.** SCORE calibrada es el algoritmo que mejor selecciona a un grupo de pacientes con una incidencia de ECV aumentada.

#### RV-57 ALCANZE DE OBJETIVOS DE COLESTEROL-LDL Y MODIFICACIÓN DE LA PCR EN PACIENTES DE ALTO RIESGO CORONARIO

I. Torres<sup>1</sup>, P. Porcar<sup>1</sup>, A. Roldán<sup>1</sup>, L. Pérez<sup>1</sup>, J. Costa<sup>1</sup> y E. Rodilla<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sagunto. Sagunto/Sagunt (Valencia)  
<sup>2</sup>Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición. ISC III (Madrid).

**Objetivos.** Medir efectos de la asociación de ezetimibe y estatina respecto a la duplicación de dosis de estatina en la consecución de: Objetivos terapéuticos de LDL. Modificación de la PCR.

Tabla 2 (RV-57). Correlación entre el descenso de determinados parámetros lipídicos y la PCR

	Todos los pacientes	Todos los pacientes	Grupo estatina $\chi^2$	Grupo estatina $\chi^2$	Grupo ezetrol + estatina	Grupo ezetrol + estatina
VARIABLES	coeficiente correlación	p	coeficiente correlación	p	coeficiente correlación	p
Col. total (mg/dl)	0.056	0.548	-0.077	0.682	-0.057	0.754
LDL (mg/dl)	0.095	0.308	-0.054	0.771	-0.007	0.969
HDL (mg/dl)	-0.140	0.133	0.119	0.523	-0.059	0.744
no-HDL (mg/dl)	0.097	0.298	-0.148	0.427	0.022	0.904
TAG (mg/dl)	0.020	0.828	-0.176	0.343	-0.141	0.433

**Material y métodos.** Estudio longitudinal retrospectivo de pacientes con dislipemia en tratamiento con estatina y control lipídico insuficiente. Formaron parte del estudio 111 pacientes: a 59 se les duplicó la dosis de estatina previa, a 52 se le añadió ezetimibe a la estatina. Se calcularon las diferencias en lípidos y PCR.

**Resultados.** La asociación de ezetimibe a estatina comparada con la duplicación de la dosis de estatina produjo una mayor reducción en los niveles de colesterol LDL (38% vs 18.1%,  $p < 0.001$ ). Una mayor proporción de pacientes con riesgo elevado, asociando ezetimibe, alcanzó los objetivos terapéuticos LDL ( $< 100$  mg/dL, 47% vs 18%,  $p < 0.001$  y  $< 70$  mg/dL 43% vs 2%,  $p < 0.001$ ). Una mayor proporción de pacientes alcanzaron el objetivo combinado de control lipídico y PCR  $< 3$  mg/l (19% vs 3%,  $p = 0.002$ ).

**Conclusiones.** La adición de ezetimibe a una estatina puede mejorar el manejo de los pacientes de alto y muy alto riesgo coronario que no alcanzan los objetivos terapéuticos lipídicos con dosis submáximas de estatina. Se produjo mayor descenso de la PCR en el grupo de pacientes al que se le añadió ezetimibe.

#### RV-58

##### EFICACIA DE ESPIRONOLACTONA FRENTE A DOXAZOSINA EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL REFRACTARIA

P. Porcar<sup>1</sup>, I. Torres<sup>1</sup>, I. Jiménez<sup>1</sup>, A. Roldán<sup>1</sup>, E. Rodilla<sup>2</sup> y F. Pérez-Lahiguera<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sagunto. Sagunto/Sagunt (Valencia).

<sup>2</sup>CIBER 03/06 Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición. ISC III (Madrid).

**Objetivos.** Valorar la utilidad de añadir espirolactona o doxazosina al tratamiento de pacientes con hipertensión refractaria y caracterizar a los que consiguen buena respuesta al tratamiento.

**Material y métodos.** Estudio observacional retrospectivo de 181 pacientes con hipertensión arterial refractaria (tratados con tres fármacos a dosis habituales, uno de ellos diurético, sin control tensional aceptable) con cifras de creatinina  $< 1,6$  mg/dl en varones y  $< 1,4$  mg/dl en mujeres a quienes se añadió espirolactona (88 casos) o doxazosina (93 casos).

**Resultados.** La presión arterial sistólica se redujo 28 mmHg (IC 95%, 24-32 mm Hg;  $p < 0,001$ ), y la diastólica 12 mmHg (9-14 mmHg;  $p < 0,001$ ) en los tratados con espirolactona, y 16 mm Hg (13-20 mm Hg;  $p < 0,001$ ), y 7 mm Hg (5-9 mmHg;  $p < 0,001$ ) respectivamente con doxazosina. La espirolactona causa mayor descenso de la presión arterial sistólica ( $p = 0,001$ ) y diastólica ( $p = 0,003$ ). El 30% de los pacientes lograron el control tensional, siendo mayor con espirolactona (39%) que con doxazosina (23%)  $p = 0,002$ . Tras el análisis de regresión logística la diabetes mellitus (odds ratio multivariante = 0,17; intervalo de confianza 95%; 0,08-0,38;  $p < 0,001$ ), y la presión arterial sistólica inicial  $< 165$  mmHg (odds ratio multivariante 2,56; 1,11-5,90;  $p = 0,03$ ) influían significativamente en alcanzar el control de la presión arterial.

**Conclusiones.** En pacientes con hipertensión arterial refractaria, añadir espirolactona o doxazosina consigue significativo descenso de la presión

arterial, que parece ser mayor con la espirolactona. La diabetes dificulta el control de la presión arterial.

#### RV-59

##### UTILIZACIÓN DE EPLERENONA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL RESISTENTE E INTOLERANCIA A ESPIRONOLACTONA

I. Jiménez<sup>1</sup>, L. Pérez<sup>1</sup>, I. Torres<sup>1</sup>, A. Roldán<sup>1</sup>, J. Costa<sup>2</sup> y F. Pérez-Lahiguera<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Hipertensión Arterial y Riesgo Vascular. Hospital de Sagunto. Sagunto/Sagunt (Valencia).

<sup>3</sup>CIBER 03/06. Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición. ISC III (Madrid).

**Objetivos.** Espironolactona, utilizado en pacientes hipertensos, presenta en ocasiones efectos secundarios debidos, fundamentalmente a sus efectos hormonales. El objeto del presente estudio es valorar la utilidad de añadir eplerenona al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial resistente (HTAR) que han presentado intolerancia a espirolactona.

**Material y métodos.** Estudio observacional retrospectivo de 26 pacientes con HTAR y con creatinina  $< 1,6$  mg/dl en varones y  $< 1,4$  mg/dl en mujeres, que habían llevado tratamiento previo con espirolactona y presentar un efecto secundario atribuible al fármaco que obligase a su supresión. Se excluyeron aquellos pacientes con HTA secundaria, K+ sérico al inicio del estudio  $> 5,5$  mmol/l o  $< 3,5$  mmol/l o sospecha de hiperaldosteronismo primario, escasa observancia terapéutica y enfermedad sistémica que interfiriese en la valoración de los cambios de PA.

**Resultados.** Al sustituir la espirolactona por eplerenona no hubo diferencias significativas en los valores alcanzados de PAS ni PAD, ni cambios en los electrolitos ni la creatinina. El 34% de los pacientes consiguió controlar la PA, sin los efectos secundarios de la espirolactona.

**Conclusiones.** En el presente estudio en una muestra de hipertensos con HTAR la respuesta antihipertensiva con eplerenona es similar a la de la espirolactona sin aparición de los efectos secundarios característicos hormonodependientes.

#### RV-60

##### LA GRASA DE LA DIETA MODIFICA EL METABOLISMO LIPOPROTEICO POSTPRANDIAL EN PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO

D. Rosado Álvarez, A. Ortiz, Á. Gómez, C. Muñoz, F. Delgado, P. Pérez Martínez, F. Fuentes y J. López Miranda

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

**Objetivos.** La grasa de la dieta juega un papel importante en el desarrollo del síndrome metabólico (SMet). La relación entre la lipemia alimentaria y la enfermedad coronaria es un tema de gran interés, por las evidencias epidemiológicas y experimentales que la apoyan. Nuestro objetivo fue evaluar si la calidad y la cantidad de la grasa de la dieta modifican el metabo-

Tabla 1 (RV-59). Características

Parámetro (n = 26)	Visita inicial	Tras espirolactona	Tras eplerenona	p (entre ttos)
PAS mmHg	165 (18)	132 (26)	132 (25)	0.433
PAD mmHg	87 (18)	76 (10)	76 (10)	0.974
Na (meq/L)	141 (3)	139 (3)	139 (3)	0.560
K+ (meq/L)	3.5 (0.5)	4.6 (0.5)	4.6 (0.5)	0.438
Creatinina (mg/dl)	0.9 (0.3)	1 (0.4)	1.1 (0.4)	0.227
Filtrado glomerular (ml/min/1.73 m <sup>2</sup> )	82 (16)	75 (17)	71 (21)	0.180
Urato (mg/dl)	6 (1.8)	6 (1.8)	6.4 (2.1)	0.239
Nº fármacos antihipertensivos	3.7 (0.3)	3.1 (0.3)	3.1 (0.3)	0.327
Pacientes con PA controlada n (%)	0	9 (34)	9 (34)	Ns.
Dosis medias del fármaco (mg/d)		42.8	21.7	
Diferencia entre una visita y la siguiente (semanas)		21 (46)	12 (17)	

lismo postprandial de las lipoproteínas ricas en triglicéridos en pacientes con SMet.

**Material y métodos.** 130 pacientes con SMet fueron asignados aleatoriamente a una de estas cuatro dietas isocalóricas durante 12 semanas: a) rica en grasa saturada (38% grasa total, 16% SFA, 12% MUFA 6% PUFA), (HSFA); b) rica en grasas monoinsaturadas (38% grasa total, 8% SFA, 20% MUFA, 6% PUFA), (HMUFA) y c) dos dietas pobres en grasas (8% SFA, 11% MUFA; 6% PUFA) y ricas en hidratos de carbono complejos, suplementadas c-1) bien con 1.24 gr/día de n-3 PUFA (LC n-3 PUFA) o c-2) bien con placebo, (LFHCC). Tras finalizar cada uno de los períodos de intervención dietética, los pacientes ingirieron una sobrecarga oral grasa con una composición similar a la dieta previamente consumida: desayuno HSFA (38% SFA, 21% MUFA 6% PUFA); desayuno HMUFA (12% SFA, 43% MUFA, 10% PUFA); desayuno LFHCC con cápsulas de placebo (21% SFA, 28% MUFA, 16% PUFA) y desayuno LFHCC con n-3 PUFA (21% SFA, 28%; MUFA, 16% PUFA (1.24 g/d de LC n-3 PUFA). Se realizaron extracciones en el tiempo 0 y posteriormente cada 2 horas hasta llegar a las 8 horas, determinándose los niveles de colesterol total (CT) y triglicéridos (TGs) en plasma y CT, TGs y retinil palmitato en las lipoproteínas ricas en triglicéridos (LRT) grandes y pequeñas.

**Resultados.** Los pacientes que consumieron las dietas HMUFA o LFHCC n-3 presentaron menores niveles plasmáticos de TGs postprandiales ( $p < 0.001$ ) y de TGs vehiculizados en las LRT grandes que los que consumieron las otras dos dietas. Además, el consumo crónico de la dieta LFHCC indujo un incremento postprandial del área bajo la curva (AUC) de los TGs ( $P = 0.043$ ), TGs-LRT grandes ( $p = 0.010$ ), RP-LRT grandes ( $p < 0.001$ ), apoB ( $p = 0.002$ ) y C-LRT grandes ( $p < 0.001$ ). Sin embargo, la suplementación con n-3 a la dieta LFHCC atenuó dicha hipertrigliceridemia postprandial e indujo una reducción del AUC de los niveles postprandiales de CT ( $p = 0.005$ ), apoB ( $p = 0.003$ ) y ApoA1 ( $p = 0.039$ ).

**Conclusiones.** La ingesta de una dieta HMUFA disminuye las alteraciones lipoproteicas postprandiales asociadas al SMet. Además, el efecto adverso derivado del incremento de los TG postprandiales tras el consumo de la dieta LFHCC fue favorablemente amortiguado con la suplementación en n-3 PUFA (LC n-3 PUFA).

#### RV-61 FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES ¿CAEMOS EN LA INERCIA TERAPÉUTICA?

J. García Moreno, J. Rodríguez Sánchez, B. Barón Franco, C. Borrachero Garro y E. Pujol De La Llave

Servicio de Medicina Interna. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Huelva.

**Objetivos.** Conocer la prevalencia en nuestros pacientes de FRCV y valorar si la presencia de dichos FRCV se asocia con una mayor prevalencia de ECV. Existe una actitud conservadora para detectar y tratar otro factor de riesgo en aquellos que ya están diagnosticados y tratados de uno. Queremos valorar la importancia de la "inercia terapéutica" en el manejo de nuestros pacientes.

**Material y métodos.** Es estudio epidemiológico, diseño observacional, transversal. Pacientes que ingresaron en nuestro servicio por SCA o IC reagudizada, durante un año (junio 2008 a junio 2009). Analizamos la edad, sexo, HTA, tabaquismo, motivo de ingreso, cLDL, colesterol total, TG, Hb A1c.

**Resultados.** La patología que valoramos supone el 16.04% de todos los ingresos. 612 ingresos hombres 53.9% y mujeres 46.1%. Edad media 71.09 años, desviación típica de 11.459. Edad media de hombres 68.03 años, la edad media de mujeres 74.61 años. Factores de riesgo valorados: Diabetes 42.8% de los pacientes, Dislipemia 57.8%, HTA 78.4%, Fumador activo 15% (ex fumadores 29.1%). Mujeres diabéticas el 46.8% de las pacientes, y hombres 40.6  $p = 0.191$ , con dislipemia mujeres 59.57% de las pacientes, hombres 58.1%  $p = 0.571$ . Pacientes con dislipemia y diabetes son 160 el 26.14%,  $p = 0.222$ , mujeres 84 (29.78 %) y hombres 76 (23.7%). En el SCA los pacientes diabéticos y dislipémico son el 22.6%, y pacientes sin DM ni dislipemia son el 28,8%  $p = 0.474$ , y en ICC diabéticos y dislipémicos 30%, y pacientes sin DM ni dislipemia 21,67%,  $p = 0.576$ . Los que habían ingresado previamente por el mismo motivo fueron el 40.5%, por SCA 36,8% y por ICC habían reingresado 44,7 %,  $p = 0.93$ . De los pacientes que reingresan eran diabéticos y dislipémicos 37%, y con un único factor de riesgo había 50% y pacientes no diabéticos ni dislipémicos 12,9%, con  $p = 0.829$ . Entre los pacientes que no habían ingresado previamente eran diabéticos y dislipémicos 17,5%, con un único factor de riesgo DM o dislipemia 164 (46,3%), y no tenían ninguno de los dos factores de riesgo 35% con  $p = 0.73$ . Hb glicosilada fuera del límite de la normalidad estaba en el 13.1% de los diabéticos y de estos pacientes que no cumplían criterios de control adecuado de la diabetes no se modificó el tratamiento en el 44,7% con  $p = 0.001$ . Pacientes dislipémicos con mal control eran 30.1%, de estos no se cambió el tratamiento al 51,1 %,  $p = 0.332$ .

**Discusión.** El estudio tiene limitaciones no hay seguimiento y solo se realiza una medición de las variables. El número de ingresos era mayor para

hombres que para mujeres, pero predominan la asociación de los dos FR en las mujeres. La diabetes es más frecuente entre las mujeres mientras que en la dislipemia la proporción es muy similar. Fue mayor el número de ingresos por SCA, con más hombres, predominan las mujeres en la IC. En el SCA predominan los pacientes sin ninguno de los dos FR analizados, en la IC el número de pacientes ingresados con los dos FR son mayoría. Más de un tercio de los pacientes ingresados por SCA ya lo habían hecho previamente, esta proporción aumenta para la IC. En los pacientes reingresados predominan los paciente con los dos factores de riesgo, 87% de estos tenían 1 o los 2 factores. En nuestros pacientes el control de la diabetes es mejor que el de la dislipemia. No se modificó el tratamiento en el 44% de los diabéticos mal controlados ni en un 51% de los dislipémicos mal controlados. Esto es aun más llamativo si tenemos en cuenta que todos los pacientes del estudio son de alto riesgo cardiovascular. La justificación de este manejo podría ser debido a cifras alteradas límites, y no se indican la modificación del tratamiento por ser pacientes polimedcados o con otras enfermedades crónicas.

**Conclusiones.** Los pacientes de riesgo alto son los que más beneficios clínicos obtienen de una intervención orientada al control de RCV. Es necesario un énfasis mayor en el control de los FR, sobre todo en los pacientes diabéticos. Es difícil establecer el umbral a partir del cual debe iniciarse una intervención sin que por ello debamos caer en la "tentación" de posponer la modificación en el tratamiento una vez detectado el mal control.

#### RV-62 DIAGNÓSTICO MEDIANTE ÍNDICE TOBILLO-BRAZO (ITB) DE ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA SUBCLÍNICA EN PACIENTES CON INGRESO POR UN PRIMER EVENTO CARDIOVASCULAR MAYOR

F. Poveda Gómez<sup>1</sup>, A. López Montes<sup>2</sup>, L. Mas Ruiz<sup>2</sup>, N. Almendros Vilchez<sup>2</sup>, L. Mérida Rodrigo<sup>1</sup>, M. Corrales González<sup>1</sup>, L. Hidalgo Rojas<sup>1</sup> y J. García Alegría<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga).

<sup>2</sup>Unidad Docente Medicina de Familia y Comunitaria. Distrito Sanitario Costa del Sol (Málaga).

**Objetivos.** Estudio de la prevalencia de enfermedad arterial periférica (EAP) subclínica en pacientes ingresados por un primer evento cardiovascular mayor. Evaluar la adecuación terapéutica, especialmente en cuanto a tratamiento antiagregante plaquetario, en dicho subgrupo de pacientes.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal realizado en el Hospital Costa del Sol, desde junio de 2008 hasta marzo de 2009 en pacientes ingresados por un primer evento cardiovascular mayor (ICTUS, Síndrome Coronario Agudo o Insuficiencia Cardíaca) y ausencia de ingresos previos o documentación clínica indicativa de enfermedad cardiovascular (enfermedad cerebrovascular, cardiopatía isquémica, enfermedad arterial periférica, insuficiencia cardíaca o insuficiencia renal crónica relacionada con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus). Dentro de un amplio proyecto aún en fase de ejecución y que está centrado en el despistaje de arteriopatía subclínica, investigamos la prevalencia de enfermedad arterial periférica (EAP) oculta evaluada mediante índice tobillo-brazo (ITB). El ITB se determinó de manera no invasiva con un manguito de presión sanguínea y una sonda Doppler de 5 mHz. Se consideró diagnóstico de EAP un ITB  $< 0,9$  o  $> 1,3$ .

**Resultados.** De las 100 personas que fueron incluidas en el estudio 56 ingresaron por un ICTUS, 40 por un Síndrome Coronario Agudo y 4 pacientes por primer episodio de Insuficiencia Cardíaca. Del total de pacientes, 62 eran varones y 38 mujeres, con una edad media de  $67,41 \pm 12,7$  años. Durante el ingreso hospitalario, se les midió a todos los sujetos el ITB para el diagnóstico de Enfermedad Arterial Periférica (EAP). Los factores de riesgo vascular identificados por orden de frecuencia fueron: sedentarismo (75%), obesidad (71%), HTA (71%), diabetes mellitus (51%), dislipemia (51%) y tabaquismo (38%). Respecto al análisis de ITB, 53 pacientes presentaban un ITB patológico por valor inferior a 0,9, dentro del cual, 48 pacientes EAP leve-moderada (ITB 0,4-0,9) y 5 pacientes EAP grave (ITB  $< 0,4$ ). 4 pacientes presentaron un ITB superior a 1,3, considerándolo también patológico. Al evaluar la adecuación del tratamiento, se observó que sólo 16 del total de pacientes ingresados presentaban antiagregación plaquetaria previa al ingreso. A considerar el subgrupo de enfermos con diagnóstico de novo de EAP, tan sólo 8 (14%) de los 57 pacientes se encontraba bajo terapia antiagregante.

**Discusión.** El ITB es una prueba no invasiva de gran utilidad no sólo como predictor de riesgo vascular, sino además como método diagnóstico de EAP. En nuestro estudio existe una alta prevalencia de EAP subclínica. Dada esta alta prevalencia, la búsqueda de EAP no conocida nos parece de gran utilidad porque es relativamente común, pasa desapercibida en la valoración clínica convencional, conlleva un peor pronóstico y afecta a pacientes que requerirían una modificación más agresiva de sus factores de riesgo vascular. El tratamiento antiagregante plaquetario se considera una pieza primordial en los sujetos con EAP, con lo cual el despistaje de

esta entidad mediante una técnica sencilla, validada y de rápida ejecución cual es el ITB constituye un recurso importante para un adecuado manejo terapéutico de estos pacientes.

**Conclusiones.** En pacientes con un primer ingreso por un evento cardiovascular mayor se observa una alta prevalencia de enfermedad arterial periférica subclínica y previamente no diagnosticada. Es llamativa la inadecuación de tratamiento antiagregante en un alto porcentaje de pacientes. Por lo tanto, el uso rutinario del ITB en pacientes con alto riesgo vascular puede permitir una optimización terapéutica en cuanto a objetivos en el control de sus factores de riesgo vascular y una correcta indicación de tratamiento antiagregante plaquetario.

#### RV-63

### EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LAS CRISIS HIPERTENSIVAS ATENDIDAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

**A. Sánchez Purificación<sup>1</sup>, M. Sánchez Romero<sup>1</sup>, J. Marrero Frances<sup>1</sup>, A. Rodríguez Benavente<sup>1</sup>, M. Calahorra<sup>2</sup>, M. Gómez<sup>2</sup>, M. Escobar<sup>2</sup> y A. Zapatero Gaviria<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina de Familia y Comunitaria. Hospital de Fuenlabrada. Fuenlabrada (Madrid).

**Objetivos.** Analizar la prevalencia y características clínicas de los pacientes que acuden por crisis hipertensivas al Servicio de Urgencias de un hospital de tamaño medio en una población urbana. Evaluar el manejo diagnóstico y el tratamiento llevado a cabo y ver la evolución de estos pacientes al cabo de tres meses.

**Material y métodos.** Estudio observacional de todos los pacientes con crisis hipertensivas atendidos en el servicio de Urgencias durante un período de seis meses consecutivos. Se recogieron variables epidemiológicas y clínicas; pruebas diagnósticas realizadas y tratamiento hipotensor recibido en cada paciente. A los tres meses se realizaron llamadas telefónicas a todos los pacientes diagnosticados para ver su evolución y detectar la aparición de complicaciones.

**Resultados.** Se incluyeron 56 pacientes, lo que supone el 0.25% de todas las urgencias atendidas en el área de Medicina Interna durante esos 6 meses. 33 hombres (58,9%) y 23 mujeres (41%). Edad media 57,38 años (IC 95%: 52,97-61,78). Un 9.1% fueron Emergencias Hipertensivas. El 19% no eran hipertensos conocidos. Un 55% tenían previamente HTA severa (> 160/110 mmHg). Tiempo medio de evolución de la HTA: 3,5 años (IC 95%: 1,99-5,10). El 43% de pacientes no tenían tratamiento. Un 30% estaban tratados con dos ó más hipotensores. Factores de riesgo vascular asociados: Tabaco (30%); Hiperlipemia (35%); Diabetes (22%); Obesidad (18%). Cifras medias de TA a su llegada a Urgencias: PAS 187 mmHg (IC 95%: 180-194); PAD 100 mmHg (IC 95%: 96-104). Los síntomas por los que acudieron a Urgencias fueron cefalea (18,5%); mareo (18,5%); dolor torácico (9%); disnea (4%); varios síntomas (39%). El 11% de los pacientes acudieron asintomáticos, tras detectarse cifras tensionales elevadas. Pruebas complementarias realizadas en el servicio de Urgencias: EKG al 87% de pacientes: Hipertrofia de ventrículo izquierdo ó alteraciones de la repolarización en el 16%. Alteración del ritmo en el 7%. Normal el resto. Analítica al 70% de pacientes: Normal en el 50%. Elevación de la Creatinina en el 10%; Hiponatremia en el 4%; Alteración enzimática en el 4%; Otras alteraciones en el 4%. Rx de Tórax al 42% de pacientes. Normal en el 20%. Cardiomegalia ó signos de insuficiencia cardiaca en el 12%. Alteraciones no relacionadas en el 10%. Sólo al 6% de los pacientes se realizaron otras pruebas diagnósticas. Tratamiento recibido en Urgencias: El 46% de pacientes recibió un solo tipo de fármaco: En el 83% de los casos, un IECA. El 27% recibieron dos ó más hipotensores. Un 27% de pacientes no recibió ningún tratamiento. Al alta el 73% de los pacientes se marcharon asintomáticos. El 27% restante mejoraron de los síntomas. Al 42% de los pacientes se les modificó el tratamiento previo. Al 34% se les mantuvo el mismo tratamiento. El 24% restante fueron dados de alta sin medicación. El 73% fueron remitidos a Atención Primaria para seguimiento. El 18% fueron derivados a consultas especializadas. Sólo el 9% de los pacientes precisaron ingreso. A los 3 meses un 30% de pacientes había mejorado el control tensional. Sólo un 20% mejoró el control de algunos de los otros FRCV asociados. Un 7% habían presentado complicaciones cardiovasculares y un 3% habían fallecido.

**Conclusiones.** Las crisis hipertensivas suponen < 1% de las urgencias médicas atendidas en nuestro hospital. El 9% de ellas son Emergencias Hipertensivas. Son más prevalentes entre pacientes de mediana edad, con HTA moderada-severa, de pocos años de evolución y sin tratamiento previo. Frecuentemente presentan otros factores de riesgo vascular asociados. Los IECA fueron los hipotensores más utilizados en el servicio de Urgencias: 83%. La mayoría fueron remitidos a Atención Primaria para seguimiento, sin tratamiento hipotensor ó sin modificaciones en el tratamiento previo. A los tres meses sólo un pequeño porcentaje de pacientes había mejorado el control de la TA y de los otros FRCV. En estos pacientes se observó una morbimortalidad cardiovascular elevada y precoz.

#### RV-64

### ASOCIACIÓN ENTRE EN SÍNDROME METABÓLICO Y LA AUSENCIA DE DESCENSO NOCTURNO DE LA PRESIÓN ARTERIAL

**C. Teijo Núñez, S. Álvarez Álvarez, F. Vega Rollán y S. López Nicolás**  
Servicio de Medicina Interna. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León).

**Objetivos.** Existe una marcada asociación entre el síndrome metabólico (SM) y el aumento del riesgo cardiovascular. Además el patrón no dipper (pacientes con descenso nocturno de la presión arterial < 10% respecto los valores diurnos) también se ha asociado con una mayor morbi-mortalidad cardiovascular. Pretendimos analizar si existía alguna relación entre ambas entidades en sujetos con hipertensión arterial esencial.

**Material y métodos.** Se incluyeron en el estudio 155 pacientes con hipertensión arterial esencial que acudieron consecutivamente durante 1 año a nuestra consulta. Se monitorizó la presión arterial durante 24 horas mediante el monitor Spacelabs 90207, tomando mediciones cada 20 minutos durante el período diurno y cada 45 minutos durante el nocturno. El período nocturno se determinó en base al momento en que los pacientes referían acostarse. Se definió SM según los criterios ATP III. El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS versión 12.

**Resultados.** El 36,3% de los pacientes presentaron SM mientras que el 61 un patrón no-dipper (ND). Los valores diurnos de la MAPA fueron superiores en el grupo dipper (PAS: 132[17,5] frente a 130[15,8] mmHg; p 0,453 / PAD: 79,8[9,6] frente a 75,5[9,2] mmHg; p 0,007); mientras que durante el período nocturno fueron superiores en el no-dipper (PAS: 126[18,1] frente a 111[15,5] mmHg; p 0,000 / PAD: 71,2[10,9] frente a 64,2[7,9] mmHg; p 0,000). De los pacientes con SM el 74% presentaron de manera significativa un patrón ND (p 0.003). La PCRus también fue mayor en los pacientes con SM (5 vs 3.3 – p 0.03).

**Conclusiones.** En conclusión, en el presente estudio se observa que los pacientes con SM presentan de manera significativa mayor predilección por el patrón ND así como aumento de la PCRus, ambas entidades relacionadas con un aumento de riesgo vascular; por lo que en estos pacientes, si cabe aún más, se deberían implementar la medidas terapéuticas para disminuir la morbi-mortalidad cardiovascular.

#### RV-65

### ASOCIACIÓN ENTRE EL SÍNDROME METABÓLICO Y LOS MARCADORES DE INFLAMACIÓN

**C. Teijo Núñez, S. Álvarez Álvarez, F. Vega Rollán y S. López Nicolás**  
Servicio de Medicina Interna. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León).

**Objetivos.** Existen numerosos estudios que muestran una marcada asociación entre la elevación de los marcadores de inflamación y la aparición de eventos cardiovasculares. Analizamos si existía alguna relación entre la existencia del síndrome metabólico en sujetos con hipertensión arterial esencial y los marcadores de inflamación.

**Material y métodos.** Se incluyeron en el estudio 155 pacientes con hipertensión arterial esencial que acudieron consecutivamente durante 1 año a nuestra consulta. Se definió el síndrome metabólico (SM) según los criterios ATP III. Se comparó según la existencia o no de SM los valores de leucocitos, VSG y PCRus. Previamente se excluyeron aquellos pacientes que presentaban o habían presentado en los meses previos algún proceso infeccioso o inflamatorio. El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS versión 12.

**Resultados.** El 36,3% de los pacientes presentaron SM. Comparados con los pacientes sin SM presentaban niveles más elevados de leucocitos (7074 mm<sup>3</sup> vs 6581 mm<sup>3</sup> p 0.08), VSG (21 mm<sup>3</sup>/hr vs 16 mm<sup>3</sup>/hr p 0.06) y PCRus (5 vs 3.3 p 0.03).

**Conclusiones.** En conclusión, en el presente estudio se observa que los pacientes con SM presentan mayor elevación de marcadores inflamatorios; lo que sugiere un aumento añadido del riesgo cardiovascular.

#### RV-66

### SÍNDROME CORONARIO AGUDO (SCA) SILENTE: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MORTALIDAD

**F. Arnalich<sup>1</sup>, V. Lagos<sup>2</sup>, M. Menéndez<sup>2</sup>, R. Montejano<sup>2</sup>, V. Hontañón<sup>1</sup>, C. García-Cerrada<sup>1</sup>, J. Sobrino<sup>3</sup> y M. Quesada<sup>1</sup>**

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

<sup>3</sup>Departamento de Medicina. UAM.

**Objetivos.** La presencia de un síndrome coronario agudo (SCA) puede pasar inicialmente inadvertida si la sintomatología es atípica o ausente, o si existen otras enfermedades superpuestas. El objetivo de este trabajo es analizar y comparar las características epidemiológicas y el pronóstico de

los pacientes con FRV que son evaluados en el servicio de urgencias con otros diagnósticos diferentes de SCA en los que posteriormente se detecta isquemia miocárdica aguda.

**Material y métodos.** Se estudia una serie consecutiva de 1280 pacientes ingresados en urgencias durante 2005-2006 diagnosticados de síndrome coronario agudo, (angor inestable o SCASET). 165 pacientes (12.9%) fueron inicialmente diagnosticados de SCA e ingresaron en cardiología, y 40 (3.1 %) fueron diagnosticados de SCA en el curso de las siguientes 24 h e ingresaron en Medicina Interna o especialidades médicas. Se excluyeron de este análisis 35 pacientes con diagnóstico inicial o en las primeras 24 horas de SCASET que ingresaron en la unidad coronaria. También se excluyeron 7 pacientes con elevación de Tn I secundaria a otros procesos: 4 sepsis, 3 TEP. Se recogieron las características demográficas, factores de riesgo vascular, comorbilidad, datos clínicos y de laboratorio, ECG, y evolución de los pacientes con SCA de presentación típica y silente. La mortalidad por causa cardíaca a los 30 días y a los dos años fue la variable final de desenlace. La comparación univariable entre los valores continuos se realizó mediante la t de Student, y mediante la chi-cuadrado para los parámetros categóricos. La asociación de estas variables con la mortalidad fue evaluada mediante análisis de regresión logística multivariable.

**Resultados.** En comparación con los pacientes inicialmente diagnosticados de SCA, los pacientes con SCA silente fueron de mayor edad (71.53+ 10.4 años vs 62.8 + 8.1,  $p < 0.01$ ), y tenían mayor prevalencia de diabetes (45% vs 22.7%,  $p < 0.01$ ), y mayor comorbilidad (I. Charlson > 3, 53% vs 24 %,  $p < 0.01$ ). En diecisiete (42.5%) pacientes el dolor torácico fue interpretado como pleurítico, 14 (35%) no referían dolor torácico, y en 9 casos (22.5%) el interrogatorio fue incompleto. Los procesos asociados al SCA que ocultaron el diagnóstico inicial de SCA fueron: neumonía, 17 pacientes (42.5%); DM-2 y descompensación hipoglucémica, 9 (22.5%); hipoglucemia sintomática, 7 (17.5%); EPOC reagudizado, 4 (10%), ictus 3 (7.5%) Los valores pico y promedio de troponina I, y la frecuencia de alteraciones isquémicas en ECG fueron similares en los grupos de pacientes con SCA típico y SCA silente. La mortalidad a los 30 d fue mayor en el grupo de pacientes con SCA silente: 7 (17.5%) vs 8 pacientes (4.8%),  $p < 0.01$ . La mortalidad a los 2 a. fue similar: 4 (10%), vs 9 (5.7%) pacientes, respectivamente. Los factores independientemente asociados a mortalidad a 30 d. en SCA silente fueron: cardiopatía isquémica (OR 3.072, CI 1.69-5.31), diabetes con episodios hipoglucémicos (OR 1.84, CI: 137-3.85).

**Discusión.** La existencia de SCA silentes o enmascarados por otros procesos debe buscarse con especial atención en pacientes con FRV. La neumonía y la hipoglucemia severa en pacientes con DM-2 son dos de las causas más frecuentes. En pacientes con cardiopatía isquémica, la respuesta inflamatoria asociada a la neumonía puede multiplicar la disfunción endotelial y desencadenar un SCA. La respuesta adrenérgica en DM-2 con hipoglucemia severa puede inducir isquemia miocárdica a través de cambios bruscos en la microcirculación coronaria.

**Conclusiones.** 1ª) La presencia de un SCA silente o enmascarado es frecuente en el servicio de urgencias, y debe sospecharse especialmente en pacientes con neumonía, diabetes descompensada o hipoglucemia severa. 2ª) Se asocia a mayor mortalidad a los 30 días en comparación con el SCA típico aunque el pronóstico a largo plazo es similar.

#### RV-67

##### ANGIOPLASTIA PRIMARIA: ¿ES IMPORTANTE LA DEMORA HASTA EL TRATAMIENTO?

**E. Cambrero Cortinas, A. Ruiz Tornero, A. Gutiérrez Díez, M. Simón García, J. Córdoba Soriano, R. Fuentes Manso, J. García García y J. Jiménez Mazuecos**

*Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.*

**Objetivos.** Es conocido por estudios y registros internacionales que el retraso hasta el tratamiento en la angioplastia primaria en el marco del IAM con elevación del segmento ST influye en el pronóstico de los pacientes de forma que están surgiendo registros y bases de datos que intentan conocer este retraso fomentando la disminución de los tiempos hasta el tratamiento. Este hecho está menos comprobado en hospitales de nuestro medio donde se ofrecen programas de angioplastia primaria. Nuestro objetivo fue corroborar que en pacientes a los que se le realiza una angioplastia primaria el tiempo hasta el tratamiento es vital.

**Material y métodos.** Se estudiaron todos los pacientes que acudieron con IAM con elevación del ST a los que se les realizó una angioplastia primaria en los últimos 18 meses. Se recogió el tiempo de retraso hasta el tratamiento ó tiempo puerta-balón (TPuBa) que comprendía el tiempo desde que el paciente acudía a urgencias hasta que se producía la apertura de la arteria coronaria responsable del cuadro. Se revisaron las historia clínicas y se estudió la aparición de eventos graves durante el ingreso, definidos por la mortalidad total (MT) o el acontecimiento de cualquier evento cardiovascu-

lar (EvCv, como combinado de muerte, re-IAM, isquemia recurrente, ACVA y nueva intervención coronaria percutánea).

**Resultados.** Se contabilizaron 147 pacientes. La edad media fue de 65.2 ± 12 años. El 26% tenían más de 75 años. El 82% eran varones. Un 54% HTA, 43% dislipidémicos, 65% eran o habían sido fumadores y el 24% eran diabéticos conocidos. Durante el ingreso 7 pacientes fallecieron (MT de 4.8%) y 15 tuvieron EvCv (10%). El 54% de los pacientes fue atendido con un TPuBa menor de los 90 minutos recomendados. La mediana del TPuBa fue de 74 minutos. La mediana desde el inicio de los síntomas hasta la apertura de la arteria coronaria fue de 210 minutos. Los pacientes que fallecieron durante el ingreso tuvieron un TPuBa significativamente mayor que los pacientes que sobrevivieron (224 vs 104 minutos,  $p:0.04$ ). Así mismo existió una fuerte tendencia a que los pacientes con EvCv tuvieran un TPuBa mayor ( $p: 0.06$ ).

**Conclusiones.** En pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST a los que se les realiza una angioplastia primaria en un hospital de nuestro medio la supervivencia global y la supervivencia libre de eventos cardiovasculares está influenciada por el tiempo hasta el tratamiento de forma que tiempos hasta la apertura de la arteria más precoces mejoran el pronóstico. Esfuerzos para implementar estrategias que ayuden a disminuir estos tiempos en cada ámbito hospitalario ayudarán a mejorar la supervivencia.

#### RV-68

##### ESTUDIO RETROSPECTIVO DEL DOLOR TORÁCICO ENTRE LOS ENFERMOS INGRESADOS DURANTE 5 AÑOS (2004-2008) EN MEDICINA INTERNA

**L. Mateos Polo, E. Puerto Pérez, P. Miramontes González, A. Romero Alegría y A. Sánchez Rodríguez**

*Servicio de Medicina Interna I. Hospital Universitario de Salamanca. H. Virgen de la Vega. Salamanca.*

**Objetivos.** Determinar las característica clínicas y biológicas, la distribución etaria y la etiología de los enfermos ingresados para estudio de dolor torácico en una Unidad de Medicina Interna durante 5 años (desde Enero del 2004 hasta Diciembre del 2008).

**Material y métodos.** Desde la base de datos de ingreso y los informes tabulados al alta, se evaluaron las Historias Clínicas cuyo diagnóstico de entrada fue de dolor torácico. Se recogieron 115 historias clínicas, rechazándose 14, por no cumplir los requisitos del estudio. Se evaluó además de tener una anamnesis y exploración física completa, la existencia de radiografías de tórax al ingreso y a su alta, electrocardiograma, enzimas cardíacas y analítica seriada cuando correspondía, TAC torácico y/o abdominal, AngioTAC doppler venoso, cateterismo cardíaco, ergometría, estudios baritados y si procedía análisis anatomopatológico. Para la estadística agrupamos los diagnósticos en 5 categorías 1-Cardiovasculares: síndromes coronarios agudos, insuficiencia cardíaca, pericarditis, miocarditis, disección de aorta, valvulopatías y tromboembolismo pulmonar. 2-Pleuropulmonares: neumonías con y sin derrame, obstrucción crónica al flujo aéreo, neumotorax, neumomediastino, tumores y procesos mediastínicos. 3-Digestivas; alteraciones motoras del tracto gastrointestinal, del, patología biliopancreática, patología ulcerosa, etc. 4-Musculosqueléticas: costochondritis, radiculopatías, tumores óseos y metástasis costales. 5-Psicógenas: síndromes de hiperventilación, depresión, etc.

**Resultados.** De los 91 enfermos analizados 53 eran varones representando el 46%, con una edad media global de 76,5 años. Las enfermedades cardiovasculares representaron la causa más frecuente de ingreso hospitalario con el 51.6% seguidas de las enfermedades pleuropulmonares con el 40.6%, muy de lejos se encuentran los procesos digestivos y los musculosqueléticos con el 3,2% y las causas psicógenas con el 1,09%. Entre las enfermedades cardiovasculares la causa más frecuente fue el tromboembolismo pulmonar con el 24,1%, con una edad media de 71,4 años y predominio en varones (el 72.7% de los casos), seguida de los síndromes coronarios agudos con el 29,7% y edad media de 80,7 años con predominio igualmente en el sexo masculino y de la insuficiencia cardíaca congestiva con el 19,1%, predominio en el sexo femenino y edad media de 83.7 años. Respecto a la categoría pleuropulmonar la neumonía con el 50% fue la etiología más frecuente de predominio en mujeres con edad media de 51 años, seguida del cancer broncopulmonar con el 27,5%, en varones con el 81,8% y edad media de 58,3 años.

**Conclusiones.** Como era de esperar las enfermedades cardiovasculares representa en nuestra serie la causa más frecuente de ingreso hospitalario por dolor torácico, siendo el tromboembolismo pulmonar en varones de edad avanzada la etiología más frecuente al contrario de otros estudios en que los síndromes coronarios agudos son la primera causa, probablemente esta serie está sesgada pues los pacientes con dolor torácico son desviados por el sistema de transporte sanitario directamente a una de las instalaciones del Hospital Universitario en donde se localiza la Unidad Coronaria. En últi-

mo lugar se sitúa la neumonía de la comunidad, de predominio en mujeres jóvenes. Llama la atención la disminución de los diagnósticos de cáncer broncopulmonar como causa de dolor torácico.

#### RV-69

##### ¿DÓNDE RADICAN LOS RETRASOS HASTA LA REPERFUSIÓN EN UN PROGRAMA DE ANGIOPLASTIA PRIMARIA?

**M. Simón García, E. Cambrónero Cortinas, J. Jiménez Mazuecos, A. Gutiérrez Díez, J. García García, T. Iglesias Mier, D. Rodríguez Carcelen y A. Lara Sahuquillo**

*Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.*

**Objetivos.** La terapia de reperfusión óptima en el tratamiento del infarto agudo de miocardio es la angioplastia primaria (AP) siempre que se realice por un equipo experimentado y con un tiempo puerta-balón desde que el paciente llega a urgencias hasta que se realiza la apertura de la arteria (TPuBa) inferior a 90 minutos, aunque esto es difícil de conseguir en el mundo real. Nuestro objetivo principal será analizar precisamente dónde radican los retrasos hasta la reperfusión, para poder diseñar estrategias para mejorar en lo posible estos registros.

**Material y métodos.** Se diseña un registro prospectivo sobre 135 pacientes a los que se realizó una AP recogiendo distintos tiempos desde el inicio del dolor hasta que la arteria coronaria está permeable: 1.-Tiempo inicio síntomas hasta llegada a puerta de urgencias (TSiPu). 2.- Tiempo llegada a puerta de urgencias hasta llamada equipo de hemodinámica (TPuLla). 3.- Tiempo llegada del equipo de hemodinámica desde domicilio (Tllegequi). 4.- Tiempo de llegada del equipo hasta llegada del enfermo a sala (Tllegenf). 5.-Tiempo llegada del enfermo hasta la apertura de la arteria (TllegBa) y 6.- TPuBa (sumatorio de los tiempos 2-5).

**Resultados.** El mayor retraso se produjo en la llegada del paciente a urgencias, TSiPu de  $195 \pm 15$  min (IC95% 165-225). El TPuLla fue 24 minutos (25% de los P en 10' y el 75% en 48'). El Tllegequi de 11'. El Tllegenf de 14'. El TllegBa de 25' y el TpuBa de 113 minutos. Solo el 54% de los pacientes tuvieron un TPuBa inferior a los 90 minutos recomendados.

**Discusión.** El principal retraso en un programa de angioplastia primaria radica en la llegada del enfermo al hospital (lo que supone más del 70% del tiempo global de isquemia). Las campañas encaminadas a disminuir este tiempo de isquemia coronaria deberían centrarse en el ámbito extrahospitalario (campañas de concienciación e información a la población general y a pacientes en riesgo en particular, mejora en los traslados por el personal de urgencias extrahospitalaria). Una vez dentro del hospital la demora se registra fundamentalmente en urgencias (50% del TiPuBa) por lo sería recomendable que existieran protocolos de actuación rápida adaptados a cada hospital con el fin de aumentar la rapidez en el diagnóstico y en el traslado intrahospitalario (ECG precoz, activación directa de la alerta, traslado directo a sala...). En nuestra experiencia (ciudad pequeña y con facilidad de acceso al hospital) la presencia de una alerta localizada en el domicilio no incrementa el retraso de forma significativa (14% del TiPuBa) siempre que el equipo tenga una sensibilidad especial para aligerar los tiempos.

**Conclusiones.** En un programa de angioplastia primaria de nuestro medio los retrasos fundamentales se registran en el marco extrahospitalario. Dentro del hospital las demoras se encuentran en el ámbito de urgencias de forma que solo a algo más de la mitad de los pacientes que ingresan en nuestro centro con IAM con elevación del ST se les atiende en los tiempos recomendados. Una especial sensibilidad para reducir estos tiempos por parte de todo el personal involucrado (112, personal de urgencias y equipo de hemodinámica) podría incrementar esta realidad.

#### RV-70

##### ¿SE DISCRIMINA A LA MUJER CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN UN PROGRAMA DE ANGIOPLASTIA PRIMARIA?

**E. Cambrónero Cortinas, M. Simón García, V. Hidalgo Olivares, R. Fuentes Manso, A. Gutiérrez Díez, A. Ruiz Tornero, A. Lara Sahuquillo y J. Jiménez Mazuecos**

*Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.*

**Objetivos.** La cardiopatía isquémica en general y el infarto agudo de miocardio en particular es un problema de primera magnitud en países desarrollados por su alta prevalencia y elevada morbimortalidad. Los avances progresivos en el tratamiento que se les ofrece a los pacientes han ido mejorando el pronóstico de esta entidad. No obstante el sexo femenino parece inferir un pronóstico diferente que pueda venir determinado porque estas mejoras se han testado sobre todo en varones y por una cierta discriminación en la accesibilidad a cierto tipo de tratamientos (sobre todo los más agresivos)

ofertado a las mujeres por parte del médico. Esto puede ser debido a un problema en el diagnóstico precoz del IAM porque la forma de presentación sea distinta. Para testar si existía una "discriminación" a la hora de efectuar el diagnóstico de IAM efectuamos este estudio.

**Material y métodos.** Se estudiaron todas las angioplastias primarias que se realizaron en un centro como el nuestro con programa de angioplastia primaria en los que se ofrece esta opción de tratamiento de forma rutinaria a todos los pacientes con IAM menor de 12 horas y electrocardiograma con elevación del ST. Se midió el tiempo entre que el paciente llegaba a urgencias hasta que el cardiólogo avisaba al equipo de hemodinámica que se consideró equivalente al tiempo hasta el diagnóstico definitivo de IAM (T. dx.). En este tiempo iba incluido la historia clínica, la exploración física y la realización de un electrocardiograma con su posterior interpretación. Presumimos que en caso de que el sexo femenino tuviese una forma de presentación distinta o inusual o existiese cualquier tipo de discriminación a la hora de interpretar la sintomatología el médico tardaría más en reconocer el cuadro y aumentaría el T. dx.

**Resultados.** Se estudiaron 147 pacientes de los que 120 fueron varones (82%) y 27 mujeres (18%). La edad media en mujeres fue mayor que en hombres ( $70.7 \pm 12$  vs  $64 \pm 12$  años,  $p: 0.01$ ). Con respecto a los factores de riesgo clásicos cardiovasculares existió un 70% de HTA (vs 50% en varones,  $p: 0.06$ ), un 33% de diabéticos (vs 20% en varones,  $p: 0.054$ ), 30% de fumadores (vs 70% en varones,  $p: 0.001$ ) y un 50% de dislipidemias (vs 40% en varones,  $p: NS$ ). Los atc familiares de cardiopatía isquémica fueron similares en ambos grupos (33%). El T. dx fue en varones de 55 minutos frente a 47 minutos en mujeres ( $p: NS$ ). La mortalidad hospitalaria (7% en mujeres y 4% en varones), la aparición de eventos cardiovasculares hospitalarios (15% vs 9%) y la FEVI residual fueron similares.

**Conclusiones.** Las mujeres que acuden a urgencias de un hospital terciario como el nuestro son atendidas y diagnosticadas con la misma celeridad que los varones sin que parezca existir ningún tipo de sesgo en la interpretación de la historia clínica o del electrocardiograma. Aunque la edad media y la presencia de factores de riesgo como la HTA y la diabetes son mayores en mujeres, ésto no influye en el tiempo hasta el diagnóstico ni parece tener (al menos en esta población) connotaciones pronósticas.

#### RV-71

##### ESTRATEGIAS DE FÁCIL IMPLANTACIÓN PARA DISMINUIR LOS TIEMPOS HASTA LA REPERFUSIÓN EN UN PROGRAMA REAL DE ANGIOPLASTIA PRIMARIA

**M. Simón García, E. Cambrónero Cortinas, J. Jiménez Mazuecos, A. Gutiérrez Díez, J. García García, T. Iglesias Mier, J. García-Casarrubio y A. Lara Sahuquillo**

*Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.*

**Objetivos.** Conocemos que la mejor forma de tratamiento del IAM con elevación del segmento ST es la angioplastia primaria siempre que se realice por personal experimentado y en un tiempo aceptable. Precisamente en los hospitales con programa de angioplastia primaria con un equipo de guardia localizada en domicilio el tiempo hasta el tratamiento constituye un importante factor limitante. Se recomienda un tiempo puerta-balón (TPuBa) inferior a 90' y este tiempo es difícil de conseguir. Se han diseñado estrategias para disminuir este tiempo aunque sin aplicar a poblaciones de nuestro medio. El objetivo principal sería implementar una serie de estrategias potencialmente favorecedoras para reducir este tiempo, basadas en nuestra experiencia profesional y en la de otros grupos de trabajo con experiencia en este tema.

**Material y métodos.** Durante una fase inicial se estudió a una cohorte A de pacientes (79 pacientes) a los que se realizó una angioplastia primaria como forma de tratamiento del IAM con elevación del ST y se comparó frente a otra cohorte B (56 pacientes) tras instaurar tres medidas de uso muy simple que empíricamente podían disminuir el TPuBa: 1.- El paciente espera en urgencias sin ingresar en la UCI hasta la realización de la angioplastia (evitando un traslado). 2.- El primer miembro del equipo de hemodinámica que llega a sala reclama al enfermo (sin esperar al equipo completo). 3.- Recordar periódicamente los "tiempos" recogidos dando a conocer los datos en la unidad

**Resultados.** Las características de los pacientes estaban balanceadas en ambos grupos. El TpuBa fue inferior en el grupo B  $106 \pm 12$  minutos vs  $117 \pm 9$  grupo A aunque sin alcanzar significación estadística. En un 44% de los P del grupo A se realizó la AP en los primeros 90 minutos frente a un 69% en el grupo B ( $p: 0.004$ , IC 95% 9.1-41.5%).

**Conclusiones.** La toma de tres estrategias de uso muy simple en un programa de angioplastia primaria en nuestro medio permite reducir tiempos hasta la reperfusión y ofrecer esta modalidad de tratamiento de forma correcta (< 90 minutos) a un 25% de pacientes más de los iniciales. La ampliación de este estudio en número de pacientes y en tiempo de seguimiento per-

mitirá conocer si estas medidas tienen impacto pronóstico en la población afectada.

#### RV-72

### LA RIGIDEZ ARTERIAL COMO LESIÓN DE ÓRGANO DIANA EN HIPERTENSOS

A. Roldán<sup>1</sup>, I. Jiménez<sup>1</sup>, L. Pérez<sup>1</sup>, I. Torres<sup>1</sup>, E. Rodilla<sup>2</sup>, J. Costa<sup>1</sup> y F. Pérez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Hospital de Sagunto. Sagunto/Sagunt (Valencia)

<sup>2</sup>Ciber 03/06 Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición. ISC III (Madrid)

**Objetivos.** El objetivo del presente estudio es analizar: La relación de la rigidez de la pared de una gran arteria (medida como velocidad de onda de pulso, VOP) y otro marcador cardiovascular de lesión de órgano diana (LOD) establecido como la hipertrofia de ventrículo izquierdo (HVI) y la microalbuminuria. Los factores relacionados con el aumento de la VOP en una serie de pacientes estudiados con hipertensión.

**Material y métodos.** Estudio transversal que incluyeron 277 (141 hombres) hipertensos no tratados, no diabéticos (edad media, 47 años). Además de un estudio clínico completo se realizó la monitorización ambulatoria de presión arterial (MAPA), la determinación de la masa del ventrículo izquierdo (VI) y excreción de albúmina en orina (EAU). La rigidez arterial fue calculada por la VOP carotídeo-femoral obtenido por tonometría de aplanamiento (Sistema SphygmoCor).

**Resultados.** La VOP fue 8.0 (6.9-9.5) m/s (mediana, rango intercuartílico). El análisis de regresión lineal multivariante reveló que la edad ( $b = 0,08$ ,  $p < 0,001$ ), PAS en la consulta ( $b = 0,03$ ,  $p < 0,001$ ), PAS 24 horas ( $b = 0,02$ ,  $p < 0,001$ ) y LDL-colesterol ( $b = 0,006$ ,  $p < 0,05$ ) fueron factores independientes de la VOP. La VOP  $> 12$  m/s (indicando LOD) estaba presente sólo en 17 (6%) pacientes, menos frecuente que la HVI (67, 24% de los pacientes) y la EAU  $> 30$  mg/gCr (32, 11%). Sin embargo, de los 17 pacientes con elevación de la VOP, 11 (65%) no presentaban ni HVI ni elevación de la EAU. En el análisis de regresión multivariante logístico, los factores relacionados con la elevación de la VOP fueron la edad:  $> 45$  en hombres y  $> 55$  en mujeres (OR 21.8; 95% CI 2.8-169.2;  $p = 0,003$ ), aumento de PAS en la consulta y/o MAPA 24 horas (OR 4.1; 95% CI 1.4-15.0;  $p = 0,04$ ) y LDL-Colesterol  $> 160$  mg/dl (OR 4.5; 95% CI 1.4-15;  $p = 0,01$ ).

**Conclusiones.** En pacientes hipertensos estudiados, la rigidez arterial está relacionada con la edad, PAS y colesterol LDL. La elevación en la VOP es menos frecuente que la HVI o microalbuminuria pero parece afectar a diferente población como LOD.

#### RV-73

### AÑOS DE VIDA VASCULAR PERDIDOS. CORRELACIÓN DE UN NUEVO CONCEPTO VASCULAR CON DISTINTAS ESCALAS DE RIESGO

J. Cuende, E. Giménez, M. Aliaga y Montilla, J. Calavera, A. Núñez, J. Sanjosé e Y. Morán

Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Palencia. Palencia.

**Objetivos.** Desarrollar un nuevo concepto denominado años de vida vascular perdidos y comprobar la correlación de dicho concepto con distintas escalas de riesgo cardiovascular. En el año 2008 se publicó una nueva escala de riesgo cardiovascular procedente del estudio Framingham; en dicha publicación se introdujo el concepto de edad vascular o edad del corazón. A partir de ese concepto hemos creado uno nuevo denominado años de vida vascular perdidos calculado como la diferencia entre la edad vascular y la biológica. Hemos calculado los años de vida vascular perdidos con las escalas de Framingham del 2008, la del estudio Regicor y la del proyecto SCORE.

**Material y métodos.** Hemos estudiado 501 sujetos procedentes de la población general de Palencia incluidos en el estudio ERVPA (Estudio de Riesgo Vascular de Palencia). Para el cálculo de la edad vascular se calcula en primer lugar el riesgo absoluto con los datos reales de cada factor de riesgo para cada paciente y después se calcula la edad (edad vascular) para cada paciente que tendría si tuviera el mismo riesgo calculado pero con los factores de riesgo controlados. Este cálculo se realiza tanto para la escala REGICOR como SCORE y para Framingham\_2008. El cálculo de los años de vida vascular perdidos con cada escala de riesgo se realiza con la diferencia entre la edad vascular con cada escala y la edad biológica. Hemos realizado un análisis de regresión lineal entre los años de vida vascular perdidos con cada par de escalas, calculando el coeficiente de regresión lineal y la recta de regresión con su significación estadística.

**Resultados.** Hemos encontrado unos coeficientes de correlación lineal entre los años de vida vascular perdidos (AVvP) estadísticamente significativos con los pares Regicor-Framingham08 ( $r = 0.817$ ,  $p < 0.001$ ), Score-Framingham08 ( $r = 0.862$ ,  $p < 0.001$ ) y Regicor-Score ( $r = 0.739$ ,  $p < 0.001$ ).

Las rectas de regresión obtenidas han sido las siguientes:  $AVvP_{Regicor} = 2.02 + 0.71 * AVvP_{Fram08}$   $AVvP_{Score} = 1.13 + 0.32 * AVvP_{Fram08}$   $AVvP_{Score} = 1.51 + 0.42 * AVvP_{Regicor}$ .

**Discusión.** Los años de vida vascular perdidos (AVvP) es un concepto que hemos creado demostrando ser consistente entre distintas escalas de riesgo cardiovascular. Los pacientes entienden mejor el concepto de cuántos años de vida se pierden a causa de los factores de riesgo que el concepto de riesgo absoluto generado por los factores de riesgo. En este trabajo demostramos que hay una buena correlación entre los años de vida vascular perdidos entre distintas escalas, dados los altos coeficientes de correlación y su significación. No obstante, observando las ecuaciones de regresión podemos observar que no miden los mismos tipos de años vasculares, ya que no son próximos a 1. Sólo en la correlación entre Regicor y Framingham\_08 dicho coeficiente se acerca (0.71 exactamente) ya que ambas escalas miden riesgo de morbimortalidad, siendo coronaria en el caso de Regicor y vascular en Framingham-08. Este resultado es consistente conceptualmente ya que la morbimortalidad coronaria es más restringida que la vascular. Cuando comparamos los AVvP calculados con el SCORE con los calculados con las otras dos escalas, los coeficientes multiplicativos han resultado ser de 0.32 con Framingham\_08 y 0.42 con Regicor. Dichos resultados son coherentes al ser el riesgo de mortalidad cardiovascular del SCORE un concepto más restringido tanto respecto de el de morbimortalidad vascular de Framingham\_08 como respecto de el de morbimortalidad coronaria de Regicor. Por lo tanto podemos calcular cuántos años de vida perdemos (Score) como años de vida sin eventos cardiovascular (Framingham\_08) como años de vida sin eventos coronarios (Regicor).

**Conclusiones.** El concepto de años de vida vascular perdidos (AVvP), que hemos creado, se puede emplear con diferentes escalas de riesgo, con resultados muy consistentes entre las escalas. Es un concepto asequible para el paciente, pudiendo valorar distintos aspectos de la morbimortalidad vascular. Pueden ser de gran utilidad en el consejo a los pacientes con factores de riesgo cardiovascular.

#### RV-74

### EFFECTOS DE LAS ESTATINAS EN EL CRECIMIENTO DE CÉLULAS IMPLICADAS EN LA ATEROGENESIS

C. Recarte García-Andrade, R. Salomón, D. Salor Moral, M. Villalba, E. Oliveros, I. Muñoz, Y. Álvarez y J. Millán

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

**Objetivos.** El presente estudio se plantea para intentar aportar conocimiento al papel que juegan las estatinas en el proceso aterogénico, intentado valorar específicamente si los conocidos como efectos pleiotrópicos (independientes del descenso del colesterol) pueden tener su fundamento en las modificaciones que las estatinas pueden provocar sobre el comportamiento celular. El objetivo principal es disponer de un modelo en el que estudiar el efecto de las distintas estatinas en los cultivos de células humanas naturales integrantes de la lesión ateromatosa en la pared vascular, y secundariamente dilucidar las modificaciones que puedan producir sobre las características morfológicas de los distintos tipos celulares.

**Material y métodos.** Cultivamos diferentes células implicadas en la aterogénesis: células endoteliales, fibroblastos, célula muscular lisa de aorta y monocitos de sangre periférica. Determinamos las distintas curvas de crecimiento de las citadas células en cultivo aislado cuando no están sometidas a ningún tipo de intervención experimental. Para valorar los efectos de las estatinas en los cultivos de tejidos, se ha calculado la dosis inhibitoria 50 (DI50), que es la necesaria para producir la inhibición o muerte del 50% de las células. Todas las determinaciones de la DI50 se realizan por triplicado. Una vez obtenida la DI50, en función de su resultado para las distintas estirpes celulares y las diferentes estatinas empleadas, estudiamos la viabilidad en presencia de estatinas y de mevalonato (importante precursor en la síntesis del colesterol) para superar el efecto inhibitorio en la síntesis de colesterol intracelular.

**Resultados.** Las curvas de crecimiento de las distintas células en cultivos aislados, no sometidas a ningún tipo de intervención experimental son similares y progresivas en pocas horas, mientras que las células mononucleadas permanecen invariables con un cultivo mucho más difícil de perpetuar y de hecho tanto su número como movilidad disminuye de los largo de los días. La DI50 para los diferentes tipos de estatinas y distintas estirpes celulares, son variables. En general la menor dosis corresponde a la lovastatina y la mayor a la pravastatina. En cuanto al crecimiento del cultivo en presencia de estatinas, las curvas muestran una marcada inhibición del crecimiento en de todas las estirpes celulares en presencia de estatinas. Este efecto se suprime al añadir mevalonato que además mejora el crecimiento de las unidades celulares estudiadas.

**Conclusiones.** Las estatinas actúan sobre el crecimiento de las células implicadas en la aterogénesis, inhibiendo el crecimiento mediante diversos

mecanismos. En la práctica esto puede significar que los inhibidores de la 3-HMG-CoA-R podrían afectar de manera diferente al comportamiento celular de las distintas células implicadas en la formación de la placa de ateroma, y que estas diferencias podrían aclarar los efectos pleiotrópicos de las estatinas. Estos efectos, dependientes de la inhibición de la síntesis de colesterol (son revertidos con mevalonato) pueden ser el fundamento que explique por qué los efectos clínicos beneficiosos en los tratamientos con estatinas van más allá de los esperados por la sola reducción de los niveles de colesterol.

#### RV-75

##### EFFECTOS SOBRE LA PROLIFERACIÓN CELULAR *IN VITRO* INDUCIDOS POR ESTATINAS

C. López González, C. Recarte García-Andrade, D. Salor Moral, M. Villalba, O. Marín, E. Vilalta, G. Álvarez y J. Millán

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

**Objetivos.** Las estatinas son fármacos cuyo principal efecto es la reducción del colesterol plasmático a través de la inhibición de la 5 hidroximetil coenzima A reductasa. Diversos estudios han llevado al convencimiento de que tienen acciones independientes de la reducción de las concentraciones plasmáticas de LDL colesterol, llamadas acciones pleiotrópicas (reversión de la disfunción endotelial, acciones antioxidantes, antitrombóticas, inmunomoduladoras y antiinflamatorias). Nuestro objetivo principal es estudiar el efecto de las distintas estatinas sobre cultivos de células humanas naturales integrantes de la lesión ateromatosa en la pared vascular. Se presentan los resultados de la proliferación de distintas células en presencia de las diferentes estatinas

**Material y métodos.** Se han realizado estudios morfodinámicos (con técnicas de microscopía digital de intervalos y de videointervalometría) en cultivos celulares de fibroblastos, monocitos, células endoteliales (HMEC-1) y células musculares lisas (TG/HA-VSMC), todos ellos sometidos a diferentes concentraciones de atorvastatina, fluvastatina, pravastatina y simvastatina. **Resultados.** Se han estudiado particularmente los efectos de las estatinas en la proliferación celular, valorada en número de células en mitosis por mm<sup>2</sup>. En todos los casos se produjo una inhibición de la proliferación celular, más acusada con la fluvastatina y menos llamativa con las restantes. Se ha evidenciado una sensibilidad variable célula-dependiente y estatina-dependiente. Las células más sensibles suelen ser las endoteliales y las más resistentes las mononucleares. Las diferentes estatinas introducen modificaciones no solo en el número de mitosis celulares, sino también en la duración de las mismas.

**Discusión.** El estado actual del conocimiento permite asegurar que las estatinas corrigen las anomalías lipídicas lo que se acompaña de una importante disminución de la mortalidad cardiovascular. Tal efecto se acompaña de estabilización e incluso regresión de la lesión aterotrombótica secundarias entre otras, a su efecto antioxidante, su capacidad para mejorar la disfunción endotelial y a la inhibición de la proliferación celular. En nuestro trabajo se produjo disminución de la proliferación celular con todas las estatinas aunque parece existir un efecto modulador estatina-dependiente. Cada estatina muestra una sensibilidad distinta a cada una de las estatinas, lo que puede explicar el diferente espectro tanto *in Vitro* como *in vivo*.

**Conclusiones.** Las estatinas producen inhibición en la proliferación de fibroblastos, monocitos, células endoteliales y células musculares lisas. Estos efectos antiproliferativos pueden estabilizar la placa de ateroma y evitar su progresión, lo que puede contribuir a disminuir la mortalidad cardiovascular

#### RV-76

##### PREVALENCIA DE DIABETES MELLITUS NO DIAGNOSTICADA PREVIAMENTE AL INGRESO EN PACIENTES CON UN PRIMER EVENTO CARDIOVASCULAR MAYOR

A. López Montes<sup>1</sup>, F. Poveda Gómez<sup>2</sup>, N. Almendros Vilchez<sup>2</sup>, D. Urdiales Castillo<sup>2</sup>, R. González Vega<sup>2</sup>, F. Moreno Martínez<sup>2</sup>, L. Mas Ruiz<sup>1</sup> y J. García Alegría<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria. Distrito Sanitario Costa del Sol (Málaga).

<sup>2</sup>Unidad de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga).

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal desde Julio de 2008 hasta Marzo de 2009, donde se incluyeron a pacientes ingresados por un primer evento cardiovascular mayor (ICTUS, Síndrome Coronario Agudo o Insuficiencia Cardíaca), y ausencia de ingresos o documentación clínica previa indicativa de enfermedad cardiovascular (enfermedad cerebrovascular, cardiopatía isquémica, enfermedad arterial periférica, insuficiencia cardíaca o insuficiencia renal crónica relacionada con HTA y/o diabetes

mellitus. Realizamos una estratificación del riesgo vascular preexistente mediante las ecuaciones del EUROSCORE. Investigamos la presencia de lesión oculta de órgano diana, así como la prevalencia de diabetes mellitus (criterios ADA).

**Resultados.** Durante el período de estudio, se ingresaron a 100 pacientes por un primer evento cardiovascular mayor; 40 de los cuales ingresaron por un Síndrome Coronario Agudo, 4 por insuficiencia cardíaca y los 56 restantes, por un ictus. La edad media fue 67,41 ± 12,7 años; 62 eran varones y 38 mujeres. Se observó una alta presencia de factores de riesgo vascular: antecedentes familiares de enfermedad vascular mayor 64%, sedentarismo 75%, tabaquismo activo 38%, consumo alcohol 34%, perímetro abdominal patológico 88%, HTA 70%. El Euroscore medio preexistente fue de 3,99 ± 3,9. La prevalencia de lesión de órgano diana fue: microalbuminuria o macroalbuminuria 28%, hipertrofia de ventrículo izquierdo 41% y enfermedad arterial periférica 57%. Con respecto a la diabetes mellitus, encontramos previo al ingreso a 31 pacientes con dicho diagnóstico todos ellos diabetes mellitus tipo 2; de los cuales, 7 (22,5%) estaban en tratamiento con insulina, 16 (51,6%) exclusivamente con antidiabéticos orales y los 8 restantes (25,8%) sin tratamiento farmacológico. Durante el ingreso se detectaron 20 nuevos casos de diabetes mellitus, por lo que al alta, este diagnóstico estaba presente en 51 pacientes. Al evaluar el control metabólico, tan sólo 23 (45,%) de los pacientes diabéticos presentaban HgbA1c < 7%.

**Discusión.** La diabetes mellitus constituye uno de los principales factores de riesgo vascular en el devenir de la enfermedad arteriosclerótica. Está presente en un alto porcentaje de pacientes con manifiesta lesión de órgano diana, si bien es frecuente que pasen casos inadvertidos. Observamos en nuestro estudio una alta prevalencia de diabetes mellitus en pacientes ingresados por un primer evento cardiovascular mayor, con una notable tasa de infradiagnóstico previamente a la admisión hospitalaria. Al margen del nivel de diagnóstico, se observa con frecuencia un deficiente control metabólico de dicho factor de riesgo vascular.

**Conclusiones.** Se constata la presencia de una alta prevalencia de diabetes mellitus tipo II en pacientes que ingresan por un primer evento cardiovascular mayor, en muchos casos sin diagnóstico previo al ingreso y con un deficiente control metabólico de la enfermedad.

#### RV-77

##### DESPISTAJE DE LESIÓN DE ÓRGANO DIANA OCULTA EN PACIENTES CON UN PRIMER EVENTO CARDIOVASCULAR MAYOR

F. Poveda Gómez<sup>1</sup>, A. López Montes<sup>2</sup>, L. Mas Ruiz<sup>2</sup>, N. Almendros Vilchez<sup>2</sup>, M. Corrales González<sup>1</sup>, L. Mérida Rodrigo<sup>1</sup>, R. Quirós López<sup>1</sup> y J. García Alegría<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Medicina Interna. Área de Medicina. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga).

<sup>2</sup>Unidad Docente Medicina de Familia y Comunitaria. Distrito Sanitario Costa del Sol (Málaga).

**Objetivos.** Evaluación de factores de riesgo vascular presentes y detección de lesión de órgano diana previamente subclínica en pacientes con ingreso hospitalario por un primer evento cardiovascular mayor.

**Material y métodos.** Selección consecutiva y previo consentimiento informado de pacientes ingresados en el Hospital Costa del Sol, de Marbella, desde Junio de 2008 hasta Febrero de 2009 por un primer evento cardiovascular mayor (ictus, síndrome coronario agudo o insuficiencia cardíaca aguda). Se realizaron las siguientes evaluaciones: 1) Factores de riesgo vascular. 2) Estratificación de riesgo vascular preexistente (Euro-Score, ESH, 2004) 3) Existencia de lesión oculta preexistente, tales como: microalbuminuria, enfermedad arterial periférica (EAP) (índice tobillo/brazo patológico: < 0,9 o mayor de 1,4) o criterios de hipertrofia ventricular izquierda (HVI) (ECG o Ecocardiograma). 4) Finalmente, evaluamos las medidas terapéuticas previas al ingreso y adecuación a criterios de calidad habituales de control de factores de riesgo vascular.

**Resultados.** Durante el período de estudio, se ingresaron a 100 pacientes por un primer evento cardiovascular mayor; 40 de los cuales ingresaron por un Síndrome Coronario Agudo, 4 por insuficiencia cardíaca y los 56 restantes, por un ictus. La edad media fue 67,41 ± 12,7 años; 62 eran varones y 38 mujeres. Se observó una alta presencia de factores de riesgo vascular: HTA 70%, diabetes mellitus 44% (23 de ellos con HbA1c > 7), dislipemia 44%. El Euroscore medio preexistente a la aparición de este primer evento mayor fue de 3,99 ± 3,9. La prevalencia de lesión de órgano diana fue: microalbuminuria o macroalbuminuria 28%, HVI 41% y EAP 57%. Previo al ingreso, ningún paciente había sido diagnosticado de nefropatía diabética ni de EAP, tan sólo 29 pacientes tenían ya el diagnóstico de HVI. En la encuesta de adecuación de tratamiento para control de riesgo vascular, se estimó un cumplimiento terapéutico adecuado previo al ingreso en 40 pacientes.

**Discusión.** Observamos en nuestro estudio una alta prevalencia de factores de riesgo vascular tradicionales ingresados por un primer evento cardiovascular mayor. En una importante proporción de pacientes se detecta

lesión de órgano diana subclínica que podría condicionar el tratamiento previo al ingreso e influir de forma preventiva en la aparición de manifestaciones agudas de la enfermedad arteriosclerótica. A pesar de la evidencia sobre el papel de los diversos tratamientos de control del riesgo vascular en la prevención de eventos mayores, se aprecia en nuestro medio un alto porcentaje de pacientes con incumplimiento y/o inadecuación terapéutica. Por estas razones, consideramos que es fundamental el papel del médico en un primer nivel asistencial en el control de los factores de riesgo y en la detección de posibles lesiones de órganos diana oligosintomáticas o subclínicas.

**Conclusiones.** En pacientes con ingreso hospitalario por un primer evento cardiovascular se observa una alta prevalencia de manifestaciones subclínicas de lesión de órgano diana. Se observa en un alto porcentaje de pacientes un manejo terapéutico insuficiente tanto en cuanto tratamiento de los factores de riesgo tradicionales como por un control subóptimo de los mismos condicionado por la propia presencia de lesión de órgano diana.

#### RV-78 RIESGO VASCULAR EN MUJERES JÓVENES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

R. Pelay Cacho, M. Matía Sanz, L. Clavel Conget, M. Aibar Arregui, M. Callejo Plaza, C. Gómez del Valle, M. Navarro Aguilar y M. Iguzquiza Pellejero

Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

**Objetivos.** Valorar el riesgo vascular en mujeres jóvenes ingresadas por IAM.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo y retrospectivo en el que se revisaron todos los casos de mujeres jóvenes (menores de 55 años), ingresadas por IAM de forma consecutiva durante el año 2008 en el Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" (Zaragoza). La muestra se compuso de 12 pacientes. En todas ellas se recogieron una serie de datos peristáticos, la presencia o no de factores de riesgo vascular y su perfil lipídico. Tras la recogida de datos, se realizó un análisis estadístico con el programa SPSS de los datos obtenidos.

**Resultados.** La edad media fue de 47 años (DE de 5,5 años). El 75% de los pacientes tenían dislipemia, de los cuales tan sólo en el 33% de los casos era conocida previamente, el 33% tenían HTA, el 25% tenían obesidad y un 75% eran fumadoras activas. El colesterol total medio fue de 176,45 mg/dl (DE 34,43). El perfil lipídico medio así como los valores de presión arterial sistólica y diastólica media obtenidos en la muestra se pueden ver en la tabla 1. Al estudiar el conjunto de los valores de riesgo vascular, se observó que el 16,67% de las pacientes tenían 1 factor de riesgo vascular, el 41,66% tenían 2 factores de riesgo y un 41,67% de pacientes tenían por lo menos 3 factores de riesgo vascular.

**Discusión.** Tanto la valoración del riesgo cardiovascular, como la patología asociada son un temas ampliamente estudiados, y que se tratan a diario en la práctica clínica. La patología cardiovascular afecta fundamentalmente a personas de edad avanzada, y predomina fundamentalmente en el sexo masculino. Cuando afecta a personas jóvenes tiene gran repercusión socioeconómica (bajas laborales, incapacidades, disminución de la calidad de vida del paciente...), motivo por el cual es de suma importancia la detección precoz y el tratamiento apropiado de los factores de riesgo cardiovascular en este grupo poblacional. En nuestro estudio se ha evaluado el riesgo cardiovascular en mujeres jóvenes, grupo que a priori, y de acuerdo con las escalas existentes (Framingham, Score...), se considera de bajo riesgo; sin embargo, nuestro estudio constata la presencia de un porcentaje elevado de pacientes que presentan más de tres factores de riesgo vascular. Con todo esto se plantea la cuestión de si las escalas existentes actualmente son apropiadas para valorar el riesgo vascular en población joven, especialmente en mujeres. ¿Se infravalora el riesgo en las mujeres jóvenes? Para poder responder a esta cuestión harán falta más estudios.

**Conclusiones.** 1- El 41,67% de las mujeres jóvenes con infarto agudo de miocardio tiene al menos 3 factores de riesgo vascular. 2- El tabaco y la dislipemia son los factores de riesgo más frecuentes en el grupo estudiado.

Tabla 1 (RV-78). Factores de riesgo vascular

Variable	Media	Desviación estandar
Colesterol total (mg/dl)	176,45	34,43
Colesterol LDL (mg/dl)	100,30	30,13
Colesterol HDL (mg/dl)	40,90	20,19
Triglicéridos (mg/dl)	165,8	69
Presión Arterial Sistólica (mmHg)	133	26,64
Presión Arterial Diastólica (mmHg)	78,75	18,66

#### RV-79

#### INFLUENCIA DE LOS POLIFENOLES EN LA DIETA SOBRE LA DISFUNCIÓN ENDOTELIAL EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN; RESULTADOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO CITOLIVA 2008

L. Beltrán Romero, L. Gómez Morales, A. Vallejo Vaz, S. Rodríguez Suárez, R. Moreno Luna, M. Miranda, S. García Morillo y J. Villar Ortiz

Servicio de Medicina Interna (Unidad de Riesgo Vascular). Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** La disfunción endotelial constituye la primera manifestación clínica de arteriosclerosis. Estudios recientes han demostrado que el consumo de compuestos fenólicos mejora la disfunción endotelial, sobre todo en pacientes hipercolesterolémicos. En nuestro estudio evaluamos el efecto del consumo diario de aceite de oliva rico en compuestos fenólicos, sobre la hiperemia reactiva post-isquemia (función endotelial) en mujeres hipertensas.

**Material y métodos.** Un grupo de mujeres con antecedente de hipertensión durante el embarazo y que actualmente forman la cohorte del estudio "CITOLIVA" por presentar un cuadro de hipertensión moderada-alta, se asignaron a consumir dos dietas típicas mediterráneas de 8 semanas de duración cada una. En una de ellas (A), consumían un aceite de oliva con alto contenido en compuestos fenólicos (200 ppm); mientras que en la otra (B) consumieron el mismo aceite pero sin compuestos fenólicos (0 ppm). La asignación de las participantes a ambas dietas fue aleatoria y en diseño cruzado. Antes y después de cada intervención se les realizó determinaciones de Tensión Arterial (TA), perfil lipídico y un estudio de la respuesta hiperémica post-isquemia mediante flujimetría láser doppler en condiciones de ayuno (laser doppler, perimed®, Suecia).

**Resultados.** Observamos un incremento significativo de la respuesta hiperémica post-isquemia ( $p < 0.05$ ), tras la dieta A en relación a su homóloga, cuyo aceite de oliva carecía de compuestos fenólicos (B). Por otra parte observamos un mejor perfil lipídico y TA tras el consumo de ambas dietas, aunque dicha tendencia no es significativa. No obstante, dichos resultados constituyen un análisis preliminar obtenido del estudio CITOLIVA, que está aún en desarrollo. **Conclusiones.** Una dieta con alto contenido en compuestos fenólicos procedentes del aceite de oliva, podría mejorar la vasodilatación dependiente del endotelio y consecuentemente la función endotelial, en poblaciones de mujeres con hipertensión esencial.

#### RV-80

#### CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LA ISQUEMIA CRÓNICA DE MIEMBROS INFERIORES: DATOS DE UNA COHORTE DE 415 PACIENTES EN UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR

R. Domínguez Álvarez<sup>1</sup>, M. Rico Corral<sup>1</sup>, F. Martínez Peñalver<sup>2</sup>, I. Pérez Camacho<sup>3</sup>, A. de la Cuesta Díaz<sup>4</sup> y R. Pérez Cano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna B, <sup>2</sup>Servicio de Cirugía General. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. USP Hospital de Marbella (Málaga).

<sup>4</sup>Servicio de Rehabilitación. Hospital San Lázaro. Sevilla.

**Objetivos.** Describir las características epidemiológicas y clínicas de una cohorte de pacientes con enfermedad arterial periférica (EAP) seguidos en nuestra Unidad de Isquemia Crónica Crítica, cuya actividad se basa en la actuación coordinada de especialistas en Medicina Interna, Cirugía General y Rehabilitación.

**Material y métodos.** El diagnóstico de EAP se realizó en base al cumplimiento de alguno de los criterios siguientes: detección de un índice tobillo-brazo  $< 0.9$ ; datos de EAP en pruebas de imagen (eco-doppler o arteriografía); antecedente de revascularización o de amputación por isquemia crítica. Se han recogido las variables edad, sexo, edad al diagnóstico, factores de riesgo cardiovascular (FRCV), comorbilidad y tratamientos prescritos, procedentes de 415 pacientes que cumplían los criterios diagnósticos, entre el 1/1/2005 y el 20/5/2009. El análisis de datos se realizó en SPSS 15.0.

**Resultados.** El 75,7% de los pacientes son varones. La edad media es de 71,46 años con una edad media al diagnóstico de 68,10 años. El 80% son diabéticos, el 63,6% hipertensos, el 59,5% hiperlipémicos y el 71,8% fumadores. Al analizar los FRCV acumulados observamos que el 11% presentan 1 FRCV, el 41% 2, el 29% 3 y el 19% 4. La comorbilidad principal que asocian es: el 21,2% AVCA, un 40,5% cardiopatía isquémica (CI), con un 10,4% de IAM, y el 28,9% IRC. Respecto a la EAP: un 14,5% han precisado intervención quirúrgica, el 23,6% amputaciones digitales, 8,9% amputaciones distales de pie y el 31,1% supracondíleas. En cuanto a los fármacos: el 97% están antiagregados (AAS, clopidogrel y triflusal por orden de frecuencia), el 65,1% reciben estatinas. A continuación comparamos el total de pacientes frente al subgrupo con CI: IECAs, 23,5% frente al 27,5%; ARA II, 33,7% frente al 19,6%; beta-bloqueantes, 0,5% frente al 7,8%.

**Discusión.** Las estatinas se han relacionado con reducción en la progresión de la EAP e incluso con una mejoría del tiempo de ejercicio hasta la aparición de claudicación. En nuestro estudio, el porcentaje de pacientes tratados con alguna estatina es inferior al 70%. Consideramos que esta cifra debe incrementarse, teniendo en cuenta que se admite un LDL-colesterol inferior a 100 mg/dl

en pacientes con EAP. Analizando este punto a posteriori encontramos que la media de LDL-colesterol en esta cohorte de pacientes es de 95,82 mg/dl a los 8 meses de seguimiento, incluyendo los tratados y no tratados con estatinas, por lo que se cumple dicho objetivo terapéutico. El 40,5% están diagnosticados de CI. En ausencia de contraindicaciones, estos pacientes deben ser tratados con beta-bloqueantes e IECAs. En nuestra cohorte, sólo el 7,8% de los pacientes diagnosticados de CI recibían algún beta-bloqueante y el 27,5% algún IECA. Consideramos que estas cifras suponen un cumplimiento incompleto de las recomendaciones aceptadas en las guías de práctica clínica.

**Conclusiones.** Los pacientes seguidos en nuestra Unidad son en su mayoría diabéticos (80%) y asocian otros FRCV en el 89% de los casos. La edad entre la aparición de síntomas y su diagnóstico difieren en 3 años. Ésto nos reafirma la importancia del diagnóstico precoz de esta enfermedad, por otro lado sencillo, con el fin de instaurar precozmente las medidas indicadas para los pacientes de alto riesgo cardiovascular. En nuestra Unidad el porcentaje de pacientes antiagregados es adecuada, pero pensamos que en el subgrupo de CI el porcentaje de tratados con betabloqueantes e IECAs es insuficiente. La valoración y seguimiento por parte de un equipo multidisciplinar probablemente favorece el grado de control de esta enfermedad y sus múltiples complicaciones.

#### RV-81

### METABOLISMO DEL ÁCIDO ÚRICO EN SUJETOS CON GOTA Y SÍNDROME METABÓLICO

J. Fraile Vicente<sup>1</sup>, R. Torres<sup>3</sup>, E. De Miguel<sup>2</sup>, P. Martínez<sup>1</sup>, K. Lundelin<sup>1</sup>, J. Vázquez<sup>1</sup> y J. García Puig<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Reumatología, <sup>3</sup>Bioquímica Clínica. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

**Objetivos.** Estudiar la prevalencia de síndrome metabólico (SM) en pacientes con gota primaria y evaluar el metabolismo de ácido úrico en pacientes gotosos con y sin SM.

**Material y métodos.** Estudio piloto de pacientes con gota primaria (criterios de Wallace, 1977), en los que se valoró la presencia concomitante de SM (criterios de ATP III, 3 o más criterios). Se estableció una escala para definir SM leve y grave, en función de la anomalía de los 5 criterios diagnósticos de SM. El metabolismo del ácido úrico se valoró cuantificando la concentración de urato en suero y la excreción de ácido úrico en orina 24 horas tras indicar una dieta baja de purinas durante 3 a 5 días. Se suspendió la administración de alopurinol al menos durante 3 meses y todos los pacientes recibieron profilaxis con colchicina (0,5 a 1,0 mg/día). Se utilizó el aclaramiento de creatinina de 24 horas para evaluar la calidad de la recogida de orina; los aclaramientos con desviaciones inferiores al 20% del valor ofrecido por la fórmula del MDRD fueron considerados adecuados.

**Resultados.** Se incluyeron cuarenta y seis pacientes (44 varones) con una edad media de 57 años. Veintidós pacientes tenían SM (22/46; 48% IC 95%, 34% -62%). La prevalencia de los criterios de SM asociados a la gota fueron: Hipertensión arterial, 36/46; glucosa plasmática en ayunas elevada, 24/46 (media, 106 mg/dL); circunferencia abdominal aumentada, 22/46; aumento de los niveles de triglicéridos, 18/46 (media, 163 mg/dL); concentración de HDL disminuida, 11/46. La tríada más frecuente que permitió formular el diagnóstico de SM fue el aumento de la presión arterial, circunferencia de la cintura y glucosa plasmática en ayunas. La concentración sérica de uratos en pacientes con y sin SM fue de (media  $\pm$  DE) 8,8  $\pm$  2 mg/dL y de 8,1 mg/dL  $\pm$  1,4 mg/dL, respectivamente. La excreción media de ácido úrico fue 513 y de 648 mg/día/1,73 m<sup>2</sup> en los pacientes con y sin SM, respectivamente. El cociente úrico creatinina fue 0,37 mg /mg en los pacientes con SM y 0,43 mg /mg en los que no tenían SM. El urato sérico fue superior en los pacientes con SM grave (12 pacientes, 9,1 mg/dL) que en los que presentaron SM leve (10 pacientes, 8,5 mg/dL). Por el contrario, el cociente úrico/creatinina fue de 0,41 mg/mg en los pacientes con gota y SM leve y de 0,33 mg/mg en los enfermos con gota y SM grave.

**Conclusiones.** Aproximadamente la mitad de los pacientes con gota primaria presentan SM. La infraexcreción de ácido úrico es de mayor intensidad en los pacientes con gota y SM. Esta alteración parece estar relacionada con la gravedad de SM.

#### RV-82

### RELACIÓN ENTRE LA CONCENTRACIÓN DE TROPONINA I Y EL INFARTO CEREBROVASCULAR

J. Castellanos Monedero, M. Galindo Andugar, P. Alcázar Carmona, R. Cicuendez Trilla, L. Rodríguez Rojas, H. Ortega Abengoza, M. Martín Gabarrón y A. Martín Castillo

Servicio de Medicina Interna. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

**Objetivos.** Demostrar la relación entre el infarto cerebrovascular y el daño miocárdico, en el momento del ingreso a través de la troponina I.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo realizado en el Hospital La Mancha Centro de Alcázar de San Juan en el que se incluyeron 65 pacientes con el diagnóstico de infarto cerebrovascular agudo, a los que se determinó troponina I, se aplicó la escala NIHSS y se realizó TAC craneal sin contraste en el momento del ingreso.

**Resultados.** Se recogieron 65 pacientes, el 53,2% eran varones. Los pacientes con infarto en el territorio carotídeo derecho (n = 19) presentaron una troponina I media de 0,018  $\pm$  0,038 ng/ml, los pacientes con infarto carotídeo izquierdo (n = 13) presentaron una troponina I media de 0,022  $\pm$  0,026 ng/ml, los pacientes con infarto vertebrobasilar presentaron una troponina I media de 0,016  $\pm$  0,00 4ng/ml y los pacientes con infarto lacunar presentaron una troponina I media de 0,018  $\pm$  0,021ng/ml. La relación entre los tipos de infarto y los niveles de troponina I no fue estadísticamente significativa (p > 0,05). Además se valoró el tamaño de la isquemia observado en el TAC del ingreso y se intentó correlacionar con la troponina I; para ello se establecieron tres categorías según el tamaño del infarto; de pequeño vaso-15 mm de diámetro mayor (n = 48): la troponina I media fue de 0,017  $\pm$  0,014ng/ml; entre 15-30 mm de diámetro mayor (n = 5) con una troponina I media de 0,034  $\pm$  0,042 ng/ml; > 30 mm de diámetro mayor (n = 12) con troponina I media de 0,018  $\pm$  0,019 ng/ml. El análisis mostró una relación no estadísticamente significativa (p > 0,05). Para ver la relación existente entre la troponina I y el déficit funcional establecido (escala NIHSS), realizamos una correlación lineal mediante Rho de Spearman, obteniendo una p > 0,05.

**Discusión.** En nuestro estudio no se ha encontrado relación entre los niveles sanguíneos de Troponina I con el tamaño, el tipo de infarto cerebral y la escala NIHSS. Los resultados de nuestro trabajo son opuestos a la mayoría de estudios, tan solo podemos compararnos con dos trabajos similares. Estas diferencias observadas entre los distintos estudios quizá se deban a las distintas poblaciones de infartos estudiados, ya que esta descrito que los infartos hemorrágicos y los infartos (hemorrágicos e isquémicos) que afectan a la ínsula si que se relacionan con daño miocárdico y aumento de troponina I. En nuestro trabajo los infartos que afectan a la ínsula son muy escasos y tampoco recogimos infartos hemorrágicos, pudiendo ser esto la causa de nuestros resultados.

**Conclusiones.** La troponina I no presenta niveles sanguíneos elevados en el momento del ingreso en ninguno de los tipos de infarto cerebrovascular, no se correlaciona con el tamaño del infarto cerebrovascular, y tampoco encontramos relación con la severidad medida con la escala NIHSS.

#### RV-83

### ABORDAJE INTEGRAL DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE DEBUT

L. López Cortés<sup>1</sup>, J. García de Quirós<sup>2</sup>, C. Morales Portillo<sup>2</sup>, J. Sojo Dorado<sup>1</sup>, J. Olmo Montes<sup>1</sup> y F. Martínez Peñalver<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Endocrinología. Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla.

**Objetivos.** Estudiar la distribución de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y la presencia de macro y microangiopatía diabética en pacientes al diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.

**Material y métodos.** Estudio observacional retrospectivo de los pacientes remitidos a nuestro hospital de día de diabetes (HDD) por debut de diabetes mellitus tipo 2 entre los años 2006 y 2008. Se determinó la prevalencia de FRCV al diagnóstico (hábito tabáquico, hipertensión arterial, obesidad abdominal y niveles plasmáticos de c-LDL y c-HDL). Se analizó la prevalencia de macroangiopatía (cardiopatía isquémica, enfermedad arterial periférica y enfermedad vascular cerebral) y microangiopatía (retinopatía diabética y microalbuminuria).

**Resultados.** Se han incluido 74 pacientes (47 V, 27 M) con una mediana de edad de 54 años (rango: 30-86). El índice de masa corporal (IMC) medio fue de 32,2  $\pm$  5,9 kg/m<sup>2</sup>, el perímetro abdominal fue de 107,6  $\pm$  12,7 cm en los varones y de 102,8  $\pm$  11,0 cm en las mujeres. El 97,4% de los varones y el 100% de las mujeres presentaban obesidad abdominal. La prevalencia de hipertensión arterial (HTA) previa al debut de la diabetes fue del 44,6%. Entre los pacientes sin diagnóstico de HTA previo (n = 33), el 41,5% se diagnosticó de dicha patología al acudir al HDD. La prevalencia de fumadores activos fue del 43,2%. El valor medio de c-LDL fue de 128  $\pm$  46 mg/dl, con un 60,1% y un 30,9% de los pacientes con valores > 100 y 150 mg/dl, respectivamente. La media de los niveles c-HDL en las mujeres fue de 47  $\pm$  18 mg/dl, con unos valores < 50 mg/dl en el 47,0% de estas. La media de los niveles de c-HDL en varones fue de 41  $\pm$  16 mg/dl, con unos valores < 40 mg/dl en el 52,6% de ellos. Se objetivó afectación macrovascular en el 23% de los pacientes, con una prevalencia de cardiopatía isquémica, enfermedad vascular periférica y enfermedad vascular cerebral en el 16,2%, 4,1% y 5,4%, respectivamente.

te. Se evidenció microalbuminuria en el 20,8% y retinopatía diabética en el 7% de los pacientes.

**Conclusiones.** Existe una elevada prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en el momento del diagnóstico de la diabetes mellitus tipo 2, cumpliendo criterios de síndrome metabólico el 98,5% de los pacientes de nuestra muestra. Por ello, es necesario realizar un abordaje integral en este tipo de pacientes para modificar en la medida de lo posible los FRCV y disminuir la aparición de patología secundaria a micro y macroangiopatía.

#### RV-84 EL SÍNDROME METABÓLICO COMO FACTOR PRONÓSTICO DEL ICTUS AGUDO

**R. Cuervo Pinto, D. Chaparro Pardo, E. García Lamberechts, C. Fernández Alonso, F. Martín Sánchez, P. Villarreal González-Elise y J. González Armengol**

*Urgencias. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

**Objetivos.** El síndrome metabólico (SM) es un conjunto de alteraciones fisiopatológicas que se presentan de forma simultánea o secuencial: resistencia a la insulina, intolerancia hidrocarbonada o diabetes mellitus 2, dislipemia, obesidad, hipertensión, alteraciones protrombóticas e hipofibrinolíticas y elevación de marcadores de la inflamación. Este síndrome representa para el individuo un aumento del riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares (aterosclerosis) graves. Pese a que han sido muchas las definiciones de SM adoptadas en las últimas décadas, la finalidad común es tratar de identificar a aquellos sujetos con un riesgo cardiovascular significativamente aumentado, y así lo demuestran trabajos como el estudio Botnia o el Kuopio. Por el contrario, apenas existen estudios que determinen si el hecho de cumplir los criterios de SM confiere un peor pronóstico en los pacientes con enfermedad cardiovascular ya establecida, ya sea coronaria, cerebrovascular o enfermedad arterial periférica. Pretendemos, por tanto valorar si, en una población con diagnóstico de ictus agudo, aquellos sujetos que cumplen criterios diagnósticos de SM, según los criterios NCEP-ATPIII, en el momento del diagnóstico del ictus, tienen un peor pronóstico, valorado desde un punto de vista de mortalidad y de capacidad funcional, que aquellos que, aun teniendo algún factor de riesgo cardiovascular, no cumplen dichos criterios

**Material y métodos.** Se ha realizado un estudio retrospectivo sobre 100 pacientes ingresados desde urgencias en la Unidad de Ictus del Hospital Luton & Dunstable (Reino Unido) durante el año 2006. Se revisaron aquellos en los que se podía determinar con los datos de las primeras 24 horas, la presencia o ausencia de SM determinado por criterios NCEP-ATPIII. Para determinar el pronóstico vital y funcional de dichos pacientes se utilizó la clasificación OxfordShire del ictus que los divide en afectación total del territorio anterior (TACI), afectación parcial (PACI), infarto lacunar (LACI) e infarto del territorio posterior (POCI), suponiendo el TACI un peor pronóstico con respecto al PACI y de éste con respecto al LACI. Se ha hecho un estudio de correlación entre el número de criterios de SM, así como la ausencia o presencia de SM, con el porcentaje de TACI, PACI y LACI en cada grupo de pacientes con ictus. El análisis estadístico se ha realizado mediante el programa informático SPSS 13.0

**Resultados.** Se excluyeron 41 pacientes por carecer de datos que permitieran clasificarlos o excluirlos como SM. De los 59 restantes, 8 pertenecían al grupo POCI y fueron excluidos de la comparativa por pertenecer a un territorio vascular diferente. 51 pacientes se distribuían entre los grupos TACI, PACI y LACI. 47% eran varones y 53% mujeres. El coeficiente de correlación entre el número de criterios NCEP-ATPIII y el grado de infarto (TACI, PACI, LACI) es + 0,331 (p 0,016). En aquellos con diagnóstico de SM las frecuencias de TACI, PACI y LACI son 41,7%, 41,7% y 16,7% respectivamente, mientras que en aquellos que no cumplían diagnóstico de SM eran de 14,8%, 37% y 48,1% respectivamente, siendo estas diferencias estadísticamente significativas (p < 0,028)

**Conclusiones.** La presencia de SM en el momento inicial del diagnóstico se correlaciona con una mayor gravedad del ictus, mayor extensión del infarto, peor pronóstico funcional y de supervivencia. Por tanto, desde la llegada del paciente a urgencias, y con una demora máxima de 24 horas, deberían hacerse las determinaciones necesarias para diagnosticar el SM y adoptar las medidas terapéuticas necesarias para su corrección con la finalidad de mejorar el pronóstico de dichos pacientes. De igual manera, debería valorarse la presencia de dicho SM en pacientes con mayor riesgo de desarrollar un ictus (Fibrilación auricular, Accidente isquémico transitorio, etc) y adoptar las medidas necesarias para su control puesto que de establecerse un ictus en dichos pacientes, éste será mucho más severo desde un punto de vista de pronóstico vital y funcional.

#### RV-85

#### LA REALIDAD DE LA PREVENCIÓN SECUNDARIA CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

**A. Renau<sup>1</sup>, P. Berrocal<sup>1</sup>, A. Toro<sup>1</sup>, L. Micó<sup>1</sup>, A. Fernández Nebro<sup>2</sup>, R. Ríos<sup>3</sup>, R. García Portales<sup>2</sup> y J. Calabuig<sup>1</sup>**

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

<sup>2</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

**Objetivos.** Investigar el grado de control de los factores de riesgo cardiovascular (RCV) tradicionales y la prevalencia de arteriosclerosis (ATS) en pacientes diagnosticados de Lupus Eritematoso Sistémico (LES), con enfermedad cardiovascular (ECV) previa.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo y transversal de 49 pacientes, diagnosticados de LES (cumplimiento criterios ACR 1997), con ECV previa, registrados en una base de datos multicéntrica instalada en Internet. URL: www.registroles.es Variables analizadas: sexo, edad, duración del LES, factores clásicos de RCV, Índice de Framingham, obesidad, antecedentes familiares de ECV precoz y Lupus anticoagulante En un subgrupo de 25 pacientes se realizó detección de ATS: Ecodoppler carotídeo e Índice tobillo-brazo. (ITB < 1 patológico) Objetivos terapéuticos: TAS/TAD 125/80 mmHg, CT < 175 mg/dl, CLDL < 90 mg/dl, TG < 150 mg/dl, Glucemia < 110 mg/dl. Los resultados cuantitativos se expresan como medias con desviación estándar y los cualitativos como porcentajes.

**Resultados.** El 84,6% eran mujeres, la mayoría de raza caucásica y edad media de 43,82 ± 14 años. La duración del LES 138,33 ± 111,9 meses. El 51% de los pacientes referían HTA, sedentarismo 50%, dislipemia 46,2%, tabaquismo 17,3%, diabetes mellitus 8,3%. e HVI en el ECG 13,5%. El Lupus anticoagulante fue positivo en el 38,5%. Casi una tercera parte de los pacientes (27%) tenían antecedentes familiares de ECV precoz. Variables cuantitativas: TAS 120 ± 25, TAD 75,3 ± 16,2, Presión de pulso 44,8 ± 13, Glucemia 91,58 ± 16,17, Colesterol total 195,97 ± 49,6, CLDL 112,1 ± 30,7, CHDL 59,2 ± 22,26, TG 113,9 ± 49,63, Perímetro cintura 89,54 ± 16,1. Se registraron 51 eventos en 49 pacientes. (cerebrales 53%, cardíacos 41%, y periféricos 10%) En cuanto al tratamiento 88,8% de los pacientes llevaban medicación para el lupus y el 92% fármacos cardiovasculares asociados. (Hipotensores en 25, Antiagregantes en 17, Anticoagulantes en 15, Hipolipemiantes en 12 y antidiabéticos orales en 3 casos). Un elevado porcentaje de pacientes se encontraba fuera del rango terapéutico recomendable en prevención secundaria: TAS 39,4%, TAD 32,4%, CT 60%. CLDL 71,4% CHDL 20% TG 22,5% Glucemia 12,5% Obesidad 30% e I de Framingham 15,6%. La Eco Doppler carotídea fue patológica en el 46% y el ITB en el 23,5%.

**Discusión.** En el LES, puede aparecer una arteriosclerosis severa y prematura de causa compleja y multifactorial, con un protagonismo importante de los factores clásicos de RCV, aunque no existen evidencias claras sobre los objetivos de intervención terapéutica. De acuerdo con nuestros resultados el control de los factores de RCV es insuficiente y la probabilidad de padecer un nuevo evento CV en los próximos 10 años, bastante elevada, lo que explicaría la tendencia reconocida al aumento de la morbi-mortalidad CV, a pesar de la espectacular mejoría de la supervivencia general de estos pacientes.

**Conclusiones.** 1. Elevada prevalencia de los factores tradicionales de RCV y deficiente control de los mismos a pesar del alto porcentaje de medicación cardiovascular. 2. Insuficiente utilización de hipolipemiantes, en contraste con la elevada prevalencia de la hipercolesterolemia y el beneficio reconocido de las estatinas. 3. ATS sobre todo carotídea y presencia de Lupus anticoagulante en un grupo importante de pacientes. 4. Insistimos en la necesidad de protocolizar el estudio del RCV de estos pacientes, adecuando su tratamiento al riesgo ya que la probabilidad de sufrir un nuevo evento CV es considerable.

#### RV-86

#### ¿PODEMOS EVITAR LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO?

**L. Micó<sup>1</sup>, I. Moreno<sup>1</sup>, P. Moral<sup>1</sup>, M. de Haro<sup>2</sup>, M. Fernández Garcés<sup>3</sup>, J. Rodríguez Andreu<sup>3</sup>, C. Ballester<sup>1</sup> y J. Todolí<sup>1</sup>**

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

<sup>2</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Ribera. Alzira (Valencia).

<sup>4</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.

**Objetivos.** Valorar el grado de control del riesgo cardiovascular (RCV) y la presencia de arteriosclerosis (ATS) en un grupo de pacientes diagnosticados de Lupus Eritematoso Sistémico (LES), sin enfermedad cardiovascular previa (ECV).

**Material y métodos.** Estudio transversal prospectivo de 300 pacientes diagnosticados de LES (cumplimiento criterios ACR 97), registrados en una

base de datos multicéntrica, instalada en Internet.(URL: www.registroles.es) Variables evaluadas: edad, sexo, raza, duración del LES, tratamiento, prevalencia de los factores de RCV clásicos, obesidad, edad de menopausia, ECV precoz en familiares de primer grado e Índice de Framingham, doppler carotídeo e Índice tobillo-brazo. (ITB < 1 patológico) Objetivos terapéuticos: TAS/ TAD < 130/80 mmHg, Colesterol Total < 200 mg/dl LDL < 100 mg/dl Triglicéridos < 150 mg/dl, Glucemia < 110 mg/dl. El diagnóstico de obesidad se realizó con IMC a partir de 30 kg/m<sup>2</sup>. Las variables cuantitativas se expresan como media y desviación estandar y las cualitativas como porcentajes. **Resultados.** El 92% de los pacientes son mujeres, de raza caucásica. La edad media 39 ± 13 y el tiempo de evolución del LES 94.6 ± 79 meses. El 88% llevaban algún tipo de tratamiento para el Lupus. (11,3% habían recibido pulsos de corticoides y 12,7% de ciclofosfamida.) y casi la mitad (46%) de los pacientes farmacos cardiovasculares. El 11% referían antecedentes de ECV precoz en familiares de primer grado. En cuanto a los factores clásicos de RCV el más prevalente es el sedentarismo (53,3%), seguido de la dislipemia (28%), HTA (26%), tabaquismo (18,5%), HVI en el ECG en el 4,9% y diabetes 4,4 %. TAS 124 ± 19.4 mmHg, TAD 78 ± 12, presión de pulso 46 ± 14, glucemia 92 ± 33, edad de menopausia 45 ± 6 años. IMC 25.45 ± 5.6, perímetro de cintura 82.46 ± 14, El colesterol total 187 ± 44, LDL 111 ± 33, TG 107 ± 68, HDL 55 ± 15, Doppler carotídeo patológico en el 18% y el ITB en el 26,5% de los casos. El porcentaje de pacientes fuera del rango terapéutico: TAS 31,5 %, TAD 37,7 %, Colesterol total 31,3% LDL 41% TG 17 Glucemia 7% Obesidad 21,3% e I Framingham 23,4%.

**Discusión.** Los factores modificables de RCV tienen un peso importante en la patogenia multifactorial de la arteriosclerosis en el LES. La necesidad de su control es imprescindible y más tratándose fundamentalmente de mujeres en edad fértil. El problema radica en la falta de estudios con suficiente nivel de evidencia en cuanto a los objetivos terapéuticos y si estos deben de aplicarse por igual a todos los pacientes lúpicos, al considerar la enfermedad como "equivalente coronario" o bien de forma individualizada, intensificando las medidas en aquellos subgrupos de mayor riesgo, para evitar incurrir en sobretratamiento de estos pacientes.

**Conclusiones.** 1. La prevalencia de los factores clásicos de RCV es elevada en el grupo de pacientes estudiado y su control terapéutico insuficiente. 2. La arteriosclerosis se detectó en más del 20% de los pacientes investigados. 3. La cuarta parte de los pacientes presenta un riesgo importante de padecer un evento cardiovascular en los próximos 10 años, y más teniendo en cuenta el antecedente familiar de ECV precoz. 4. El control individualizado del RCV debe ser aplicado consecuentemente a este colectivo de pacientes, identificando los subgrupos de mayor RCV. 5. La realización de grandes estudios multicéntricos es necesaria para evaluar el nivel de intervención terapéutica y el beneficio de la misma, en la disminución de los eventos cardiovasculares.

#### RV-87

##### ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 12 MUJERES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

**R. Pelay Cacho, L. Clavel Conget, M. Matía Sanz, M. Herrero Torrus, M. Aibar Arregui, M. Navarro Aguilar, M. Iguzquiza Pellejero y M. Callejo Plaza**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.*

**Objetivos.** Estudio epidemiológico descriptivo de mujeres jóvenes ingresadas por IAM en 2008.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo y retrospectivo en el que se revisaron todos los casos de mujeres jóvenes (menores de 55 años), ingresadas por IAM de forma consecutiva durante el año 2008 en la planta de cardiología del HCU Lozano Blesa (Zaragoza). La muestra se compuso de un total de 12 pacientes. En todas ellas se recogieron datos de filiación, forma de presentación, tipo de IAM, valores de marcadores de necrosis miocárdica y tratamiento instaurado. Tras la recogida de datos, se realizó un análisis estadístico con el programa de SPSS de los datos obtenidos.

**Resultados.** La edad media fue de 47 años (DE de 5,5 años). En 25% de los casos existían antecedentes cardíacos y en 25% antecedentes familiares

de cardiopatía. La forma de presentación más frecuente fue el dolor torácico típico (75%), siendo tan sólo en tres casos dolor torácico atípico (dolor irradiado a hemitórax derecho, dolor interescapular, dolor en hombro y escápula izquierda). La forma más frecuente de infarto fue el IAM inferior (33,33%), seguido del IAM no Q (16,66%) y del IAM anterior (16,66%). Sólo se realizó trombolisis en 2 pacientes (16,67%). En todas las pacientes se realizó seriación de troponinas, siendo la media del valor máximo de troponina de 23,33 ng/ml (DE 35,89). Se realizó a todas las pacientes ecocardiograma previo al alta, objetivándose de esta manera que la contractilidad estaba globalmente conservada en el 75%, moderadamente deprimida en el 16,66% y severamente deprimida en el 8,33%. En cuanto al tratamiento instaurado al alta hospitalaria se prescribió antiagregación a todas las pacientes (en el 66,67% de los casos doble antiagregación con AAS y clopidogrel, en el 25% AAS y en el 8,33% clopidogrel), además se prescribió IECA en un 41,66% de los casos, estatina en un 66,67%, nitritos en un 58% y beta-bloqueante en un 75% de los casos.

**Discusión.** El infarto agudo de miocardio es una patología frecuente entre la población española y una de las primeras causas de mortalidad. Es más frecuente en varones y en personas de edad avanzada, sin embargo la muestra estudiada está compuesta de mujeres jóvenes que a priori son de bajo riesgo de eventos vasculares según las escalas existentes(Framingham, Score...). Existe una tendencia generalizada a pensar que el IAM en mujeres se presenta de forma atípica, sin embargo en la muestra estudiada la forma de presentación más frecuente fue el dolor torácico típico. Sólo se instauró trombolisis en 2 casos, lo que llama la atención. Al alta sólo se pautó beta-bloqueante en el 75% de los casos, lo que plantea la cuestión de que en un 25% de los casos las pacientes quizá se fueron de alta domiciliaria infratratadas, puesto que la toma de beta-bloqueante reduce la tasa de mortalidad global y la incidencia de muerte súbita.

**Conclusiones.** 1-La forma de presentación más frecuente del IAM en nuestra serie de mujeres jóvenes fue el dolor torácico típico. 2-Tras el IAM, la fracción de eyección estaba globalmente conservada en un elevado porcentaje de casos (75%). 3-Los tratamientos que más se prescribieron al alta fueron antiagregación, beta-bloqueante y estatina.

#### RV-88

##### PRONÓSTICO A LARGO PLAZO DE PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN EL MUNDO REAL

**J. Cepeda, J. Gómez, E. Vázquez, F. Blasco, Y. Calero, E. Díaz, P. Calvo y J. Blázquez**

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

**Objetivos.** Analizar el pronóstico a largo plazo de pacientes ingresados en un Servicio de Medicina Interna por Síndrome Coronario Agudo (SCA) que sobreviven a la fase hospitalaria.

**Material y métodos.** Estudio observacional en el que se incluyen pacientes consecutivos ingresados en nuestro servicio por SCA del 1/7/2007 al 31/7/2007, dados de alta vivos y residentes en el área. Se excluyeron los pacientes con SCA secundario. El seguimiento fue a 18 meses mediante entrevista personal o telefónica. Se consideraron Eventos Cardíacos Adversos (ECA) la ocurrencia de muerte, reinfarto o ictus. Para el análisis de supervivencia se utilizó el método de Kaplan-Meier y para el análisis de los predictores de mortalidad el modelo de riesgos proporcionales de Cox.

**Resultados.** De los 283 pacientes ingresados por SCA se excluyeron 9 por muerte hospitalaria y 56 por no residir en la zona. Población final de estudio 183 pacientes: 63,4% sin elevación de ST (SCASEST), 32,8% con elevación de ST (SCACEST) y 3,8% no clasificables (SCANC). Edad media 68 ± 11,3 años. Mujeres 24%. Características basales: hipertensión 68,3%; diabetes 32,8%; dislipemia 59%; tabaquismo 27,9%; enfermedad cardiovascular previa (enfermedad coronaria, arterial periférica o ictus) 49,7%. Características al ingreso: Killip > I 11,5%; elevación enzimas 78,7%; cambios eléctricos 55,7%. Evolución hospitalaria: FEVI media 54 ± 12; cateterismo cardíaco 77,6%; revascularización coronaria 68,9% (77,8% revascularización completa). Tratamiento al alta: AAS 96,2%; clopidogrel 78,1%; betabloqueantes 85,2%; estatinas 91,3%; IECA/ARAI 82%. Se completó el seguimiento en 174 pacientes (95,1%) con una media de seguimiento de 16,6 meses (IC

Tabla 1 (RV-88). Predictores de mortalidad a largo plazo

	OR	IC 95%	p
Edad (por cada 10 años)	1,71	1,03-2,86	0,039
Sexo	4,75	1,61-14,05	0,005
Diabetes	2,76	1,10-6,96	0,031
Enfermedad cardiovascular previa	10,66	2,88-39,44	< 0,001
SCANC	7,52	2,07-27,29	0,002
Movimiento enzimático	10,25	1,29-81,25	0,028

95%: 16 a 17,2 meses). 20 pacientes (11%; IC 95%: 6,4%-15,6%) fallecieron durante el mismo (80% de causa cardiovascular) y 34 (18,7%; IC 95%: 13%-24,4%) presentaron un ECA. La supervivencia libre de muerte y de ECA fue 88,8% (IC 95%: 83,2%-92,6%) y 81,4% (IC 95%: 74,9%-86,4%) respectivamente. Los predictores independientes de mortalidad a 18 meses se muestran en la tabla.

**Discusión.** Describimos una población con gran prevalencia de factores de riesgo y de enfermedad cardiovascular que sobrevive a la fase hospitalaria de un SCA y que recibe al alta un tratamiento óptimo según las guías de práctica clínica. Pese a ello la frecuencia de muerte y ECA a los 18 meses es elevada, reflejando su elevado perfil de riesgo. Los principales predictores de mortalidad a largo plazo son variables presentes ya desde el ingreso, lo que puede ayudar a la identificación precoz de los pacientes con mayor riesgo a largo plazo.

**Conclusiones.** Los pacientes con síndrome coronario agudo que sobreviven a la fase hospitalaria tienen un riesgo considerable de muerte y eventos cardiovasculares adversos a los 18 meses de seguimiento. Los principales predictores de mortalidad a largo plazo son variables presentes desde el momento del ingreso.

#### RV-89

### ESTUDIO DEL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO EN PACIENTES DIABÉTICOS MEDIANTE LA VARIABILIDAD DE LA FRECUENCIA CARDÍACA

I. Fernández Galante<sup>1</sup>, P. Viñas<sup>2</sup>, J. Turiel<sup>2</sup> y E. González Sarmiento<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

<sup>2</sup>CARTIF. Escuela Técnica Superior de Ingeniería Industrial. Universidad de Valladolid. (Valladolid)

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Instituto de Endocrinología y Nutrición (IEN). Facultad de Medicina. Valladolid.

**Objetivos.** Aplicación de una prueba no invasiva, sencilla y reproducible para el diagnóstico precoz de la NAD mediante el estudio de la VFC. Comparación del comportamiento del SNA entre los pacientes sanos y los diabéticos en las distintas fases de la digestión.

**Material y métodos.** Se estudiaron 22 sujetos normales y 13 pacientes diabéticos de corta duración (DMCD) y 13 pacientes diabéticos de larga duración (DMLD) de edades comprendidas entre 20 y 85 años. Se excluyeron aquellos pacientes en tratamiento con fármacos que modifiquen el SNA como beta bloqueantes, calcio antagonistas... aquellos que padecían arritmias, cardiopatía isquémica o tumores. A todos los pacientes se les realizó la prueba de desayuno que consistía en 4 fases (basal, cefálica, prandial y postprandial) de 5 minutos de duración cada una de ellas monitorizadas mediante un electrocardiograma de donde se extraían los diferentes índices LF (predominio simpático), HF (predominio vagal) y LF/HF (balance simpátovagal) para el estudio de la VFC.

**Resultados.** Los sujetos controles y DMCD no mostraban diferencias en las distintas etapas de la prueba, sin embargo en los pacientes DMLD se observó un aumento del índice LF en la fase gástrica respecto a la basal y cefálica. En relación al índice HF, los sujetos normales presentaron un descenso en la fase postprandial (como corresponde fisiológicamente), sin embargo en los pacientes DMCD y DMLD presentaron un descenso del índice HF en la fase gástrica. El balance LF/HF en pacientes DMCD presentó un aumento LF/HF por disminución del índice HF mientras que en los pacientes DMLD el aumento se debió a un aumento del índice LF.

**Conclusiones.** -En pacientes DMLD existe predominio del SNS en la fase gástrica por estimulación del SNS que inhibe la motilidad intestinal y relaja los esfínteres produciendo un retraso en el vaciado gástrico indicativo de neuropatía vegetativa. - El sistema vagal está disminuido en los pacientes DMCD sin afectación del SNS, indicativo de afectación temprana del SNS en pacientes diabéticos de corta evolución con posterior afectación del SNS. - En el grupo de DMCD el balance simpátovagal se debe a disminución del sistema vagal y en los pacientes DMLD el aumento se debe a una hiperestimulación del SNS. - La neuropatía diabética está presente desde fases tempranas de la enfermedad en los pacientes diabéticos.

#### RV-90

### INDUCCIÓN DE APOPTOSIS CELULAR EN CULTIVOS *IN VITRO* BAJO EL EFECTO DE ESTATINAS

E. Vilalta Castel, M. Ferrer Civeira, R. Salomón, M. Villalva, E. Oliveros, I. Muñoz, Y. Álvarez y J. Millán

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

**Objetivos.** Conocer la influencia de distintas estatinas en distintos cultivos de células que participan en la formación de la placa de aterosclerosis (endote-

lio, células musculares lisas, fibroblastos y monocitos), muy especialmente aquellos efectos sobre la muerte celular por apoptosis, habida cuenta de que en un mayor o menor grado de apoptosis puede inducir modificaciones sustanciales en la composición de la placa de aterosclerosis que conduzca a una mayor estabilidad de la misma o hacia la inestabilidad transformándola en una placa vulnerable.

**Material y métodos.** Se han estudiado distintas estirpes celulares, algunas de ellas procedentes de líneas estandarizadas: células endoteliales (HMEC-1) y células musculares lisas (TG/HA-VSMC) y otras procedentes de nuestras naturales: fibroblastos de amígdala y monocitos procedentes de donante sano. En presencia de una dosis inhibitoria de 50 (D150) de diferentes estatinas, que se habían determinado previamente, se ha comprobado la tasa de apoptosis de cada estirpe celular, determinándose las células apoptóticas mediante técnicas de microscopía digital de intervalos (videointervalometría). Se han ensayado las siguientes estatinas: atorvastatina, pravastatina, simvastatina y cerivastatina. Se han estudiado distintas formas de apoptosis. **Resultados.** La inducción de apoptosis por las distintas células se expresa siguiendo dos patrones que se pueden observar en distintas secuencias cinematográficas. En el primero, las células sufren zeiosis, en el segundo las células se dividen primariamente para fusionarse después y posteriormente sufrir la aparición de bullas, parálisis y lisis. Mediante la técnica de videometría se pueden determinar las concentraciones de células apoptóticas (cel/mm<sup>3</sup>), lo que se ha comprobado con concentraciones fijas de las distintas estatinas. Las células más resistentes al efecto pro-apoptótico de las estatinas resultaron ser los fibroblastos y las más sensibles las células endoteliales, manteniendo una sensibilidad intermedia células musculares lisas y monocitos.

**Discusión.** Se han sugerido que algunos de los efectos celulares de las estatinas se deben a las alteraciones del citoesqueleto celular y que ello puede significar un cambio en la vida media de la célula. Este fenómeno, junto a la influencia que las estatinas pueden tener sobre el proceso inflamatorio, sobre la disfunción endotelial, oxidación de las LDL, la proliferación celular y la coagulación, puede ser parte de los efectos pleiotrópicos de los inhibidores de la HMG-CoA reductasa. De esta forma, la biología de la pared vascular puede verse afectada en presencia de una estatina circulante, de tal forma que alguno de los fenómenos implicados en el inicio, desarrollo y complicación de la placa de aterosclerosis pueden estar influenciados por el fármaco.

**Conclusiones.** Los efectos demostrados pueden tener una influencia en la evolución de la lesión aterosclerótica, particularmente en la estabilización de la placa, lo que se puede acompañar de un menor/mayor riesgo (respectivamente) de padecer un episodio agudo aterotrombótico. Adicionalmente, la muerte celular por apoptosis inducida por estatinas puede ser condicionante de modificaciones en la composición celular de la placa aterosclerótica y, por tanto, ser responsable, en alguna parte, de la mayor regresión o de la menor progresión de la misma.

#### RV-91

### CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO Y CONOCIMIENTO DE SU ENFERMEDAD EN PACIENTES ONCOLÓGICOS E HIPERTENSOS

F. Pascual Pla<sup>1</sup>, R. Bosca Mayans<sup>2</sup>, A. Egido González<sup>1</sup>, E. Contel Ballesteros<sup>1</sup>, A. Mancheño Alvaro<sup>1</sup>, V. Moya Sahori<sup>1</sup>, A. Ferrandis<sup>1</sup> y S. Martín Utrilla<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Fundación Instituto Valenciano de Oncología. Valencia.

<sup>2</sup>Urgencias. Hospital Francesc de Borja. Gandía (Valencia).

**Objetivos.** Todos conocemos la importancia de la hipertensión arterial y del cáncer por su elevada prevalencia y costes sociosanitarios. También es evidente la importancia y necesidad de programas de intervención asistencial, educación sanitaria y prevención. Se acepta que la información y la educación sanitaria mejoran los niveles de salud, reducen los factores de riesgo y que la mejoría en la calidad de la asistencia prestada, reduce el coste global. El objetivo es la elaboración de un test de conocimientos sobre la hipertensión arterial y el cáncer para este grupo de población y datos sobre su fiabilidad.

**Material y métodos.** Se elaboraron dos tests de conocimientos sobre el cáncer y la hipertensión arterial que se pasó a 36 pacientes (18 mujeres con cáncer de mama y en tratamiento hormonal y 18 varones con cáncer de próstata y en tratamiento hormonal) y todos ellos hipertensos con tratamiento hipotensor entre los meses de enero a junio de 2008. El análisis estadístico se realizó con el programa de análisis estadístico G-Stat.

**Resultados.** El cuestionario consta de 28 preguntas cada una que se desglosan en 3 apartados. El primero, de 12 preguntas, se refiere a conocimientos generales de las enfermedades. El segundo, de 7 preguntas se relaciona con las repercusiones y complicaciones y el tercero, de 9 preguntas, se refiere al tratamiento. Se utilizó la versión castellana del test de cumplimiento del tratamiento de pacientes hipertensos de Morisky y Green, tanto para la hipertensión como para el cáncer.

**Conclusiones.** Para el estudio de la fiabilidad se utilizó el coeficiente de correlación alfa de Cronbach resultando valido tanto para los tests de conocimientos como para los de cumplimiento. Los pacientes cumplían más la prescripción del tratamiento hormonal para el cáncer que el de la presión arterial, los conocimientos sobre las dos enfermedades eran similares pero percibían el cáncer como peor para su salud.

#### RV-92

##### FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

F. Pascual Pla<sup>1</sup>, R. Bosca Mayans<sup>2</sup>, A. Egido González<sup>1</sup>, E. Contel Ballesteros<sup>1</sup>, J. Ferrando Pastor<sup>1</sup>, M. Vicente<sup>1</sup>, M. Sanegre<sup>1</sup> y A. Montemayor<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Fundación Instituto Valenciano de Oncología. Valencia.

<sup>2</sup>Urgencias. Hospital Francisc de Borja. Gandía (Valencia).

**Objetivos.** Pretendíamos conocer la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, grado de control y riesgo cardiovascular individual de los pacientes oncológicos atendidos en nuestro centro.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio descriptivo y prospectivo realizado en 2008. Se consideraron las siguientes variables: edad, sexo, tipo de tumor, antecedentes familiares de muerte súbita, antecedentes personales de enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial, diabetes, dislipemia, obesidad y tabaquismo. Se valoró también el riesgo cardiovascular individual según los criterios de las tablas de predicción de riesgo de Framingham.

**Resultados.** Se seleccionó a 100 pacientes (50 mujeres) con una edad media de 56 años (rango 45-75). El diagnóstico por tumores y sexo fue, en mujeres mama (86.5%), genitourinario (6.1 %) y pulmón (2%) y en varones genitourinario (56 %), cabeza/cuello (16 %), digestivo (15 %), pulmón (7%) y Linfoma no Hodgkin (6%). La prevalencia de factores de riesgo, fue: tabaquismo, 18%; hipertensión arterial, 31%; diabetes, 26%; obesidad, 16%; dislipemia, 11% y antecedentes familiares, 2%. El 9% tenían en sus antecedentes patología cardiovascular: enfermedad vascular periférica, 60%, ictus, 10%, insuficiencia cardiaca, 15% y cardiopatía isquémica, 15%.

**Conclusiones.** La prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en pacientes oncológicos es similar por edad y sexo al de la población general. El 30% tiene un riesgo cardiovascular elevado, el grado de control de la diabetes no es muy bueno por los tratamientos asociados (corticoides) a su enfermedad tumoral y a la dislipemia no se le presta el control adecuado en un porcentaje alto de casos.

#### RV-93

##### GRADO DE CONTROL DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

F. Pascual Pla<sup>1</sup>, R. Bosca Mayans<sup>2</sup>, A. Egido González<sup>1</sup>, E. Contel Ballesteros<sup>1</sup>, S. Fons Gosalvez<sup>1</sup>, E. García<sup>1</sup>, J. Pardo<sup>1</sup> y J. Soler<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Fundación Instituto Valenciano de Oncología. Valencia.

<sup>2</sup>Urgencias. Hospital Francisc de Borja. Gandía (Valencia).

<sup>3</sup>Urgencias. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia.

**Objetivos.** Pretendíamos conocer el grado de control de los factores de riesgo cardiovascular y del riesgo cardiovascular individual de los pacientes oncológicos atendidos en nuestro centro según las guías utilizadas habitualmente.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio descriptivo y prospectivo realizado en 2008. Variables consideradas: edad, sexo, tumor, antecedentes personales de enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial, diabetes, dislipemia, proteinuria, obesidad y tabaquismo. También las cifras de presión arterial, el perfil lipídico y la glucemia y la hemoglobina glicosilada. Las cifras de control fueron: < 140/90 mmHg para la presión arterial, hemoglobina glicosilada entre 6 y 8% sin tratamiento con corticoides en los últimos tres meses y < 135 mg/dl para la dislipemia en prevención primaria. Análisis estadístico realizado con el programa de análisis estadístico G-Stat.

**Resultados.** Se seleccionó a 100 pacientes (50 mujeres) con una edad media de 58 años (rango 45-70). El diagnóstico por tumores y sexo fue, en mujeres mama (86.5%), genitourinario (6.1%) y pulmón (2%) y en varones genitourinario (56%), cabeza/cuello (16%), digestivo (15 %), pulmón (7%) y Linfoma no Hodgkin (6%). La prevalencia de factores de riesgo, fue: tabaquismo, 18%; hipertensión arterial, 31%; diabetes, 26%; obesidad, 16%; dislipemia, 11%; proteinuria confirmada, 6% y antecedentes familiares, 2%. El 9% tenían en sus antecedentes patología cardiovascular: enfermedad vascular periférica, 60%, ictus, 10%, insuficiencia cardiaca, 15% y cardiopatía isquémica, 15%. El índice de masa corporal medio fue de 28 (rango 25-34). El grado de control en el caso de los pacientes hipertensos era del

83%, del 67% en los diabéticos y del 39% en los casos de dislipemia. El 14% había sufrido algún evento cardiovascular.

**Conclusiones.** La prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en pacientes oncológicos es similar por edad y sexo al de la población general. El grado de control de la diabetes y la presión arterial es bueno y a la dislipemia y proteinuria, no se le presta el control adecuado en un porcentaje alto de casos.

#### RV-95

##### ¿SE RETRASA EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE DIABÉTICO CON IAM CON ELEVACIÓN DEL ST? POSIBLES IMPLICACIONES EN EL PRONÓSTICO

E. Cambronero Cortinas, M. Simón García, J. Córdoba Soriano, V. Hidalgo, D. Rodríguez, R. Fuentes Manso, A. Gutiérrez Díez y J. Jiménez Mazuecos

Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

**Objetivos.** El IAM con elevación del ST es una entidad frecuente y grave en los hospitales de nuestro entorno aunque las nuevas formas de tratamiento especialmente la reperfusión precoz mejoran las expectativas vitales. Sabemos que en los pacientes diabéticos (DM) este pronóstico se ensombrece por diferentes motivos. Una explicación de las que se invoca es el retraso que pueden sufrir hasta el tratamiento de reperfusión debido a que los síntomas sean más difíciles de interpretar por el propio paciente o por el médico que le atiende por alguna forma de neuropatía de forma que a los pacientes DM se les ofertarían los tratamientos agresivos actuales (angioplastia primaria) con un retraso marcado con respecto a la población general. Con el objeto de testar este planteamiento diseñamos este análisis.

**Material y métodos.** Se estudiaron todos los pacientes que acudieron a un hospital terciario como el nuestro donde de forma sistemática se ofrece la angioplastia primaria como forma de tratamiento de elección del IAM con elevación del segmento ST. Se estudió: 1.- El tiempo desde que los síntomas comenzaban en el domicilio hasta que acudían al hospital (tiempo síntomas-puerta, TSiPU) que estaría directamente implicado en la percepción de los síntomas por parte del paciente. 2.-El tiempo desde que el paciente llegaba a urgencias hasta la llamada al hemodinamista (TPuLla) que estaría en relación a la dificultad del médico de urgencias en diagnosticar el cuadro y 3.- El tiempo desde que el paciente llegaba a urgencias hasta que se realizaba la apertura de la arteria coronaria o tiempo puerta-balón (TPuBa) como medida integradora del tiempo hasta el diagnóstico y de la dificultad del procedimiento. Se estudió la evolución hospitalaria en forma de mortalidad total (MT), eventos cardiovasculares (EvCV, como combinado de muerte, re-IAM, isquemia recurrente, ACVA y nueva revascularización urgente) y la fracción de eyección residual del ventrículo izquierdo (FEVI). Todas las comparaciones se realizaron entre pacientes DM y no DM. Se definió paciente DM tanto al paciente con DM ya conocida (insulin o no insulindependiente) como al paciente con 2 glucemias basales en dos días consecutivos mayores de 125 mg/dl.

**Resultados.** Se analizaron 132 pacientes con IAM con elevación del segmento ST a los que se realizó angioplastia primaria. Eran DM o se diagnosticaron de DM 69 (52%). La edad media en los DM fue de 65 ± 12 años. El 24% eran mujeres. El 50% HTA, el 55% había fumado en algún momento de su vida. El 37% eran dislipidémicos. El 21% padecían obesidad grave y el 7% tenían insuficiencia renal previa. Todas las características basales fueron similares a las de los no DM salvo la frecuencia de sexo femenino que fue mayor en los DM (p:0.04). El TSiPu fue significativamente mayor en pacientes DM (225 vs 167 minutos, p: 0.05) que nos informa de un retraso del paciente en acudir a urgencias mientras que el TPuLla y el TPuBa fueron similares en ambos grupos los que nos indica que una vez llegados al hospital la dificultad en el diagnóstico y en el tratamiento era similar. Tanto en DM como en no DM se consiguió un TPuBa inferior a 90 minutos en el 56% de los pacientes. Durante el ingreso la MT fue casi el doble en pacientes DM (9% vs 5%). Los EvCv fueron también más numerosos (29% vs 19%). En ninguno de los dos casos existieron diferencias significativas (es probable que en relación al tamaño de la muestra y la proporción de eventos). Si que existió sin embargo diferencias significativas en la FEVI al alta de forma que el 19% de los DM presentaron disfunción ventricular severa frente al 3% de los no DM (p: 0.006).

**Conclusiones.** Los pacientes diabéticos acuden a urgencias con una sustancial demora tras sufrir un IAM con elevación del segmento ST que podría influir en su peor pronóstico hospitalario. Sin embargo una vez que el paciente llega al hospital el diagnóstico y el tratamiento con angioplastia primaria se realiza con la misma celeridad por lo que es a nivel del ámbito extrahospitalario (consulta de atención primaria médica o de enfermería) donde habría que enfatizar a los pacientes sobre la sintomatología y la importancia de la rapidez en el tratamiento con el fin de mejorar este retraso.

#### RV-96 FACTORES RELACIONADOS CON LA HIPERHOMOCISTEINEMIA EN LOS PACIENTES CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

B. Roca<sup>1</sup>, J. Ferrero<sup>2</sup>, M. del Monte<sup>3</sup>, C. Andreu<sup>4</sup> y M. Ramos<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Análisis Clínicos, <sup>3</sup>Consulta monográfica de infección por el VIH, <sup>4</sup>Unidad de Documentación Clínica y Admisión. Hospital General de Castellón, Universidad de Valencia.

**Objetivos.** Conocer los valores séricos de homocisteína en una cohorte de pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), y analizar la posible asociación de la hiperhomocisteinemia con los factores de riesgo cardiovascular tradicionales y con las características clínicas y demográficas de dichos pacientes.

**Material y métodos.** Estudio de diseño transversal, llevado a cabo como una tarea suplementaria a la asistencia clínica habitual que se realiza a los pacientes con infección por el VIH, en la consulta monográfica de infección por el VIH del Hospital General de Castellón. A lo largo de dos visitas consecutivas, se obtienen los siguientes datos: características demográficas y clínicas, detalles relacionados con la infección por el VIH, y resultados de los análisis generales de cada paciente. Los niveles séricos de homocisteína se determinan con un inmunoanálisis de quimioluminiscencia (Immulate 2500) cuyos valores normales van desde 5 hasta 12  $\mu\text{mol/L}$ . Mediante una regresión lineal múltiple, se analiza la posible asociación de los niveles elevados del aminoácido con el resto de variables del estudio.

**Resultados.** Se incluye a un total de 145 pacientes. La media  $\pm$  la desviación estándar (DE) de su edad es de 41  $\pm$  8 años, 103 (71 %) son varones, la carga viral del VIH es detectable en 43 (63 %), la media  $\pm$  la DE del recuento de linfocitos CD4 es de 510  $\pm$  380 células por mm<sup>3</sup>. La media  $\pm$  la DE del nivel sérico de homocisteína del global de pacientes es de 11,9  $\pm$  5,9  $\mu\text{mol/L}$ . Cincuenta y cuatro pacientes (37 %) tienen unos niveles de homocisteína superiores al límite de lo normal. Encontramos una asociación de niveles elevados de homocisteína con los siguientes factores: historia familiar de enfermedad coronaria en edad temprana ( $P = 0,027$ ), contagio del VIH por vía sexual ( $P = 0,016$ ), coinfección por el virus de la hepatitis C virus ( $P = 0,002$ ), talla alta ( $P = 0,002$ ), presión arterial diastólica elevada ( $P = 0,049$ ), bajos niveles séricos de ácido fólico ( $P < 0,001$ ) y bajos niveles séricos de vitamina B12 ( $P = 0,000$ ).

**Conclusiones.** El 37% de pacientes de la cohorte tiene unos niveles séricos de homocisteína superiores a los normales. Existe una asociación entre los niveles séricos de homocisteína elevados y el contagio del VIH por vía sexual y la coinfección por el virus de la hepatitis C.

#### RV-97 EVALUACIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DEL GÉNERO DEL CONTROL LIPÍDICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CORONARIA

C. González Becerra<sup>1</sup>, A. Fernández Moyano<sup>1</sup>, G. Retegui García de Quesada<sup>1</sup>, M. Montero Balosa<sup>2</sup>, C. Beltrán Calvo<sup>2</sup>, R. Fernández Urrusuno<sup>2</sup>, M. Tarilonte Delgado<sup>2</sup> e I. Vallejo Maroto<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

<sup>2</sup>Distrito de Atención Primaria Aljarafe Sevilla. Servicio Andaluz de Salud (Sevilla).

**Objetivos.** Evaluar el control de la dislipemia en los pacientes con enfermedad coronaria para determinar si existen diferencias de género en la consecución de los objetivos terapéuticos del LDL-colesterol y del colesterol total

**Material y métodos.** -Seleccionamos a un total de 741 pacientes ingresados por Enfermedad coronaria durante el 2007 en 4 hospitales comarcales de Andalucía: HSJD-Aljarafe, H. La Inmaculada de Húercal-Overa (Almería), H. La Serranía de Ronda (Málaga) y el H. de Jerez (Cádiz) - Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo analizando como variable principal el perfil lipídico al ingreso (colesterol total y LDL-colesterol) y como variables secundarias: sexo, edad, HTA, Diabetes, tabaquismo, Hospital de procedencia, procedimientos diagnósticos realizados: cateterismo, intervencionismos percutáneos o by pass, estancia media hospitalaria, medicación prescrita al alta: antiagregación (AAS y/o Clopidogrel), IECAS/ARAI, B Bloqueantes y estatinas. Esta información la obtuvimos a través de revisión de los informes de alta hospitalaria - Comparamos el perfil lipídico del ingreso con el de dos visitas posteriores, en Atención Primaria o Especializada a los 6 y 12 meses para ver si se conseguían los objetivos terapéuticos establecidos y analizamos si se encontraban diferencias en la consecución de los objetivos en función del género - Por último analizamos la mortalidad global al año en función de la edad y género

**Resultados.** La mujeres (45,7%) eran mayores que los varones, (media de edad 73 vs 67), presentaban con mayor frecuencia Diabetes (51% vs 37%), HTA (64% vs 49%) e Insuficiencia Cardíaca previa (20% vs 13%). En cambio los varones eran más fumadores y tenían más diagnóstico de

EPOC (14,5% vs 5,6%) - Las mujeres tenían al ingreso niveles más elevados de colesterol total que los varones (177 vs 169) y de HDL-colesterol (41 vs 38). Recibieron menos tratamiento con estatinas que los varones (70 vs 77%) y más ARA II (18,2 vs 10,8%). Se realizaron menos intervencionismos coronarios y se colocaron menos stent en las mujeres (14% vs 38%) - Los varones lograron reducir de forma significativa sus niveles de LDL-colesterol y de colesterol total a los 6 meses (9,6;95%CI:3,1-15,9 mg/dl y 8,4;95%CI:1,0-15,8 mg/dl, respectivamente) y a los 12 meses del evento coronarios (11,7;95%CI:4,8-18,6 mg/dl y 8,2;95%CI:0,4-15,9 mg/dl, respectivamente). Las mujeres sin embargo solo experimentaron mejoría en el perfil lipídico en relación al ascenso de HDL-Colesterol y no al descenso de Colesterol total y LDL-Colesterol - No se objetivaron diferencias por sexos en la indicación de antiagregación al alta (AAS y/o Clopidogrel: 87%-83% respectivamente), con un descenso en la prescripción a los 6 meses (66%-69%) y a los 12 meses (61%-58%), respectivamente - No encontramos diferencias entre géneros en la prescripción de la cuádruple terapia indicada en estos pacientes al alta (AAS, B bloqueantes, IECAS y estatinas), aunque la prescripción fue baja, solo se realizó en el 43% de los pacientes, y continuó descendiendo a los 6 y 12 meses (21% y 18% respectivamente). - No observamos diferencias en mortalidad entre varones y mujeres salvo en el grupo de edad de 65-74 años, en el que encontramos un 4,1% de muertes en varones y 0% en mujeres.

**Conclusiones.** Encontramos diferencias entre géneros en el manejo terapéutico de la enfermedad coronaria con peor atención y consecución de los objetivos de control lipídico en prevención secundaria en las mujeres a pesar de ser éstas de mayor edad y presentar mayor comorbilidad.

#### RV-98

#### LIRAGLUTIDA, UN ANÁLOGO DE GLP-1, INDUCE UNA MEJORÍA SIGNIFICATIVA DEL COLESTEROL TOTAL Y LDL, ADEMÁS DE LA PREVALENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO EN LA DIABETES TIPO 2: META-ANÁLISIS DE 6 ENSAYOS CLÍNICOS

J. Ferrer<sup>1</sup>, J. Plutzky<sup>2</sup> y R. Pratley<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Diabetes. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia.

<sup>2</sup>Cardiovascular Division. Brigham and Women's Hospital, Harvard Medical School, Boston, MA, USA.

<sup>3</sup>Diabetes and Metabolism Translational Medicine Unit. Univ of Vermont Coll of Med, Burlington, USA.

**Objetivos.** Muchos pacientes con diabetes tipo 2 (DT2) y/o síndrome metabólico tienen anormalidades en el control de lípidos, lo que aumenta el riesgo de eventos cardiovasculares. Liraglutida induce una mejoría de la HbA1c en un 1.0-1.5%, una pérdida sostenida del peso corporal de 2-3 kg y de la presión arterial sistólica de 2-6 mmHg. El objetivo de éste meta-análisis es evaluar el efecto de liraglutida en el perfil de lípidos y en los criterios del síndrome metabólico.

**Resultados.** Después de 26 semanas, liraglutida redujo de manera significativa el colesterol total vs. rosi, insulina glargina y placebo: las diferencias entre tratamientos fueron de 16.3, 6.1, 5.6 mg/dL, respectivamente;  $p < 0.01$  para todos. Liraglutida redujo el LDL significativamente vs. rosi, glim e insulina glargina: las diferencias entre tratamientos fueron de 10, 3.1 y 5.2 mg/dL, respectivamente;  $p < 0.05$  para todos. No se observaron diferencias en cambios en HDL excepto con liraglutida vs. rosi, de 2.2 mg/dL,  $p = 0.0001$ , a favor de rosi. El síndrome metabólico se definió como un conjunto de factores de riesgo cardiovascular asociados a resistencia a la insulina, utilizando los criterios de ATP III. La probabilidad (OR) de cumplir los criterios de síndrome metabólico después de 26 semanas de tratamiento con liraglutida vs. glim o placebo (corrigiendo a los criterios basales), fueron de 0.59 [0.43;0.81](95%CI) y 0.60 [0.45;0.80], respectivamente ( $p < 0.001$  ambos).

**Conclusiones.** En la DT2, los datos combinados de 6 ensayos clínicos de fase 3 revelan que liraglutida induce una mejoría del colesterol total y el LDL, además de reducir la proporción de pacientes con síndrome metabólico asociado, en comparación con otras terapias standard de la DT2.

#### RV-99

#### VALOR PRONÓSTICO A LARGO PLAZO DE DOS ÍNDICES DE COMORBILIDAD EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

J. Gómez, J. Cepeda, E. Centurión, J. López-Quiñones, M. Martín, D. Vaños, N. Ahmad y J. Blázquez

Servicio de Hospital de Torrevieja (Alicante).

**Objetivos.** Analizar el valor pronóstico que añaden dos índices de comorbilidad en el análisis de la mortalidad a largo plazo en pacientes ingresados por síndrome coronario agudo (SCA).

**Material y métodos.** Estudio observacional de una cohorte consecutiva de pacientes ingresada en nuestro servicio por SCA entre el 1/7/2007 y el 31/7/2007, residentes en el área y que sobreviven a la fase hospitalaria. Las variables clínicas basales se obtuvieron de las historias clínicas electrónicas, calculando en todos los pacientes dos índices de comorbilidad previamente validados: el índice de Charlson y el índice específico de enfermedad arterial coronaria (CAD-Index), validado en pacientes con enfermedad coronaria conocida estable. Se realizó seguimiento a los 18 meses mediante entrevista personal o telefónica. Para determinar la importancia pronóstica a largo plazo de estos índices se utilizó un modelo de riesgos proporcionales de Cox previamente definido que incluía como covariables la edad, el sexo, el SCA no clasificable, la enfermedad cardiovascular previa (ECV) y la diabetes, sobre el que, tras retirar del mismo la ECV previa y la diabetes (por estar incluidas dentro de dichos índices), se añadió el CAD-Index o el índice de Charlson. El efecto de dichos índices sobre el modelo se evaluó con la prueba de razón verosimilitud. La capacidad predictiva de los índices de comorbilidad se estudió con el estadístico C y con el procedimiento ROC.

**Resultados.** Se incluyó un total de 183 pacientes: 63,4% sin elevación de ST, 32,8% con elevación de ST, y 3,8% no clasificables. Edad media 68 ± 11,3 años. Mujeres 24%. ECV previa 49,7%. Hipertensión 68,3%. Diabetes 32,8%. Índice de Charlson: mediana 1 (IQ 0-2). CAD-Index: mediana 1 (IQ 1-3). Elevación de cTnI el 78,7%. Se completó el seguimiento en 174 pacientes (95,1%) con una media de seguimiento de 16,6 meses (IC95% 16 a 17,2 meses). La mortalidad global al final del seguimiento fue del 11% (IC95% 6,4%-15,6%) y la supervivencia libre de muerte del 88,8% (IC95% 83,2%-92,6%). La inclusión del índice de Charlson produjo un cambio significativo en el modelo (LR,  $\chi^2 = 16,62$ ,  $p < 0,0001$ ), de la misma forma que lo hizo la inclusión del CAD-Index (LR,  $\chi^2 = 17,84$ ,  $p < 0,0001$ ). Para analizar si sobre el modelo con el índice de Charlson, el CAD-Index añadía información pronóstica adicional, se forzó su entrada en el mismo siendo el resultado no significativo. Lo mismo ocurrió a la inversa. El valor pronóstico de ambos índices se analizó con el estadístico C que fue de 0,85 para el índice de Charlson y de 0,84 para el CAD-Index, y con el área bajo la curva que resultó 0,71 (IC95% 0,56-0,85;  $p = 0,003$ ) para el índice de Charlson y de 0,70 (IC95% 0,55-0,85;  $p = 0,004$ ) para el CAD-Index.

**Discusión.** Tanto el índice de Charlson como el CAD-Index mostraron ser predictores importantes e independientes de la mortalidad a largo plazo en nuestra muestra. Nuestros resultados demuestran un funcionamiento similar de ambos índices, lo que supone una prueba de validez externa del CAD-Index para su utilización como medición del índice de comorbilidad en pacientes con SCA. Las limitaciones principales de nuestro estudio son la naturaleza retrospectiva de la recogida de datos al ingreso, y el reducido tamaño muestral que puede hacer los resultados dependientes de nuestra muestra.

**Conclusiones.** La inclusión de un índice de comorbilidad en el análisis de la mortalidad a largo plazo en pacientes dados de alta por un SCA añade poder predictivo al mismo. Nuestros resultados avalan que tanto el índice de Charlson como el CAD-Index pueden ser empleados de forma indistinta para este fin.

## RV-100

### ASOCIACIÓN DE VALORES DE GLICEMIA CON EVENTOS CARDIOVASCULARES Y MORTALIDAD EN PACIENTES DIABÉTICOS HOSPITALIZADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

Y. Figueroa Chacín<sup>1</sup>, I. Granados<sup>2</sup>, A. Tineo<sup>1</sup>, J. Marchán<sup>1</sup>, D. Marín<sup>1</sup> y M. Machado<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. <sup>2</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario "Dr. Manuel Núñez Tovar". Maturín, estado Monagas, Venezuela.

**Objetivos.** Evaluar la relación entre valores de glicemia al ingreso con eventos cardiovasculares en pacientes diabéticos.

**Material y métodos.** Se diseñó un estudio prospectivo, descriptivo de enero a marzo 2009, se evaluaron 144 pacientes, se realizó historia clínica, factores de riesgo cardiovascular, tratamiento médico previo y evento cardiovascular. Se dividieron los pacientes en dos grupos, con glicemias  $\leq 130$  mg/dl y  $> 130$  mg/dl. Se realizó prueba de t entre pacientes con valores altos y bajos de glicemia, prueba de Mantel-Haenzel, chi cuadrado y coeficiente de correlación de Pearson ( $p < 0,05$ ).

**Resultados.** El grupo con glicemias bajas era de 35 pacientes (24,31%) y el de glicemias elevadas 109 pacientes (75,69%). Ambos grupos de pacientes tenían igual edad, presión arterial y años de evolución de la enfermedad, pero el grupo con glicemias elevadas tenía más circunferencia abdominal, triglicéridos, menos HDL. La mayor proporción de pacientes con glicemias elevadas eran del sexo masculino, eran fumadores y más consumidores de alcohol. La mayor proporción de pacientes con glicemias elevadas recibían antiagregantes plaquetarios. No hubo relación de la glicemia con el tipo de tratamiento hipoglucemiante. Pacientes con cifras elevadas de glicemia no recibían tratamiento con insulina. En pacientes con antecedentes familiares

de DM e IAM hay más pacientes con glicemia elevada. En pacientes con eventos mayores hay más pacientes con glicemia elevada y en pacientes con glicemias bajas hay más pacientes sin eventos mayores, es decir el 95,7% de los pacientes con eventos mayores tenían glicemia elevada. No hubo asociación de la glicemia con los eventos menores (ACV y EAP) ni con la mortalidad. En pacientes con glicemias elevadas y que no usan estatinas el 86,2% tienen LDL elevado y los que usan estatinas solo el 5,9. Mayores valores de glicemia estuvieron asociados positiva y significativamente con la circunferencia abdominal, LDL, triglicéridos, presión arterial sistólica y diastólica y años de diagnóstico de DM.

**Discusión.** La hiperglucemia del estrés es un fenómeno frecuente en pacientes diabéticos y no diabéticos; forma parte de la respuesta hormono-metabólica adaptativa a la injuria o infección. Los factores predisponentes de la hiperglucemia de estrés son: obesidad, uremia, administración de corticoides y catecolaminas, hipoxemia, diabetes, hipotermia, cirrosis, edad avanzada, aporte excesivo de glucosa exógena y el grado de severidad de las enfermedades que inducen a la respuesta inflamatoria sistémica. La hiperglucemia se asocia con una serie de efectos nocivos, tales como: retraso de la cicatrización de heridas, inmunodepresión (por disminución de la quimiotaxia, adherencia, fagocitosis, y lisis intracelular de polimorfonucleares y macrófagos, e inactivación de inmunoglobulinas causada por la glucosidación), aumento de la producción de especies reactivas de oxígeno con disfunción endotelial y la inducción de efectos pro-inflamatorios. La hiperglucemia grave (por lo general se caracteriza como un nivel de glucosa superior a 250 mg/dl) ha demostrado tener efectos deletéreos sobre el sistema vascular, hemodinámico e inmunológico. En pacientes con diabetes e infarto agudo de miocardio, la hiperglucemia a la admisión predijo mortalidad tanto hospitalaria como al año del egreso. La asociación entre glicemia y riesgo de muerte sigue siendo significativa, después del ajuste según la gravedad de la enfermedad y no se limita a los pacientes con diabetes, las tasas de mortalidad hospitalaria parecen ser aún mayor para los pacientes con diagnóstico reciente de hiperglucemia que para los que tienen diagnóstico previo de diabetes mellitus.

**Conclusiones.** Pacientes diabéticos con hiperglucemia fuera de las metas de control tienen mayor proporción de eventos cardiovasculares en su estancia hospitalaria, de allí la importancia de alcanzar las cifras asociadas con un óptimo control metabólico.

## RV-101

### EXPERIENCIA CLÍNICA INICIAL DE TRATAMIENTO CON EXENATIDE EN UNA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGÍA

I. Paez Rubio<sup>1</sup>, M. Lainez López<sup>2</sup>, F. Carrasco Sánchez<sup>1</sup>, M. López Pérez<sup>2</sup>, E. Roldán Mallorga<sup>2</sup> y E. Pujol De la Llave<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UGC Medicina Interna. Hospital General Juan Ramón Jiménez. Huelva.

<sup>2</sup>Servicio de Endocrinología y Unidad de Nutrición. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Huelva.

**Objetivos.** Desde Diciembre de 2008 se comercializa en España Exenatide, un análogo del GLP1 humano, ya comercializado en EEUU desde tres años previos. Aparte de su acción gluco-reguladora, se ha demostrado que reduce la ingesta y el peso corporal. El primer objetivo del presente estudio es evaluar nuestra experiencia personal con dicho fármaco, comparándola con la de los estudios Amigo. Como objetivo secundario nos planteamos la posibilidad de cambiar tratamiento insulínico en pacientes con perfil de resistencia, por Exenatide.

**Material y métodos.** Estudio Prospectivo y Observacional de Pacientes con DM2, a los que se inició tratamiento con Exenatide, en seguimiento en una consulta de Endocrino. La evaluación fue al mes y a los tres meses. El objetivo a alcanzar fue la mejora del control glucémico, medida con la disminución de la HB1AC a los tres meses, y la reducción progresiva del peso corporal y mejora de TA.

**Resultados.** Un total de 22 pacientes iniciaron tratamiento con Exenatide desde los meses de Diciembre de 2008 hasta Junio de 2009, de los cuales 16 eran mujeres y 8 fueron hombres. La edad media fue de 60,23 años y el tiempo medio de evolución de la Diabetes era de 15,64 años. El 68,18% de los pacientes estaban insulinizados, siendo el tiempo medio de insulinización de 8,2 años. Todos tenían FRCV asociados, la mayoría presentaba Obesidad Mórbida, con media del IMC al inicio del seguimiento de 40,7 y un alto número presentaba HTA de larga evolución en tratamiento, con una TAs media de 151,27 y TAd de 75,31. Al inicio del tratamiento, la media de HB1AC era de 9,1%. En cuanto al tratamiento asociado, un 40,9% recibió tratamiento combinado con metformina y sulfonilureas. El 91% de los pacientes que completaron los tres meses de seguimiento mostraron pérdida de peso y disminución de la HB1AC. La disminución media de peso al mes fue de 2,43 kgs y a los 3 meses, de 5,61 kgs. La disminución media de la HB1AC a los tres meses fue de 0,67%. En el subgrupo de insulinizados la Hb1ac al inicio era de 9,96%, con una reducción de los niveles medidos de 0,72% y de 9,78 kgs de peso a los tres meses. Los niveles medios de Tas y Tad fueron de 141

y 76 respectivamente, menores que al inicio, sin haber sufrido modificación del tratamiento con antihipertensivo. En 4 enfermos se produjo interrupción del tratamiento con Exenatide por mal control glucémico, objetivando que todos habían sido tratado previamente con insulina, con un tiempo medio de insulización de 10,2 años. Como efectos indeseables describimos un caso de náuseas que no fue causa de interrupción del tratamiento.

**Discusión.** En nuestra cohorte, se demuestra que la terapia combinada de Exenatide con metformina y/o sulfonilureas da lugar a una mejora del control glucémico, reducción del peso corporal y control de la TA, obteniendo mejores resultados de estos parámetros, sobre todo en relación con el peso corporal, comparándolos con los estudios AMIGO (reducción de 1,9 kgs de peso y de 1% de HB1AC). Todos los pacientes en los que se suspendió el tratamiento, pertenecen al grupo de insulinizados previamente, con reserva pancreática baja y en los que la causa fue el fracaso de control glucémico.

**Conclusiones.** En nuestra experiencia, el Exenatide es una terapia segura y eficaz en pacientes con DM tipo 2 en los que no sólo deseamos el control glucémico, sino también la pérdida peso, teniendo en cuenta que éste es un factor de riesgo cardiovascular independiente. En aquellos pacientes insulinizados, mal controlados, en los que existe aún reserva pancreática y en su perfil predomina la obesidad, podríamos plantear el uso de Exenatide en vez de insulina con el objetivo de perder peso y mantener e incluso mejorar el control glucémico.

#### RV-102

### CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO Y DINÁMICA CELULAR EN CULTIVOS *IN VITRO* BAJO EL EFECTO DE ESTATINAS

R. Salomón<sup>1</sup>, B. Martín Puig<sup>3</sup>, M. Ferrer Civeira<sup>1</sup>, C. López González-Cobos<sup>1</sup>, E. Vilalta Castel<sup>1</sup>, G. Álvarez<sup>1</sup>, E. Oliveros<sup>1</sup>, J. Millán<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Lípidos y Riesgo Cardiovascular. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

<sup>3</sup>Laboratorio de Investigación Biomedica. Universidad Complutense. Facultad de Medicina (Madrid).

**Objetivos.** Valorar los rasgos del comportamiento celular, adherencia, movilidad y contractilidad, como parte del estudio de los cambios en el comportamiento celular *in vitro* de los inhibidores de la HMG-CoA reductasa.

**Materiales y métodos.** Soluciones de cultivos celulares, cloruro de sodio isotónico y bicarbonato isotónico. Medios de cultivo para células eucariotes. Células, líneas celulares establecidas procedentes de American type culture collection, European collection of cell culture y líneas establecidas en nuestro laboratorio, a partir de células humanas normales, fibroblastos y monocitos. Se han utilizado células humanas de endotelio vascular y células musculares lisas. Utilizado para el estudio técnicas de videometría y microscopía digital de intervalos.

**Resultados.** Adherencia celular: Cuando se ha estudiado la adherencia al medio de las diferentes células, se han obtenido curvas de adherencia individualizadas para las distintas células y para las distintas estatinas a diferentes dosis. Una muestra de estos resultados, resaltando la relevancia de diferentes estatinas a diferentes dosis (Imagen 1). En líneas genales se observa una disminución del número de células tanto adheridas a la placa como libres y un aumento de las células muertas (apoptosis) Movilidad celular: La movilidad de los diferentes tipos celulares ha sido estudiada en presencia de las estatinas ensayadas. Observándose una disminución de la actividad mitótica y de la movilidad, con un aumento de la apoptosis. Procesos que favorecen la estabilización de la placa de ateroma. Diferencias entre distintos tipos celulares bajo el efecto de las distintas estatinas (Tabla 1) Contractilidad de células musculares lisas: La contractilidad fue estudiada en las células musculares lisas, habida cuenta de la trascendencia de este proceso en la génesis de la placa ateromatosa. Se pudo observar una disminución de la contractilidad bajo el efecto de estatina (se ensayó, por su singularidad, la cerivastatina a dosis de 96 ng/ml), que se recuperó y se incrementó al suprimir el tratamiento).

**Discusión.** Han sido observado "in vitro" el comportamiento de de las distintas células implicadas en el proceso de aterogenesis, nuestros resultados sugieren que estos efectos forman parte del proceso de estabilización de la placa de ateroma. Aunque no tenemos datos clínicos que indiquen que estos fenómenos reduzcan los eventos cardiovasculares. Sería necesaria la realización de un estudio comparativo de incidencia de eventos cardiovasculares comparando efectos con otro hipolipemiente distinto de las estatinas. Ya que todas ellas han demostrado tener estos efectos sobre las células implicadas en la placa de ateroma, aunque con algunas diferencias entre ellas.

**Conclusiones.** 1- Se han identificado cambios en el comportamiento y la dinámica celular inducido por Estatinas, cambios que *in vitro* forman parte del fenómeno de estabilización de la placa de ateroma. 2- Adherencia: disminución del número de células adheridas a la placa bajo el efecto de las estatinas. 3- Movilidad: disminución de la actividad mitótica y de la movilidad, con un aumento de la apoptosis. 4- Contractilidad: disminución de la contractilidad bajo el efecto de las estatinas.

#### RV-103

### DETERMINACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN LOS PACIENTES DEL BAIX EMPORDÀ INFECTADOS POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

A. Masabeu<sup>1</sup>, M. Almendros<sup>1</sup>, J. Roman<sup>2</sup>, A. Martín-Urda<sup>1</sup>, M. Conde<sup>1</sup>, R. López<sup>1</sup>, R. Padilla<sup>1</sup> y M. Márquez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Urgencias. Hospital de Palamós. Palamós (Girona).

**Objetivos.** Describir los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y estimar el riesgo cardiovascular (RCV) en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA (con o sin tratamiento antirretroviral) que son controlados en el servicio de medicina interna del Hospital de Palamós (Baix Empordà). Evaluar la adecuación del tratamiento farmacológico de estos factores.

**Materiales y métodos.** Estudio transversal descriptivo de los pacientes infectados por el VIH atendidos en la consulta de Medicina Interna entre el 1 de enero y el 31 de Mayo de 2009. Se recogieron variables demográficas y antropométricas, hábitos tóxicos, antecedentes de enfermedad cardiovascular, variables determinantes del riesgo cardiovascular: presión arterial (PA), diabetes mellitus, perfil lipídico, cociente albumina/creatinina en orina espontánea y variables de actividad de la enfermedad y tratamiento farmacológico. La estratificación del riesgo cardiovascular se realizó siguiendo las recomendaciones de las Sociedades Europeas de Hipertensión y de Cardiología. Se determinaron los estadísticos habituales en variables cualitativas y cuantitativas utilizando para ello el paquete estadístico SPSS.16.

**Resultados.** Se incluyeron 154 pacientes. 118 hombres (76,6%), de 43,8 ± 8,5 años de edad siendo 28 de ellos inmigrantes (18,2%). 148 pacientes (94,8%) no presentaban enfermedad cardiovascular de base. 116 pacientes (74,7%) fumaban en forma activa o tenían antecedentes de tabaquismo. 62 pacientes (40,3%) presentaban criterios de HTA con PAS 133 ± 13,8 mmHg y PAD 81,2 ± 13,1 mmHg. IMC fue de 24,1 ± 4,2, 15 pacientes con IMC > 30 kg/m<sup>2</sup> (9,7%), perímetro abdominal 86,8 ± 11,6 cm, 9 pacientes eran diabéticos (5,8%). Los perfiles lipídicos mostraban: colesterol total 171,31 ± 42,9 mg/dl, 59 pacientes presentaban cifras superiores a 200 mg/dl (38,5%); HDL-colesterol 45,54 ± 15,1, 60 pacientes presentaban cifras inferiores a 40 mg/dl (39%); triglicéridos 165,5 ± 103,6, 68 pacientes presentaban cifras superiores a 150 mg/dl (44,2%). Cociente albúmina/creatinina 28,59 ± 98,1 mg/g. La determinación de riesgo cardiovascular mostraba 99 pacientes con riesgo bajo (65,6%) y 52 (34,4%) con riesgo moderado o alto (no se pudo determinar el riesgo en tres pacientes). La determinación de actividad de la enfermedad mostraba unos CD4 de 498 ± 293 cel/mm<sup>3</sup> con 134 pacientes con cifras superiores a 200 cel/mm<sup>3</sup> (87%) y una carga viral de 461 ± 1298 copias/ml con 109 pacientes con cifras inferiores a 40 copias/ml (70%). El 91,9% de los pacientes recibían tratamiento antirretroviral. Al considerar los pacientes con PA > o igual 140/90 mmHg, 62 debían recibir tratamiento antihipertensivo mientras que solo lo recibían 15 (24,2%). Al considerar el nivel de corte en 130/80 en pacientes con RCV moderado-alto, 50 pacientes debían recibir tratamiento antihipertensivo mientras que solo lo recibían 17 (34%). Por cifras elevadas de colesterol total (> 200 mg/dl) 6 pacientes presentaban indicación de tratamiento con estatinas, de ellos 2 lo recibían; por presentar cifras bajas de HDLcolesterol (< 40 mg/dl) 69 pacientes requerían tratamiento, 9 (13%) lo recibían y por hipertrigliceridemia (TG > 150 mg/dl) 69 pacientes tenían indicación de tratamiento, de los cuáles 11 lo recibían (15,9%).

**Conclusiones.** Los FRCV más prevalentes en nuestros pacientes son el tabaquismo, la hipertensión arterial, la hipertrigliceridemia y el HDLcolesterol bajo, esto se traduce en que uno de cada tres pacientes de nuestra serie presenta un RCV entre moderado y alto. Sin embargo, probablemente debido a la edad relativamente joven de los pacientes, la prevalencia de enfermedad cardiovascular es baja en estos momentos, lo que hace pensar que un tratamiento adecuado de los factores predisponentes podrían retrasar o evitar la aparición de estas patologías. Para ello es necesario incrementar el control y tratamiento de estos factores puesto que estos pacientes están siendo infratratados tanto con fármacos hipotensores como hipolipemiantes.

#### RV-104

### "CARGA INFECCIOSA" Y ARTERIOSCLEROSIS SISTÉMICA. CORRELACIONES CLÍNICAS E IMPLICACIONES PRONÓSTICAS. COHORTE AIRVAG

B. Herreros Ruiz Valdepeñas<sup>1</sup>, I. González Anglada<sup>1</sup>, C. Artaza<sup>2</sup>, J. Acebo<sup>2</sup>, M. Casas<sup>2</sup>, V. Castilla Castellanos<sup>1</sup>, L. López Bescos<sup>3</sup> y C. Guijarro Herraiz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Laboratorio, <sup>3</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Universidad Rey Juan Carlos (Madrid).

**Objetivos.** Evaluar el valor pronóstico de la 'carga infecciosa' (CINF) en la evolución de pacientes con aterosclerosis sintomática de cualquier territorio. **Materiales y métodos.** Cohorte 'Airvag': 269 pacientes con isquemia de cualquier territorio < 70 años (coronario 53%, cerebral 32%, periférico 15%).

Se definió la 'CINF' CINF como la suma de serologías positivas (IgG) para virus del grupo Herpes (simple I [VHS], Epstein Barr [VEB], Citomegalovirus [CMV], CINF-V), *Clamidia Pneumoniae* (CP), *Mycoplasma Pneumoniae* [MP] y *Helicobacter Pylori* [HP], CINF-B). Se evaluó la asociación de CINF con los factores de riesgo y el grado de lesión vascular ( $\chi^2$ , regresión lineal, t de student) y el tiempo hasta la aparición de un nuevo evento isquémico de cualquier territorio (o muerte vascular), mediante el método de Kaplan Meier (test de Log Rank; análisis univariado) y de regresión de Cox (multivariado). Significación estadística  $p < 0.05$ .

**Resultados.** La prevalencia de exposición infecciosa para virus fue muy elevada VHS (95%), VEB (98%), CMV (90%), siendo algo inferior para bacterias HP (92%), CP (39%), MP (28%). El territorio clínico afecto no se asoció con diferencias en la prevalencia de seropositividad para ninguno de los los gérmenes. La CINF presentó una débil correlación con la exposición acumulada al tabaco ( $r = 0.21$   $p < 0.05$ ; enteramente atribuible a CINF-B). No hubo asociación entre la CINF y el resto de factores de riesgo vascular, niveles de lípidos, PCR, microalbuminuria o amiloide sérico. La CINF se asoció débilmente con la presencia de placas carotídeas ( $r = 0.17$ ,  $P < 0.05$ , enteramente atribuible a CINF-V) e índice tobillo-brazo ( $r = -0.18$   $p < 0.05$ ), ambas independientes del tabaco. Tras un seguimiento de 5 años, 60 pacientes (22.3%) presentaron un nuevo evento vascular. Ninguno de los marcadores de CINF (aislados o en combinación) se asoció de modo significativo con el desarrollo de nuevos eventos vasculares.

**Discusión.** Estudios epidemiológicos sugieren que la exposición acumulada a diversas infecciones pueden contribuir al desarrollo de la arteriosclerosis y sus complicaciones. Otros trabajos sugieren que la carga infecciosa puede ser un marcador de nivel socioeconómico. Nuestro trabajo muestra una débil relación entre algunos marcadores de carga infecciosa y daño vascular. Sin embargo, la carga infecciosa no muestra implicaciones pronósticas en nuestro medio. La alta prevalencia de seropositividades para virus y el número relativamente pequeño de nuestra muestra pueden haber reducido el poder estadístico de nuestro trabajo para mostrar diferencias evolutivas. En cualquier caso, la carga infecciosa no parece ser un marcador pronóstico de utilidad en nuestro medio.

**Conclusiones.** La carga infecciosa se asocia débilmente con marcadores de 'carga aterosclerosa'. A pesar de ello, la carga infecciosa no presenta relevancia pronóstica significativa en prevención secundaria en nuestro medio.

#### RV-105

### ATEROSCLEROSIS CORONARIA (AC), PERIFÉRICA (AP) Y SIMULTÁNEA (ACP). FACTORES DE RIESGO E IMPLICACIONES PRONÓSTICAS. COHORTE AIRVAG

C. Guijarro Herraiz<sup>1</sup>, I. González Anglada<sup>1</sup>, B. Herreros Ruiz-Valdepeñas<sup>1</sup>, A. Huelmos<sup>2</sup>, E. Puras<sup>3</sup>, M. Casas<sup>4</sup> y V. Castilla Castellanos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Cardiología, <sup>3</sup>Servicio de Cirugía Vascular, <sup>4</sup>Laboratorio. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Universidad Rey Juan Carlos (Madrid).

**Objetivos.** Describir las características clínico-epidemiológicas diferenciales, factores de riesgo, marcadores de daño vascular y la evolución de pacientes con AC, AP y ACP.

**Material y métodos.** Cohorte prospectiva de 201 pacientes: 100 afectación coronaria AC, 44 AP y 57 ACP. Evaluación basal 1 mes tras evento índice ( $\chi^2$ ), ANOVA y supervivencia libre de eventos vasculares tras 5 años de seguimiento (Kaplan Meier, Cox).

**Resultados.** Edad media AC 58  $\pm$  9, AP 57  $\pm$  10 ACP 62  $\pm$  6 respectivamente ( $p < 0,01$ ), sexo masculino 82, 85, 88% ( $p$  NS), tabaquismo activo 39, 73, 53% ( $p < 0,001$ ), acumulado 25, 36, 34 paquetes x año ( $p < 0,001$ ), diabetes 20, 34, 33% ( $p = 0,09$ ), HbA1C  $> 7\%$  5,18, 12 ( $p = 0,04$ ), colesterol LDL 107  $\pm$  27, 135  $\pm$  31, 113  $\pm$  33 mg/dl ( $p < 0,001$ ), Colesterol HDL 44  $\pm$  12, 44  $\pm$  1, 43  $\pm$  10 mg/dl (NS), TG (m. geométrica) 115, 130, 129 mg/dl (NS), Tto hipolipemiente 83, 35, 70% ( $p < 0,001$ ), presión arterial sistólica 123  $\pm$  19, 131  $\pm$  18, 129  $\pm$  20 ( $p = 0,023$ ), diastólica 77  $\pm$  10, 80  $\pm$  11, 77  $\pm$  10 mm Hg (NS). Los pacientes AP y ACP presentaron mayor 'carga' aterosclerosis global: Grosor MI carotídeo AC 0,09  $\pm$  0,2, AP 0,10  $\pm$  0,3, ACP 0,11  $\pm$  0,4 mm ( $p < 0,01$ ), n<sup>o</sup> placas carotídeas 0,6  $\pm$  1,4 1,8  $\pm$  1,4 2,5  $\pm$  1,9 ( $p < 0,001$ ), estenosis carotídea  $> 50\%$  (%), 7, 14, 21% ( $p < 0,05$ ), aneurisma de aorta abdominal 0, 5, 18% ( $p < 0,001$ ), microalbuminuria 9, 20, 25% ( $p < 0,02$ ), PCR  $> 3$  mg/L 34, 61, 54% ( $p < 0,005$ ). Tras 5 años de seguimiento el riesgo de eventos fue muy superior en pacientes con AP y ACP en comparación con AC (HR 2,75, IC 95% 1,23-6,17; HR 2,88 IC 95% 1,37-6,05 respectivamente). Los resultados se mantuvieron sin cambios importantes tras corregir por edad, grado de control de FR, PCR o GMI carotídeo.

**Conclusiones.** La AP se asoció con edad avanzada, tabaco y diabetes y peor control global de los factores de riesgo. La AP aislada o asociada con AC presenta mayor 'carga aterosclerosa' y es un indicador de mayor grado de recurrencia en comparación con la afectación coronaria exclusiva. Estudio AIRVAG: Financiado por Fondo de Investigación Sanitaria (ISCIII) y Sanofi Aventis.

#### RV-107

### INERCIA CLÍNICA EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL

E. Fernández Pérez<sup>1</sup>, I. Muínelo Voces<sup>1</sup>, P. Dios Díez<sup>1</sup>, M. García Alvarado<sup>2</sup>, M. Liñán Alonso<sup>1</sup>, V. Linde Menéndez<sup>3</sup> y J. Mostaza Fernández<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Digestivo, <sup>3</sup>Atención Primaria León. Complejo Asistencial de León. León.

**Objetivos.** 1. Conocer la conducta terapéutica tras realización de MAPA en pacientes diagnosticados de Hipertensión Arterial (HTA) en una Unidad de HTA-RCV. 2. Conocer el grado de control de la Presión Arterial (PA) tras realización de MAPA.

**Material y métodos.** Se revisan las historias clínicas de los pacientes a los que se realiza un MAPA en el mes de Noviembre de 2008. Se analizan las variables: edad; sexo; antecedentes de: DM, dislipemia, tabaquismo, sedentarismo y antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular (ECV) precoz; PA en consulta (media de dos mediciones); valores de PA en MAPA (control de PA si: PA media -PAM-  $\leq 130/80$ , PAM diurna  $\leq 135/85$ , PAM nocturna  $\leq 120/70$  mmHg); "efecto bata blanca" (diferencia entre PA medida en consulta y PA ambulatoria  $\geq 20$  mmHg para PAS y/o  $\geq 10$  mmHg para PAD); patrón de ritmo circadiano; tratamiento antihipertensivo previo y posterior a la realización de la MAPA; cálculo del riesgo vascular (RV) según las Guías de la SEC-SEH del 2007. Análisis estadístico: Los resultados se expresaron como frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y como medias y desviación estándar para las cuantitativas. El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS 15.0.

**Resultados.** Se incluyen 84 pacientes (52% mujeres y 48% varones) con una edad media de 59  $\pm$  15,25 años. Antecedentes: 57% dislipemia, 18% DM2, 7% fumadores, 8% antecedentes familiares de ECV precoz. En la consulta el 92% presentan cifras de PA  $> 0 = 140/90$  mmHg y tras MAPA el 69% de los pacientes no están controlados (Importante "efecto bata blanca"). Patrón de ritmo circadiano: Dipper 40%, Non Dipper 44%, Riser 8% y Dipper Extremo el 6%. Tratamiento antihipertensivo: 8% ningún fármaco, 21% un fármaco, 31% dos fármacos y 40% tres o más fármacos. Los fármacos más utilizados son: ARA II 61%, Diuréticos 58%, IECAS 35%, ACC 29%, Betabloqueantes 29% y Alfabloqueantes 13%. Se modifica el tratamiento en un 58% de los casos siendo la actitud más frecuente añadir otro fármaco (31%) seguida de aumento de dosis (16%) y sustitución de fármacos (11%). En el subgrupo de pacientes con ECV establecida (23% del total) sólo tienen control por MAPA el 37%, se modifica tratamiento en el 21%, el control de lípidos es del 16% y el 73% están antiagregados.

**Discusión.** La HTA es uno de los factores que más influyen en la ECV y uno de los principales campos de lucha es la prevención de dichas enfermedades. En la actualidad sólo un 40% de los hipertensos tratados mantienen cifras tensionales dentro de los límites recomendados en las guías de práctica clínica. La inercia clínica (IC) se define como el fracaso en el inicio o intensificación del tratamiento en los pacientes que no consiguen el control de la PA, siendo una de las causas importantes del mal control. Entre las razones que contribuyen a la IC está la sobrestimación de los servicios prestados, excusas para modificar el tratamiento, dificultad para conseguir objetivos o complejidad de las guías. En nuestro estudio destacan unos resultados aceptables con una modificación del tratamiento en un 58%, entre las posibles causas destaca que un porcentaje importante de los MAPAS se realizan en la primera consulta antes del cambio terapéutico y que el MAPA nos permite eliminar el "efecto bata blanca".

**Conclusiones.** 1. La realización de la MAPA nos permite descartar el efecto bata blanca que podría llevarnos a una sobreestimación del riesgo y a una modificación innecesaria de nuestra conducta terapéutica. 2. En el grupo de pacientes con ECV establecida existe una mayor IC, probablemente debido a la dificultad para alcanzar PA objetivo, siendo estos pacientes los que más se beneficiarían del cambio de tratamiento. 3. A pesar de utilizar una técnica precisa como es la MAPA, todavía estamos lejos de alcanzar los controles deseados y será necesaria mayor formación, más ayuda de las instituciones y test sencillos y objetivos con los que poder valorar nuestras actuaciones.

#### RV-108

### VARIABILIDAD CIRCADIANA DE LA PRESIÓN ARTERIAL Y ANEMIA

Á. Hermida Ameijeiras<sup>1</sup>, M. Pazo Núñez<sup>1</sup>, J. López Paz<sup>1</sup>, M. Romero Míguez<sup>1</sup>, G. Calvo González<sup>1</sup>, A. Pose Reino<sup>2</sup> y C. Calvo Gómez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Hipertensión Arterial y Riesgo Vascular. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela (A Coruña).

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Médico-Quirúrgico de Conxo. Santiago de Compostela (A Coruña).

**Objetivos.** La anemia es un factor de riesgo cardiovascular (RCV) en la población en general y un índice de mal pronóstico en las enfermedades cardiovasculares. Recientemente se ha publicado que existe una correlación entre los niveles bajos de hemoglobina y el aumento de la morbimortalidad cardiovascular, en pacientes con hipertensión arterial (HTA) sistólica (Am

J Cardiol 2007;100:855-859). Se especula que un aumento en la actividad del sistema nervioso simpático (SNS) y del sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA), en los pacientes con anemia, podrían ser los mecanismos desencadenantes, aunque la etiopatogenia real es desconocida. La hiperactividad del SNS y del SRAA también se han postulado como una de las causas que facilitan la alteración en la variabilidad circadiana de la presión arterial (PA), con la consiguiente pérdida en la capacidad de regular/descender la PA durante el periodo de descanso nocturno. Por ello, hemos planteado en este estudio, investigar si la anemia puede influir en la variabilidad circadiana de la PA, en una cohorte de pacientes hipertensos

**Material y métodos.** Hemos incluido 161 pacientes (78 hombres y 83 mujeres, de  $62,7 \pm 7,8$  años de edad) diagnosticados de HTA esencial y que no reciben tratamiento antihipertensivo, de los cuales 37 pacientes presentaban anemia (definida por valores de Hemoglobina (Hb)  $< 12$  g/dL en las mujeres y  $< 13$  g/dL en los hombres. Se excluyeron los pacientes con HTA secundaria e HTA de bata blanca y todas aquellas causas identificables que pudieran condicionar anemia: enfermedad cardiovascular y renal conocida, insuficiencia hepática, enfermedad respiratoria incluyendo la apnea del sueño, endocrinopatías, enfermedades inflamatorias y oncológicas, historia de sangrado en el último año, diatesis hemorrágica y toma de medicación que pudiera condicionar sangrado. En todos los casos, se realiza una valoración clínico-biológica y se realiza MAPA (monitorización ambulatoria de la presión arterial) utilizando un monitor SpaceLabs 90207 y ajustando los periodos diurno y nocturno en cada paciente, analizando si existen diferencias entre los pacientes con anemia vs pacientes que tienen valores normales de Hb. **Resultados.** Los pacientes con anemia, presentan unos valores de Hb  $11,4$  g/dL vs  $14,2$  g/dL los que no tienen anemia. No existen diferencias en los diferentes parámetros clínico-biológicos, excepto en los valores de creatinina plasmática ( $1,08 \pm 0,15$  mg/dL en pacientes con anemia vs  $0,92 \pm 0,17$  mg/dL, en no anémicos ( $p < 0,01$ ) y en la frecuencia cardíaca (FC) clínica, que es más alta en los sujetos con anemia ( $83,5 \pm 8,3$  lpm vs  $70,4 \pm 7,5$  lpm;  $p < 0,001$ ). En relación con los valores de PA ambulatoria, existen diferencias en relación con la PA sistólica y FC nocturna, con valores más elevados en los pacientes con anemia (PAS/FC-noche:  $142,1$  mmHg/ $77,5$  lpm vs  $136,6$  mmHg/ $66,8$  lpm;  $p < 0,001$ ) y que condiciona una menor profundidad de la PA sistólica (4,6% en pacientes con anemia vs 8,2% en pacientes sin anemia;  $p < 0,01$ ).

**Conclusiones.** En los pacientes hipertensos con anemia, se objetiva una significativa alteración en la variabilidad circadiana de la PA, con un incremento de la PAS y FC nocturnas y la consiguiente pérdida de la profundidad de la PA hacia un perfil circadiano no-dipper, lo que pudiera estar relacionado con una mayor actividad del SNS y SRAA y pudiera contribuir a la mayor morbimortalidad cardiovascular en estos pacientes. Si la corrección de la anemia, se tradujese en una "normalización" de la PA ambulatoria, es un tema actualmente desconocido y que precisará futuros estudios de investigación.

#### RV-109

##### ¿EXISTE RELACIÓN ENTRE LOS VALORES DE FERRITINA, LA MENOPAUSIA Y EL RIESGO CARDIOVASCULAR?

J. López Paz<sup>1</sup>, Á. Hermida Ameijeiras<sup>1</sup>, M. Pazo Núñez<sup>1</sup>, M. Romero Míguez<sup>1</sup>, I. Rodríguez López<sup>2</sup>, A. Pose Reino<sup>3</sup>, A. Riveiro<sup>4</sup> y C. Calvo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Hipertensión Arterial y Riesgo Vascular, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>4</sup>Laboratorio Central-Bioquímica. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela (A Coruña).

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Médico-Quirúrgico de Conxo. Santiago de Compostela (A Coruña).

**Objetivos.** La relación directa entre los niveles de hierro y las enfermedades cardiovasculares ha sido sugerida por algunos autores, posiblemente a través de un incremento del estrés oxidativo y aumento de la resistencia a la insulina. Por otro lado, el patrón de riesgo cardiovascular más elevado en la menopausia (vinculado a la cardio y vasculoprotección estrogénica) pudiera estar influenciado por un aumento en los depósitos de hierro, como consecuencia del cese en las pérdidas menstruales periódicas. El objetivo de este estudio es analizar en una cohorte de mujeres, aparentemente sanas, si existe correlación entre los niveles de ferritina sérica (un índice de depósito de hierro) y la resistencia a la insulina (RI), como marcador de riesgo cardiovascular.

**Material y métodos.** En 191 mujeres sin enfermedad cardiovascular aparente, que acuden a un centro de hemodonación, se realiza extracción de una muestra sanguínea para determinar directamente niveles de ferritina sérica, perfil lipídico y RI y valorar si existen diferencias entre las mujeres premenopáusicas y las menopáusicas.

**Resultados.** Existen diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ) en los niveles séricos de ferritina, entre las mujeres premenopáusicas (128 mujeres, edad media  $37,8 \pm 8,1$  años y valores de ferritina de  $33,4 \pm 18,5$  ng/L) y las menopáusicas (63 mujeres, edad media  $56,6 \pm 7,7$  años y valores de ferritina de  $67,8 \pm 41,2$  ng/L). Los niveles de ferritina presentan una correlación positiva con la edad, presión arterial sistólica, hemoglobina,

hematocrito fibrinógeno, colesterol total, triglicéridos, colesterol LDL y RI ( $p < 0,001$ ) y una correlación negativa con el colesterol HDL ( $p < 0,01$ ).

**Conclusiones.** Los resultados de este estudio sugieren que, además de la consabida protección hormonal que tienen las mujeres antes de la menopausia, quizás el metabolismo del hierro juegue un papel importante en los cambios del patrón de enfermedad cardiovascular en la mujer, cuando cesan las pérdidas de hierro menstruales. No obstante, estos hallazgos tendrán que ser confirmados con la realización de nuevos estudios.

#### RV-110

##### HIPERTENSIÓN SISTÓLICA AISLADA: COMBINACIÓN OLMESARTAN/AMLODIPINO Y PRESIÓN ARTERIAL AMBULATORIA

J. López Paz<sup>1</sup>, Á. Hermida Ameijeiras<sup>1</sup>, M. Pazo Núñez<sup>1</sup>, M. Romero Míguez<sup>1</sup>, G. Calvo González<sup>1</sup>, A. Pose Reino<sup>2</sup>, M. Pena Seijo<sup>2</sup> y C. Calvo Gómez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Hipertensión Arterial y Riesgo Vascular. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela (A Coruña).

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Médico-Quirúrgico de Conxo. Santiago de Compostela (A Coruña).

**Objetivos.** Es un hecho evidente que para alcanzar un adecuado control de la hipertensión arterial (HTA), sobre todo de la presión arterial sistólica (PAS), es necesario el uso de tratamiento combinado y una las opciones que han demostrado sinergismo y reducción de la morbimortalidad cardiovascular (CV) es la combinación de fármacos que inhiban/bloqueen el sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) con calcioantagonistas. Sin embargo, se desconoce cómo dichas combinaciones pueden afectar la variabilidad circadiana de la presión arterial (PA), según su hora de administración. El objetivo del presente estudio ha sido analizar, en una cohorte de pacientes ancianos con HTA sistólica aislada (HSA) la eficacia sobre la PA y el perfil circadiano de la cronoterapia con la combinación, a diferentes dosis, de la combinación Olmesartan (OLM) y Amlodipino (AML).

**Material y métodos.** Hemos incluido 77 pacientes (36 hombres y 41 mujeres, de  $71,6 \pm 5,6$  años de edad) diagnosticados de HSA, que estaban tratados con AML en monoterapia (5 y 10 mg/día, en administración matutina) y con PAS mal controlada (PAS  $> 140$  mmHg). En todos los casos, se añadió al tratamiento OLM 40 mg/día y la combinación se randomizó, en régimen cronoterapéutico (tratamiento combinado AML/OLM a la hora de levantarse vs acostarse), durante un periodo de 12 semanas. Se analizaron los efectos sobre la PA ambulatoria y perfil circadiano de la PA (Profundidad), antes y después del tratamiento combinado, utilizando un monitor Spacelabs 90207 y ajustando los periodos diurno y nocturno en cada paciente.

**Resultados.** Independientemente del esquema cronoterapéutico utilizado, la combinación de OLM 40 mg/día en los pacientes que reciben AML en monoterapia, redujo de forma significativa la PAS y presión del pulso (PP);  $p < 0,001$ . En los pacientes que recibían AML 5 mg/día, la combinación con OLM 40 mg/día en régimen de administración nocturna, redujo más la PAS y PP que la administración matutina (diferencias de 5, 6 y 12 mmHg para la PAS-24h, PAS-noche y PP-noche;  $p < 0,001$ ); además, con la dosis nocturna se produjo un aumento en la profundidad de la PAS (+2,47) y PAD (+3,62) en comparación con la dosis matutina (+0,71/-0,81;  $p < 0,001$ ). En los pacientes que recibían AML 10 mg/día, la combinación con OLM 40 mg/día en régimen nocturno, también redujo mucho más la PAS y PP que la administración matutina (diferencias de 7, 9 y 11 mmHg para la PAS-24 h, PAS-noche y PP-noche;  $p < 0,001$ ), con un aumento significativo de la profundidad de la PAS (+3,13) y de la PAD (+4,78), en comparación con la administración matutina (+0,17/-0,73 para la profundidad de PAS y PAD, respectivamente;  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones.** En pacientes hipertensos ancianos diagnosticados de HSA y no controlados en monoterapia con calcioantagonistas dihidropiridínicos, añadir al tratamiento Olmesartan 40 mg/día, incrementa significativamente la eficacia antihipertensiva, aunque dicha eficacia es superior sobre la PA ambulatoria cuando la administración, de ambos fármacos, se produce antes de iniciar el periodo de reposo, con el consiguiente incremento de la profundidad de la PA, lo cual aporta un beneficio añadido a estos pacientes hipertensos ancianos que suelen tener, en muchos casos, un perfil alterado en la variabilidad circadiana de la PA.

#### RV-111

##### COCAÍNA: UN NUEVO FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR

B. Climent Díaz<sup>1</sup>, D. Pruteanu<sup>1</sup>, M. Carcelen Gadea<sup>2</sup>, F. García González<sup>1</sup>, A. Pirola<sup>3</sup> y D. García Escrivá<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Unidad de Toxicología Clínica y Desintoxicación,

<sup>2</sup>Servicio de Neurología, <sup>3</sup>Servicio de Cardiología. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia.

**Objetivos.** La toxicidad cardiovascular de la cocaína es sobradamente conocida. La alta prevalencia de su consumo en nuestro país está conllevando

do un aumento de la patología cardiovascular secundaria a la misma. El mecanismo patogénico se basa en el efecto simpaticomimético agudo con espasmo vascular, estasis sanguínea e incremento de la agregabilidad plaquetaria. La cocaína, además, incrementa las demandas de oxígeno al aumentar frecuencia cardíaca y presión arterial. No existen registros de daño orgánico cardiovascular secundarios al consumo de cocaína.

**Material y métodos.** Hemos realizado un estudio retrospectivo de dos grupos de pacientes consumidores de cocaína. El primer grupo incluye 26 pacientes atendidos en los últimos 10 años diagnosticados de Síndrome Coronario Agudo y que ingresaron en Cardiología. El segundo grupo incluye 10 pacientes atendidos entre 2004 y 2008, diagnosticados de Accidente Cerebro Vascular y que ingresaron en Neurología.

**Resultados.** En el primer grupo el 92.3% de los casos son varones, situándose la media de edad en 41.57 años. Fue necesario el ingreso en la Unidad Coronaria del 76.2% de los mismos, con una estancia media de 8.11 días. Todos los pacientes consultaron por dolor torácico y en ECG registrado la alteración más frecuente fue la lesión subepicárdica, con un ascenso del ST (80.76%). La determinación analítica de biomarcadores resultó positiva para CK-MB en un 65.38% y para troponina I en un 46.15%. El estudio vascular coronario resultó normal en un 54.16% y se halló enfermedad de un vaso en 29.16%, encontrándose enfermedad multivascular únicamente en tres pacientes. Sólo el 42.3% presentaban algún factor de riesgo cardiovascular como hipertensión arterial, diabetes mellitus o dislipemia. Tabaquismo en el 100%. El segundo grupo son 10 pacientes ingresados por ACV, que representan el 40% de los pacientes ingresados en Neurología en el período 2004-2008 con complicaciones neurológicas debidas al consumo de cocaína. El 60% son varones. La media de edad del grupo se sitúa en 36 años. El 100% de los pacientes tenían también otros hábitos tóxicos (tabaco, alcohol u otras drogas), pero sólo un 10% presentaban otros factores de riesgo cardiovascular asociados (hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia). La estancia media de hospitalización fue de 10.4 días, el 80% de los pacientes presentaron ACV isquémico y el 20% ACV hemorrágico. Entre las complicaciones destacan en un 40% las secuelas (déficit motores, afasia, hipoestesia) y un 20% exitus.

**Conclusiones.** El consumo de cocaína es una práctica que se extiende cada vez más, por lo que se van describiendo complicaciones derivadas de su uso. Es una patología que fundamentalmente se produce en pacientes jóvenes, con menor proporción de otros factores de riesgo cardiovascular salvo el tabaquismo. Ante la presencia de eventos cardiovasculares en población joven se debería de investigar la presencia de consumo de cocaína en nuestro medio. Es importante la recogida de esta información para poder conocer el impacto en la salud pública del consumo de esta droga. El consumo de cocaína debe ser considerado como un factor de riesgo vascular a añadir a los factores clásicos.

#### RV-112

##### TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO DEL PACIENTE DIABÉTICO CON LA COMBINACIÓN AMLODIPINO/ATORVASTATINA: ¿ES IMPORTANTE LA HORA DE ADMINISTRACIÓN?

Á. Hermida Ameijeiras<sup>1</sup>, J. López Paz<sup>1</sup>, M. Pazo Núñez<sup>1</sup>, M. Romero Míguez<sup>1</sup>, G. Calvo González<sup>1</sup>, A. Pose Reino<sup>2</sup>, M. Pena Seijo<sup>2</sup> y C. Calvo Gómez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Hipertensión Arterial y Riesgo Vascular. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela (A Coruña).

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Médico-Quirúrgico de Conxo. Santiago de Compostela (A Coruña).

**Objetivos.** El paciente hipertenso diabético se estratifica en todas las Guías como un paciente de alto riesgo cardiovascular (RCV) y la inhibición o bloqueo de la actividad del SRAA forma parte de su esquema terapéutico. El objetivo del presente estudio ha sido analizar, en una cohorte de pacientes hipertensos-diabéticos tipo 2 ya tratados con ARA-II, la eficacia antihipertensiva y el perfil de tolerabilidad-seguridad, del tratamiento adicional con la combinación de Amlodipino 5 mg/día (AML5) y Atorvastatina 10 mg/día (ATO10), en régimen de cronoterapia.

**Material y métodos.** Se incluyen 83 pacientes de 55,4 ± 9,6 años de edad diagnosticados de DM-2 e HTA esencial, tratados con ARA-II y PA mal controlada (PA > 130/80 mmHg) y colesterol-LDL > 100 mg/dL sin tratamiento hipolipemiante. Se mantiene la dosis de ARA-II y se añade la combinación AML5/ATO10 diarios y los pacientes se aleatorizan (diseño PROBE) a 4 brazos (según hora de medicación): ARA-II+AML5/ATO10 (mañana vs noche), ARA-II mañana+AML5/ATO10 noche, ARA-II noche+ AML5/ATO10 mañana, durante un período de 12 semanas. Se evalúan efectos sobre PA ambulatoria y perfil circadiano (Profundidad), así como perfil lipídico y seguridad de la combinación, antes y después del tratamiento.

**Resultados.** En todos los casos, la eficacia antihipertensiva de la combinación ARA-II+AML5/ATO10 fue superior a la monoterapia con ARA-II (p < 0.001). La administración al levantarse ARA-II+AML5/ATO10, redujo la

PAS y la PAD ambulatorias (24h/Diurna/Nocturna): 15.8/7.6 mmHg, 16.1/7.8 mmHg y 15.3/7.3 mmHg, sin cambios en la profundidad. El régimen antes de acostarse de ARA-II+AML5/ATO10, redujo la PAS y PAD ambulatorias: 19.2/10.5 mmHg, 18.2/9.2 mmHg y 21.9/14.2 mmHg (diferencias significativas vs dosis matutina; p < 0.001), y aumento de la profundidad de PAS (+3.54) y de PAD (+7.04); p < 0.001). La administración AML5/ATO10 matutino+ARA-II nocturno, redujo la PAS y PAD ambulatorias: 17.3/8.4 mmHg, 16.7/8.2 mmHg y 19.1/9.2 mmHg (diferencias significativas vs la administración matutina, para PAS y PAD nocturnas; p < 0.001), y aumento de la profundidad de PAS (+2.42) y PAD (+1.79). La administración ARA-II mañana+AML5/ATO10 noche, produjo reducciones de la PA similares al régimen matutino de toda la medicación. Hubo reducciones significativas del colesterol total y del colesterol LDL respecto a los valores basales pretratamiento, alcanzando el objetivo de colesterol LDL < 100 mg/dl el 66.3% de los pacientes (p < 0.001), con tendencia a una mayor eficacia hipolipemiante con la administración nocturna. En relación con los efectos secundarios, hubo una incidencia de edema del 15% con la administración matutina de AML5/ATO10 y sólo se produjeron edemas en el 7% de los casos, cuando la combinación se administró por la noche.

**Conclusiones.** En pacientes hipertensos diabéticos tratados con ARA-II, la administración adicional y conjunta de AML-5mg/ATO-10mg incrementa la eficacia antihipertensiva, mejora el perfil lipídico y reduce el RCV global de estos pacientes. Sin embargo, la administración conjunta en régimen temporalizado nocturno, añade un plus de efectividad, al potenciar la reducción de la PAS nocturna e incrementar la profundidad de PA, favoreciendo un perfil más dipper en los pacientes hipertensos diabéticos, caracterizados por una elevada prevalencia de perfil circadiano no dipper. Además, la administración de AML/ATO por la noche reduce significativamente los efectos secundarios derivados de la vasodilatación que producen los calcioantagonistas.

#### RV-113

##### HIPERTENSIÓN ARTERIAL RESISTENTE EN PACIENTES ANCIANOS, TODA LA MEDICACIÓN POR LA NOCHE

J. López Paz<sup>1</sup>, Á. Hermida Ameijeiras<sup>1</sup>, M. Pazo Núñez<sup>1</sup>, M. Romero Míguez<sup>1</sup>, G. Calvo González<sup>1</sup>, A. Pose Reino<sup>2</sup>, M. Pena Seijo<sup>2</sup> y C. Calvo Gómez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Hipertensión Arterial y Riesgo Vascular. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela (A Coruña).

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Médico-Quirúrgico de Conxo. Santiago de Compostela (A Coruña).

**Objetivos.** Los pacientes con hipertensión arterial resistente (HAR) se caracterizan por una alteración en la variabilidad circadiana de la presión arterial (PA), con una alta prevalencia de perfil no-dipper, que está condicionado, entre otros mecanismos, por el proceso de envejecimiento vascular arterial y por el tratamiento farmacológico combinado administrado en dosis, casi siempre, matutinas. Por ello, en el presente estudio, hemos planteado como objetivo analizar la eficacia, sobre la reducción y control de la PA, de la administración de toda la medicación antihipertensiva en dosis nocturnas, en una cohorte de pacientes ancianos, diagnosticados de HAR.

**Material y métodos.** En este estudio piloto hemos incluido 39 pacientes mayores de 65 años (24 hombres y 15 mujeres, de 74,5 ± 5,3 años de edad) diagnosticados de HAR con perfil circadiano no dipper (confirmación con MAPA), que estuvieran tomando 4 ó más fármacos antihipertensivos (media: 4,5 fármacos) en administración matutina. En todos los casos, después de ajustar la medicación a dosis terapéuticas, se procedió a administrar todos los fármacos en dosis nocturna (antes de acostarse) durante un período de 12 semanas. Se analizaron los efectos sobre la PA ambulatoria y perfil circadiano, antes y después del cambio cronoterapéutico utilizando un monitor SpaceLabs 90207 y ajustando los períodos diurno y nocturno en cada paciente.

**Resultados.** Los valores basales de PA, presión del pulso (PP) y frecuencia cardíaca (FC) ambulatorias PAS/PAD/PP/FC-24h: 145,2 ± 12,9 mmHg/76,9 ± 9,6 mmHg/68,3 ± 13,9 mmHg/65,8 ± 10 lpm; PAS/PAD/PP/FC-actividad: 143,5 ± 12,7 mmHg/77,9 ± 10,2 mmHg/65,6 ± 12,5 mmHg/68,5 ± 11,3 lpm; PAS/PAD/PP/FC-descanso: 148,5 ± 14,2 mmHg/74,6 ± 8,9 mmHg/74,0 ± 16,9 mmHg/59,5 ± 8,2 lpm. Profundidad PAS -3,4% y PAD 4,2% (76,9% perfil riser). Tras la administración de toda la medicación en horario nocturno, la PA ambulatoria se redujo de forma significativa, tanto la PA-24h (reducciones de 14,1/5,2/8,9 mmHg en PAS, PAD y PP; p < 0,001), como la PA diurna (reducciones de 8,2/2,6/6,2 mmHg; p < 0,001) y, sobre todo, la PA ambulatoria nocturna (reducciones de 24,7/9,2/13,8 mmHg; p < 0,001), sin modificaciones en la FC y se produjo un incremento significativo de la profundidad de PAS (+11,9%), PAD (+8,9%) y PP (11,5%); p > 0,001. Después de 12 semanas de tratamiento cronoterapéutico nocturno, se consigue un control de la PA ambulatoria en 15 pacientes (38,5%) y se logra revertir la variabilidad circadiana hacia un perfil dipper en 21 pacientes (55,3%) y, sólo en 3 casos (7,7%), se objetiva un perfil dipper-extremo.

**Conclusiones.** En pacientes hipertensos ancianos con HAR y perfil circadiano no-dipper, la administración de toda la medicación antihipertensiva en esquema cronoterapéutico nocturno, es capaz de mejorar el grado de control de la PA y aumentar significativamente la profundidad de la PA y PP hacia un perfil circadiano más dipper, con la consiguiente reducción del elevado riesgo cardiovascular de estos pacientes.

#### RV-114

##### **PRESIÓN ARTERIAL NOCTURNA Y RELOJ BIOLÓGICO MOLECULAR. DISEÑO DEL ESTUDIO GENYPAN**

**C. Calvo Gómez<sup>1</sup>, Á. Hermida Ameijeiras<sup>1</sup>, J. López Paz<sup>1</sup>, M. Pazo Núñez<sup>1</sup>, A. Pose Reino<sup>2</sup>, M. Romero Míguez<sup>1</sup>, A. Fernández Marmiesse<sup>3</sup> y Á. Carracedo<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Unidad de Hipertensión Arterial y Riesgo Vascular, <sup>2</sup>Fundación Pública Galega de Medicina Xenómica. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela (A Coruña).

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Médico-Quirúrgico de Conxo. Santiago de Compostela (A Coruña).

**Objetivos.** La monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) es un método de medida que supera las limitaciones de la medida clínica. La PA tiene variación circadiana con descenso de la misma durante el período de descanso nocturno (perfil circadiano dipper); en algunos sujetos, se producen alteraciones en este perfil con disminución o elevación nocturna de la PA (perfil circadiano no-dipper), que se asocia a incremento en el daño de órganos diana y a un aumento de la morbimortalidad cardiovascular. La hipertensión arterial (HTA) esencial es una enfermedad con un sustrato genético complejo (enfermedad poligénica) y con factores medio-ambientales que favorecen su aparición. Debido a que la presión arterial (PA) está regulada por una intrincada red de sistemas fisiológicos que incluyen mecanismos renales, neuronales, endocrinos y vasculares, es lógico pensar que existan múltiples genes implicados en dicha regulación; sin embargo, identificar aquellos genes que contribuyen a la elevación de la PA y a su posible implicación en la alteración de la variación circadiana de la PA, es un aspecto controvertido y poco investigado. En los últimos años, el descubrimiento de diferentes mutantes circadianos demostró que, la generación de los ritmos circadianos, no sólo es endógena sino que también tiene un sustrato genético. Es decir, que existen genes específicos, que forman el "núcleo" del denominado reloj biológico molecular cuya expresión está involucrada en la generación de dichos ritmos. Los genes CLOCK y BMAL1 inducen la expresión de varios genes diana como son PERIOD y los CRYPTOCHROME cuyos productos proteicos regulan negativamente su propia expresión inhibiendo el complejo CLOCK-BMAL1. El objetivo principal del proyecto GENYPAN (GENética y Presión Arterial Nocturna) es comprobar la posible implicación de mutaciones en los genes del reloj biológico molecular en la alteración del perfil circadiano de la PA. Para ello, pretendemos analizar las variaciones de estos genes en una corte de pacientes hipertensos y evaluar si existen diferentes alteraciones genéticas en relación con el perfil de variación circadiana de la PA.

**Material y métodos.** En 2 cohortes de población (sujetos normotensos vs hipertensos) del área sanitaria de Santiago de Compostela, se realizará un estudio del perfil circadiano de PA utilizando MAPA junto con un perfil clínico y genético. Se hará una secuenciación de los genes CLOCK, NPAS2, BMAL1, BMAL2, PER2 del reloj molecular, para comprobar si existen variantes genéticas que contribuyan o se asocien a los cambios en el ritmo circadiano de la presión arterial. También se buscará la aparición de alelos raros, como posibles implicados en la variación circadiana presoria. En todos los participantes y, previo consentimiento informado, se realizará extracción de una muestra de sangre que se someterá a análisis genético mediante secuenciación en la Fundación Pública Galega de Medicina Xenómica.

**Conclusiones.** Si la hipótesis que manejamos fuera correcta, se aportaría información muy valiosa acerca de la patogenia de las alteraciones en la variación circadiana de la presión arterial, que podrían tener importantes consecuencias en la prevención, diagnóstico, tratamiento y pronóstico de los pacientes con hipertensión arterial o de aquellos predispuestos a desarrollarla.

#### RV-115

##### **POLIMORFISMO R353Q DEL FACTOR VII Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR**

**J. Criado García<sup>1</sup>, C. Muñoz López<sup>1</sup>, J. Sánchez Gil<sup>1</sup>, M. Moreno Conde<sup>1</sup>, A. Jiménez<sup>1</sup>, R. Alonso<sup>2</sup>, P. Mata<sup>2</sup> y F. Pérez Jiménez<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Unidad de Lípidos y Arteriosclerosis. Hospital Reina Sofía. Córdoba.

<sup>2</sup>Unidad de Lípidos. Fundación Jiménez Díaz-Ute. Madrid.

**Objetivos.** La hipercolesterolemia familiar (HFh) conlleva un elevado riesgo de enfermedad cardiovascular (EC). Distintos polimorfismos del FVII han

sido asociados al desarrollo de eventos coronarios. Así pues nuestro objetivo es analizar en pacientes hipercolesterolémicos con y sin enfermedad coronaria y en familiares no afectados de hipercolesterolemia familiar heterocigota, la prevalencia y frecuencia alélicas del polimorfismo R353Q y si su presencia podría ser predictora de riesgo cardiovascular.

**Material y métodos.** Estudio de casos-controles donde se incluyeron 720 pacientes (546 con HFh y 174 controles). Se determinó la prevalencia y frecuencia alélicas del polimorfismo R353Q en cada uno de ellos y si su presencia podía ser predictora de riesgo cardiovascular.

**Resultados.** El 75.1% (410) de los pacientes con HFh fueron RR, el 23.3% (127) RQ y el 1.6% (9) QQ, mientras que en el grupo control el 75.3% (131) RR, el 21.3% (37) RQ y el 3.4% (6) QQ ( $p = 0.32$ ). En el análisis de la frecuencia alélica no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas al igual que en el análisis de los genotipos por subgrupos (RR vs RQ/QQ). Tampoco se encontró diferencia al valorar la posible relación entre el polimorfismo y el riesgo cardiovascular (incluyendo enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular y enfermedad arterial periférica), tanto en el análisis univariante como al ajustar por sexo, edad, HTA, diabetes, tabaquismo, HDL y LDL colesterol.

**Conclusiones.** Pese a que se ha demostrado que existen variaciones en cuanto a la concentración y actividad del FVII en relación a ciertos polimorfismos, los resultados de nuestro estudio no permiten establecer una relación directa entre el riesgo CV en pacientes con HFh y el polimorfismo R353Q del FVII.

#### RV-116

##### **AMLODIPINO/ATORVASTATINA EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE HIPERTENSO DE ALTO RIESGO: EL "CUÁNDO" ES TAN IMPORTANTE COMO EL "QUÉ"**

**Á. Hermida Ameijeiras<sup>1</sup>, J. López Paz<sup>1</sup>, M. Pazo Núñez<sup>1</sup>, M. Romero Míguez<sup>1</sup>, G. Calvo González<sup>1</sup>, A. Pose Reino<sup>2</sup>, M. Pena Seijo<sup>2</sup> y C. Calvo Gómez<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Unidad de Hipertensión Arterial y Riesgo Vascular. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela (A Coruña).

<sup>2</sup>Medicina Vascular. Hospital Médico-Quirúrgico de Conxo. Santiago de Compostela (A Coruña).

**Objetivos.** Es frecuente que en el paciente hipertenso con comiten otros factores de riesgo cardiovascular (RCV), daño en órganos diana y enfermedades asociadas; por todo ello, en los objetivos terapéuticos, se contempla no sólo la reducción de la presión arterial (PA), sino también la reducción del RCV global. La alteración del perfil circadiano de la PA (perfil no dipper), se asocia con frecuencia a un RCV elevado, lo que es importante a la hora de implementar el tratamiento. El objetivo del presente estudio ha sido analizar, en una cohorte de pacientes con hipertensión arterial (HTA) esencial de alto RCV, la eficacia de la combinación Amlodipino (AML) y Atorvastatina (ATO), administrada en régimen de cronoterapia, sobre la PA ambulatoria y perfil lipídico, así como su grado de tolerabilidad y seguridad.

**Material y métodos.** Se incluyen 83 hipertensos esenciales de  $57.5 \pm 7.9$  años, tratados previamente con AML 5 mg/día, en administración matutina y mal controlados (PA clínica  $> 140/90$  mmHg), con 2 ó mas factores de RCV asociados (niveles de colesterol total/LDL  $> 190$  mg/dL y  $> 115$  mg/dL, respectivamente) sin tratamiento hipolipemiante. En todos los casos, se añade al tratamiento ATO 10 mg/día y los pacientes se aleatorizan (diseño PROBE) a 4 brazos según dosis de AML (5 ó 10 mg/día) y al hora de administración: AML-5mg/ATO-10 mg (mañana vs noche) y AML-10mg/ATO-10mg (mañana vs noche) durante 12 semanas. Se analizaron los efectos sobre la PA ambulatoria y perfil circadiano (Profundidad), así como los cambios en el perfil lipídico y la tolerabilidad-seguridad de la combinación, antes y después del tratamiento.

**Resultados.** En todos los casos, la eficacia antihipertensiva AML-10/ATO-10 fue superior a AML-5/ATO-10, independientemente del horario de administración. La dosis matutina AML-5/ATO-10, redujo la PAS y PAD ambulatorias (24h/Diurna/Nocturna): 13.7/4.8 mmHg, 14.5/5.2 mmHg y 13.5/5.3 mmHg, sin cambios en la profundidad. La dosis nocturna de AML-5/ATO-10, redujo la PAS y PAD ambulatorias: 13.3/5.7 mmHg, 13.6/6.0 mmHg y 15.9/8.2 mmHg (diferencias vs administración matutina, mayor descenso de PAS nocturna;  $p < 0.001$ ), y aumento de profundidad de PAS (+2.43) y de PAD (+3.01);  $p < 0.001$ ). La administración matutina de AML-10/ATO-10, redujo la PAS y PAD ambulatorias: 20.5/7.8 mmHg, 21.4/9.5 mmHg y 19.7/9.5 mmHg, sin cambios en la profundidad. La administración nocturna de AML-10/ATO-10, redujo la PAS y PAD ambulatorias: 22.7/10.2 mmHg, 22.1/11.3 mmHg y 23.6/12.9 mmHg (diferencias vs administración matutina, mayor descenso de PAS nocturna;  $p < 0.001$ ), y aumento de la profundidad de PAS (+2.34) y de PAD (+2.88);  $p < 0.001$ ). Hubo reducciones del colesterol total y del colesterol LDL, en los 4 brazos del tratamiento, respecto a los valores basales ( $p < 0.001$ ), y una tendencia a mayor descenso con la administración nocturna. En cuanto a los efectos secundarios, hubo una incidencia de edema

del 25% con la dosis matutina de AML-10/ATO-10, que se redujo al 9.1% con la misma dosis en administración nocturna.

**Conclusiones.** En pacientes hipertensos de alto riesgo e hiperlipidemia asociada, la administración conjunta de AML y ATO incrementa la eficacia antihipertensiva de AML en monoterapia, a la par que mejora el perfil lipídico y reduce el riesgo cardiovascular global de estos pacientes. Sin embargo, la administración de dicha combinación en régimen temporalizado nocturno, añade un plus de efectividad terapéutica, al potenciar la reducción de la PAS nocturna e incrementar la profundidad de la PA, lo que favorece un perfil más dipper en estos pacientes de alto riesgo. Además, la administración de AML/ATO por la noche reduce significativamente los efectos secundarios derivados del efecto vasodilatador vénulo-capilar que producen los calcioantagonistas.

#### RV-117

### RELACIÓN ENTRE ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC), VARIACIÓN DEL PESO Y MORTALIDAD DURANTE EL INGRESO EN EL HOSPITAL

**E. Martín Ponce, F. Santolaria Fernández, A. Martínez Riera, R. Alemán Valls, M. Rodríguez Gaspar, E. García Valdecasas Campelo, D. García Rosado y A. Pérez Ramírez**

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

**Objetivos.** En los últimos 10 años se ha desarrollado un concepto paradójico, la epidemiología inversa, según la cual, en determinadas circunstancias de envejecimiento y enfermedad (insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica, artritis reumatoide, EPOC), el sobrepeso (IMC 25-30 kg/m<sup>2</sup>) y la obesidad (IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>) tienen mejor supervivencia a corto y medio plazo que un IMC considerado normal (20-25 kg/m<sup>2</sup>), lo que se conoce también como paradoja de la obesidad. El objetivo del estudio es analizar en que medida la variación del peso influye en el valor pronóstico del IMC.

**Material y métodos.** Se estudian 400 pacientes (207 varones y 193 mujeres) con una edad entre 61 y 99 años, hospitalizados por motivos diversos, en una unidad de medicina interna. Durante el ingreso fallecieron 61 (15.2%). Además del IMC actual determinamos el IMC habitual (calculado con el peso previo a la pérdida o ganancia del mismo). El IMC se clasificó por categorías, < 20, 20-25, 25-30, 30-35 y > 35 kg/m<sup>2</sup>.

**Resultados.** 41 enfermos tenían un IMC < 20 kg/m<sup>2</sup>, 24% de ellos fallecieron, 117 estaban entre 20 y 25 kg/m<sup>2</sup>, 21.4% de ellos fallecieron, 144 entre 25 and 30 kg/m<sup>2</sup>, 12.5% fallecieron, 61 entre 30 and 35 kg/m<sup>2</sup>, 6.6% fallecieron, y finalmente en 37 el IMC era superior a 35 kg/m<sup>2</sup>, con una mortalidad de 10.8% (p = 0.002). Los que habían perdido más del 10% del peso fallecieron en un 21.7% (p = 0.01). Cuando relacionamos el IMC (clasificado por categorías) actual con el habitual y con la mortalidad encontramos que de los 18 enfermos que habían ganado peso, subiendo de categoría de IMC, sólo falleció 1 (5.5%) durante el ingreso, de los 204 que se mantenían en la misma categoría morían 20 (9.8%) y de los 178 que habían bajado de categoría de IMC habían muerto 40 (22.5%). Es interesante resaltar que de cuatro enfermos con un IMC < 20 pero que se mantenían en su peso, no falleció ninguno. Mediante un análisis de regresión entre el IMC actual y la variación del peso, separando los que sobrevivían de los que fallecían durante el ingreso, encontramos una relación significativa entre IMC y variación del peso, con mayor pendiente en los que fallecían. Además, por debajo de 30 kg/m<sup>2</sup> (punto de corte de las dos líneas de regresión) los enfermos que fallecían habían perdido más peso que los que sobrevivían, y más cuanto más bajo el IMC. En cambio, por encima de 30 kg/m<sup>2</sup> los enfermos que fallecían habían ganado más peso que los que sobrevivía, y más cuanto más alto el IMC.

**Conclusiones.** Tan importante como el IMC es la variación del peso. Por encima de 30 kg/m<sup>2</sup>, la ganancia de peso se relaciona con mayor mortalidad lo que pone un límite a la paradoja de la obesidad.

#### RV-118

### ¿TODAS LAS GUÍAS VALORAN IGUAL EL SÍNDROME METABÓLICO EN LAS MUJERES OBESAS?

**J. López Paz<sup>1</sup>, Á. Hermida Ameijeiras<sup>1</sup>, M. Pazo Núñez<sup>1</sup>, M. Romero Míguez<sup>1</sup>, I. Rodríguez López<sup>2</sup>, F. Lado<sup>2</sup>, A. Pose<sup>3</sup> y C. Calvo Gómez<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Unidad de Hipertensión Arterial y Riesgo Vascular, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela (A Coruña).

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Médico-Quirúrgico de Conxo. Santiago de Compostela (A Coruña).

**Objetivos.** El síndrome metabólico (SM) es una constelación de factores de riesgo asociados a la obesidad y se considera una entidad clínica especial, que confiere un alto riesgo de enfermedad cardiovascular. Los objetivos de este estudio, ha sido el estimar la prevalencia de SM en una cohorte de mujeres españolas con sobrepeso y obesidad, utilizando las definiciones del ATP-

III y de la IDF (International Diabetes Federation) y, al mismo tiempo, analizar si el exceso de peso aumenta significativamente la prevalencia de SM.

**Material y métodos.** Se analizaron los datos de 10.778 mujeres españolas, con edades comprendidas entre 40 y 55 años, que participaron en el Estudio MYRCA (Mujer y Riesgo Cardiovascular), que son evaluadas por a su médico de cabecera. previa validación del cuestionario (40 ítems), se realiza una macroencuesta epidemiológica transversal, con el objetivo de conocer el perfil de riesgo cardiovascular en este segmento de la población y establecer si existen diferencias entre las mujeres premenopáusicas (MP) y menopáusicas (MM). De la cohorte estudiada, 3.255 mujeres (30.2%) tienen sobrepeso u obesidad. Se aplican los criterios de ATP-III actualizado y de la IDF (International Diabetes Federation) para estimar la prevalencia de SM y su correlación con el exceso ponderal.

**Resultados.** La prevalencia del síndrome metabólico aplicando la definición de la ATP III fue del 30,7% y, teniendo en cuenta los criterios de la IDF, fue del 44,9%. Si diferenciamos entre mujeres premenopáusicas (MP) y menopáusicas (MM) obesas, hay una mayor prevalencia en MM, aplicando ambos criterios (ATP-III: 24,5% MP vs 37,8% MM, p > 0.001; IDF: 37,4% MP vs 55,6% MM, p < 0.001). Si tenemos en cuenta el exceso de peso, hay una diferencia significativa entre las mujeres con sobrepeso y las mujeres con obesidad, tanto si aplicamos criterios de ATP-III (p < 0,001), como de IDF (p < 0,001). Si analizamos las diferencias en el grado de obesidad, aplicando los criterios SEEDO (Sociedad española de Obesidad, 2007), la prevalencia de SM aumenta en paralelo al índice de masa corporal, tanto en mujeres obesas premenopáusicas como menopáusicas.

**Conclusiones.** La prevalencia del SM en mujeres españolas obesas es mayor si aplicamos los criterios de la IDF que los del ATP-III. Dicha prevalencia es mayor en mujeres obesas menopáusicas y, en ambas, aumenta de forma paralela al IMC. Ambos criterios, posiblemente, tengan diferente sensibilidad; por eso la cuestión es definir ¿qué criterio es el mejor?

#### RV-120

### ALTERACIONES ESTRUCTURALES DEL CITOESQUELETO BAJO EL EFECTO DE ESTATINAS

**M. Villalba<sup>1</sup>, C. Recarte<sup>1</sup>, C. López<sup>1</sup>, O. Marín<sup>1</sup>, M. Ferrer<sup>1</sup>, R. Salomón<sup>1</sup>, Y. Álvarez<sup>2</sup> y J. Millán<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Unidad de Medicina Interna D, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna II. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivos.** En los últimos años se ha puesto de manifiesto que la reducción en la morbimortalidad cardiovascular producida por las estatinas podría ser consecuencia no sólo de la reducción de las concentraciones plasmáticas de colesterol LDL (cLDL), sino también de otras acciones independientes. El presente estudio se plantea para intentar aportar conocimiento al papel que juegan las estatinas en el proceso aterogénico, intentando valorar —más específicamente— si los conocidos como efectos pleiotrópicos (independientes del descenso de colesterol que producen) pueden tener su fundamento en las modificaciones que las estatinas puedan provocar sobre el comportamiento celular. Nuestro objetivo principal en el presente estudio ha sido estudiar las alteraciones estructurales del citoesqueleto de las células de pared arterial ante el tratamiento con distintas estatinas.

**Material y métodos.** El cultivo primario de fibroblastos humanos se obtuvo a partir de fibroblastos amigdalares procedentes de amígdalas hipertróficas. Las células musculares lisas proceden de la American Type Culture Collection (ATCC) obtenidas a través de la European Collection of Cell Cultures (ECACC). Las células proceden de aorta humana y se preparó un depósito de células congeladas a partir del tercer pase, ya adaptadas a crecer en el medio de cultivo. Se han realizado tinciones de estructura actínica de las células mediante: inmunofluorescencia con faloidina, DAPI (Marcado de DNA en células fijadas, y Fluoresceína para la tinción celular con anticuerpos monoclonales antiactina).

**Resultados.** El estudio por imagen del esqueleto celular obtenidas gracias a la tinción de los elementos de actina, correspondientes a fibroblasto antes y después del tratamiento con estatina, permite identificar algunos cambios: desestructuración de los filamentos de actina, vesiculización, y agrupación de actina en conglomerados. Son más expresivos los hallazgos encontrados tras la tinción celular con anticuerpos monoclonales anti-actina marcados con fluoresceína. Tales hallazgos logran evidenciar que, en efecto, la actina sufre una desestructuración en su papel constituyente del citoesqueleto celular.

**Discusión.** Las modificaciones morfodinámicas de las estructuras celulares ricas en actinas, producidas cuando los cultivos celulares son tratados con estatinas, sugieren que este efecto es el que probablemente se encuentre relacionado con los cambios en la cinética celular, comprobados por nosotros en otros estudios. El efecto estudiado podría justificar en parte alguno de los efectos conocidos como “pleiotrópicos” de las estatinas, ampliamente documentados *in vivo* y que serían independientes del descenso de las concentraciones de colesterol.

**Conclusiones.** Los hallazgos encontrados en nuestro estudio logran evidenciar que bajo la acción de las distintas estatinas la actina sufre una desestructuración en su papel constituyente del citoesqueleto celular. El efecto se observa en todas las células estudiadas en cultivo. No obstante, la intensidad del mismo es variable; por lo que podemos señalar que existe una cierta dependencia de la célula donde se puede reflejar el efecto de la estatina.

#### RV-121

### EFFECTOS EXPERIMENTALES DE SUEROS NORMO E HIPERLIPÉMICOS EN LA INFECCIÓN DE MONONUCLEARES POR *CHLAMYDIA PNEUMONIAE*

**C. Recarte, E. Vilalta, C. López, O. Marín, D. Salor, B. Martín-Puig, G. Álvarez y J. Millán**

Unidad de Medicina D. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivos.** Nuestro objetivo ha sido conocer las modificaciones del comportamiento "in vitro" de células mononucleares (monocitos humanos) sometidas a la infección por CP, y comprobar si la adición de sueros normo e hiperlipémicos es capaz de cambiar significativamente dicho las características morfológicas de las células infectadas.

**Material y métodos.** Se han utilizado una línea celular establecida de células epiteliales humanas (HEp-2) para el mantenimiento de la cepa de CP y células monocítico-macrofágicas humanas (THP-1) para infectarlas con una cepa bacteriana de CP (VR1360). Para el estudio de las características morfológicas de las células control e inoculadas con CP se han empleado técnicas de videointervalometría y microscopía digital de intervalos.

**Resultados.** Tanto las células HEp-2 como las THP-1 resultaron muy sensibles a la infección por CP. Los mononucleares infectados tenían una tasa de mortalidad mayor que las HEp-2. Las células epiteliales se caracterizaban por su excelente capacidad proliferativa, y las mononucleares por su marcada actividad mitótica y macrofágica. La infección por CP no afectaba a la capacidad mitótica, pero sí a la tasa de degeneración celular. El empleo de un medio hiperlipémico, con concentraciones elevadas (con respecto a un suero control ensayado) de colesterol total, cLDL, triglicéridos, cVLDL, y semejantes de cHDL, aumentaba la tasa de pérdidas celulares por degeneración, tanto en mononucleares infectadas con CP como en no infectadas.

**Discusión.** La aterosclerosis es un proceso activo y multifactorial caracterizado por la formación de placas de ateroma. En su patogenia intervienen diferentes factores, y se conoce que la infección de la pared vascular puede ser uno de ellos. Uno de los agentes relacionados ha sido la *Chlamydia pneumoniae* (CP). La infección por CP puede modificar el comportamiento celular y —a su vez— este hecho puede estar influenciado por un ambiente en el que se encuentren modificadas las concentraciones de lípidos.

**Conclusiones.** La infección por CP podría estar implicada en las distintas fases del proceso aterogénico (inicio, desarrollo, promoción, y complicación de la placa). Podría ser, incluso, determinante de la desestabilización, debido a su capacidad para provocar un aumento de la degeneración celular y muerte por apoptosis. El factor de riesgo lipídico no parece que tenga influencia en los cambios inducidos por CP, aunque si la tiene por sí mismo en el comportamiento de los mononucleares. Pueden ser factores de riesgo no interrelacionados aunque con un efecto adicional.

#### RV-122

### EL SÍNDROME METABÓLICO ES MAS PREVALENTE EN LAS MUJERES POBRES

**M. Navarro Rodríguez<sup>1</sup>, M. Bonet de la Nuez<sup>2</sup>, P. Láinez Sevillano<sup>1</sup>, M. Marrero Montelongo<sup>1</sup>, M. Torres García<sup>1</sup>, P. Peña Quintana<sup>3</sup>, J. Gómez Díaz<sup>3</sup> y M. Sosa Henríquez<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Grupo de investigación en Educación para la Salud (Las Palmas).

<sup>2</sup>Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Grupo de Investigación en Osteoporosis y Metabolismo Mineral (Las Palmas).

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>4</sup>Unidad Metabólica Ósea. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos.** Estudiar en una población de mujeres postmenopáusicas la prevalencia de Síndrome Metabólico y analizar la posible asociación con la existencia o no de pobreza.

**Material y métodos.** Hemos estudiado a una población de 1239 mujeres canarias postmenopáusicas. Se definió el Síndrome Metabólico de acuerdo con los criterios de la OMS. El nivel económico se calculó de acuerdo con la definición de pobreza publicada por el Instituto Nacional de Estadística. A todas las mujeres se les realizó un cuestionario clínico para conocer sus estilos de vida, así como una encuesta nutricional. Se les extrajo sangre en ayunas y se determinaron los parámetros bioquímicos: glucosa, colesterol, HDL-colesterol, triglicéridos por métodos estandarizados. Todas fueron talladas y pesadas con ropa ligera y se les midió el perímetro abdominal. Los cálculos estadísticos se realizaron utilizando el programa SPSS. Se compararon las medias aplicando el test de Student y la asociación de variables se calculó por medio de la Chi-Cuadrado y el cálculo de las Odds Ratio. El nivel de significación se estableció en todos los casos en el 5% ( $p < 0.05$ ).

**Resultados.** Se muestran en tablas y figuras. La edad media de las mujeres de nuestro estudio fue de 54.7 años. En casi la mitad de las mujeres pobres (48.9%) existe un síndrome metabólico.

**Discusión.** La asociación de Síndrome Metabólico con la pobreza en mujeres de edad, se ha descrito en algunas series, pero en otras, como por ejemplo en el estudio NHANES, se ha observado predominantemente en la población entre 20 y 65 años y es menos frecuente a partir de esta edad. Existen pocos estudios sobre este tema en nuestro país y aún menos en el Archipiélago Canario, donde en estos momentos existe la tasa mas elevada de desempleo de toda España.

**Conclusiones.** Las mujeres postmenopáusicas que están por debajo del umbral de la pobreza tienen una mayor prevalencia de Síndrome Metabólico. Dada la actual situación socioeconómica mundial y el notable incremento del desempleo, es esperable un incremento en el número de mujeres pobres, y dados los resultados de nuestro estudio, de mujeres con síndrome metabólico. Debido a la elevada morbilidad del síndrome metabólico, sobre todo cardiovascular, es aconsejable el desarrollo de programas para la prevención y/o tratamiento de este síndrome.

#### RV-123

### DESCRIPCIÓN DE LA DISLIPEMIA EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH Y SU ASOCIACIÓN CON LOS FÁRMACOS ANTIRRETROVIRALES

**M. Torralba González de Suso, S. López, S. Láinez, A. Costa, E. Martín, J. Mateos, P. Horcajo y M. Rodríguez Zapata**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario. Guadalajara.

**Objetivos.** La prevalencia de dislipemia en los pacientes con infección por VIH es elevada. La incidencia de cardiopatía isquémica es mayor en los pacientes que se encuentran en tratamiento con los inhibidores de la proteasa (IP), didanosina y abacavir. Además el tenofovir (TDF) tiene un impacto sobre el perfil lipídico más favorable que la estavudina (d4T) o la zidovudina (AZT). Nuestro objetivo fue caracterizar la presencia de dislipemia en una cohorte de pacientes con infección por VIH así como analizar su relación con los fármacos antirretrovirales.

**Material y métodos.** Estudio de corte transversal analítico. Se estudiaron todos los pacientes en tratamiento antirretroviral en el Hospital U. de Guadalajara. Se analizaron los fármacos antirretrovirales y los valores de colesterol total, LDL, HDL, cociente colesterol total/HDL así como el tratamiento con estatinas, fibratos o ezetimibe en el momento del corte trasversal.

**Resultados.** Se analizaron 185 pacientes con una edad de 44 años (IIC: 40,1-47,9 años), siendo un 73,5% varones. El 40, 27, 26 y 7% de los pacientes habían recibido un primer, segundo, tercer o más de tres TARGA. El 56% recibía 2 análogos de nucleósidos (AN) y un no análogo de nucleósido (NN) y el 35,2% dos AN más un IP y el resto (8,7%) otras pautas. El 44% de los pacientes presentaban un colesterol total superior a 200 mg/dl, el 38,2% unos triglicéridos > 150 mg/dl, y el 16,8% un colesterol LDL > 160 mg/dl. Entre los hombres, el 46% presentan un colesterol HDL < 40 mg/dl y 28,8% un cociente de colesterol total/HDL > 5,6. Entre las mujeres, 30,8% presentaban un colesterol HDL < 45 mg/dl y 30,8% un cociente de colesterol total/HDL > 4,6. Un 6,7% de pacientes presentaron colesterol > 260 mg/dl, en un 6,7% se halló unos triglicéridos > 400 mg/dl, un 2,2% presentaron un colesterol LDL > 190 mg/dl, un 7,3% presentaron un HDL < 30 mg/dl y un 13,3% presentaron un colesterol total/HDL > 6. El porcentaje de pacientes con hipercolesterolemia > 200 mg/dl fue similar entre quienes se encontraban con NN o con IP. Un 29,7% de los pacientes con NN pre-

Tabla 1 (RV-122). Prevalencia del Síndrome Metabólico en función del nivel socioeconómico

	Síndrome metabólico Si	Síndrome metabólico No	Valor de p	OR IC 95%
Pobreza Si	48.9%	35.2%	0.001	1.75 (1.27 - 2.42)
Pobreza No	51.1%	64.8%		

sentaban hipotriglicéridemia frente a un 54,1% de quienes utilizaban un IP (OR 0,36 IC95%: 0,19-0,69;  $p = 0,002$ ). Entre los hombres, un 34,5% de quienes utilizaban un NN presentaban una HDL < 40 mg frente a un 55,8% de quienes estaban en tratamiento con IP (OR 0,42; IC95%: 0,18-0,95;  $p = 0,035$ ). Igualmente, un 21,8% de quienes utilizaban un NN presentaban un cociente colesterol total/HDL > 5,6 frente a un 44,2% de quienes estaban en tratamiento con IP (OR 0,35 IC95%: 0,15-0,85;  $p = 0,018$ ). Entre las mujeres, un 20,8% de quienes utilizaban un NN presentaban un cociente colesterol total/HDL > 4,6 frente a un 53,8% de quienes estaban en tratamiento con IP (OR 0,23 IC95%: 0,05-0,98;  $p = 0,041$ ). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre el uso de TDF, AZT, d4T o ABC y los niveles de colesterol total, triglicéridos, HDL, LDL y Colesterol total/HDL. Solo un 1,5% de los pacientes estaban siendo con estatinas, ninguno con ezetimibe y un 4,4% con triglicéridos.

**Discusión.** En nuestro estudio la prevalencia de hipercolesterolemia e hipotriglicéridemia así como la presencia de un perfil de colesterol total/HDL desfavorable es alta. Al igual que en otros trabajos la dislipemia se halla más en los pacientes en tratamiento con IP que en aquellos tratados con NN. Nos llama poderosamente la atención el escaso uso de estatinas y otros hipolipemiantes en nuestra serie. Esto puede estar en relación al escaso número de pacientes con cifras muy elevadas de colesterol (y sus fracciones) y triglicéridos. Al tratarse de un estudio de corte trasversal los pacientes con hipercolesterolemia han podido recibir un TARGA "más benévolo con su perfil lipídico". Esto puede sesgar las asociaciones halladas.

**Conclusiones.** La hipercolesterolemia y la hipotriglicéridemia son muy prevalentes en los pacientes con tratamiento antirretroviral. Los IP se asocian con un perfil lipídico menos favorable que los NN. Muy pocos pacientes son tratados con estatinas o fibratos.

#### RV-124

##### NIVELES DE VITAMINA D Y FACTORES DE RIESGO VASCULAR EN UNA POBLACIÓN DE LA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA

J. Hurtado<sup>1</sup>, P. Leganés<sup>1</sup>, D. Serrano<sup>2</sup>, A. Díaz<sup>2</sup>, C. Suárez<sup>1</sup> y P. Sánchez<sup>1</sup>

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

**Objetivos.** Evaluar los niveles de vitamina D en 234 pacientes vistos en una consulta de octubre a marzo(2008-2009) y estudiar la posible relación con factores de riesgo vascular, analizando la presencia de hipertensión arterial(HTA), diabetes mellitus (DM), obesidad, tabaquismo, y dislipemia (DL).

**Material y métodos.** Se revisaron los informes de consulta de los 234 pacientes recogiendo la edad, sexo, valores de vitamina D y la presencia o no de los factores de riesgo mencionados. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS 12 calculándose el  $\chi^2$  para variables discretas y la regresión lineal para el análisis multivariante.

**Resultados.** De los 234 pacientes 160 fueron mujeres y 74 varones. La edad media fue de  $54 \pm 17$  (17-92). No hubo diferencia en los niveles de 25OHD entre hombres y mujeres ( $p = 0,174$ ). No se demostró correlación con la edad. Mostraron niveles < 30 ng/ml 49 pacientes (33,3%) y 98 (66,7%) niveles > 30. La 25OHD fue inferior en pacientes con HTA ( $24,67 \pm 12,17$  VS no HTA  $29,77 \pm 16,01$ ;  $p = 0,008$ ), obesidad ( $25,58 \pm 11,25$  VS no obesidad  $29,52 \pm 15,51$ ;  $p = 0,01$ ) y DM( $22,14 \pm 10,70$  VS no DM  $28,47 \pm 15,17$ ;  $p = 0,017$ ). No hubo diferencias entre fumadores y no fumadores( $p = 0,451$ ) y DL frente a noDL( $p = 0,789$ ). En el análisis multivariante HTA y DM fueron predictores de los niveles de vitaminaD.

**Discusión.** Para asegurar el normal desarrollo óseo, se considera que los niveles óptimos de 25OHD deben ser superiores a 30 ng/ml. Los niveles inferiores a este valor se han relacionado con parámetros de disfunción endotelial, apuntando a que los niveles de deficiencia (20-30) o insuficiencia (< 20) pueden ser considerados como un factor de riesgo vascular. Diversos estudios han relacionado los niveles bajos de vitamina D con una mayor incidencia de HTA,DM y DL. También se sabe que la obesidad asocia niveles bajos de 25OHD por secuestro periférico por la grasa. Nuestros resultados apoyan esta relación asociando la HTA; DM y obesidad con niveles significativamente inferiores de vitamina D. No hemos encontrado esta relación en los pacientes con DL no pudiendo descartar un efecto del tratamiento con estatinas. Para confirmar estos resultados preliminares son necesarios más estudios con pacientes seleccionados.

**Conclusiones.** 1. En la población estudiada los pacientes hipertensos, diabéticos y obesos tienen niveles de vitamina D significativamente inferiores a los pacientes sin estos factores de riesgo vascular. 2. No se han encontrado diferencias entre los pacientes dislipémicos y los fumadores frente a los que no lo son. 3. HTA y DM son factores determinantes de niveles bajos de 25OHD. 4. Los resultados apuntan a que la deficiencia/insuficiencia de vitaminaD puede considerarse un factor más de riesgo vascular.

#### RV-125

##### CALIDAD ASISTENCIAL EN LA EVALUACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO VASCULAR EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE VIH

J. Troya García, N. Muñoz Rivas, M. Méndez Bailón, P. Ryan Murúa, S. Arponen, G. Cuevas Tascón, M. Akasbi Montalvo y F. Solís Villa

Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Leonor (Madrid).

**Objetivos.** 1. Evaluar la frecuencia de factores de riesgo vascular (FRV) en una muestra de pacientes con diagnóstico de infección VIH del Área 1 de salud de la Comunidad de Madrid. 2. Auditar la calidad asistencial en la medida de FRV en una consulta monográfica de VIH. 3. Valorar el grado de asociación de los FRV con respecto al tratamiento antirretroviral con inhibidores de la proteasa.

**Material y métodos.** Estudio transversal de los factores de riesgo vascular de 67 pacientes VIH seguidos en una consulta monográfica del Hospital Infanta Leonor (Vallecas) de la CAM, desde Febrero de 2009. Se ha realizado una auditoría externa del registro de los FRV en esta población a través del programa de registro y seguimiento clínico ACyH. En cada paciente hemos evaluado las siguientes variables clínicas: edad, sexo, tabaquismo, adicción a drogas por vía parenteral, tensión arterial, perfil lipídico, IMC, glucemia basal, CD4, carga viral, tratamiento antirretroviral. Se han establecido los FRV atendiendo a las definiciones del Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC) del año 2008. Se han evaluado las tasas de recogida de los FRV como medida de la calidad asistencial de cada uno de los FRV. Así mismo, hemos llevado a cabo un análisis bivariante de los FRV en comparando los pacientes VIH con IPs y sin tratamiento con IPs. La significación estadística ha sido de  $p < 0,05$  empleando t de student a través del programa SPSS 16.0.

**Resultados.** De los 67 pacientes incluidos la edad media es de  $40,3 \pm 9,8$  años con una frecuencia de hombres del 76%. Los FRV más frecuentes han sido el tabaquismo (63%), la dislipemia definida por un colesterol total > 190 mg/dl (35%) y el sobrepeso-obesidad (34% con IMC > 25 kg/m<sup>2</sup>). Un 18% presentaron glucemias basales > 110 mgr /dl. Los FRV mejor evaluados fueron los recogidos en la anamnesis (tabaquismo en un 86%) y determinaciones analíticas (colesterol total (93%) y glucemia basal (96%). Los FRV peor evaluados fueron los correspondientes a la exploración física como la presión arterial (37%). En el análisis bivariante los pacientes bajo tratamiento con inhibidores de la proteasa (IPs) presentaban un IMC más elevado (26,17 versus 23,2  $p = 0,040$ ) y niveles aumentados de triglicéridos (181 mg/dl versus 118 mg/dl;  $p < 0,05$ ) frente a los sujetos VIH sin IPs, respectivamente. No hemos observado asociación de los FRV con la carga viral.

**Conclusiones.** La frecuencia de FRV en pacientes VIH es elevada, sobre todo a expensas de tabaquismo dislipemia y obesidad. Estos dos últimos FRV pueden encontrarse en probable asociación con el empleo de IPs. En nuestra población la aparición de FRV parece estar más asociada a los hábitos de vida (fundamentalmente al tabaquismo) que a la carga viral por la infección VIH. El empleo de IPs en esta población para el control de la infección VIH se ha acompañado de una mayor frecuencia de dislipemia e IMC elevado. Dada la elevada frecuencia de FRV en esta población, es necesario sistematizar la medida de la presión arterial para poder evaluar correctamente el riesgo vascular global.

#### RV-126

##### EVALUACIÓN DE ÍNDICE TOBILLO BRAZO Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Y. Figueroa Chacín<sup>1</sup>, Y. Granados<sup>2</sup>, R. González<sup>1</sup>, L. Padrino<sup>3</sup> y A. Tineo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Reumatología, <sup>3</sup>Servicio de Endocrinología. Hospital Universitario Dr. "Manuel Núñez Tovar". Maturín, <sup>620</sup>, Estado Monagas (Venezuela).

**Objetivos.** Evaluar el índice tobillo brazo (ITB), resistencia a la insulina y factores tradicionales de riesgo cardiovascular en pacientes con y sin AR

**Material y métodos.** Se estudiaron 50 pacientes que ingresaron al Departamento de Medicina Interna en los meses de enero a abril de 2007. Se realizó historia clínica, diagnóstico de Artritis Reumatoide por el Colegio Americano de Reumatología, medición de Índice Tobillo Brazo usando las presiones sistólicas más altas y se tomó el índice más bajo, se utilizó un equipo Doppler Elite modelo 100, se midió circunferencia abdominal, perfil lipídico, glicemia en ayunas, microalbuminuria (MA), proteína C reactiva (PCR) ultrasensible, presión arterial y cálculo de HOMA IR con valor  $\geq 2,5$  para establecer resistencia a la insulina. Se realizó la prueba de t de Student para comparar pacientes con y sin AR (22 y 28 pacientes, respectivamente), prueba exacta de Fisher y análisis de correlación lineal simple entre ITB y el resto de las variables ( $p < 0,05$ ).

**Resultados.** Se observó que 72,73 y 50,00% de pacientes con y sin AR, respectivamente tenían síndrome metabólico, mientras que 54,55 y 39,29% con y sin AR fueron hipertensos. El promedio de la evolución de AR fue  $3,95 \pm 2,5$  años. Se encontró que en pacientes con AR existió mayor pro-

porción de ITB < 0,9 (59,09%), mientras que en pacientes sin la enfermedad existió mayor proporción de ITB > 0,9 (67,86%). Los pacientes con AR tuvieron mayor LDL, PCR, HOMA IR y MA y menor ITB que pacientes sin la enfermedad, mientras que presentaron valores similares para edad, HDL, triglicéridos, glicemia, circunferencia abdominal y presión arterial. En el total de los pacientes, el ITB estuvo relacionado negativa y significativamente (NyS) con triglicéridos, circunferencia abdominal, HOMA IR, presión arterial y MA, mientras que en pacientes con AR, el ITB estuvo correlacionado NyS con MA. En pacientes sin AR se relacionó NyS con triglicéridos, presión arterial y MA. El grupo de pacientes con artritis reumatoide presentó mayor prevalencia de síndrome metabólico, factores de riesgo cardiovascular, hipertensión arterial, dislipidemia aterogénica, y aterosclerosis subclínica con un ITB < 0,9.

**Discusión.** En el estudio se evidencia que los pacientes con AR tienen más síndrome metabólico, hipertensión, mayor LDL, y aterosclerosis subclínica que los controles. El ITB estuvo relacionado con factores de riesgo cardiovascular tales como triglicéridos, circunferencia abdominal, resistencia a la insulina, presión arterial y microalbuminuria como está descrito en la literatura. En pacientes con AR el ITB estuvo correlacionado con MA como expresión ambos de disfunción endotelial. El incremento de la mortalidad cardiovascular aparece tempranamente en la historia natural de la artritis reumatoide, ya que en pacientes con poliartritis o factor reumatoideo positivo ya hay evidencia de disfunción endotelial, el cual es predictor del desarrollo precoz de aterosclerosis. La AR está asociada a factores de riesgo cardiovascular tradicionales y no tradicionales, pero los factores asociados a la inflamación también contribuyen.

**Conclusiones.** El ITB es un método diagnóstico accesible, rápido y sencillo que establece enfermedad arterial periférica asintomática temprana y se correlacionó principalmente con MA, otro marcador de enfermedad vascular subclínica. El mecanismo patogénico involucrado en las complicaciones cardiovasculares aceleradas en la AR es multifactorial, incluye hipertensión, obesidad, tabaquismo, dislipidemia, resistencia a la insulina, historia familiar, hiperhomocisteinemia, vasculogénesis anormal, MA, etc. Aunque se reconoce que la AR está asociada con altas tasas de enfermedad cardiovascular, la prevalencia de aterosclerosis subclínica es desconocida y el diagnóstico precoz es importante para iniciar tratamiento médico preventivo. Es igualmente importante el manejo de los factores de riesgo cardiovascular y el control de la actividad de la AR.

#### RV-127 ANOMALÍAS EN EL PERFIL LIPÍDICO EN PACIENTES DIABÉTICOS CON CORONARIOPATÍA TRATADOS CON ESTATINAS. ESTUDIO INTERNACIONAL DE DISLIPIDEMIA (DYSIS-ESPAÑA)

C. Guijarro<sup>1</sup>, J. González-Juanatey<sup>2</sup>, E. Alegría<sup>3</sup>, J. Lozano<sup>4</sup>, L. Cea-Calvo<sup>5</sup>, G. Vitale<sup>5</sup>, E. Gómez<sup>5</sup> y J. Millán<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón (Madrid).

<sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela (A Coruña).

<sup>3</sup>Servicio de Cardiología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona/Iruña (Navarra).

<sup>4</sup>Atención Primaria. Centro de Salud Serrería 2 (Valencia).

<sup>5</sup>Departamento Médico. Merck Sharp Dohme (Madrid).

<sup>6</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivos.** La prevención de la enfermedad cardiovascular (ECV) se enfoca en reducir los eventos cardiovasculares en los pacientes de riesgo, como son la población diabética. Las estatinas reducen el riesgo CV asociado al c-LDL, sin embargo, tienen una acción limitada sobre el c-HDL bajo y los triglicéridos (TG) elevados. Algunos estudios indican que los pacientes con los tres parámetros alterados tienen mayor riesgo CV que aquellos que sólo tienen el c-LDL elevado. El objetivo de este análisis es mostrar la relación entre ECV, especialmente coronariopatía (CHD), y el perfil lipídico completo en pacientes diabéticos españoles del estudio DYSIS tratados con estatinas.

**Material y métodos.** Análisis de los pacientes españoles incluidos en el estudio transversal DYSIS (Dyslipidemia International Study) realizado con 22063 participantes en Europa y en Canadá, edad ≥45 años, en tratamiento con estatinas al menos durante 3 meses. Los datos se recogieron de la historia clínica del paciente. Se clasificó el riesgo cardiovascular según la guía NCEP ATP III y para valorar los lípidos se asumieron los objetivos o las concentraciones consideradas como óptimas según esta directriz.

**Resultados.** De un total de 3703 pacientes españoles se identificaron 1445 (39.0%) pacientes con diabetes mellitus (DM) Tipo II. Un 41,5% de estos sufrían ECV frente al 31.9% de los no diabéticos (p < 0,0001). De estos pacientes diabéticos con ECV el 65.9% sufrían enfermedad coronaria (p < 0.0001). El 48.3% de los pacientes con DM+CHD no tenía el c-LDL en el objetivo (NCEP ATP III según), frente al 45.8% de los pacientes no DM+CHD

(p < 0.47). La prevalencia de c-HDL bajo era de 39.9% en pacientes con DM+CHD frente al 30.8% del grupo de comparación (p < 0.01). Los TG se encontraban elevados en el 43,2% de los pacientes con DM+CHD frente al 28.8% de los no diabéticos (p < 0.0001). Los valores de los tres parámetros lipídicos (c-LDL, c-HDL y TG) eran óptimos en el 23.1% de los pacientes DM+CHD mientras que en los no DM+CHD este porcentaje era del 28.7% (p = 0.07). De los pacientes DM+CHD que tenían controlado el c-LDL, un 10.1% presentaba niveles no recomendados de c-HDL y TG frente al 5.3% de los no DM+CHD (p < 0.05). Con c-LDL elevado y tanto c-HDL como TG en niveles recomendados había un 16.7% de pacientes DM+CHD y un 24.1% de pacientes no DM+CHD (p < 0.05). El porcentaje total de pacientes con c-LDL fuera de objetivo y c-HDL, TG o ambos en niveles no recomendados fue del 31.1% en DM+CHD y del 22.3% en el grupo de comparación (p < 0.01). Los tres parámetros alterados se encontraron en el 11.8% de los pacientes DM+CHD frente a un 7.4% en los pacientes no DM+CHD (p < 0.05).

**Conclusiones.** De este análisis extraemos que los pacientes españoles diabéticos con coronariopatía presentan anomalías más acusadas en el perfil lipídico (sobre todo con respecto a c-HDL y TG, tanto con c-LDL en objetivo como fuera de éste) que los pacientes no diabéticos y sin coronariopatía, a pesar de estar tratados con estatinas. Por ello, podemos concluir que se debería realizar un mayor control lipídico integral en pacientes diabéticos con coronariopatía para reducir el riesgo de complicaciones cardiovasculares asociadas a la diabetes.

#### RV-128 RELACIÓN ENTRE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR (HIPERTENSIÓN, OBESIDAD Y TABAQUISMO) CON EL PERFIL LIPÍDICO Y APARICIÓN DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN PACIENTES DIABÉTICOS TRATADOS CON ESTATINAS. ESTUDIO INTERNACIONAL DE DISLIPIDEMIA (DYSIS-ESPAÑA)

J. Millán<sup>1</sup>, J. González-Juanatey<sup>2</sup>, E. Alegría<sup>3</sup>, J. Lozano<sup>4</sup>, L. Cea-Calvo<sup>5</sup>, G. Vitale<sup>5</sup>, E. Hurtado-Gómez<sup>5</sup> y C. Guijarro<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

<sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela (A Coruña).

<sup>3</sup>Servicio de Cardiología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona/Iruña (Navarra).

<sup>4</sup>Atención Primaria. Centro de Salud Serrería 2 (Valencia).

<sup>5</sup>Departamento Médico. Merck Sharp Dohme (Madrid).

<sup>6</sup>Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón (Madrid).

**Objetivos.** A pesar del tratamiento con estatinas, en los pacientes diabéticos la prevalencia de eventos cardiovasculares (CV) es relativamente alta y persiste un riesgo CV considerable. Además, si sumamos otros factores de riesgo como la hipertensión, la obesidad o el tabaquismo, la probabilidad de padecer eventos CV puede verse aumentada. En este estudio se presentan datos sobre enfermedad cardiovascular (ECV) y anomalías en el perfil lipídico (c-LDL, c-HDL y TG) de pacientes diabéticos con hipertensión y/o obesidad y/o tabaquismo que están siendo tratados con estatinas.

**Material y métodos.** Análisis de 3703 pacientes españoles incluidos en el estudio transversal DYSIS (Dyslipidemia International Study), realizado con 22063 participantes de Europa y en Canadá, pacientes ≥ 45 años en tratamiento con estatinas al menos durante 3 meses. Los datos se recogieron de la historia clínica del paciente. Se clasificó el riesgo cardiovascular según la guía NCEP ATP III y para valorar los lípidos se asumieron los objetivos o las concentraciones consideradas como óptimas según esta directriz.

**Resultados.** De un total de 3703 pacientes se identificaron 1445 (39.0%) pacientes con diabetes mellitus tipo II. De entre los pacientes diabéticos 1186 (82.1%) padecían hipertensión, 658 (45.7 %) eran obesos y 261 (18.1%) eran fumadores. El análisis del perfil lipídico de estos pacientes muestra que la presencia de hipertensión, obesidad y/o tabaquismo se asoció con valores más elevados de TG (> ó = 150 mg/dl) con respecto a la población que no presenta el factor de riesgo correspondiente (hipertensión 45% y no hipertensión 37.1%, p < 0.05; obesidad 46.8% y no obesidad 40.9%, p < 0.05; tabaquismo 49.2% y no tabaquismo 42.5%, p = 0.05). Los niveles de c-LDL no presentaron diferencias significativas entre la población con riesgo (hipertensos, obesos o fumadores) y su grupo de comparación. En el caso de c-HDL, tampoco se observaron diferencias entre los grupos, excepto en pacientes obesos, en los que se produce una disminución de los valores de c-HDL con respecto a los no obesos (39.8% y 33.4% respectivamente; p < 0.05). En términos de factores de riesgo y su relación en la aparición de eventos CV no se encontraron diferencias significativas entre la población con un determinado factor de riesgo y su grupo comparador; exceptuando el caso de hipertensión, donde se observó una mayor aparición de ECV en pacientes hipertensos 43.1% frente a los que no lo eran 34% (p < 0.01),

destacando una mayor proporción en insuficiencia cardíaca (IC) (10.3% y 6.2% respectivamente,  $p < 0.05$ ).

**Conclusiones.** En este análisis observamos que diferentes factores de riesgo, como la hipertensión, obesidad y tabaquismo en pacientes diabéticos pueden asociarse a alteraciones en el perfil lipídico, involucrando a los parámetros de TG y c-HDL. Adicionalmente, en el caso de hipertensión existe un mayor riesgo de padecer ECV, en concreto, IC. Por ello, podemos concluir que es necesario un mayor control lipídico integral en pacientes diabéticos con factores de riesgo cardiovascular asociados para reducir el riesgo de complicaciones cardiovasculares vinculadas a la diabetes.

#### RV-129

### GROSOR ÍNTIMA-MEDIA CAROTÍDEO EN LA ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA DE MIEMBROS INFERIORES

R. Domínguez Álvarez<sup>1</sup>, M. Rico Corral<sup>1</sup>, F. Martínez Peñalver<sup>2</sup> y R. Pérez Cano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna B. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. USP Hospital de Marbella (Málaga).

**Objetivos.** En los últimos años se han publicado estudios que demuestran que los pacientes con enfermedad cardiovascular documentada tienen incrementado el grosor de la pared arterial, pero no disponemos de datos que relacionen el grosor íntima-media carotídeo (GIM) y la evolución de la enfermedad arterial periférica de miembros inferiores (EAP). Los objetivos del presente estudio son: determinar el GIM carotídeo en una cohorte de pacientes diagnosticados de EAP; y estudiar la correlación del GIM con otros factores de riesgo cardiovascular y marcadores de progresión de la arterioesclerosis.

**Material y métodos.** Se analizaron datos de una cohorte de 415 pacientes diagnosticados de EAP que realizaron al menos dos visitas entre Octubre de 2007 y Junio de 2009. Se seleccionaron en total 113 pacientes. El tiempo medio de seguimiento por paciente fue de 8 meses. El diagnóstico de EAP se realizó en base al cumplimiento de alguno de los criterios siguientes: detección de un índice tobillo-brazo  $< 0.9$ ; datos de EAP en pruebas de imagen (eco-doppler o arteriografía); antecedente de revascularización o de amputación por isquemia crítica. Se realizaron en ambas visitas determinaciones analíticas de colesterol total y fracciones, triglicéridos, apolipoproteínas A-1 y B-100, lipoproteína(a), fibrinógeno, proteína C reactiva (PCR) ultrasensible, homocisteína y Hb1ac. Asimismo, en cada visita se realizó la medición del GIM carotídeo bilateral utilizando el sistema Micromaxx (Sonosite), con sonda HFL 38, de 6-13 Megahertzios.

**Resultados.** La edad media es de 68.38 años y al diagnóstico de la enfermedad de 64.82 años. El 77.9% de los pacientes eran de sexo masculino. El 86.7% son diabéticos, el 69% son hipertensos, el 73.5% son hiperlipémicos y un 75.2% de fumadores. La comorbilidad principal que asocian es: el 17.7% AVCA; un 9.7% un IAM y un 12.4% se ha realizado intervencionismo coronario. Respecto a la EAP: un 23% han precisado intervencionismo periférico, el 24.8% amputaciones digitales, 6.2% amputaciones distales de pie, un 15.9% supracondílea unilateral y un 3.5% bilateral. Se registraron modificaciones significativas a lo largo del seguimiento en los siguientes parámetros: descenso del colesterol total en 16.69 mg/dl (de 187.67 a 170.98 mg/dl,  $p = 0.03$ ). Descenso del colesterol de baja densidad (c-LDL) en 17.15 mg/dl (de 112.97 a 95.82 mg/dl,  $p = 0.001$ ). Descenso de la apolipoproteína B-100 de 11.36 mg/dl (de 85.33 a 73.97 mg/dl,  $p = 0.012$ ). Los niveles de HDL-colesterol, triglicéridos, apoA-I, fibrinógeno, homocisteína y Hb1ac se mantienen en valores similares. Se observa un incremento no significativo de PCR ultrasensible en 2.64 mg/l ( $p = 0.417$ ). La medición del GIM carotídeo se realizó a 42 pacientes. Se encontraron descensos no significativos en todas las mediciones; las mediciones medias para el GIM inicial y a los 8 meses son: carótida común derecha 0,9495/0,9134 e izquierda 0,6134/0,6010 mm, bulbo carotídeo derecho 1,299/1,1835 e izquierdo 1,00/0,8486 mm.

**Discusión.** Nuestro estudio aporta datos preliminares de una cohorte de pacientes de alto riesgo cardiovascular, con afección documentada de al menos un lecho vascular. No siendo extenso el período de seguimiento inicial, se han obtenido datos que sugieren estabilización de la enfermedad arterioesclerótica, tanto a nivel bioquímico (mejoría del colesterol total, su fracción LDL y de apoB-100) como a nivel morfológico (descenso del GIM carotídeo), junto con un incremento no significativo de la PCR ultrasensible. Los descensos del colesterol total y LDL, aunque significativos, pueden no tener relevancia clínica. Cabe esperar una mayor significación en los datos de GIM carotídeo a medida que se incrementen el número de pacientes incluidos y aumente el tiempo de seguimiento.

**Conclusiones.** El GIM carotídeo puede ser marcador de progresión/regresión de arterioesclerosis, junto con los clásicos marcadores bioquímicos. Son necesarios estudios de seguimiento para determinar si una terapia preventiva más agresiva basada en los resultados del GIM incide favorablemente en el pronóstico de estos pacientes.

#### RV-130

### ESTUDIO DESCRIPTIVO COMPARATIVO TRANSVERSAL EN SUBGRUPOS DE PACIENTES INGRESADOS POR UN PRIMER EVENTO CARDIOVASCULAR MAYOR

A. López Montes<sup>1</sup>, F. Poveda Gómez<sup>2</sup>, N. Almendros Vílchez<sup>1</sup>, L. Mas Ruiz<sup>1</sup>, M. Corrales González<sup>2</sup>, R. González Vega<sup>2</sup>, F. Moreno Martínez<sup>2</sup> y J. García Alegría<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidad Docente Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito Sanitario Costa del Sol (Málaga).

<sup>2</sup>Unidad de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga).

**Objetivos.** Evaluar comparativamente en pacientes con ingreso por un primer evento cardiovascular mayor (síndrome coronario agudo/insuficiencia cardíaca versus ictus) la presencia de factores de riesgo vascular tradicionales y la existencia de lesión de órgano diana subclínica.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal realizado en el Hospital Costa del Sol desde Junio de 2008 hasta Enero de 2009, donde se incluyeron a pacientes ingresados por un primer evento cardiovascular mayor y ausencia de ingresos o documentación clínica previa indicativa de enfermedad cardiovascular. Realizamos un estudio comparativo entre dos subgrupos de pacientes, ingresados por ICTUS frente a los que ingresaron por síndrome coronario agudo y/o insuficiencia cardíaca (SCA/ICC), observando la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y diagnóstico de lesión en órganos diana subclínica. La comparación entre grupos se realizó para variables cuantitativas mediante la t de student para variables con distribución normal y se utilizaron test no paramétricos, como la U de Mann-Whitney o de Wilcoxon para variables que no siguen una distribución normal; se utilizó la chi cuadrado para las variables cualitativas.

**Resultados.** Incluimos en el estudio a 100 pacientes (67,41  $\pm$  12,74 años; 62 H, 38 M), 56 pertenecientes al grupo de ICTUS (71,57  $\pm$  11,57 años, 35 H, 21 M) y 44 en el grupo SCA/ICC (62,1  $\pm$  12,2 años,  $p < 0.001$ , 27 H, 17 M). En el momento del estudio, eran fumadores 38 pacientes, 33,9% en el grupo de ICTUS y el 36,3% en el grupo SCA/ICC, diferencia NS. En cuanto a la prevalencia de hipertensión, diabetes mellitus y dislipemia fue homogénea y sin diferencia significativa en ambos grupos: 1) HTA: 71 pacientes, 69,6% en grupo ICTUS, 70,4% en grupo SCA/ICC. 2) Diabetes mellitus, 51 pacientes, 51,7% en el grupo ICTUS, 50% en el grupo SCA/ICC. 3) Dislipemia, 51 pacientes, 40,6% en el grupo ICTUS, 47,7% en el grupo SCA/ICC. Se investigó la presencia de lesión oculta de órgano diana: 1) Enfermedad arterial periférica: 57 pacientes, 64,2% en grupo ICTUS, 47,7% en el grupo SCA/ICC,  $p < 0.001$ . 2) Hipertrofia ventricular izquierda, 41 pacientes, 51,7% en el grupo ICTUS, 27,7% en el grupo SCA/ICC  $p < 0.001$ . 3) Microalbuminuria/insuficiencia renal, 27 pacientes, 26,7% en el grupo ICTUS, 27,2% en el grupo SCA/ICC, NS. Del resto de comparaciones, se observaron diferencias significativas, ICTUS vs SCA/ICC para las siguientes variables: PCR (0,59  $\pm$  0,21 vs 1,35  $\pm$  0,30 mg/dl), PA diastólica (81,57  $\pm$  14,1 vs 73,5  $\pm$  13,5 mmHg), HDL colesterol (43,5  $\pm$  11,2 vs 38,0  $\pm$  8,7 mg/dl) y escala EUROSCORE (3,75  $\pm$  1,5 vs 2,0  $\pm$  0,9%).

**Discusión.** Observamos una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en ambos grupos, infradiagnosticados previamente al ingreso hospitalario. Igualmente, existe una elevada frecuencia de lesión en órgano diana subclínica, no diagnosticada previamente al ingreso, predominando los pacientes diagnosticados de enfermedad arterial periférica e hipertrofia ventricular izquierda. Existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos subgrupos en las variables edad y niveles de PCR. Es fundamental, una detección y tratamiento precoz de estos factores de riesgo vascular, modificando los objetivos de control en función de la presencia o no de lesión de órgano diana.

**Conclusiones.** En pacientes con ingreso por un primer evento cardiovascular mayor se observa una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y de lesión en órgano diana subclínica. En general, no se aprecia una diferencia intergrupos respecto a factores de riesgo vascular habituales. Sin embargo, en cuanto a lesión de órgano diana, la Hipertrofia ventricular izquierda y la Enfermedad arterial periférica son significativamente más prevalentes en el grupo de pacientes con ICTUS.

#### RV-131

### PREDICCIÓN DE MORTALIDAD CARDIOVASCULAR DEL ÍNDICE TOBILLO-BRAZO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CORONARIA O CEREBROVASCULAR ESTABLECIDA. ESTUDIO MERITO II

L. Manzano<sup>1</sup>, J. Cuende<sup>2</sup>, E. Ferreira<sup>3</sup>, P. Valdivielso<sup>4</sup>, A. de la Peña<sup>5</sup>, M. Mialdea<sup>1</sup>, J. de la Vega<sup>6</sup> y J. Contreras<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital San Telmo. Palencia. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo). <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Son Llatzer. Palma de Mallorca (Illes Balears). <sup>6</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

**Objetivos.** El objetivo del estudio MERITO II fue evaluar la significación pronóstica de la detección de enfermedad arterial periférica (EAP) subclínica, mediante la medición del ITB.

**Material y métodos.** El estudio MERITO II se basa en un diseño de cohortes prospectivo y multicéntrico, realizado en 94 consultas de riesgo vascular de Medicina Interna. Se incluyeron pacientes con una edad entre 65 y 85 años y el antecedente de enfermedad coronaria y/o cerebrovascular estable diagnosticada entre 3 meses y 5 años antes de su inclusión. Fueron excluidos los pacientes con diagnóstico previo de EAP. Se consideró indicativo de EAP la determinación de un ITB < 0,9 o > 1,4. La variable de resultado evaluada fue la mortalidad cardiovascular al año de seguimiento. Se estimó el valor independiente del ITB, ajustado por factores demográficos, clínicos, biológicos y electrocardiográficos, mediante el modelo de regresión de Cox.

**Resultados.** La muestra total analizada fue de 1096 casos. La edad media fue de 73,6 años (DE 5,4) y el porcentaje de varones del 65,2%. Un 55,5% presentó cardiopatía isquémica aislada, 37,9% enfermedad cerebrovascular aislada y 6,6% afectación de doble territorio. El tiempo medio de seguimiento fue de 11,7 (± 2,2) meses. Se detectó un ITB < 0,9 y > 1,4 en el 28,9% y 6,9% de los casos, respectivamente. La presencia tanto de un ITB < 0,9 como > 1,4 se asoció significativamente con la mortalidad cardiovascular ( $p = 0,001$  y  $p = 0,005$ , respectivamente) (figura). Así mismo, en el análisis multivariable, ambos rangos de ITB mantuvieron su valor predictivo para mortalidad cardiovascular (ITB < 0,9 vs normal  $p = 0,042$ ; ITB > 1,4 vs normal 0,020). Otros factores predictivos fueron la edad, la detección de macroalbuminuria, la presencia de enfermedad coronaria y la administración de tratamiento antiagregante.

**Conclusiones.** La detección de EAP asintomática en pacientes con enfermedad coronaria o cerebrovascular previa estable identifica un subgrupo de pacientes con muy alto riesgo de evento cardiovascular mortal, independientemente de la coexistencia de otros factores pronósticos.

#### RV-132

### PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON EPOC

**M. Rodríguez Pecci, J. De la Fuente Aguado, P. Sánchez Conde, A. Sanjurjo Rivo, J. Montero Tinnirello, F. Fernández Fernández, J. Paz Ferrín y H. Enríquez Gómez**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Povisa S. A. Vigo (Pontevedra).*

**Objetivos.** Describir la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en una población de pacientes con EPOC ingresados en un servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo de corte transversal que incluyó a pacientes con diagnóstico de EPOC que ingresaron consecutivamente en el Servicio de Medicina Interna por diferentes motivos en el período comprendido entre 1 de septiembre de 2008 y 15 de junio de 2009. Se interrogó a cada paciente sobre factores de riesgo cardiovascular clásicos, tabaquismo, enfermedad cardiovascular definida, uso de oxígeno domiciliario y tratamiento recibido. Se obtuvo además la severidad de la obstrucción en base a valores de volumen espiratorio forzado en el primer segundo (VEF1) de acuerdo a las clases definidas por la Guía GOLD. Se obtuvo analítica con determinación de glucemia, perfil lipídico, PCR, fibrinógeno y hemoglobina glicosilada en cada paciente.

**Resultados.** Ingresaron 208 pacientes, 44 mujeres (21,1%). Edad media de 70,5 ± 11 años. El volumen espiratorio forzado en el primer segundo (VEF1) fue de 50,78 ± 15,21%. Cuarenta y ocho (23%) pacientes fumaban activamente y 118 (56,7%) tenían historia previa de tabaquismo. La prevalencia de HTA era del 51,4%, la de diabetes mellitus del 27,4%, la de dislipemia del 26,4% y la de obesidad del 28,8%. Tenían diagnóstico de eventos cardiovasculares previos 56 pacientes (26,9%): accidente cerebrovascular (ACV) 5,8%, Infarto Agudo de Miocardio (IAM) 5,3%, angina de pecho 13% y claudicación intermitente 13%. Al realizar la comparación por sexos, la historia de tabaquismo, presencia de claudicación intermitente y de eventos cardiovasculares previos fue más frecuente en hombres (87% vs 31,8%  $p < 0,05$ ; 16,4% vs 0%  $p = 0,002$  y 31,7% vs 9%  $p = 0,002$  respectivamente) en cambio la prevalencia de dislipemia fue mayor en mujeres (40% vs 22,5%  $p = 0,014$ ). No hubo relación entre las variables estudiadas y la severidad de la EPOC, pero hubo un mayor porcentaje de fumadores en el grupo de EPOC moderado y severo (91%). Al comparar los grupos de EPOC leve y moderado con severo y muy severo hubo diferencia significativa en el sexo con un mayor porcentaje de hombres en el segundo grupo (86% vs 9%  $p < 0,05$ ) pero no se encontró diferencia estadísticamente significativa en los factores de riesgo vascular ni en la prevalencia de eventos vasculares excepto el tabaquismo y antecedente de haber fumado que fue más frecuente en el segundo grupo ( $p = 0,007$ ).

**Discusión.** Los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) ingresados tienen alta prevalencia de enfermedad cardiovascular

y de factores clásicos de riesgo vascular. No está claro si los mecanismos fisiopatológicos vinculados a la propia enfermedad pulmonar con una respuesta inflamatoria sistémica contribuyen a esta situación. Con respecto a los factores clásicos de riesgo cardiovascular, en nuestra población se registró alta prevalencia de hipertensión arterial en comparación con la población general. La presencia de tabaquismo activo aún en pacientes con EPOC severo y muy severo constituye un hecho llamativo y seguramente, el hábito de fumar tiene un rol patogénico común para ambas patologías en estos pacientes. En nuestro estudio no encontramos asociación entre factores de riesgo o enfermedad cardiovascular y severidad de la obstrucción al flujo aéreo.

**Conclusiones.** Los pacientes con diagnóstico de EPOC presentan alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular. La prevalencia de hipertensión arterial fue superior a la comunicada en la población general. La enfermedad cardiovascular y la obstrucción severa al flujo aéreo fue especialmente frecuente en varones. No se encontró asociación entre severidad de la obstrucción al flujo aéreo y comorbilidad cardiovascular excepto tabaquismo.

#### RV-133

### PREVALENCIA DE DISLIPEMIAS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MANEJO

**A. Torres do Rego<sup>1</sup>, N. Aldezabal Polo<sup>1</sup>, O. López Berastegui<sup>1</sup>, B. Mora Hernández<sup>1</sup>, J. Fraile González<sup>1</sup>, J. Hens Gutiérrez<sup>1</sup>, J. Millán Núñez-Cortés<sup>2</sup> y L. Álvarez-Sala Walther<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna II. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

<sup>2</sup>Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid.

**Objetivos.** El objetivo de nuestro estudio es conocer la prevalencia, las características clínicas y manejo de la dislipemia en pacientes ingresados en una Unidad de Medicina Interna de un hospital de 3<sup>er</sup> nivel.

**Material y métodos.** Se ha realizado un estudio descriptivo, retrospectivo, recogiendo los datos de pacientes ingresados en una unidad de medicina interna de 24 camas desde marzo a mayo de 2009, en los que constase el diagnóstico de dislipemia, hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia u otras dislipemias en antecedentes personales en un juicio clínico al alta. Se analizaron los siguientes factores de la historia clínica: edad, sexo, antecedentes de enfermedad cardiovascular (accidente cerebrovascular, cardiopatía isquémica, arteriopatía periférica instaurada), diabetes mellitus, vida basal, motivo de ingreso, tipo de dislipemia, perfil lipídico, riesgo cardiovascular, objetivo de colesterol LDL para el riesgo cardiovascular estimado (mg/dl), tratamiento hipolipemiante, descripción de perfil lipídico en el informe de alta, modificaciones terapéuticas del tratamiento hipolipemiante propuestas al alta. De ellos se estudió la frecuencia de aparición expresado en porcentaje. Los parámetros lipídicos (CT, TG, col-LDL, col-HDL) se expresan como media ± 2 desviaciones standard (mg/dl). Para el estudio estadístico se empleó el programa SPSS 16.0.

**Resultados.** Se evaluaron un total de 96 pacientes ingresados, de los cuales 50 eran dislipémicos. El 100% presentaba una dislipemia secundaria. Dentro de los antecedentes personales un 80% eran hipertensos, un 40% diabéticos, 40% eran fumadores o exfumadores (menos de 6 meses del abandono), un 51,1% habían presentado alguna enfermedad de origen cardiovascular y un 42% tenían DM2 (figura 1). En cuanto al perfil lipídico un 64,7% de los pacientes presentaba cifras de colesterol LDL inferiores a 100mg/dl y un 88,9% cifras de triglicéridos inferiores a 200 mg/dl. El 73,3% eran pacientes de alto riesgo. Un 71,1% de los pacientes se encontraban en tratamiento con estatinas, de los cuales un 26% no cumplían objetivos terapéuticos. De estos casos se modificó la dosis de estatinas en un 48,6%. Sólo en un 26% de los pacientes se especificó el perfil lipídico en el informe de alta.

**Discusión.** La dislipemia es una patología de gran prevalencia en los pacientes ingresados en medicina interna. Estos pacientes son de alto riesgo cardiovascular, presentando en la mayoría de los casos enfermedad sintomática previa, por lo que las actuaciones se han de ver orientadas hacia la prevención secundaria en un alto porcentaje de casos. La dislipemia más frecuente es la secundaria. No obstante, en algunos casos la tendencia es no modificar la dosis de estatinas previas durante el ingreso pese a que el paciente no cumpla los objetivos terapéuticos, quizá debido a una mayor preocupación por el proceso agudo que ha justificado el ingreso.

**Conclusiones.** Este estudio resalta la trascendencia de solicitar de forma rutinaria un perfil lipídico básico (CT, TG, col-LDL, col-HDL) en los pacientes que ingresan en planta en unidades de medicina interna, especialmente si son diabéticos o presentan antecedentes de enfermedad cardiovascular previa.

## RV-134

**DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN MEDICINA INTERNA: FACTORES PRONÓSTICOS**L. Roca Pardiñas<sup>1</sup>, A. Freire Romero<sup>1</sup>, J. Suárez Lorenzo<sup>2</sup> y M. Rodríguez Cordero<sup>1</sup><sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela (A Coruña).<sup>2</sup>Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Juan Canalejo. A Coruña.

**Objetivos.** La elevada prevalencia de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), que afecta a sujetos de edad media-avanzada con comorbilidad asociada la convierte en un problema de Salud Pública, con un importante consumo de recursos sanitarios. En este estudio, se valora la comorbilidad y el control metabólico de pacientes con DM2 y su influencia en el pronóstico.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de pacientes con DM2 ingresados en el primer trimestre de 2007 en el servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico de Santiago. Se recogen variables epidemiológicas, patología cardiovascular y parámetros analíticos para valoración del control metabólico. Como indicador pronóstico, se recoge el número de ingresos en el año previo.

**Resultados.** Se incluyeron 73 pacientes con una edad media de 76.36 ± 10.29 años, siendo un 53.4% varones. La mediana de la estancia hospitalaria fue de 11 días, con un 8.2% de mortalidad intrahospitalaria. El grupo 1 (pacientes con más de un ingreso en 1 año) está formado por 27 casos (37%) y el grupo 2 (un único ingreso), 46 casos. Comparando ambos grupos, se encontró un predominio de mujeres (55.6%) en el grupo 1 respecto al grupo 2 (41.3%), sin significación estadística (NS). La edad media y la estancia fueron similares. Había una mayor tendencia a presentar daño orgánico relacionado con la DM en el grupo 1 (81.5% vs. 73.9%, NS). Así, se observó mayor frecuencia de enfermedad cerebrovascular (25.9% vs. 19.6%, NS), vasculopatía periférica (14.8% vs. 10.9%, NS), enfermedad coronaria (22.2% vs. 15.2%, NS) e insuficiencia renal crónica (51.9% vs. 45.7%, NS) en el grupo 1. Destacamos las diferencias respecto a la insuficiencia cardíaca (IC), presente en un 63% en el grupo 1 frente a un 37% en el grupo 2 (OR 2.9: 1.08-7.76), igual que ocurre con las arritmias cardíacas (fibrilación auricular en la mayoría de los casos), con un 59.3% vs. 32.6% (OR 3.0: 1.12-8.04). Respecto a los parámetros analíticos, se observó peor control glucémico en los pacientes del grupo 1 (HbA1c > 7% en un 68.8%, frente a un 45% en el grupo 2, NS). La media de la primera glucemia basal durante el ingreso fue de 201.28 mg/dL en el grupo 1, frente a 185.89 mg/dL en el grupo 2 (NS). La media de la HbA1c fue similar en ambos grupos (7.8% grupo 1, 7.44% grupo 2). Analizando las glucemias medidas durante el ingreso encontramos diferencias entre ambos grupos, siendo la media de 202.25 mg/dL en el grupo 1, y 177.70 mg/dL en el grupo 2 (p 0.065). Las cifras de creatinina sérica, colesterol y triglicéridos fueron similares en ambos grupos. Se valoró el tratamiento domiciliario previo, sin encontrar diferencias entre los 2 grupos. Por último, dado el tamaño de la muestra, se analizó en su conjunto, y se observó que existía una relación entre el mal control glucémico (HbA1c > 7%) y la presencia de cardiopatía (p 0.035). También hallamos una correlación positiva entre la HbA1c y el nivel de colesterol (R: 0.37, p 0.009), y entre ésta y la cifra de triglicéridos (R: 0.30, p 0.032).

**Discusión.** Los pacientes con DM2 ingresados en Medicina Interna presentan una elevada frecuencia de reingresos, lo que en parte puede relacionarse con su avanzada edad y grado de comorbilidad. En nuestra muestra, a pesar de su tamaño, obtuvimos una relación entre insuficiencia cardíaca y peor evolución global (múltiples ingresos), tal y como se ha observado en estudios de mayor magnitud. También observamos la influencia del mal control glucémico intrahospitalario en el pronóstico de los pacientes con DM2, aunque parece tener más relación con los procesos agudos que con el control glucémico a largo plazo (no se encontraron diferencias en la HbA1c).

**Conclusiones.** Los pacientes con DM2 que ingresan en Medicina Interna son sujetos de edad avanzada con múltiples patologías, principalmente aquellas relacionadas con la propia DM, con una evolución tórpida caracterizada por múltiples reingresos. La IC en los pacientes con DM2 conlleva un mayor número de reingresos hospitalarios.

## RV-135

**EL ANÁLOGO HUMANO DE GLP-1 LIRAGLUTIDA, REDUCE LA PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2: META-ANÁLISIS DE 6 ENSAYOS CLÍNICOS**J. Ferrer<sup>1</sup>, J. Plutzky<sup>2</sup>, X. López<sup>3</sup> y V. Fonseca<sup>4</sup><sup>1</sup>Unidad de Diabetes. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.<sup>2</sup>Cardiovascular Division. and Women's Hospital, Harvard Medical School, Boston, MA, USA.<sup>3</sup>Departamento Médico. Novo Nordisk A/S, Bagsvaerd, Denmark.<sup>4</sup>Departamento de Endocrinología y Diabetes. Tulane University, New Orleans, USA.

**Objetivos.** La hipertensión es una co-morbilidad frecuente en la diabetes tipo 2 (DT2), contribuyendo al riesgo cardiovascular. En estudios previos,

liraglutida, un análogo humano de GLP-1 de administración única diaria, reduce la HbA1c en un 1.0-1.5% y el peso corporal alrededor de 2-3 kg. En estos estudios, la presión arterial sistólica (PAS) también se redujo entre 2.7 y 6.6 mmHg, incluso en pacientes con una PAS inicial controlada (mín-max, mmHg: 128/76-134/81). El objetivo de este meta-análisis es evaluar el efecto de liraglutida en la PAS de acuerdo al valor de PAS inicial.

**Material y métodos.** Meta-análisis de 6 ensayos clínicos de fase 3, evaluando el efecto de liraglutida (1.8 mg n = 1363, 1.2 mg n = 896 o placebo [PBO] n = 524) en la PAS según el cuartil de PAS inicial. Durante los ensayos, no se dieron instrucciones a los investigadores sobre tratamiento anti-hipertensivo.

**Resultados.** La presión arterial inicial fue similar en todos los grupos. Utilizando el modelo ANCOVA ajustado al ensayo, a la PAS inicial y al cuartil de PAS inicial, la reducción media global fue de 2.59 mmHg (p = 0.0008) y 2.49 mmHg (p = 0.0030) con liraglutida 1.8 mg y liraglutida 1.2 mg, respectivamente. No se observó un cambio significativo con PBO (-0.24 mmHg, p = 0.7828). El efecto asociado al cuartil de PAS inicial fue significativo (p < 0.0001), con la mayor reducción observada en el cuartil de PAS más elevada: -11.4 mmHg de media en sujetos con una PAS inicial entre 140 mmHg y 190 mmHg (tanto con liraglutida 1.2 como con 1.8 mg, ambas una vez al día). La presión arterial sistólica se redujo en un período de 2 semanas con ambas dosis de liraglutida, precediendo cualquier cambio significativo en el peso, y se mantuvo durante los 6 meses de estudio.

**Conclusiones.** Liraglutida reduce la PAS y mantiene su efecto durante 26 semanas, siendo el efecto más importante en los cuartiles de PAS inicial más elevada. Por lo tanto, el tratamiento con liraglutida puede mejorar el perfil de riesgo cardiovascular de los pacientes con DT2.

## RV-136

**PREVALENCIA DE DAÑO VASCULAR Y PLURIPATOLOGÍA EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 DE MÁS DE 65 AÑOS EN ATENCIÓN PRIMARIA**D. Mendoza Giraldo<sup>1</sup>, S. Bermúdez Sánchez<sup>2</sup>, L. De la Higuera Vila<sup>1</sup>, J. Praena Segovia<sup>1</sup>, N. Ramírez Duque<sup>1</sup>, M. Bernabeu Wittel<sup>1</sup> y M. Ollero Baturone<sup>1</sup><sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** Analizar en una cohorte de pacientes diabéticos tipo 2 de más de 65 años la presencia de otros factores de riesgo vascular, la prevalencia de complicaciones crónicas macro y microvasculares, así como la presencia de pluripatología y variables relacionadas con la fragilidad clínica.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal en la población de pacientes diabéticos mayores de 65 años atendida en el área de Atención Primaria del Centro de Salud de Camas (Sevilla). La recogida de la información tuvo lugar entre Julio y Septiembre de 2008 mediante revisión de la historia clínica y entrevista con el paciente. Se realizó un análisis descriptivo de otros factores de riesgo vascular incluyendo obesidad (medida por índice de masa corporal), hipertensión arterial y colesterol. Se analizó el grado de control de la diabetes mellitus mediante la determinación de la hemoglobina glicosilada así como la prevalencia de complicaciones crónicas vasculares secundarias. Se consideró la presencia de pluripatología según criterios del "Proceso Atención al Paciente Pluripatológico" 2007 (PP). Las variables analizadas relacionadas con la fragilidad fueron la presencia de pluripatología, la polimedicación, caídas y episodios de delirium en el último año.

**Resultados.** Los pacientes incluidos en el estudio fueron 207 (49,8% hombres), con una edad media de 75,18 ± 6,68 años. El tiempo medio de diagnóstico de la diabetes fue de 5,13 ± 2,8 años. En cuanto a la presencia de otros factores de riesgo vascular: el 11,6% (24 casos) presentaba normo peso, el 42,5% (90 casos) sobrepeso y el 45,9% (95 casos) algún tipo de obesidad; el 55,6% (110 casos) presentaba HTA sistólica; el 24,6% (51 casos) tenía un colesterol total > 200 mg/dl y el 34,3% (71 casos) LDL > 100 mg/dl.; La hemoglobina glicada tenía cifras > 8% en el 22,2% (46 casos), entre 7-8% en el 33,3% (69 casos) y < 7% en el 44,4% (92 casos). Con respecto a las complicaciones crónicas de la diabetes: pié diabético: 3 casos (1,4%), riesgo moderado-alto de pié diabético: 45,5% (94 casos) y pié normal: 53,1%; retinopatía diabética: 11,6% (24 casos); microalbuminuria 8,2% (17 casos), insuficiencia renal 5,3% (11 casos); neuropatía 2,4% (5 casos); cardiopatía isquémica 19,3% (40 casos), enfermedad cerebro vascular 11,6% (24 casos). Eran PP el 25,1% (52 casos). De los PP el 82,7% tenían daño vascular y de los pacientes con daño vascular el 48% era PP. El 81,6% (169 casos) tomaban de forma crónica > de 5 fármacos, el 6,8% (14 casos) había tenido al menos una caída en el último año y el mismo porcentaje al menos un episodio de delirium también en el último año.

**Conclusiones.** Se constata una alta prevalencia de factores de riesgo vascular, enfermedad vascular sintomática y pluripatología en pacientes diabéticos de más de 65 años de edad, siendo la cardiopatía isquémica la enfermedad vascular más frecuente. Se comprueba una alta tasa de po-

lmedicación y un elevado porcentaje de pacientes con control metabólico aceptable.

#### RV-137

##### COMBINACIÓN OLMESARTAN/AMLODIPINO: CRONOTERAPIA Y PRE-SIÓN ARTERIAL ARTERIAL AMBULATORIA

**J. López Paz, A. Hermida Ameijeiras, M. Pazo Núñez, M. Romero Miguez, M. Pena Seijo, I. Rodríguez López, A. Pose Reino y C. Calvo Gómez**  
Unidad de HTA y Riesgo Vascular. Servicio Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela (A Coruña).

**Objetivos.** Las guías establecen que el tratamiento combinado es una excelente opción para mejorar el grado de control de la hipertensión arterial (HTA), sobre todo en HTA moderada-grave e hipertensos de alto riesgo. El objetivo principal del presente estudio ha sido investigar, en una cohorte de pacientes con HTA moderada, la eficacia y los efectos sobre la variabilidad circadiana de la PA del tratamiento combinado con Olmesartán (OLM) y Amlodipino (AML) según el horario de administración. Como objetivo secundario, se evalúa el perfil de tolerabilidad y seguridad de la combinación, con especial atención a la incidencia de edema.

**Material y métodos.** En un estudio multifactorial de 6 brazos de tratamiento y diseño PROBE, se aleatorizan 154 pacientes, de 55,5 años de edad, diagnosticados de HTA grado 2 no tratados farmacológicamente, que reciben la combinación antihipertensiva OLM/AML en 3 dosis (OLM-20 mg/AML-5mg/día, OLM-40mg/AML-5 mg/día y OLM-40mg/AML-10 mg/día) en régimen de cronoterapia (administración matutina vs nocturna) durante 12 semanas. Se analiza la eficacia antihipertensiva con MAPA (monitor SpaceLabs 90207) y los efectos secundarios, antes y después de la intervención terapéutica.

**Resultados.** La eficacia terapéutica siempre fue dosis-dependiente y se objetivaron mayores reducciones de la PA ambulatoria cuando el tratamiento se administró antes de acostarse, con cualquiera de las 3 combinaciones (OLM20/AML5: reducción de 20,9 y 12,8 mm Hg en PAS y PAD-24 h al levantarse vs 21,5 y 14,8 al acostarse; OLM40/AML5: reducción de 23,7 y 14,8 al levantarse vs 24,7 y 15,4 al acostarse; OLM40/AML10: reducción de 26,7 y 18 al levantarse vs 27,6 y 21,5 al acostarse;  $p = 0,012$  entre grupos). Las diferencias fueron mayores en la reducción de media nocturna de la PAS y PAD cuando ambos fármacos al acostarse,  $p < 0,001$ ). La profundidad de la PA aumentó sólo cuando la combinación OLM/AML se administró al acostarse (máximo aumento de 6,4% para PAS y 4,9% para PAD con la dosis OLM40/AML10 al acostarse y  $p < 0,001$  entre acostarse vs levantarse entre grupos). La incidencia de edemas se redujo prácticamente a la mitad, con cualquiera de las 3 combinaciones, cuando se administraron antes de acostarse.

**Conclusiones.** En pacientes que requieran tratamiento combinado para alcanzar un control de la PA, la asociación de Olmesartán con Amlodipino reduce la PA de forma eficaz a lo largo de las 24 horas. La eficacia de esta combinación está en relación directa con las dosis de la combinación y mejora significativamente cuando se administra al acostarse. Esto permite, aumentar la profundidad de la PA y mejorar la variabilidad circadiana hacia un perfil más dipper y, además, reduce la incidencia de efectos secundarios, especialmente el edema.

#### RV-138

##### CRONOTERAPIA, TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO CON CALCIO-ANTAGONISTAS Y EDEMA

**A. Hermida Ameijeiras, J. López Paz, M. Pazo Núñez, M. Romero Miguez, M. Pena Seijo, F. Lado, A. Pose Reino y C. Calvo Gómez**  
Unidad de HTA y Riesgo Vascular. Servicio Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela (A Coruña).

**Objetivos.** Cuando analizamos la posible etiología que condiciona un inadecuado control de la hipertensión arterial (HTA), la mayoría de los trabajos señalan como una de las principales causas, el incumplimiento terapéutico por efectos adversos de la medicación antihipertensiva. En este sentido, la administración de calcioantagonistas dihidropiridínicos (CDH) ha demostrado una alta eficacia que es dosis-dependiente, pero que también se acompaña de una alta incidencia de edemas periféricos. El objetivo principal del presente estudio ha sido investigar, en una cohorte de pacientes con HTA esencial, el perfil de tolerabilidad y seguridad de la administración de 2 CDH, Manidipino-MAN vs Amlodipino-AML, en régimen de cronoterapia. Como objetivo secundario se evalúa la eficacia antihipertensiva y los efectos sobre la variabilidad circadiana de la PA de ambos tratamientos con CDH

**Material y métodos.** En un estudio comparativo, de grupos paralelos y diseño PROBE, se aleatorizan 87 pacientes de 57,5 años de edad, diagnosticados de HTA grados 1 y 2 no tratados farmacológicamente, que reciben inicialmente MAN 10 mg/día vs AML 5 mg/día en régimen de cronoterapia (administración matutina vs nocturna). En aquellos pacientes que durante

12 semanas; si no se alcanzan los objetivos de PA ambulatoria, se aumenta la dosis de MAN 20 mg/día y AML a 10 mg/día y se mantiene el mismo esquema, hasta completar 24 semanas de tratamiento. Se evalúan los efectos secundarios (fundamentalmente, los edemas) y la eficacia antihipertensiva con MAPA, antes y después de la intervención terapéutica.

**Resultados.** La eficacia antihipertensiva fue dosis-dependiente para ambos fármacos y no se objetivaron diferencias en la reducción de PA ambulatoria tras la administración de MAN y AML al levantarse vs al acostarse. La profundidad de la PA tampoco se modificó tras la administración cronoterapéutica de MAN y AML. Cuando se analizan los efectos secundarios, MAN es mejor tolerado que AML con una menor incidencia de edemas, los cuales se reducen a la mitad cuando ambos CDH se utiliza en dosis nocturnas.

**Conclusiones.** En pacientes hipertensos esenciales que requieran tratamiento con calcioantagonistas dihidropiridínicos, la administración de Manidipino y de Amlodipino demuestran una eficacia antihipertensiva similar, con un descenso homogéneo de la PA ambulatoria a lo largo de las 24 horas del día, independientemente de la hora de administración de ambos fármacos. Sin embargo, cuando analizamos los efectos secundarios, MAN es mejor tolerado que AML con una menor incidencia de edemas, los cuales se reducen a la mitad cuando ambos CDH se utiliza en dosis nocturnas.

#### RV-139

##### DESCRIPCIÓN DE UNA CONSULTA DE RIESGO VASCULAR EN UN HOSPITAL PRIVADO

**F. Martínez Peñalver<sup>1</sup>, A. Aboal Seijas<sup>1</sup>, A. Maraños Antonanzas<sup>2</sup>, A. Urbaneja Salas<sup>3</sup>, F. Moya<sup>4</sup>, M. Mateo Llinares<sup>1</sup>, E. Gianneschi<sup>4</sup> y J. Baena<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Nefrología, <sup>3</sup>Servicio de Radiología, <sup>4</sup>Urgencias y Cuidados Críticos. USP Hospital de Marbella. Marbella (Málaga).

**Objetivos.** Describir las características epidemiológicas de la población de la Unidad de Riesgo Vascular de un hospital privado de 100 camas. Crear una base de datos para futuras investigaciones epidemiológicas pero también clínicas. Comparar las estadísticas del ejercicio privado con la actividad médica en campos similares que se realiza en la Sanidad Pública

**Material y métodos.** Se estudiaron 60 pacientes de la Unidad de Riesgo Vascular del Hospital USP Marbella. Dichos pacientes acudieron a nuestra Consulta derivados de los distintos Servicios de nuestro Hospital, especialmente de aquellas especialidades médicas implicadas de algún modo en el diagnóstico o tratamiento del Riesgo Vascular. Se seleccionaron por orden de visita en nuestra Consulta, creada el pasado mes de Mayo. Utilizaremos el paquete estadístico SPSS para el análisis de los datos.

**Conclusiones.** Al igual que ocurre en los distintos sistemas públicos de Salud los pacientes que acuden a los Centros Privados con factores de riesgo vascular presentan un gran deterioro y comorbilidad. El hecho de presentar 3 o más de los clásicos factores de riesgo implica la aparición de eventos en uno o más territorios vasculares. Los datos que presentamos hablan de un fracaso en la prevención primaria, y es por ello que la importancia de las guías clínicas cobra especial relevancia en este apartado. Es misión de la Unidad recién formada dicha prevención primaria, sin olvidar la Prevención secundaria que llevaremos a cabo y sobre la que de momento no tenemos suficientes datos tabulados. Este estudio pretende ser el inicio de una gran serie de trabajos epidemiológicos y de intervención sobre la población tipo que aquí hemos presentado.

## ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA

#### T-1

##### RELACIÓN ENTRE MARCADORES BIOLÓGICOS Y EXTENSIÓN EN EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO

**J. Torres Macho<sup>1</sup>, A. González Mansilla<sup>2</sup>, P. Díez<sup>3</sup>, A. López<sup>4</sup>, V. Sánchez Sánchez<sup>2</sup>, S. Borruel<sup>3</sup>, J. Delgado Jiménez<sup>2</sup> y G. García de Casasola<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Urgencias-Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina (Parla) (Madrid).

<sup>2</sup>Servicio de Cardiología, <sup>3</sup>Servicio de Radiología, <sup>4</sup>Bioquímica. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

**Objetivos.** Analizar la relación entre varios marcadores biológicos (NT pro BNP, Dímero D y Troponina T) y la localización del trombo en pacientes con tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo no masivo.

Tabla 1 (T-1). Valores medios de los biomarcadores según la localización del trombo

	Proximal	Distal	p
PNT pro BNP (pg/ml)	3481.6 ± 4053.2	868.8 ± 1282.3	0.01
Dímero D (ng/ml)	4060.4 ± 1844.5	2683.6 ± 1413.9	0.001
Troponina T (ng/ml)	0.072 ± 0.1	0.013 ± 0.006	0.02

Tabla 2 (T-1). Sensibilidad y especificidad de los biomarcadores para localizar el trombo a nivel proximal

	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)
NT pro BNP > 1.000 pg/ml	64	66
Dímero D > 2.000 ng/ml	88	81
Troponina T > 0.04 ng/ml	30	100

**Material y métodos.** Se realizó un estudio observacional prospectivo en 38 pacientes diagnosticados de TEP agudo mediante TAC multicorte. En las primeras 48 horas tras el diagnóstico se realizó la determinación en plasma del dímero D, NT-proBNP y de la Troponina T. Se categorizó a los pacientes según el vaso de mayor calibre afectado en el TAC: proximal (tronco común o arteria pulmonar principal) o distal si la localización era lobar o segmentaria. La asociación entre los niveles de los biomarcadores y la localización del trombo se analizó mediante el test T de Student. Se evaluó mediante curvas ROC la sensibilidad (S) y especificidad (E) óptima (punto de corte ideal) de cada parámetro bioquímico para la localización del trombo a nivel proximal.

**Resultados.** 20 pacientes (52.6%) eran varones, la edad media fue de 65.7 ± 15.2 años. Se objetivó una correlación entre la concentración de Dímero D, NT pro BNP y Troponina T y la localización del trombo, siendo mayor cuanto más proximal (ver tabla 1). En la tabla 2 se describen la S y E de los diferentes biomarcadores para detectar la localización del trombo a nivel proximal.

**Discusión.** La asociación entre los niveles de Dímero D y la localización del trombo puede ser debida a una correlación de este biomarcador con la carga de trombo. La relación entre el NT pro BNP y la Troponina T con la localización del trombo puede deberse a la existencia de una asociación entre la carga de trombo y la presencia de disfunción ventricular derecha.

**Conclusiones.** Los niveles plasmáticos de Dímero D, NT pro BNP y Troponina T se correlacionan con la localización del trombo en el TEP agudo. El dímero D es el biomarcador con mejor sensibilidad y especificidad conjunta para predecir la presencia de trombo proximal. La Troponina T podría ser útil por su alta especificidad.

## T-2

### SÍNDROME POSFLEBÍTICO TRAS TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

M. Abinzano Guillén, J. Elejalde Guerra, B. del Olmo Huici y V. Jarne Betrán

Servicio de Medicina Interna. Hospital García Orcoyen. Estella/Lizarra (Navarra).

**Objetivos.** El síndrome posflebítico (SPF) hace referencia al desarrollo de insuficiencia venosa que aparece tras haber sufrido una trombosis venosa profunda (TVP) y cursa con edema, dolor, y cambios en la coloración de la piel y úlceras venosas. El tratamiento de la TVP debe ir encaminado a evitar las complicaciones a corto plazo como es el desarrollo de tromboembolismo pulmonar y a la prevención del SPF. En este estudio analizamos las características de nuestro grupo de pacientes y las medidas establecidas al inicio del tratamiento de la TVP y su influencia en el desarrollo de SPF.

**Material y métodos.** Incluimos a 23 pacientes diagnosticados de TVP de extremidades inferiores mediante ecografía doppler entre Enero de 2007 y Diciembre de 2008, atendidos por un mismo médico adjunto de Medicina Interna, y valorados por primera vez tanto en régimen de ingreso como ambulatorio. Se realiza un estudio retrospectivo analizando el estado inicial, el tratamiento indicado, y los posibles factores que han sido determinantes para desarrollar SPF.

**Resultados.** De los 23 paciente 12 eran varones y 11 mujeres. La edad media era de 63, 7 años, con un intervalo entre 32 y 90 años. De todos ellos, 16 tenían una TVP poplítea o de niveles inferiores y 7 de territorio femoral o iliofemoral. Uno de ellos falleció al mes del diagnóstico por una neoplasia de páncreas, y el resto fueron valorados al menos una vez a los 3 ó 6 meses del diagnóstico. A todos se les prescribió tratamiento anticoagulante, y se les recomendó tratamiento no farmacológico que incluía medidas higiénicas y uso de terapia compresiva con medias elásticas de compresión fuerte. La presencia de SPF se valoró siguiendo la escala C-CEAP. De los 22 pacientes vivos a los 6 meses del diagnóstico, 6 desarrollaron SPF en

una escala entre C2 y C4. Eran 4 varones y 2 mujeres. La edad media en este grupo fue de 63,3 años. Dos tenían una TVP iliofemoral, 2 femoral y 2 de venas poplíteas. De ellos, 4 seguían utilizando al final del período de valoración tanto el tratamiento farmacológico como el no farmacológico, y dos de ellos no utilizaban la media elástica, uno por intolerancia y otro por motivos no precisados. Estos dos pacientes tenían trombosis de segmentos proximales. De los 16 pacientes que no desarrollaron SPF, 13 tenían una TVP poplítea o de ramas más distales y en 3 era femoropoplítea. Todos cumplieron el tratamiento prescrito. El paciente que falleció tenía una TVP de vena tibial posterior.

**Conclusiones.** A pesar de la pequeña muestra analizada, de este estudio retrospectivo se puede decir que los pacientes con trombosis de territorio más proximal tienen mayor tendencia a hacer síndrome posflebítico, y también parece asociarse a esta evolución el no cumplimiento de las medidas no farmacológicas. Es en este grupo en el que se debe hacer más esfuerzo en que el tratamiento farmacológico y no farmacológico sea cumplido para evitar el desarrollo de SPF, debido a la morbilidad que conlleva. No se pueden sacar conclusiones respecto a la edad, y si parece haber cierta tendencia en los varones al desarrollo de SPF.

## T-3

### ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO A LARGO PLAZO CON HEPARINAS DE BAJO PESO MOLECULAR VS ANTICOAGULANTES ORALES EN LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA

P. Marchena Yglesias, R. Rey Santos, X. Martret Redrado, C. Paytubí Garí, F. Castro Bohórquez, J. Burillo Lorente, F. Ribó Crusat y A. Juan Pastor

Departamento de Medicina Interna y Urgencias. Hospital de Sant Boi. Sant Boi de Llobregat (Barcelona).

**Objetivos.** Comparar y analizar los tratamientos a largo plazo con heparinas de bajo peso molecular (HBPM) vs anticoagulantes orales (ACO) en 92 pacientes con enfermedad tromboembólica venosa (ETEV) seguidos un mínimo de 6 meses medido en términos de hemorragias, recidivas y fallecimientos por cualquier causa.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo y descriptivo, en el que se analizaron 92 pacientes con ETEV confirmada mediante pruebas de imagen recogidos durante dos años y seguidos como mínimo seis meses. Definimos tratamiento a largo plazo el que se inicia pasados los siete primeros días desde el diagnóstico hasta el final del tratamiento (entre 6-12 meses). Se miden las siguientes variables: demográficas, presencia o no de neoplasia, tipo de ETEV, factores etiológicos y de riesgo, tipo de tratamiento a largo plazo, complicaciones en los seis primeros meses y correlación con el Índice de Severidad para Embolia de Pulmón (PESI-Aujesky J Intern Med 2007) y la escala de predicción de riesgo de sangrado (Ruiz-Giménez N. et al J Thromb Haemost 2008) en el momento del diagnóstico. La aplicación de uno u otro tratamiento se realizó según la elección del médico responsable en función de la presencia de neoplasia, riesgo de hemorragias, índice PESI, dificultad en el control ambulatorio de los ACO y deseo del propio paciente.

**Resultados.** De los 92 pacientes analizados un 55.4% eran mujeres con una edad media de 68 años. Un 52% presentaron tromboembolismo pulmonar (TEP) siendo las causas idiopáticas (27.2%), inmovilización médica (23.9%), presencia de neoplasia (14.2%) y cirugía con inmovilización traumática (13%) las más frecuentes. Se realizaba tratamiento con ACO en un 53.3% de los pacientes. Un 8.8% sangraron y un 13% fallecieron en el curso del tratamiento. Un 66% de los TEP fueron catalogados de bajo riesgo por la escala PESI, con un riesgo intermedio de sangrado en el 73.9%. Realizaban más tratamientos con HBPM los pacientes mayores de 75 años (p = 0.0001) los de alto riesgo del PESI (p = 0.01) y los de alto riesgo de sangrado al diagnóstico (p = 0.008). Los pacientes que seguían tratamiento con ACO de forma prolongada eran TEPs de menor riesgo vital al diagnóstico (p = 0.006) pero de más complicaciones en el seguimiento (p = 0.03), sobre todo de fallecimiento (p = 0.0001), a pesar de que eran pacientes más jóvenes (< 75 años). Cuando la etiología de la ETEV era idiopática no había diferencias entre el uso de una u otra pauta, pero si el factor de riesgo era la inmovilización médica, se usaron más las HBPM (p = 0.02). No hubo diferencias en cuanto a la presencia de cáncer. Tampoco las hubo cuando el paciente era seguido por un internista o por otro especialista implicado en el manejo de la ETEV.

**Conclusiones.** En nuestra serie, los pacientes que seguían tratamiento con ACO como forma de tratamiento a largo plazo eran menos graves al diagnóstico pero presentaron más complicaciones a largo plazo. En cambios los que siguieron tratamiento con HBPM eran más ancianos y más graves al diagnóstico, siendo usadas cuando la inmovilización médica era el factor de riesgo más frecuente. No hubo diferencias en cuanto a la presencia de cáncer. A la vista de los resultados y con las limitaciones del estudio, podemos concluir que ambas pautas pueden ser válidas según el tipo y las características particulares de cada paciente con ETEV.

#### T-4 ETEY Y CÁNCER. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA

V. Vélchez Aparicio, A. Gallego Arenas, B. Rodríguez Rodríguez, M. Mir Montero y C. Suárez Fernández

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

**Objetivos.** La presencia de cáncer está establecida desde hace tiempo como factor de riesgo (FR) para la ETEV y representa una de las principales causas de morbimortalidad en dichos pacientes. El objetivo de este trabajo es describir las características basales, el tratamiento y las complicaciones clínicas relacionadas con la ETEV en los 3 meses posteriores al diagnóstico, de los pacientes con cáncer y ETEV aguda ingresados en el HUP de Madrid entre marzo del 2001 y diciembre del 2007 y, compararlos con los pacientes con ETEV sin cáncer.

**Material y métodos.** Estudio observacional retrospectivo, llevado a cabo con los pacientes incluidos en RIETE, ingresados en el HUP. Las variables del estudio fueron las características basales, tratamiento y complicaciones clínicas relacionadas con la ETEV en los 3 meses posteriores del episodio agudo. Los datos se extrajeron de las historias clínicas de los pacientes y fueron registrados en una hoja de cálculo de Excel, utilizando para la descripción y el análisis de las variables el programa informático SPSS 15.00

**Resultados.** Se incluyen 527 pacientes con ETEV, 133 con neoplasia. La descripción de la subpoblación con ETEV y cáncer: la edad media es de 71,85 años, un 47,4% son varones, los FR más frecuentemente asociados fueron la inmovilización (21,8%) y el tratamiento quimioterápico (20,3%), un 57% tenían metástasis y los tipos de tumores más frecuentes fueron el gastrointestinal, el de mama y el de próstata. La comparación de las características de los pacientes según la presencia o no de cáncer: los pacientes con ETEV y cáncer tienen una edad media más elevada (71,83 vs 68,67), los varones están presentes en un porcentaje mayor (47,4% vs 38,1%) y, aunque la forma de manifestación más frecuente en ambos grupos es el TEP, la proporción de TEP es menor en los neoplásicos (52,6% vs 64,2%). Los pacientes con cáncer tienen más FR (60,2% vs 11,4% de pacientes que tenían 2 o más FR) asociados para ETEV y es más frecuente que reciban tratamiento a largo plazo con HBPM que con ACO (51,1% vs 31%). En cuanto a la comparación de las complicaciones clínicas: las incidencias de complicaciones totales (45% vs 16,3%), hemorragia total (16,8% vs 6,4%), recidiva (11,5% vs 1,3%), mortalidad total (29,8% vs 9,7%) y mortalidad relacionada con la ETEV (11,5% vs 4,3%) eran significativamente superiores en los pacientes con cáncer. En el análisis multivariante, se identifican 3 variables asociadas significativamente al riesgo de tener complicaciones de la ETEV: la edad, el cáncer y la insuficiencia renal (IR).

**Discusión.** Una cuarta parte de los pacientes ingresados con ETEV en el período de tiempo mencionado tienen cáncer, lo que apoya una vez más la asociación entre la ETEV y el cáncer. Los pacientes con cáncer frecuentemente asocian varios FR para la ETEV, lo que puede contribuir a un mayor riesgo. La frecuencia de los tipos de tumores asociados a la ETEV es similar a las de otras series publicadas y refleja la alta prevalencia de estos tumores en la población. Casi la mitad de los pacientes con cáncer tuvieron complicaciones clínicas en los 3 meses posteriores y casi un tercio fallecieron. Los FR que han resultado como predictores de complicaciones son: el cáncer, la IR y la edad. Nuestros hallazgos confirman los de diversos estudios que han demostrado que, los pacientes con cáncer y ETEV tienen un mayor riesgo de complicaciones clínicas posteriores al episodio agudo, entre las que destacan las hemorragias, la recidiva y el éxitus.

**Conclusiones.** Los FR asociados a un peor pronóstico de la ETEV son la edad, el cáncer y la IR. Los pacientes con ETEV y cáncer ingresados en el HUP, tienen una edad mayor, son más frecuentemente varones y presentan más FR para ETEV respecto a los que no tienen cáncer. La asociación de cáncer y ETEV conlleva un peor pronóstico del episodio tromboembólico, aumentando el riesgo de hemorragia y de recidiva. La mortalidad de la ETEV es mayor en los pacientes con cáncer.

#### T-5 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE PACIENTES VIH CON ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA

J. Ortiz Sánchez, A. Franco Moreno, J. San Martín López, R. Martín Díaz, E. Madroñal Cerezo, N. Cabello Clotet, J. Canora Lebrato y A. Zapatero Gaviria<sup>1</sup>

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

**Objetivos.** Desde la aparición de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se ha convertido en una enfermedad crónica que se relaciona con complicaciones a largo plazo, entre ellas, la enfermedad tromboembólica. El objetivo de este estudio es analizar las características clínicas de pacientes VIH con enfermedad tromboembólica venosa (ETE) en el Hospital Universitario de Fuenlabrada.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo de pacientes VIH que presentaron tromboembolismo pulmonar (TEP) y/o tromboembolismo venoso profunda (TVP) en el Hospital Universitario de Fuenlabrada. **Resultados.** Contamos con un total de 9 pacientes de edades comprendidas entre los 32-65 años (media 47,22 ± SD 11,91) de los cuales 7 eran varones y 2 mujeres. En relación con el total de la población VIH atendida en nuestro medio, esto supone una incidencia del 0,4% al año. De los eventos tromboembólicos un 44,4% (4 pacientes) fueron TVP y en un 55,6% (5 pacientes) TEP. Fueron idiopáticos un 44,4% (4 pacientes) de los casos, encontrándose como factores de riesgo para desarrollar ETE: neoplasia en 3 casos (2 sarcoma de Kaposi cutáneo y 1 linfoma amigdalario), cirugía reciente en un paciente y puerperio en otra. En 7 pacientes se trataba del primer caso de tromboembolismo, mientras que 2 tenían ETE recurrente. En un caso la ETE coincidió con el diagnóstico de VIH. Respecto a la situación inmunológica un 77,8% (7 pacientes) tenían CV indetectable (< 40 copias/ml). La cifra de CD4 fueron superiores a 500/mm<sup>3</sup> en 33,3% (3 pacientes), entre 200-500/mm<sup>3</sup> en el 55,6% (5 pacientes) y < 200/mm<sup>3</sup> en un caso. 8 pacientes habían presentado infecciones oportunistas: 2 sarcoma de Kaposi cutáneo, 2 tuberculosis diseminada, una coriorretinitis por CVM, una toxoplasmosis cerebral, una neumonía por *Pneumocystis jirovecii* y varias neumonías de repetición. El 55,6% (5 pacientes) estaban co-infectados por el VHC y un paciente por el VHB. Los 8 pacientes con VIH previo al diagnóstico de ETE estaban con TARGA. El 55,6% (5 pacientes) estaban con una asociación de análogos de nucleósidos de la transcriptasa inversa (AN) y no análogos de nucleósidos de la transcriptasa inversa (NN), dos pacientes con AN e inhibidores de proteasa (IP) y un paciente con la combinación de las tres familias. El estudio de trombofilia se realizó sólo en un caso, siendo portador del FV Leiden en heterocigosis. Los anticuerpos anticardiolipina se realizaron en todos, estando presente en el 66,7% (6 pacientes). Los pacientes recibieron inicialmente tratamiento con HBPM y posteriormente dicumarínicos. La evolución fue favorable en todos los casos.

**Discusión.** Está descrito que la infección crónica por VIH predispone a la ETE, con una incidencia de 2 a 10 veces superior comparado con la población sana de la misma edad. En nuestra serie la incidencia es similar a la de otros estudios. Los factores asociados que se han descrito son inmunodepresión severa, neoplasias como el sarcoma de Kaposi y el linfoma (presente en 3 de nuestros pacientes), infecciones oportunistas, entre ellas la tuberculosis, infección por CMV, Toxoplasma y *Pneumocystis jirovecii* (prevalente en este grupo de casos) y situaciones procoagulantes como el déficit de proteína C, proteína S y presencia de anticuerpos anticardiolipina (en nuestra serie se realizó sólo un estudio de trombofilia e identificamos una alta prevalencia de ACAs positivos). También está descrito que el riesgo es mayor en los que reciben tratamiento con IP, relacionado con la redistribución del tejido adiposo (terapia en 2 de nuestros pacientes). No hay descrita mayor mortalidad ni mayor incidencia de complicaciones, como ocurrió en nuestra serie.

**Conclusiones.** El TARGA ha contribuido a aumentar la supervivencia de los pacientes infectados por el VIH, y por tanto, el riesgo de complicaciones relacionadas a largo plazo. La incidencia de ETE en nuestra población VIH y los factores predisponentes identificados son similares a los descritos en la literatura. Concluimos que se necesitan más estudios que identifiquen mejor el subgrupo de pacientes VIH con especial riesgo de ETE.

#### T-6 FILTROS DE CAVA. EXPERIENCIA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

I. Tinoco Racero<sup>1</sup>, C. Collado Pérez<sup>1</sup>, E. López Tinoco<sup>1</sup> y M. Piñero Fernández-Reyes<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

**Objetivos.** El objetivo es evaluar el diagnóstico, motivo de colocación y resultados en cuanto a morbimortalidad de los filtros de cava indicados en nuestro Servicio.

**Material y métodos.** Es un estudio descriptivo y retrospectivo. dónde revisamos el historial clínico de los pacientes que habían recibido un filtro de cava desde el año 1996 hasta Enero 2009.

**Resultados.** Hemos encontrado 18 filtros de cava indicados por nuestro servicio, de ellos el 72,2% se han colocado desde el año 2005, siendo la edad media de 56,7 años y la distribución por sexos 61,1% Mujeres y 38,9% Varones. **DIAGNÓSTICO:** Sólo Trombosis Venosa Profunda (TVP) en un 38,9%, sólo Tromboembolismo Pulmonar (TEP) en un 27,8% y ambos procesos en un 33,3%. **MOTIVO DE COLOCACIÓN:** En un 27,8% se debió a la aparición o concomitancia de un proceso hemorrágico mayor, en un 22,2% a recurrencia del evento a pesar de anticoagulación correcta, en otro 22,2% a la presencia de un embolismo masivo en un paciente con escasa reserva funcional y en un 16,7% a la necesidad de cirugía o realización de un procedimiento mayor. El 11,2% restante fué por otros motivos. **PERSISTENCIA:**

El 55,6% de los filtros son permanentes bien por el tipo de filtro usado, imposibilidad para su retirada o persistencia de la indicación. El 27,8% se retiran. EVOLUCIÓN: Fallecen el 11,2% de los pacientes, recurriendo el TEP en un 11,2% y la TVP en un 5,9%. El resto de los pacientes presentan una buena evolución sin detectarse complicaciones mayores.

**Discusión.** La enfermedad tromboembólica es frecuente con una incidencia de 7/10.000, con un índice de recurrencia mayor del 20% y una mortalidad que según las series se acerca al 30%. Dentro del tratamiento y profilaxis de esta patología, se utilizan los filtros de cava, cuyo uso no debe ser generalizado, debiéndose utilizar en los pacientes con alto riesgo de TEP, que no se pueden anticoagular, o en los que la anticoagulación ha fracasado. Los datos obtenidos en los estudios principales son poco concluyentes, su uso no parece tener clara incidencia sobre la mortalidad, disminuyen discretamente el riesgo de TEP, aumentando el de TVP. La mayoría de estos estudios se basan en filtros permanentes, en los cuales con el paso del tiempo disminuyen sus ventajas y aumentan sus complicaciones. Actualmente son de elección los filtros temporales, que evitan la aparición de un significativo número de eventos embólicos en pacientes que no pueden ser anticoagulados durante un tiempo, con un escaso porcentaje de complicaciones a corto plazo y evitando las habituales complicaciones a largo plazo. Esto lo demuestran estudios recientes como el de Mismetti, con 220 pacientes con filtros retirables. Hay múltiples tipos de estos, el Optease de Cordis®, es el utilizado actualmente en nuestro centro.

**Conclusiones.** En los últimos años existe un aumento del uso de filtros de cava en nuestro Servicio. Esto se debe a la mayor experiencia en su uso, mayor de complejidad de nuestros enfermos y a la disminución de sus complicaciones, al ser temporales. Probablemente salvan algunas vidas y tienen escasas complicaciones a corto plazo.

#### T-7 DIAGNÓSTICO ALTERNATIVO AL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

S. Gómez-Zorrilla<sup>1</sup>, D. Leiva<sup>2</sup>, S. Jordán<sup>1</sup>, M. Fanlo<sup>1</sup>, M. Fernández<sup>1</sup>, A. Riera-Mestre<sup>1</sup> y R. Pujol<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Radiología. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

**Objetivos.** Comparar las características de los pacientes oncológicos y no oncológicos atendidos en Urgencias por sospecha de TEP, así como los diagnósticos alternativos más frecuentes.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo con inclusión de los pacientes atendidos en Urgencias de un hospital universitario de tercer nivel a los que se solicitó una Tomografía Computarizada (TC) ante la sospecha de TEP durante el año 2007. Se recogieron datos demográficos, epidemiológicos, clínicos y categorización de la sospecha clínica de TEP mediante las escalas de Wells (EW) y de Geneva (EG). Se realizó un estudio comparativo entre los pacientes con enfermedad oncológica activa respecto los que no presentaban dicho antecedente, con un seguimiento de los pacientes durante un año.

**Resultados.** Durante el año 2007 se realizaron 693 TC urgentes de los cuales un 38,2% se solicitaron ante sospecha de TEP. Se incluyeron en el estudio 170 pacientes. La edad media global fue de 65 años (25-96), siendo el 49% varones. Se diagnosticó TEP en el 35% de los TC solicitados. El antecedente de intervención quirúrgica reciente, enfermedad tromboembólica venosa (ETV) previa y valores elevados en la EW, EG y de dímero D se asociaron con el diagnóstico de TEP ( $p < 0.05$ ). El 32,5% tenía antecedente de neoplasia activa. Las características de los pacientes oncológicos respecto a los no oncológicos se muestran en la Tabla 1. Los diagnósticos alternativos más frecuentes en ambos grupos, se reflejan en la Tabla 2. Dentro de los pacientes oncológicos se objetivó progresión de la enfermedad en un 19%.

**Conclusiones.** Los pacientes oncológicos presentaron menor porcentaje de TEP, pero una mayor recidiva de ETV y mortalidad; los diagnósticos alternativos más frecuentes fueron progresión de la neoplasia, neumonía, EPOC e insuficiencia cardíaca. Los valores elevados de Dímero-D, puntuaciones altas en EW y EG, el antecedente de ETV previa y de intervención quirúrgica reciente se asociaron con el diagnóstico de TEP en ambos grupos.

Tabla 1 (T-7). Características pacientes

	Pacientes oncológicos	Pacientes no oncológicos
TEP	27.3% (15)	38.6% (44)
Edad	65.27	65.42
pO <sub>2</sub> /pCO <sub>2</sub>	62.7/36.4	63.7/37
Dímero D	4090	3396
Wells/Geneva	3.8/5.22	3.4/5.1
Recidiva ETV	7.4%	4%
Mortalidad (1 año)	63.5%	19.14%

Tabla 2 (T-7). Diagnóstico alternativo

	Pacientes oncológicos	Pacientes no oncológicos
Insuficiencia cardíaca	5% (2)	23.6% (17)
Neumonía	12.5% (5)	25% (18)
EPOC	10% (4)	18% (13)
Neoplasia	65% (26)	4.2% (3)
Otros	7.5% (3)	29.3% (21)

#### T-8

#### MORTALIDAD PRECOZ POR TROMBOEMBOLISMO PULMONAR, ¿CUESTIÓN DE GÉNERO?

V. Zorrilla Lorenzo<sup>1</sup>, L. Tomás López<sup>1</sup>, J. Lobo Beristain<sup>1</sup>, E. Miranda-Serrano<sup>2</sup>, F. Uresandi Romero<sup>3</sup>, M. Oribe Ibañez<sup>4</sup>, D. Jiménez De Castro<sup>5</sup>, M. Monreal Bosch<sup>6</sup> y Grupo RIETE

<sup>1</sup>Servicio de Neumología, <sup>2</sup>Unidad de Investigación. Hospital Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz (Álava).

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

<sup>4</sup>Servicio de Neumología. Hospital de Galdakao. Galdakao (Vizcaya).

<sup>5</sup>Servicio de Neumología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

<sup>6</sup>Servicio de Medicina Interna. H. Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona).

**Objetivos.** En los últimos años se viene aceptando que la probabilidad de fallecimiento a medio plazo, por cualquier causa, en los pacientes con TEP es significativamente mayor en los varones que en las mujeres, aunque todavía se discute el posible efecto confundente de la Enfermedad Pulmonar Crónica. Por otra parte hay motivos para sospechar que la respuesta de los casos más severos al tratamiento trombolítico es peor en las mujeres que en los varones, condicionando esto una mayor mortalidad por causa directamente embólica a corto plazo en las mujeres. El objetivo de nuestro trabajo fue estudiar en los pacientes diagnosticados de TEP, las variables asociadas con la mortalidad estrictamente embólica, a corto plazo (15 días) y su relación con el género.

**Material y métodos.** Todos los pacientes con diagnóstico de TEP incluidos en RIETE hasta marzo de 2008. Los pacientes fueron tratados según las prácticas clínicas de cada hospital. La variable principal del estudio fue la mortalidad por TEP a 15 días. Las OR y los IC 95% se calcularon mediante SPSS 13.0. La significación estadística fue estudiada mediante análisis univariante con el test  $\chi^2$ . Las variables identificadas como posiblemente significativas ( $p < 0.1$ ) fueron consideradas para regresión logística.

**Resultados.** En el momento del estudio había 10.293 pacientes con TEP registrados en RIETE (5.590 mujeres y 4.703 hombres). De manera global las mujeres presentaban TEP aparentemente más severos (más hipotensión, taquicardia, insuficiencia respiratoria y fibrilación auricular), pero también eran más añosas, y tenían más insuficiencia cardíaca crónica como comorbilidad. Los varones, por su parte padecían más cáncer, insuficiencia renal y enfermedad pulmonar crónica. No se observaron diferencias significativas en relación al género ni en la mortalidad general (5% en mujeres, 4,6% en hombres), ni en la mortalidad directamente embólica (3% en mujeres, 2,4% en hombres). En el análisis multivariante las variables asociadas a mayor mortalidad con sus respectivas OR (IC 95%) eran: insuficiencia renal 2.48 (1.81-3.41), inmovilización previa 2.37 (1.56-3.61), cáncer 2.24 (1.5-3.35), hipotensión 2.13 (1.43-3.17), fibrilación auricular 2.21 (1.52-3.21), peso  $< 60$  kg 1.88 (1.29-2.74), e insuficiencia respiratoria 1.78 (1.3-2.42). El estudio de interacción Sexo-Enfermedad Pulmonar Crónica confirmaba la aparente ausencia de asociación entre el género y la mortalidad directamente embólica a corto plazo.

**Conclusiones.** La mortalidad precoz por TEP no parece ser cuestión de género. El tener enfermedad pulmonar crónica no aumenta la mortalidad precoz por TEP. Las variables que marcan el riesgo de TEP mortal a corto plazo son: hipotensión severa, fibrilación auricular, insuficiencia respiratoria, insuficiencia renal, inmovilización previa y peso menor a 60 kilos.

#### T-9

#### ANÁLISIS DEMOGRÁFICO Y DE GRAVEDAD DE PACIENTES CON TEP

A. Martín Quirós<sup>1</sup>, S. Caro Bragado<sup>1</sup>, C. Navarro San Francisco<sup>1</sup>, N. Iniesta Arandia<sup>1</sup>, A. Lorenzo Hernández<sup>1</sup>, M. Rodríguez Dávila<sup>1</sup>, M. Torres Sánchez<sup>2</sup> y C. Fernández Capitán<sup>1</sup>

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

**Objetivos.** El tromboembolismo pulmonar (TEP) es una patología frecuente con una morbimortalidad elevada. Por ello son cada vez más frecuentes las Consultas o Unidades monográficas. Es importante conocer las características epidemiológicas de los pacientes que presentan esta enfermedad.

Tabla 1 (T-9). Distribución por edades

Edad (años)	Global	No graves	Graves
< 20	5	4	1
20-39	58	49	9
40-59	109	88	20
60-80	283	244	39
> 80	104	108	16

Los objetivos del presente estudio son describir las características demográficas de los pacientes con TEP seguidos en una Consulta monográfica de ETEV de un Hospital de Tercer Nivel y analizar los que lo tuvieron de carácter grave.

**Material y métodos.** Se analizaron 683 historias clínicas de nuestra base de datos de ETEV seguidos entre Enero de 2002 y Junio de 2009. Se seleccionaron los diagnosticados de TEP, siendo un total de 583. Se compararon los pacientes con diagnóstico de TEP grave con aquellos con TEP no grave, de acuerdo al índice de Shock (Frecuencia Cardíaca/Tensión arterial sistólica > 1).

**Resultados.** De los 583 pacientes con diagnóstico de TEP, 304 eran mujeres (52%). La edad media de los pacientes era de 66,48, con una Mediana de 71 años y una Desviación estándar de 17,46. El 15% (n = 86) presentaban un índice de Shock > 1. La edad media de los TEP no graves era de 67,05 años y la los TEP graves de 63,32 (p < 0.05, IC95%). En la tabla 1 se observan las diferencias en la distribución etárea de los pacientes. El 46% del total de pacientes presentaban sobrepeso, sin diferencias estadísticamente significativas en función a la gravedad (47% vs. 39%). El 70% de los pacientes tenían, al menos, sobrepeso. Un 0,81% de los no graves y un 3,49% de los TEP graves tenían peso por debajo de lo normal. En el 69,67% de los pacientes existía comorbilidad previa al evento tromboembólico, sin diferencias significativas. El 38,7% de los pacientes tenían TVP (37,8% vs. 43,02%). La procedencia era ambulatoria en el 94% (n = 541). De ellos, un 14,53% era de carácter grave (n = 79) mientras que el porcentaje de eventos graves en pacientes ingresados (n = 37) era del 18,92% (n = 7). De estos 7, el 75% (n = 4) tenía además TVP y 2 (29%) no recibieron tromboprolifaxis, teniendo como factor de riesgo para ETEV la existencia de infección aguda en uno, siendo el otro un intento autolítico con fracaso renal agudo, que requirió hemodiálisis. Ninguno de ellos falleció. Del resto de pacientes que recibió tromboprolifaxis tenían como factores de riesgo: 2 cáncer y cirugía; 1, cirugía de cadera; 3 inmovilización por causa no quirúrgica y 2 infección aguda grave. Falleció el 4,1% (n = 21) sin diferencias significativas (3,9% vs. 5,2%). De ellos, 6 fallecieron en relación con el evento tromboembólico. De los 15 restantes, 1 por Hemorragia a los 80 días, 8 por infección (5 tras los primeros 3 meses), 1 por ICC a los 15 días, 1 por HTP severa a los 7 años y 5 por progresión neoplásica después de los primeros 3 meses.

**Conclusiones.** 1. La media de edad es de 66,48 años con diferencias estadísticamente significativas según la gravedad: 63,32años vs 67,05, p < 0.05, IC95%. 2. El 70,24% tienen, al menos, sobrepeso. Hasta un 3,49% de los TEP graves y un 0,81% de los no graves tienen un peso por debajo de lo normal. 3. El TEP fue grave en un 14,5% de los pacientes ambulatorios y un 19% de los ingresados. EN estos, la coexistencia de TVP fue del 75%. 5. La mortalidad fue del 4,1%. En la mayoría, fue posterior a los 3 meses tras el diagnóstico de TEP.

#### T-10 TROMBOCITOPENIA SECUNDARIA A HEPARINA, UN PROBLEMA EMERGENTE

**M. Mañas, P. Calderón, M. Sidahi, C. Lázaro, J. Galiana, E. Marchán, D. Bellido y N. Ruiz**

Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real.

**Objetivos.** Describir dos casos de trombocitopenia secundaria a anticuerpos contra la heparina.

**Resultados.** El primer caso era un varón de 36 años con antecedente de trombosis venosa profunda (TVP) en miembro inferior derecho 8 años antes. Consultó por un cuadro de dolor abdominal generalizado objetivando en la tomografía axial computerizada (TAC) abdominal trombosis venosa portal, mesentérica y esplénica. Preciso intervención quirúrgica con resección intestinal de 150 cm de yeyuno por isquemia secundaria a trombosis. Tras la cirugía se trasladó a la unidad de cuidados intensivos (UCI) y se pautó tratamiento anticoagulante con heparina sódica intravenosa. En los controles analíticos se observó un descenso de la cifra de plaquetas hasta un valor de 38.000/mL. Los anticuerpos antiheparina fueron positivos. Se inició tratamiento con lepidurina y acenocumarol. En el segundo caso se trataba de un varón 69 años que ingresó por neumonía. se inició tratamiento antibiótico y enoxaparina a dosis de 40 mg /24 horas sc. Durante el ingreso presentó

isquemia de miembro superior izquierdo que precisó embolectomía trans-humeral y se incrementó la dosis de heparina a 60 mg sc/12h. La evolución fue desfavorable, tras la aparición de insuficiencia respiratoria ingresó en UCI donde se inició tratamiento con heparina sódica iv. Dicho tratamiento se suspendió al objetivar en la analítica plaquetopenia de 33.000/mL. Los anticuerpos antiheparina fueron positivos. Tras iniciar tratamiento con lepidurina se produjo de nuevo un descenso en la cifra de plaquetas, 36.000/mL, y alteraciones en el estudio de coagulación con actividad de protrombina del 56%, y sin detección del coágulo en la determinación de aTTP. La TAC informó de la presencia de TVP de todo el eje ilio-femoro-popliteo de miembro inferior derecho. Tras suspender el tratamiento con lepidurina, se colocó un filtro de cava y se inició anticoagulación con acenocumarol. En ambos casos el estudio de trombofilia fue negativo. La evolución posterior ha sido favorable.

**Discusión.** La trombocitopenia inducida por heparina es una importante complicación causada por la producción de anticuerpos contra las plaquetas. En los primeros estudios realizados sobre profilaxis de tromboembolismo venoso con heparina se recogía trombocitopenia en menos del 5% de los casos, sin embargo, en los estudios más recientes se habla de un 36%. Esto nos plantea que este es un problema en aumento debido a la mayor utilización de este fármaco. Se ha observado que el desarrollo de anticuerpos se asocia más con el uso de heparina no fraccionada que con la utilización de heparina de bajo peso molecular, en pacientes quirúrgicos más que en médicos y en mujeres más que en hombres. En todos los casos los pacientes habían recibido dosis previas de heparina en los tres meses previos al cuadro. Además de la trombocitopenia, otro problema importante es la aparición de trombosis arterial o venosa. La manifestación más frecuente es el tromboembolismo pulmonar en el 25% de los casos. En un estudio se observó que los paciente con trombocitopenia aislada presentaban un riesgo de trombosis del 52,3% en los 30 días siguientes. Se debe suspender el tratamiento con heparina e iniciar anticoagulación con inhibidores directos de la trombina como lepidurina, bivalirudina o argatroban. Actualmente el uso de la heparina se ha generalizado, y probablemente esto lleve a un aumento de los casos de trombocitopenia debida a este fármaco. Esta patología esta infradiagnosticada ya que en los pacientes hospitalizados confluyen muchos factores que pueden enmascarar el origen real del cuadro. Creemos que hay que vigilar su aparición en los pacientes ingresados en el hospital debido al elevado riesgo de complicaciones que conlleva.

**Conclusiones.** La heparina se utiliza para la profilaxis y tratamiento de múltiples patologías. El aumento en su utilización también puede conllevar un incremento en las complicaciones que se derivan de su uso. En los pacientes hospitalizados habría que vigilar la posible aparición de trombopenia por el riesgo de sangrado y de trombosis secundaria.

#### T-11

#### FILTROS DE VENA CAVA INFERIOR RECUPERABLES: A PROPÓSITO DE 3 CASOS

**V. Rosa Salazar, M. García Mendez, M. Rivera García y B. García Pérez**  
Unidad Enfermedad Tromboembólica Venosa. Unidad Corta Estanc. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

**Objetivos.** Los filtros de vena cava inferior (FVCI) han sido utilizados desde hace años con unas indicaciones muy claras: TVP con contraindicación para la anticoagulación o recurrencia con anticoagulación adecuada. La aparición de nuevos modelos de filtros recuperables nos han dado la posibilidad de ampliar estas indicaciones, evitando las complicaciones existentes a largo plazo con los filtros clásicos, aunque aun no existan estudios adecuados para dar una evidencia científica sólida. Presentamos 3 casos de utilización de FVCI recuperables (FVCIR) con indicaciones distintas a las clásicas.

**Resultados.** Caso 1: mujer de 25 años gestante de 37+2 semanas que ingresa en el Servicio de Ginecología por TVP iliocofemoropoplítea izquierda. Somos consultados y se decide colocación de FVCIR (Günther-Tulip) que se realiza al 4º día de ingreso, manteniéndose en todo momento con Enoxaparina 120 mg/d, dosis que fue ajustada en función de los niveles de antiXa. Al 7º día se indujo el parto, previa suspensión 24 horas antes de la HBPM, que resultó sin complicaciones de ningún tipo. Al 9º día se retiró el FVCI siendo dada de alta con tratamiento anticoagulante durante al menos 3 meses. Caso 2: mujer de 52 años que ingresa por TVP femoral derecha, y posteriormente tras estudio de neoplasia oculta se objetiva masa anexial derecha. Se pautó tratamiento con Enoxaparina 120 mg/d y en el TAC torácico que se realiza dentro del estudio de extensión se descubren defectos de replección en arteria lobar inferior y segmentarias derechas distales compatibles con embolia de pulmón totalmente asintomática. Se programa cirugía y se decide la colocación de FVCIR (Günther-Tulip). Se realiza la intervención que resultó erradicadora y a los 3 días se retiró el FVCI sin incidencias, continuando la paciente con HBPM, dado que fue necesaria quimioterapia y radioterapia. Caso 3: mujer de 82 años que ingresa en nuestro Servicio por TVP femoropoplítea derecha. Durante su estancia

hospitalaria comienza con fiebre, leucocitosis y dolor en hipocondrio derecho siendo diagnosticada de colecistitis aguda. Se coloca FVCIR (Günther-Tulip) de forma urgente ese mismo día siendo intervenida al día siguiente sin complicaciones inmediatas. Tras 24 horas de la cirugía se inicia HBPM a dosis anticoagulantes y al cabo de 3 días se retira el FVCI. Se mantiene anticoagulada durante 3 meses.

**Discusión.** Desde la aparición en la década de los sesenta de los FVCI han existido unas indicaciones muy claras para su utilización, la contraindicación para el tratamiento anticoagulante en la ETEV y la recurrencia de ésta a pesar del tratamiento correcto. A lo largo de los años se han ido mejorando las técnicas de colocación así como los materiales, forma y características de los filtros, lo que ha ido posibilitando su utilización en mayor número de situaciones. El hecho de que puedan recuperarse, hace desaparecer unas de las mayores complicaciones a largo plazo, la TVP recurrente o el síndrome postrombótico. Las indicaciones para los nuevos FVCI recuperables aun no han sido establecidos, pero por las recientes publicaciones, podemos objetivar, que en manos expertas, se pueden utilizar en muchas situaciones de forma segura y se podrían ampliar las recomendaciones ya existentes para su utilización. Como muestra el caso 1, mujer con parto inminente con TVP reciente puede ser una situación de alto riesgo de EP al suspender la HBPM previo al trabajo del parto, o de hemorragia grave si no se suspende la HBPM a tiempo. Una manera segura de afrontar esta situación sería con la colocación de un FVCI recuperable, el cual en centros con la experiencia adecuada tiene una tasa bajísima de complicaciones. En circunstancias parecidas nos encontraríamos en el caso 2 y 3, TVP reciente con cirugía inminente, lo que se ha solucionado por nuestra parte con la colocación de un FVCI recuperable. En los tres casos son situaciones puntuales, que se solucionan con un FVCI recuperable (en nuestro centro el modelo Günther-Tulip), una nueva herramienta a nuestro alcance que nos puede ayudar en muchas circunstancias.

**Conclusiones.** los FVCI recuperables en manos expertas se pueden utilizar de forma segura en otras situaciones distintas a las indicaciones clásicas.

#### T-13

##### TROMBOEMBOLISMO PULMONAR ¿CÓMO LO DIAGNOSTICAMOS?

**A. Martín Quirós<sup>1</sup>, N. Iniesta Arandía<sup>1</sup>, S. Caro Bragado<sup>1</sup>, C. Navarro San Francisco<sup>1</sup>, A. Lorenzo Hernández<sup>1</sup>, J. Camacho Siles<sup>1</sup>, M. Torres Sánchez<sup>2</sup> y C. Fernández Capitán<sup>1</sup>**

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

**Objetivos.** El tromboembolismo pulmonar (TEP) es una patología frecuente con una gravedad considerable. El diagnóstico se basa en la combinación de probabilidad clínica y las pruebas de imagen. Los objetivos de nuestro estudio son: analizar las características clínicas y la técnica de imagen diagnóstica utilizada.

**Material y métodos.** Análisis de las 683 historias de nuestra base de datos de ETEV seguidos entre Enero de 2002 y Junio de 2009. Selección de los diagnósticos de TEP, 585. Análisis de los síntomas en el momento diagnóstico y la técnica de imagen utilizada, así como su resultado y la necesidad de realizar otras.

**Resultados.** De los 585 TEP, el 52% (n = 305) de los pacientes eran mujeres, con una edad media de 66,48, una DE de 7,46 y una Mediana de 71 años. Los síntomas que presentaron fueron: Disnea: 45% (n = 478), dolor torácico: 29% (n = 311), tos: 11% (n = 115), síncope 8% (n = 81), fiebre: 4% (n = 39) y hemoptisis: 3% (n = 29). El número de síntomas fue: 1: 36,61% (n = 201), 2: 40,84% (n = 224), 3: 17,49% (n = 96), 4: 4,37% (n = 24), 5: 0,73% (n = 4) y en 35 casos, asintomáticos. El método diagnóstico fue: AngioTC pulmonar: 87% (n = 489). Todos fueron diagnósticos de TEP. La gammagrafía de ventilación perfusión (GVQ) fue la técnica elegida en 96 casos. El 72,92% (n = 70) fue de alta probabilidad, el 10,42% (n = 10) fue de probabilidad intermedia y el 12,50% (n = 12) fue de probabilidad baja. Se realizó angioTC en 5 GVQ de probabilidad intermedia, en los 12 de probabilidad baja y en los 4 con GVQ normal, siendo todos ellos diagnósticos de TEP. La comparación entre GVQ y angioTC así como la extensión radiológica del

TEP se pueden ver en la tabla 1. El 61% (n = 359) de los TEP fue sin TVP asociada. De ellos, en el 37% (n = 132) se buscó TVP encontrándose en el 21% (n = 28). El TEP fue grave en el 16,37% (n = 37) de los TEP+TVP y en el 9,78% de los TEP.

**Discusión.** El síntoma más frecuente en el diagnóstico es la disnea, seguido del dolor torácico y la tos. La presentación más frecuente es con 2 síntomas (40,8%), y 1 síntoma (36,61%), existiendo 35 casos de TEP asintomáticos. El angioTC resulta diagnóstico en un 100% de los casos. En un 22% de las GVQ es necesario recurrir a una segunda técnica diagnóstica que, en nuestro caso, es el angioTC, que resulta diagnóstico en todos ellos. En los casos con GVQ de baja probabilidad, hasta en un 50% de los casos existían infartos pulmonares.

**Conclusiones.** 1. El diagnóstico de TEP se muestra como un desafío para el clínico por su variabilidad en la presentación y, en la mayoría de los casos (77%) por la escasos de síntomas. 2. El angioTC se muestra como la técnica de elección para el diagnóstico de TEP (100% de casos diagnosticados en nuestra serie) salvo contraindicación. 3. La GVQ queda relegada a los casos en que no podamos emplear el TC, por su bajo rendimiento diagnóstico.

#### T-14

##### DÍMEROS D: ¿SON LO QUE PARECEN?

**A. Romero Alegría, E. Puerto Pérez, J. Miramontes González, N. Cubino Bóveda, A. García Mingo, M. Borao Cengotita-Bengoa, A. Plata Izquierdo y A. Sánchez Rodríguez**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. H. Virgen de la Vega. Salamanca.

**Objetivos.** Valorar la utilidad de los Dímeros D ante un paciente que acude a urgencias por dolor torácico o disnea.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio observacional y transversal en que hemos incluido a 128 pacientes (62 hombres y 66 mujeres) Hemos seleccionado a 128 pacientes que acudían a urgencias por disnea o dolor torácico, a los que se le ha realizado anamnesis, exploración física, y pruebas complementarias incluyendo analítica con D-dímeros y angio-TAC. Se ha considerado un valor positivo a partir de 0.7 y negativo por debajo de éste.

**Resultados.** De los 128 pacientes analizados con D- Dímeros positivos se han confirmado enfermedad tromboembólica en el 25%, infección respiratoria en 34.61 %, insuficiencia cardiaca de diferentes etiologías o la combinación con infección respiratoria en 13.46%, neoplasias en 5.77%, politraumatismos en 3.84%, infección urinaria en 1.92%, o linfangitis en 1.92%

**Discusión.** Como se objetiva en este estudio, la mayoría de los pacientes que acuden al servicio de urgencias y presentan los dímeros D elevados no tienen tromboembolismo pulmonar. La patología que predomina es la infección respiratoria (34.61 %) y la descompensación de insuficiencia cardiaca de diferentes etiologías (13.46%), o la combinación de ambas (13.46%), siendo el resto de casos patología de tipo neoplásica, o insuficiencia respiratoria en pacientes con patología respiratoria de base junto con un proceso agudo como politraumatismos, infección urinaria, o linfangitis. Se puede deducir que se solicitan D-dímeros de forma indiscriminada, sin hacer una valoración previa mediante la escala de Wells.

**Conclusiones.** El D-dímero es un producto de la degradación de la fibrina, cuyos niveles típicamente están elevados en pacientes con ETEV, pero que

Tabla 1 (T-14). Escala de Wells para TEP

Protocolo de Wells	Puntos
Signos y síntomas de TVP	3
TEP más probable que un diagnóstico alternativo	3
Inmovilización > 3 días o cirugía < 3 semanas	1,5
Frec. cardiaca > 100 l. p. m.	1,5
Antecedentes de TVP o TEP	1,5
Hemoptisis	1
Enf. Neoplásica	1

Tabla 1 (T-13). Comparación GVQ-angioTC

Localización del TEP/Probabilidad de la GVQ	Baja (n = 12)	Mediana (n = 5)	Normal (n = 4)
Central	1	1	2
Lobar único	2	0	0
Lobar múltiple	1	2	0
Segmentario	4	0	1
Subsegmentario	2	0	1
Infarto Pulmonar asociado	6	1	1
Datos no disponibles	0	2	0

también pueden estar aumentados en otras circunstancias tales como cirugía, hemorragia, trauma, cáncer, edad avanzada o infecciones. Por tanto, los ensayos de D-Dímero son altamente sensibles aunque no específicos de ETEV. Como consecuencia, un resultado positivo no es útil para confirmar el diagnóstico de ETEV, más bien su valor potencial es para que un resultado negativo te excluya el diagnóstico. Su mayor aplicabilidad es en las unidades de urgencias, donde en combinación con la probabilidad clínica, para el grupo de pacientes con probabilidad baja e incluso intermedia, supone un valor predictivo negativo muy elevado para descartar TVP sin necesidad de realizar otras pruebas. En pacientes hospitalizados existen pocos estudios, pero en general son menos útiles porque la comorbilidad asociada es mayor, por tanto, es menos frecuente que el D-dímero sea negativo, y a su vez es más difícil graduar la probabilidad clínica.

#### T-15 NEOPLASIA Y TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP): ANÁLISIS DE FACTORES DE RIESGO

S. Caro Bragado<sup>1</sup>, A. Martín Quirós<sup>1</sup>, C. Navarro San Francisco<sup>1</sup>, N. Iniesta Arandía<sup>1</sup>, A. Lorenzo Hernández<sup>1</sup>, I. Sánchez Torres<sup>2</sup>, J. Camacho Siles<sup>1</sup> y C. Fernández Capitán<sup>1</sup>

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

**Objetivos.** La relación entre enfermedad neoplásica y enfermedad tromboembólica es conocida desde hace más de un siglo. En efecto, la neoplasia multiplica por cuatro el riesgo relativo de sufrir TEP; mientras que el tratamiento con quimioterapia lo aumenta por seis. Así mismo, los pacientes con TEP tienen más posibilidades de complicaciones como recidiva, hemorragia e incluso fallecimiento. Este trabajo analiza coexistencia y relación entre TEP y neoplasia con otros factores de riesgo como antecedentes de cirugía, inmovilización; así como la tromboprofilaxis realizada.

**Material y métodos.** Se han revisado las Historias Clínicas de 983 pacientes de la base de datos de ETEV, comprendidas entre enero de 2002 y junio de 2009. Se han seleccionado entre ellos 584 pacientes con diagnóstico de TEP. Se han discriminado los grupos de pacientes con o sin neoplasia, además de otros factores de riesgo. Se ha asumido como tromboprofilaxis adecuada cuando ésta se ha realizado según guías Pretemed.

**Resultados.** De los 584 pacientes con TEP, presentaban neoplasia 94 casos (16%), próstata 13 casos (13,8%), pulmón 13 (13,8%), 12 colorrectal (12,7%) y riñón 10 (10,6%). Hay que subrayar que en 27 pacientes (28,72%), ambos diagnósticos se produjeron a la vez, mientras que en 50 (53,19%) el diagnóstico de neoplasia era previo, media 125,5 semanas, (IC 40,86), desviación 145,28. La neoplasia se encontraba en tratamiento o había datos de progresión en 50 pacientes (53,19%). El diagnóstico de neoplasia era previo en 17 (18,1%), Media 70,3 semanas, (IC 49,73), desviación 78,28. En 57 pacientes con neoplasia (60,63%), se encontró coexistencia de otro factor de riesgo; 26 de ellos (27,65%) presentaban 1; 24 (25,53%) 2; 3 (3,19%) 3; y 4 (4,25%) 4 factores. Media 1,05 (IC 0,22), desviación 1,08. Presentaron complicaciones 18 pacientes (19,31%), 11 (11,70%) fallecieron, 7 (7,44%) presentaron hemorragia, y 3 (3,19%) recidiva. Respecto a otros factores de riesgo, 72 pacientes (12,3%) tenían antecedentes de cirugía, 21 ortopédica (29,16%), 13 oncológica (18,5%), 9 neurocirugía (12,5%). Se analizó la profilaxis realizada, que se cumplió en 19 de las ortopédicas (90,5%). No se cumplió en 7 cirugías oncológicas (46,15%), 3 cirugías menores (62,5%), 4 genitourinarias (55,5%). 146 pacientes (25,1%) tenían antecedentes de inmovilización, 32 (22%) por traumatismo sin intervención quirúrgica, 32 (22%) por infección aguda, 26(17,80%) por déficit motor. Se realizó profilaxis adecuada en 31 de ellos (21,2%).

**Discusión.** Existe asociación bidireccional entre neoplasia y TEP (16%), más frecuente si había diagnóstico de neoplasia (53,19%) o si ésta estaba en tratamiento activo o con datos de progresión, (53,19%). Tiempo medio al diagnóstico de 125 semanas. Es importante señalar que ambos diagnósti-

cos se realizaron de forma consecutiva en 28,72%. El 27,65% de los pacientes con enfermedad neoplásica y TEP presentaba por lo menos otro factor de riesgo: inmovilización, cirugía, historia de ETV previa, viajes o varices. Así mismo, el 19,31% de los pacientes con neoplasia desarrolló complicaciones: fallecimiento en 11,70%; hemorragia en 7,44% y recidiva en 3,19%. El análisis de tromboprofilaxis tras cirugías ofrece datos interesantes: se cumple en 90,48% de las ortopédicas, sin realizarse en 2 artroscopias (9,52%). En cuanto a cirugía oncológica, no se realiza en 46,15% pese al riesgo aumentado de presentar fenómenos trombóticos. No se realiza en el total de intervenciones oftalmológicas, plásticas, y en 62,5% de cirugía menor. Los datos respecto a tromboprofilaxis en inmovilizados (146; 25,1%) no ofrece datos más esperanzadores, sólo 31 de ellos (21,2%) recibió tratamiento pese al riesgo aumentado.

**Conclusiones.** Es importante el seguimiento tanto de los pacientes con enfermedad neoplásica como de aquellos que presentan de forma inicial TEP, debido a la relación entre ambos. Además, dado que el tromboembolismo pulmonar es una enfermedad frecuente y potencialmente grave, que se asocia a factores de riesgo en cierto modo prevenibles, deberían seguirse con más precisión las guías de tromboprofilaxis con el fin de evitar eventos tromboembólicos posteriores.

#### T-16 EVALUACIÓN DEL RIESGO DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA Y ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE TROMBOPROFILAXIS DURANTE EL INGRESO Y AL ALTA EN SITUACIONES MÉDICAS ESPECIALES EN UN HOSPITAL TERCIARIO

N. Iniesta Arandía<sup>1</sup>, A. Borobia Pérez<sup>2</sup>, A. Martín Quirós<sup>1</sup>, C. Navarro San Francisco<sup>1</sup>, S. Caro Bragado<sup>1</sup>, A. Lorenzo Hernández<sup>1</sup>, M. Rodríguez Dávila<sup>1</sup> y C. Fernández Capitán<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Farmacología Clínica. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

**Objetivos.** Conocer el riesgo de enfermedad tromboembólica (ETE) en pacientes especiales (Servicios de Oncología, Nefrología y Digestivo) al ingreso y al alta y evaluar los hábitos de prescripción de tromboprofilaxis (TBPF).

**Material y métodos.** Se evaluaron pacientes ingresados en los Servicios de Nefrología, Oncología y Digestivo del HU La Paz, descartándose aquellos con criterios de exclusión (contraindicaciones relativas y absolutas para TBPF, pacientes anticoagulados o ingresados con cargo al equipo investigador). Parámetros clínicos: Datos demográficos. Grado de riesgo para ETEV y tratamiento indicado según la 8ª Conferencia de Consenso (Chest, 2008). Indicación de TBPF. Diseño: Corte transversal de un día y análisis retrospectivo desde el ingreso al alta. Parámetros de evaluación: 1. Pacientes con indicación de TBPF y tratamiento indicado. 2. Relación indicación-prescripción: A) Infratratado B) Correctamente tratado C) Sobretreatado.

**Resultados.** Se incluyeron 91 pacientes (50 mujeres y 41 hombres), con una media de edad de 60 ± 19,78 años. Los datos de riesgo de ETEV quedan resumidos en la tabla 1. La relación indicación-prescripción se resume en la tabla 2. Durante el ingreso un paciente de alto riesgo sin TBPF presentó un TEP y otra paciente un embolismo arterial periférico.

**Discusión.** La ETEV es la 3ª causa de muerte en España. Es necesario realizar una correcta TBPF por su alta incidencia, difícil diagnóstico y bajo valor predictivo negativo de las pruebas diagnósticas. En los pacientes en situación médica especial el riesgo de ETEV es mayor y la TBPF más complicada de realizar. Menos de la mitad (48 %) de los pacientes de Nefrología recibieron una correcta TBPF siendo ésta aún menor (34 %) en los enfermos oncológicos. El 24% de los pacientes de Digestivo recibe dosis superiores a las recomendadas. Al alta aumenta el número de pacientes infratratados, aumentando el riesgo de ETEV.

**Conclusiones.** En pacientes con situación clínica especial el riesgo de ETEV es alto, aún así muchos están infratratados. Este porcentaje aumenta al alta

Tabla 1 (T-16). Riesgo de ETV al ingreso y al alta hospitalaria (en%). (N: Nefrología, D: Digestivo, O: Oncología)

Prescripción	Sin riesgo (NO TBPF)	Bajo riesgo (Medidas físicas)	Moderado riesgo (HBPM baja dosis)	Alto riesgo (HBPM alta dosis)
Ingreso	3,2 N; 3 D; 0 O	41,2 N; 66,7 D; 0 O	0 N; 3 D; 0 O	54,8 N; 25,7 D; 100 O
Alta	3,4 N; 4,8 D; 4,2 O	48,3 N; 85,7 D; 4,2 O	3,4 N; 4,8 D; 8,4 O	44,8 N; 4,8 D; 83,2 O

Tabla 2 (T-16). Relación indicación-prescripción (en %) al ingreso y al alta

Prescripción	Adecuada	Infratratados	Sobretreatados
Ingreso	48,4 N; 63,6 D; 37,9 O	38,7 N; 12,1 D; 62,1 O	12,9 N; 24,2 D; 0 O
Alta	53,6 N; 95,2 D; 29,2 O	42,9 N; 4,8 D; 70,8 O	3,6 N; 0 D; 0 O

hospitalaria. Es necesario realizar intervenciones educativas para concienciar sobre la necesidad de una correcta prescripción de TBPF.

#### T-17

### ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA (ETV) EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL (IR). RESULTADOS OBTENIDOS A PARTIR DE LA CREATININA

C. Falgà<sup>1</sup>, M. Monreal<sup>2</sup>, J. Capdevila<sup>1</sup>, M. Delgado<sup>1</sup>, R. Icart<sup>1</sup>, P. Reth<sup>1</sup> y Grupo RIETE

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

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. H. Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona).

**Objetivos.** 1. Conocer las características clínicas, forma de presentación clínica y factores de riesgo de los pacientes con ETV y IR a partir de la creatinina en plasma. 2. Conocer las complicaciones en los pacientes con ETV y IR: mortalidad, hemorragia y recidivas. 3. Estudiar si existen diferencias en las complicaciones respecto a los pacientes con creatinina normal.

**Material y métodos.** Se estudiaron las características clínicas y complicaciones de los pacientes con ETV con IR pertenecientes a un hospital comarcal (Hospital de Mataró) incluidos en el registro RIETE. La función renal se evaluó a partir de una única determinación de la creatinina en plasma en el momento del diagnóstico. Se estudiaron los pacientes diagnosticados de ETV de marzo 2001- junio 2009.

**Resultados.** De un total de 530 pacientes con ETV, 92 (17%) presentaron IR. La duración de la IR fue transitoria en un 52% de los casos. Del total de 92 pacientes un 61% presentó embolia pulmonar (EP) como forma de presentación clínica y un 39% trombosis venosa profunda (TVP) aislada. Las características de los pacientes fueron las siguientes: 52% eran mujeres, de edad avanzada (edad media de 78 años), 64% presentaron enfermedad concomitante (10% ICC y 12% enfermedad pulmonar crónica), 18% recibieron tratamiento concomitante con antiagregantes, AINES o corticoides y un 1% presentó hemorragia grave en el último mes. Los factores de riesgo más frecuentes fueron el cáncer (23%), la inmovilización no quirúrgica (26%), la ETV previa (23%) y la insuficiencia venosa (24%). Las complicaciones fueron más frecuentes en los pacientes con IR en relación a los que tenían una creatinina normal. La mortalidad fue 17.4% vs 7.8%, la incidencia de hemorragia fue 5.4% vs 3.9% y las recidivas fueron 1% en los dos grupos de pacientes. La mortalidad fue debida a EP en 3.3%, a hemorragia en 1.1% y a otras causas en un 13%. La hemorragia fue grave en 3 casos y en un caso fue mortal.

**Discusión.** Los pacientes con ETV y IR presentan más complicaciones hemorrágicas y más mortalidad (mortalidad global, por EP y por hemorragia) como ya está descrito en la literatura. Respecto a un estudio previo publicado la incidencia de las complicaciones es menor probablemente porque este estudio incluye pacientes con IR menos severa. Otro motivo puede ser que la IR esté infravalorada teniendo en cuenta la edad avanzada de los pacientes y que en este trabajo se utilizó el valor de creatinina en lugar del aclaramiento de creatinina para cuantificar la función renal.

**Conclusiones.** 1. La incidencia de IR en los pacientes con ETV según la determinación de creatinina en plasma fue del 17%. 2. Los pacientes con ETV y IR presentan más complicaciones hemorrágicas y más mortalidad global, por EP y por hemorragia que los pacientes con función renal normal. La incidencia de complicaciones en este estudio fue menor al previo publicado. Uno de los motivos pudo ser la mayor edad media de los pacientes y la IR pudo estar infradiagnosticada al utilizar la creatinina plasmática como test diagnóstico. 3- En el momento de cuantificar la función renal se ha de tener en cuenta el aclaramiento de creatinina especialmente en los pacientes de edad avanzada.

#### T-18

### ¿QUÉ HAY TRAS LA SOSPECHA DE TROMBOSIS VENOSA?

A. Balanzá Garzón<sup>1</sup>, G. Gascoña Ramón<sup>1</sup>, A. Blasco Claramunt<sup>1</sup>, V. Chabrera Gayá<sup>2</sup>, J. Jorro Jiménez<sup>3</sup> y F. Bertomeu i Blanch<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidad Médica Corta Estancia, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>Servicio de Urgencias. Hospital de la Plana. Villarreal/Vila-real (Castellón).

**Objetivos.** Existe una gran variabilidad en la práctica asistencial de los pacientes con sospecha de Trombosis Venosa Profunda (TVP). Hemos realizado un protocolo entre el Servicio de Urgencias (SU)- Radiología - Medicina interna para homogeneizar el manejo de estos procesos. El objetivo de este estudio es evaluar los resultados de la aplicación de este protocolo desde el SU.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los pacientes atendidos en SU y remitidos a la Consulta de Alta Resolución (CAR). Se han revisado utilizando el formulario de historia clínica electrónica de 154 pacientes remitidos a la CAR por sospecha de TVP durante el 2008. Cuando el Test de Wells es debaja probabilidad y el Dímero D es negativo, en general no se realiza Eco

Doppler. En el resto de los casos, se administra Heparina de Bajo Peso Molecular y se cursa la solicitud para la realización de Eco- Doppler preferente, debido a la ausencia de disponibilidad de esta técnica durante las 24 h. **Resultados.** De los 154 pacientes que no presentaban contraindicaciones para manejo ambulatorio: en 87 pacientes se diagnosticó algún tipo de trombosis venosa, y ninguno de ellos tuvo complicaciones evolutivas por su tratamiento ambulatorio. En los restantes 67 pacientes, la Eco- Doppler permitió establecer el diagnóstico en 33 pacientes (etiología venosa crónica en 21, Quiste de Baker en 10 y hematomas musculares en 2 pacientes). En los 34 pacientes con Eco Doppler normal, los diagnósticos clínicos fueron: Celulitis en 7 pacientes (10.44%), dermatitis en 6 pacientes (8.95%), Linfedema en 6 pacientes (8.95%), Edemas secundarios a insuficiencia cardíaca en 4 pacientes (5.97%), Edema secundario a inmovilización en 4 pacientes (5.97%), Edema asociado a fármacos en 4 pacientes (5.97%), Artritis en 4 pacientes (5.97%), sin diagnóstico concluyente en 4 pacientes (5.97%).

**Conclusiones.** 1. La aplicación del protocolo en el SU ha permitido optimizar la utilización de la Eco-Doppler, consiguiendo que esta técnica facilite el diagnóstico en un 79% de los pacientes. 2. El espectro diagnóstico de los pacientes sin trombosis es similar al de otras series. 3. El tratamiento ambulatorio de estos pacientes ha resultado seguro. 4. Este protocolo puede ser útil para aquellos hospitales que no dispongan de Eco- Doppler las 24 h.

#### T-19

### INCIDENCIA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE UNA ENFERMEDAD NEOPLÁSICA

J. Torres Triana, P. Crecente Otero, N. Castro Iglesias, R. Díez Bandera y F. Sanz Ortega

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

**Objetivos.** Describir la incidencia del tromboembolismo pulmonar (TEP) como manifestación inicial de una enfermedad neoplásica.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de una muestra de pacientes ingresados durante enero a diciembre de 2008 en los servicios de Medicina Interna del Hospital Universitario de Salamanca, con el diagnóstico principal y/o secundario de tromboembolismo pulmonar. Se incluyeron en el estudio solo los pacientes con diagnóstico confirmado por prueba de imagen (angioTAC y/o Gammagrafía de Ventilación Perifusión) de Tromboembolismo Pulmonar. Se analizaron también las variables edad, sexo los factores de riesgo para TEP, las manifestaciones clínicas y el tratamiento al alta entre otras.

**Resultados.** Se revisaron 90 pacientes con diagnóstico confirmado mediante prueba de imagen de tromboembolismo pulmonar (AngioTAC en un 74.4% y Gammagrafía V/Q en un 25.6%), encontrándose una media de edad de 75 años, el 55.6% fueron mujeres. La estancia media de hospitalización fue de 12 días. En 9 pacientes (10%) se evidenció un antecedente conocido de enfermedad neoplásica en los últimos 5 años previos al ingreso. Un 22.2% (20 pacientes) tenían un episodio previo de enfermedad tromboembólica. Los 2 principales factores de riesgo encontrados fueron el reposo mayor a 3 días y la obesidad, con el 27.8% y el 20% respectivamente. Dentro de las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: Disnea: 76.7%; taquicardia: 62.2%; dolor torácico: 38.9%; mareo: 24.4%; signos de TVP de miembros inferiores: 20%; tos: 16.7%; síncope: 15.6%; taquipnea: 12.2% y fiebre 10%. En un 32.2% se encontró el patrón electrocardiográfico S1Q3T3 característico del TEP, el 45.5% de los pacientes presentaron hipoxia-hipocapnia. La determinación de los D-dímeros se realizó a 85 de los 90 pacientes siendo positivos en el 97.6%. Como pruebas diagnósticas complementarias se solicitaron marcadores tumorales al 52.2% de los pacientes y solo en 3 pacientes se relacionaron con un diagnóstico definitivo de cáncer. Dentro del estudio de las causas del tromboembolismo pulmonar, en 4 pacientes sin antecedentes conocidos de neoplasia se llegó a un diagnóstico de cáncer de los cuales: 2 eran de pulmón, uno de esófago y un hipernefroma. Al momento del diagnóstico 3 de los 4 pacientes tenían ya metástasis a diferentes órganos. La mortalidad total evidenciada fue de 5 pacientes (5.6%). La asociación total de TEP y cáncer fue de 13 pacientes (14.4%).

**Discusión.** El cáncer siempre se ha asociado con el tromboembolismo pulmonar, evidenciándose en los estudios de cohortes un incremento del riesgo de cuatro veces respecto a la población general. En nuestra serie encontramos una asociación de cáncer oculto y TEP del 4.4%, el 80% de estos pacientes tenían metástasis al momento del diagnóstico. La asociación total de cáncer y TEP fue del 14.4%. A pesar de la asociación descrita de cáncer y TEP solo se realizó estudio de cribado para enfermedad neoplásica a través de marcadores tumorales a la mitad de los pacientes con una rentabilidad diagnóstica baja del 6.3% similar a la rentabilidad obtenida en estudios previos.

**Conclusiones.** El TEP es la primera manifestación de una enfermedad neoplásica en un 4.4%. La rentabilidad de las pruebas de cribado tipo marcadores tumorales es baja, por lo cual solo se debe realizar estudio de cribado de cáncer a los pacientes con TEP cuya historia y manifestaciones clínicas sugieran una alta sospecha del mismo.

## T-21 CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EVOLUTIVAS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA EN EL ÁREA SUR DE GALICIA

M. Vázquez Triñanes, A. Rivera Gallego, I. Villaverde, I. Vaqueiro, M. Pérez Rodríguez, R. Longueira, L. González González y C. Martínez Vázquez  
Servicio de Medicina Interna. Hospital Xeral de Vigo. Vigo (Pontevedra).

**Objetivos.** Definir las características clínico-evolutivas de los pacientes con enfermedad tromboembólica en nuestro medio.

**Material y métodos.** Se analizaron retrospectivamente 50 historias clínicas seleccionadas aleatoriamente de entre los 178 pacientes vistos en consulta externa de Medicina Interna durante 2008 con los diagnósticos de trombosis venosa de cualquier localización o embolismo pulmonar.

**Resultados.** Un 55% fueron mujeres y la edad media al diagnóstico del primer evento tromboembólico fue 58,7 años, con un rango entre 25 y 89. El 48% fueron TVP, el 32%, TVP y TEP, el 10% TEP aislado y solo 2 fueron tromboflebitis de miembros inferiores y 3 trombosis de localización abdominal. Entre los antecedentes destacaron un 15,7% de fumadores y un 25,5% de exfumadores. Un 39,2% eran hipertensos. Ninguno presentó insuficiencia cardíaca, ni arteriopatía periférica. Un 25,5% tenían varices. En el mes previo, un 13,7% habían recibido cirugía mayor y un 3,9%, cirugía menor. Sólo 3 mujeres estaban con anticoagulación oral. Un caso ocurrió durante el embarazo y dos en el puerperio (dos TVP y una tromboflebitis séptica ovárica con trombosis de vena cava). El 21,4% presentaron algún aborto. Durante el seguimiento, en el estudio de trombofilia, 3 presentaron mutación en el gen de protrombina, 2, en el del factor V Leiden y 1, déficit de proteína S. Un 14% asociaron síndrome antifosfolípido (4 mujeres y 3 varones). En la búsqueda activa de neoplasias, se encontraron en un 12%. Dos previamente al evento tromboembólico (carcinoma prostático y carcinoma endometrioide) y 4, todas mujeres, en el seguimiento (carcinoma renal, cistoadenoma papilar seroso ovárico, teratoma quístico maduro y carcinoma mamario). En cuanto a la terapia anticoagulante, el 42% fueron tratados a medio-largo plazo con acenocumarol, el 24%, con enoxaparina, el 20%, con bemparina y el 14%, con fraxiparina. Se vio en la evolución que un 26% de las trombosis en miembros inferiores desarrollaron síndrome posttrombótico. El 26% sufrieron una retrombosis. Dos de las 13 recibían tratamiento en ese momento (uno, acenocumarol y otro, enoxaparina). No hubo ningún episodio de hemorragia que precisara de la suspensión del tratamiento. En 2 casos se registraron sangrados leves (hematuria con acenocumarol y recurrencia con bemparina).

**Discusión.** Las trombosis venosas de cualquier localización y la embolia pulmonar comparten un sustrato etiopatogénico. Sin embargo, la mayoría de series publicadas se limitan al estudio de TVP-TEP. Además, en nuestro medio, casi todos los estudios epidemiológicos provienen de registros informatizados con pacientes que han precisado ingreso hospitalario. Nuestro estudio recoge una población más heterogénea, con pacientes remitidos a consulta desde Urgencias (práctica cada vez más frecuente en las TVP y tromboflebitis) y revisiones posthospitalización. Nos encontramos una población con una edad media similar a la de las grandes series. Llama la atención la frecuencia de hipertensos y de pacientes con varices, sin embargo, fue poco frecuente la toma de anticonceptivos orales, probablemente debido a la edad avanzada de nuestra población. Un porcentaje elevado asoció síndrome antifosfolípido, casi tantos pacientes como postoperados. En la búsqueda activa de neoplasia oculta aparecieron 4 casos (8%) y en el estudio de trombofilia, un 36% presentó al menos una alteración. Destaca que más de la mitad se trataron con heparinas de bajo peso molecular, siendo todavía de primera elección la anticoagulación oral. Esto se debió a múltiples factores, entre ellos, la preferencia del propio paciente.

**Conclusiones.** Se debe seguir a estos pacientes, buscando activamente trombofilia o neoplasia oculta, que se asocian con frecuencia a la enfermedad tromboembólica, aunque exista un factor desencadenante aparente. No pueden sacarse conclusiones en cuanto a la aparición de nuevos eventos o de hemorragias con este tipo de estudio, pero sería de gran interés seguir la evolución de estos pacientes para comparar los resultados de los diferentes tratamientos en la práctica clínica.

## T-22 INFLUENCIA DE FACTORES DEMOGRÁFICOS, CLÍNICOS Y FARMACOGENÉTICOS EN LA DOSIS ESTABLE DE ACENOCUMAROL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA

A. Lorenzo Hernández<sup>1</sup>, A. Borobia Pérez<sup>2</sup>, C. Navarro San Francisco<sup>1</sup>, A. Martín Quirós<sup>1</sup>, N. Iniesta Arandia<sup>1</sup>, S. Lei<sup>2</sup>, A. Carcas Sansuán<sup>2</sup> y C. Fernández Capitán<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Farmacología Clínica. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

**Objetivos.** El tratamiento con anticoagulantes orales ha mejorado el pronóstico de los pacientes con enfermedad tromboembólica (tromboembolismo pulmonar [TEP] y trombosis venosa profunda [TVP]). El control óptimo del

tratamiento se ve dificultado por la amplia variabilidad interindividual que existe en la dosis requerida para alcanzar el INR deseado. El objetivo de nuestro estudio fue determinar la influencia que tienen ciertas variables socio-demográficas, clínicas y farmacogenéticas en la variabilidad de la dosis de acenocumarol.

**Material y métodos.** Se han incluido 76 pacientes (55% varones; edad media: 68 ± 15 años) con enfermedad tromboembólica (85% con TEP y 15% con TVP) y anticoagulados con acenocumarol con un INR estable entre 2-3. Se recogieron las siguientes variables socio-demográficas (edad, peso, talla, género y test de Mini Mental) y clínicas (medicación concomitante). Asimismo se determinaron los polimorfismos \*2 y \*3 de la isoforma 2C9 del citocromo P450 (CYP2C9) y el haplotipo A de la vitamina K epóxido reductasa (VKORC1). Los métodos utilizados para el genotipado fueron la plataforma Sequenom® (CeGen, Santiago de Compostela) y Kaspar® (CeGen, Madrid). Todas estas variables se incluyeron en un modelo multivariante (regresión lineal por pasos), siendo la variable dependiente la dosis semanal de acenocumarol (mg/semana).

**Resultados.** El mejor modelo de regresión explica un 47,3% de la variabilidad ( $p < 0,001$ ), e incluye el genotipo, la edad, el índice de masa corporal (IMC) y la medicación concomitante (tratamiento inductor del CYP2C9). El genotipo (VKORC1 + CYP2C9) explica el 24,2% de la variabilidad de la dosis ( $p < 0,001$ ) necesaria para un INR estable, la medicación concomitante (tratamiento inductor del CYP2C9) el 8,9% ( $p = 0,01$ ), la edad el 9% ( $p = 0,008$ ), y el IMC el 5,2% ( $p = 0,038$ ). El género y el test de Mini-Mental no entraron en el modelo.

**Discusión.** La variabilidad interindividual en la dosificación de acenocumarol que es atribuida a los factores clínico-demográficos en nuestro estudio es del 23,1%, lo cual está en concordancia con otros estudios publicados. Si añadimos los factores genéticos (en nuestro caso 3 polimorfismos), este porcentaje se duplica, llegando a explicar conjuntamente casi la mitad de la variabilidad que existe en la dosis de acenocumarol.

**Conclusiones.** 1. Los polimorfismos del CYP2C9 y VKORC1, junto con la edad, el IMC y la medicación concomitante, determinan en buena medida la variabilidad interindividual en la dosis estable de acenocumarol. 2. Estos factores podrían ser utilizados para el desarrollo de un algoritmo de cálculo de dosis con el fin de mejorar la eficacia y seguridad del tratamiento anticoagulante en pacientes con enfermedad tromboembólica.

## T-23

### DETERMINACIÓN DEL VALOR DEL D-DÍMERO EN EL DIAGNÓSTICO DE ETV

G. Tornel, J. Trujillo, S. Herrera, M. Artero, A. Rodríguez, E. Peñalver, J. Vega y N. Cobos

Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Área Santa María del Rosell. Cartagena (Murcia).

**Objetivos.** La determinación de D-dímero ayuda al diagnóstico de la enfermedad tromboembólica venosa (ETV), sobre todo gracias a su alto valor predictivo negativo, si bien el nivel de su cuantificación erróneamente se suele considerar un parámetro que apoya el diagnóstico en comparación con valores relativamente bajos. Nos propusimos estudiar qué parámetros son los que se relacionan por un lado con la positividad del D-dímero y con el nivel del mismo.

**Material y métodos.** Estudiamos todos los pacientes diagnosticados de ETV en nuestro hospital durante dos años consecutivos y recogimos los parámetros demográficos, la comorbilidad asociada, los factores de riesgo asociados a la ETV y las características clínicas de la misma. La determinación de D-dímero se realizaba en el momento de la realización de la ecografía venosa diagnóstica mediante IL-test D-dimer, considerándose valores positivos aquellos superiores a 500 ng/mL. Se consideraron valores muy elevados aquellos superiores a 5 veces el límite superior de la normalidad (> 2500 ng/mL) y levemente elevados los positivos inferiores a esta cifra (500-2.499 ng/mL). Realizamos un análisis univariante en el que se compararon dichas características basales de los pacientes (coincidentes con la determinación de D-dímero o previos y potencialmente relacionados con su positividad y/o sus niveles plasmáticos). Las comparaciones se realizaron mediante test de X<sup>2</sup> para comparación de proporciones y mediante t-Student para poblaciones independientes o ANOVA para variables cuantitativas continuas. Posteriormente realizamos un análisis de regresión logística con introducción de variables paso a paso, hacia delante, en el que se intentó determinar los parámetros que independientemente se relacionaban en primer lugar con la positividad del D-dímero y en un segundo análisis, con el nivel plasmático de D-dímero. Se consideraron significativas las  $p < 0,05$  para el análisis bivariado y  $p < 0,10$  y  $p > 0,15$  como criterios de entrada y salida en el análisis multivariante. El análisis estadístico se realizó con los programas SPSS 15.0 y Epidat 3.1.

**Resultados.** Estudiamos un total de 173 pacientes de los que en 38 no se había solicitado la determinación de D-dímero. Del resto (143 pacientes) el

test fue positivo en 130, lo que indica una sensibilidad de 91%. Se relacionó con la negatividad del D-dímero un mayor número de días de clínica previo al diagnóstico ( $8 \pm 11$  días en los casos con D-dímero positivo y  $15 \pm 11$  días en los negativos), siendo más frecuente el número de pacientes con D-dímero negativo que eran diagnosticados más de 5 días tras el inicio de la clínica de ETV. En el análisis multivariante el número de días de clínica previo al diagnóstico no se relacionaba con la negatividad del D-dímero ni otra variable de las consideradas. En cuanto al nivel del D-dímero solo se determinó que los valores  $< 2500$  eran más frecuentes en los pacientes menores a 50 años y con una edad media inferior ( $61 \pm 16$  frente a  $70 \pm 15$  para aquellos con D-dímero  $> 2500$ ). En el análisis multivariante se determinó que la edad inferior a 50 años (OR = 0.3, IC95%: 0.1-0.9) y la ETV secundaria (vs idiopática) (OR = 2.0; IC95%: 0.9-4.4) se relacionaban con unos niveles de D-dímero muy elevados.

**Conclusiones.** Nuestro estudio, limitado fundamentalmente por el número de pacientes incluidos, determina que la positividad del D-dímero podría estar en relación con el número de días de clínica previos al diagnóstico. Los valores muy elevados de D-dímero (superiores a 5 veces el límite superior de la normalidad) podrían estar en relación con la edad del paciente (menos elevado en pacientes más jóvenes) y con la situación de ETV secundaria, probablemente debido a que en estos pacientes se incluyen situaciones que también aumentan el D-dímero independiente de la concurrencia de un episodio de ETV (neoplasias o cirugía previa).

#### T-24

### SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO. CASUÍSTICA DEL HOSPITAL DE MÓSTOLES (2000-2008)

R. Pínua Orrasco, M. Patiño Rodríguez, J. Churrua Sarasqueta, R. Ruiz Esteban y J. Ruiz Galiana

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Móstoles. Móstoles (Madrid).

**Objetivos.** Describir y analizar las características clínicas, analíticas y evolutivas de los pacientes con criterios analíticos de Síndrome antifosfolípido (SAF) con y sin clínica compatible con dicho diagnóstico. Revisión del cumplimiento de las recomendaciones diagnóstico-terapéuticas en relación a las tendencias actuales descritas en la literatura.

**Material y métodos.** Revisión de 86 historias clínicas de pacientes con al menos dos determinaciones de ACAS positivas a título moderado-alto (ACAS  $> 30$ ) y/o Anticoagulante lúpico con 12 semanas de intervalo. División posterior de los pacientes en dos grupos: con criterios y sin criterios clínicos de SAF, basados en el último consenso (Sydney 2006).

**Resultados.** Del total de la población estudiada el 57% eran mujeres. La edad media de los pacientes fue de 47. El 52% cumplían criterios de SAF(45). El motivo del estudio más frecuente en el grupo de asintomáticos fue la presencia de APTT alargado o el diagnóstico previo de una conectivopatía. Los ACAS se solicitaron en todos los pacientes, el Anticoagulante Lúpico (ACL) en un 70% y los Ac. Anti.b2 GP-I en un 14%. Los pacientes con SAF eran su mayoría primarios (84%). En los casos secundarios, la conectivopatía más frecuentemente asociada fue el LES. De los 45 pacientes con SAF, 29 presentaron síntomas neurológicos, 17 enfermedad tromboembólica (ETB), 2 ambas manifestaciones y sólo uno patología obstétrica. De las manifestaciones neurológicas la más frecuente fue el accidente cerebrovascular ACV (65,7%), seguido de la cefalea (22,9%), la crisis comicial (11,4%) y la amaurosis fugax (5,7%). En la enfermedad tromboembólica la manifestación más frecuente fue la trombosis venosa profunda (77,8%). Todos los pacientes con SAF recibieron algún tipo de tratamiento antitrombótico: antiagregación y/o anticoagulación. De los 16 pacientes con ETB, 12 estaban anticoagulados de los cuales recurrió un paciente coincidiendo con INR  $< 2$ . De los 4 pacientes no anticoagulados, por diversos motivos, recurrieron 3. De los 22 pacientes con ACV, 12 estaban antiagregados, 5 anticoagulados y 5 con ambos tratamientos. De los pacientes antiagregados, dos presentaron recurrencias y de los 10 anticoagulados 4: 2 con INR desconocido, 1 con INR  $< 2$  y 1 con INR entre 3-4. En el grupo de pacientes asintomáticos el 44% recibió profilaxis primaria (antiagregación). La mayoría de los pacientes que recibieron profilaxis primaria asociaba otra conectivopatía. Ningún paciente ha presentado eventos tromboticos de momento.

**Discusión.** El SAF asocia fenómenos tromboticos arteriales y/o venosos, abortos de repetición y la presencia de anticuerpos antifosfolípidicos (AFL). Se trata de una entidad con importante morbimortalidad, muchas veces en población joven. Existen controversias acerca del tratamiento óptimo del SAF, de la profilaxis en el embarazo, del riesgo trombotico que confieren los anticuerpos. Estos hechos han motivado la revisión de nuestra casuística. Las características nuestra muestra son similares a las series generales, salvo por la presencia de muy escaso número de patología obstétrica. Este resultado puede estar alterado presumiblemente por la ausencia de determinación de AFL en las pacientes con abortos. La determinación de anticuerpos anti 2.b GLP I no está estandarizada aunque sean criterio independiente de SAF. El riesgo de retrombosis en los pacientes con ACV

no ha demostrado diferencias entre los antiagregados y anticoagulados aunque se trata de una muestra muy pequeña. Aunque en la literatura no hay evidencia de superioridad frente a la antiagregación, la mayoría de los expertos recomiendan la anticoagulación en los casos de trombosis arteriales. El uso de una u otra opción dependen del médico y paciente, ante la falta de consenso. La profilaxis primaria en pacientes con AFL no está bien establecida, no obstante en nuestro hospital se antiagrega a la mayor parte de los que asocian otra conectivopatía.

**Conclusiones.** Las características de nuestra población con SAF y el manejo de dicha patología se correlaciona con lo descrito en la literatura.

#### T-25

### DERMATOMIOSITIS Y ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA

A. Fernández Luque<sup>1</sup>, A. Selva O'Callaghan<sup>1</sup>, V. Garrigasait<sup>1</sup>, M. Pons<sup>1</sup>, M. Martín Fortea<sup>2</sup>, A. Labirua<sup>1</sup>, E. Trallero Araguás<sup>1</sup> y M. Vilardell Tarrés<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Unidad de Enfermedades Autoinmunes. Hospital General Vall d'Hebron - Área General. Barcelona.

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

**Objetivos.** Las miopatías inflamatorias son enfermedades multisistémicas de etiología desconocida, que afectan a la musculatura esquelética preferentemente, así como a otros órganos de la economía, entre los que destacan la piel y el pulmón. Existe la impresión clínica de que estos pacientes presentan con cierta frecuencia enfermedad tromboembólica (ETE) asociada. El objetivo de este estudio fue analizar los episodios de trombosis venosa profunda o embolia pulmonar en una serie amplia de 133 pacientes diagnosticados de miopatía inflamatoria en un mismo centro.

**Material y métodos.** Cohorte histórica de 133 pacientes diagnosticados de miopatía inflamatoria y controlados en nuestras consultas durante el período 1983-2009. Retrospectivamente se estudiaron aquellos casos con trombosis venosa de cualquier territorio venoso y/o embolia pulmonar aparecida durante el período diagnóstico de la enfermedad o posteriormente. Se analizaron entre otros los siguientes parámetros: cáncer asociado, tipo de miopatía inflamatoria que presentaba el paciente (dermatomiositis [DM], polimiositis [PM] o miositis por cuerpos de inclusión), si el episodio tromboembólico tuvo lugar durante la actividad de la enfermedad o coincidiendo con la administración de inmunoglobulinas intravenosas (IGIV) y la recidiva al suspender el tratamiento anticoagulante tras un período de 6-12 meses de anticoagulación. Cuando fue posible se practicó un estudio completo de trombofilia que incluyó la determinación de antitrombina III, déficit de proteína C y S, resistencia a la proteína C activada (Factor V de Leiden), mutación de la protrombina 20210 y anticoagulante lúpico.

**Resultados.** Ocho (6%) pacientes (7 DM y 1 PM; 2 varones /6 mujeres) presentaron un evento trombotico durante el seguimiento (seguimiento medio [DE] 7,1 [8,1] años). En 4 pacientes (50%) se manifestó como trombosis venosa profunda (TVP), 2 (25%) como embolia pulmonar (EP) y 2 (25%) como EP y TVP simultáneos. En 3 pacientes (37,5%) se diagnosticó además una enfermedad neoplásica, de origen ginecológico, 2 de mama y 1 de ovario. Hubo recidiva de la ETE al suspender el tratamiento en 3 pacientes (37,5%). El evento trombotico coincidió con un período de actividad de la miopatía en 3 pacientes (37,5%). Sólo un caso (12,5%) presentaba neoplasia activa en el momento de la trombosis venosa y 3 pacientes habían recibido en alguna ocasión tratamiento con IGIV, si bien únicamente en 1 la administración de las IGIV coincidió en el tiempo con el episodio tromboembólico. En 4 pacientes (50%) se realizó un estudio de trombofilia, cuyo resultado fue patológico únicamente en un caso (anticoagulante lúpico positivo). Por otro lado, 2 (25%) pacientes tenían además algún factor de riesgo de trombosis añadido: 1 seguía tratamiento hormonal con tamoxifeno primero y letrozol después, y otro presentó una TVP de vena subclavia siendo portador de vía central a dicho nivel. En 4 pacientes (50%) no se detectó actividad de la miopatía ni de la neoplasia en el momento del fenómeno trombotico, no estaban en ese momento recibiendo tratamiento con IGIV y tampoco tenían otro factor conocido predisponente de trombosis.

**Discusión.** En la serie de pacientes estudiados se ha encontrado una incidencia de ETE del 6% en las miopatías inflamatorias y del 12% en las DM. Es conocido que la etiología de la ETE es multifactorial, y es probablemente la suma de varios factores protromboticos lo que al final favorece la aparición del evento clínico. La DM, miopatía inflamatoria que cursa con mayor afectación vascular en el músculo, y la presencia de factores asociados (actividad enfermedad, neoplasia, reposo, fármacos como las IGIV y otros) podrían explicar la elevada incidencia de ETE encontrada en este estudio. Desde el punto de vista clínico, la asociación entre DM y ETE, ambos fenómenos de conocido comportamiento paraneoplásico no siempre pone de manifiesto la existencia de una neoplasia oculta. La recidiva del evento tromboembólico venoso al suspender el tratamiento en un tercio de los pacientes plantea la duda de si ante un primer episodio de ETE en un paciente con DM la anticoagulación indefinida no sería la mejor actitud terapéutica.

### T-26 TRATAMIENTO HOSPITALARIO VS EXTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES CON TROMBOSIS VENOSA

F. de la Calle Prieto<sup>1</sup>, M. Gómez Antúnez<sup>1</sup>, C. López González-Cobos<sup>2</sup>, C. Cuenca Carvajal<sup>3</sup>, M. Villalba García<sup>2</sup>, O. López Berastegui<sup>1</sup>, B. Pinilla Llorente<sup>1</sup> y A. Muño Miguez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna <sup>2</sup>A, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna D. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

<sup>3</sup>Unidad de Corta Estancia. Hospital General Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivos.** La disponibilidad de heparinas de bajo peso molecular permite tratar a los pacientes con trombosis venosa profunda (TVP) sin ingreso hospitalario. Nuestro objetivo es ver la evolución de los pacientes diagnosticados de TVP tratados extrahospitalariamente frente a aquellos en los que el tratamiento fue hospitalario.

**Material y métodos.** Se estudiaron 190 pacientes diagnosticados de TVP en el servicio de urgencias de un hospital terciario. Se han analizado los factores de riesgo, la evolución y la recidiva en éstos pacientes. Se ha comparado los pacientes que fueron tratados extrahospitalariamente frente a los que permanecieron ingresados. La decisión de ingreso hospitalario del paciente era a criterio de su médico responsable.

**Resultados.** De los 190 pacientes el 52% eran varones. La edad media de los pacientes era de 68,4 años. Tenían antecedentes de enfermedad tromboembólica previa el 20%, de neoplasia el 17%, de cirugía o inmovilización el 26% y de hospitalización previa el 16%. Los síntomas que referían a su diagnóstico eran dolor de la extremidad el 46%, tumefacción el 65% y edema el 66%. Usando el test de Wells el 93% de los pacientes tenían alta probabilidad y el 7% baja probabilidad. El Dímero D fue mayor que el valor de corte de referencia del laboratorio en el 99% de los pacientes. Fallecieron el 13% de los pacientes, atribuible a enfermedad tromboembólica solo en el 2,6% de los casos. Tuvieron una recidiva el 9% de los pacientes y en el 2,6% de los pacientes se diagnosticó nueva enfermedad neoplásica. No hemos encontrado diferencias significativas entre los pacientes que reciben tratamiento ingresados frente a los no ingresados en los antecedentes, ni en la presentación clínica, ni la recidiva ni éxitos. Los pacientes que fueron diagnosticados de una nueva neoplasia tenían más ingresos hospitalarios con  $p < 0,06$ .

**Discusión.** Los pacientes con TVP pueden recibir tratamiento extrahospitalario siempre que la situación clínica del paciente sea estable y tengan el adecuado soporte y seguimiento médico. La decisión de recibir tratamiento hospitalario está más relacionada con la presencia de patología crónica de base que hace que éstos pacientes sean más susceptibles de poder presentar efectos adversos y no por el riesgo de recidiva. La sospecha de que la TVP que presenta el paciente sea secundaria a una neoplasia no diagnosticada hasta el momento influye en la decisión de ingreso hospitalario.

**Conclusiones.** Uno de los factores que influyen para decidir ingreso hospitalario de una TVP es la sospecha de que ésta sea secundaria a patología neoplásica no conocida.

### T-27 TROMBOSIS DE VENA DE LA RETINA: ¿ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA O PATOLOGÍA ARTERIOESCLERÓTICA?

I. Vaqueiro<sup>1</sup>, B. Sopena<sup>1</sup>, M. González<sup>2</sup>, C. Vázquez-Triñanes<sup>1</sup>, I. Villaverde<sup>1</sup>, M. Alonso-Parada<sup>1</sup>, S. Campos<sup>2</sup> y C. Martínez-Vázquez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Trombosis y Vasculitis. <sup>2</sup>S<sup>o</sup> de Medicina Interna. Hospital Xeral de Vigo. Vigo (Pontevedra).

<sup>2</sup>S<sup>o</sup> de Oftalmología. Policlínico CIES. Vigo (Pontevedra).

**Objetivos.** Determinar los factores de hipercoagulabilidad y de riesgo cardiovascular (FRCV) asociados en nuestro medio a la trombosis de vena de la retina (TVR).

**Material y métodos.** Se revisó de forma retrospectiva el historial de 45 pacientes diagnosticados sucesivamente de TVR mediante angiografía fluoresceínica durante un período de 21 meses.

**Resultados.** El 66.7% de los casos fueron mujeres y el 35.5% tenía afectación de la vena central; la edad media fue  $69.5 \pm 10.34$  años (rango 38-90). Se realizó estudio de hipercoagulabilidad en 18 casos detectándose alguna alteración en 11 (61.1%): hiperhomocisteinemia (3 casos), déficit de proteína C o S (4 y 2 casos respectivamente), anticuerpos anticardiolipina y anti $\beta$ 2-glicoproteína (1 caso), anticoagulante lúpico (1 caso). El 100% de las OVR presentaban al menos un FRCV (78.6% hipertensión, 88.4% dislipemia, 15.2% diabetes), estando presentes 3 o más en el 15.2%. Tres pacientes tenían antecedentes de cardiopatía isquémica, 6 de neoplasia activa y 5 de trombosis previas (2 ictus y 3 trombosis oculares). El 36.9% recibía tratamiento para algún FRCV y 9 con antiagregación. Tras la TVR 17 casos fueron tratados con al menos un fármaco: antiagregación en 12, anticoagulación o HBPM a dosis profilácticas en 6, antihipertensivos en 3, estatinas en 3 y ácido fólico en 1; en 21 casos se administraron antiangiogénicos a nivel ocular.

**Discusión.** La patogenia de la TVR no está bien definida, habiéndose implicado tanto factores protrombóticos como arterioescleróticos. En nuestro estudio llama la atención la presencia constante de FRCV y la escasa tendencia a ser tratados. Destaca también la gran proporción de neoplasias presentes al diagnóstico y el alto porcentaje de pacientes con estudio de hipercoagulabilidad positivo, lo cual puede deberse a que se solicitó en casos muy seleccionados. El análisis individual de los distintos factores no mostró diferencias significativas en función de edad, sexo o localización de la TVR.

**Conclusiones.** En nuestro medio la TVR siempre se asocia a la presencia de factores de riesgo cardiovascular, por lo que debe hacerse una búsqueda y tratamiento activo de los mismos. El estudio de trombofilia debe individualizarse en cada caso, siendo los factores más frecuentes la hiperhomocisteinemia y una neoplasia activa.

### T-28 TROMBOSIS VENOSA MESENTÉRICA SUPERIOR. UN RETO DIAGNÓSTICO PARA EL INTERNISTA

Z. Santos, A. Martín, J. Pérez, F. Acosta, H. Sterzik, J. López, N. Jaén y J. Gómez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

**Material y métodos.** Presentamos la experiencia de nuestro Servicio en el último año.

**Resultados.** Paciente 1.-paciente de 63 años con apendicectomía y cirugía de manguitos de rotadores que consulta por dolor en epigastrio de 15 días de evolución irradiado a mesogastrio que aumenta con las comidas y mejra con genuflexión. Refiere pérdida de apetito y pérdida de peso, sin fiebre asociada ni alteraciones en el hábito intestinal. A la exploración solamente destaca la presencia de dolor en epigastrio y en mesogastrio sin signos de irritación peritoneal. En las pruebas complementarias destaca la presencia de Dímero D elevado (4.214 ngr/dl), siendo el resto de la analítica normal. Entre las pruebas de imagen se realizó Rx simple de abdomen y ecografía abdominal que fueron normales, realizándose TAC de abdomen que demuestra la presencia de trombosis venosa mesentérica superior y portal con nódulo solitario en LID de aspecto benigno. Se inició tratamiento con heparina sódica y posteriormente con acenocumarol, siendo la evolución satisfactoria. El control radiológico mostró resolución de la trombosis y desaparición del nódulo pulmonar. Se realizó estudio de hipercoagulabilidad que demuestra mínima elevación de homocisteína (20.6 mMol/l) siendo el resto normal. Paciente 2.-mujer de 30 años con antecedentes de toma de anticonceptivos orales que consulta por dolor en epigastrio de 18 días de evolución, que se irradia a espalda sin náuseas, diarrea ni vómitos. Se trató de forma sintomática en el servicio de Urgencias, manteniéndose la clínica por lo que se realizó ecografía abdominal que manifiesta trombosis de la porta. Se solicitó TAC abdominal, presentando defecto de replección a nivel de la vena mesentérica superior, siendo la porta permeable. Se inició tratamiento con heparina sódica y posteriormente acenocumarol, evolucionando de forma satisfactoria desde el punto de vista clínico y radiológico. En la analítica destaca la presencia de ANAS positivos 1/160. El estudio de hipercoagulabilidad y el estudio de autoinmunidad realizados posteriormente fueron normales. Se mantuvo la anticoagulación durante 6 meses y se retiraron los anticonceptivos orales.

**Discusión.** La trombosis venosa mesenterica superior representa entre 5-15% de la isquemia mesenterica con una mortalidad entre 15-40% debido a la dificultad en el diagnóstico. La forma de presentación puede ser aguda en minutos u horas, o bien de forma subaguda, manifestándose como dolor abdominal, náuseas, vómitos, anorexia y diarrea. Hematemesis, melenas o hematoquecia son menos frecuentes. Algunos factores predisponentes son las enfermedades congénitas, estados protrombóticos, infecciones abdominales, enfermedad inflamatoria, postoperatorios, cirrosis hepática o hipertensión portal, neoplasias y traumatismos abdominales. El diagnóstico es dificultoso por la presencia de signos y síntomas inespecíficos siendo la ecografía, TAC abdominal o arteriografía las técnicas de diagnóstico ante la sospecha clínica. Algunos pacientes requerirán laparotomía y algunos se diagnosticaran en autopsias. El tratamiento consiste en anticoagulación con o sin cirugía, demostrándose que la anticoagulación mejora la supervivencia y reduce las recurrencias. Las series consultadas presentan un número escaso de pacientes (13, 16 ó 30) en un periodo de 5 años (aproximadamente 3 casos anuales).

**Conclusiones.** La trombosis venosa mesentérica superior es un diagnóstico difícil con alta mortalidad. La sospecha clínica junto a técnicas de imagen (ecografía o TAC) nos confirmarán el diagnóstico. El tratamiento precoz con anticoagulación mejora el pronóstico, la recurrencia y evitará la cirugía.

## T-29

**NIVELES DE D-DÍMEROS Y TIPO DE TROMBOEMBOLIA PULMONAR. REVISIÓN DE 132 CASOS****C. Henríquez Camacho, J. Atance García de la Santa y J. Trippe***Servicio de Medicina Interna I. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

**Objetivos.** El propósito de nuestro estudio fue estudiar la asociación ente niveles de D-dímeros y el tipo de tromboembolia pulmonar (TEP) bilateral o segmentaria, determinado por tomografía computada (TC).

**Material y métodos.** Se realizó una revisión retrospectiva de los pacientes ingresados en el Hospital Clínico San Carlos durante el año 2008 con diagnóstico de TEP basados en criterios clínicos y radiológicos por gammagrafía o TC (bilateral o segmentario). Se dividieron los pacientes en 3 grupos según los niveles de D-dímeros: grupo 1: < 500 ug/mL, grupo 2: 501-1000 ug/mL y grupo 3: > 1001 ug/mL.

**Resultados.** TEP fué diagnosticada en 222 pacientes. Sólo se analizaron los datos completos de 132 pacientes (60%). La mediana de edad fue de 79 años (rangos intercuartiles: 69 y 83). La relación mujer/hombre fué: 1.3/1. La mediana de D-dímero fue 1531 ug/dL (rangos intercuartiles: 785, 3267). La razón de verosimilitud entre el tipo de TEP y los niveles de D-dímeros fue de 0.257 y entre el tipo de TEP y la edad fue de 0.804.

**Discusión.** El fragmento D-dímero, producto de la degradación de fibrina, ha sido usado como adyuvante en el diagnóstico de enfermedad tromboembólica venosa y en TEP por su alto valor predictivo negativo. Pocos estudios han determinado la relación entre los valores de los D-dímeros y el tipo de TEP por TC. No encontramos asociación significativa entre el tipo de TEP y los niveles de D-dímeros. La principal limitación de este estudio es la representatividad de los sujetos.

**Conclusiones.** Estos resultados sugieren que los niveles de D-dímeros no tienen relación con el tipo de TEP (bilateral o segmentario) determinado por TC.

Tabla 1 (T-29). Tipo de TEP y niveles de D-dímeros

D-dimeros	Tep bilateral	Tep segmentario	Total
<500	5	8	13
501-1000	17	16	33
>1001	52	34	86
Total	74	58	132

## T-30

**REVISIÓN DE LA CASUÍSTICA DE IMPLANTACIÓN DE FILTROS DE VENA CAVA EN NUESTRO HOSPITAL****F. González Gasca<sup>1</sup>, J. Portillo Sánchez<sup>1</sup>, C. Lozano Cejudo<sup>2</sup>, M. Zarca<sup>2</sup> e I. de la Rocha Vedia<sup>1</sup>***<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Radiología Intervencionista Vascul. Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real.*

**Objetivos.** Conocer las características de los pacientes que han requerido en los 2 últimos años implantación de filtro de vena cava inferior (FVC) profiláctico de embolia pulmonar (TEP) en el área de influencia del Hospital General de Ciudad Real.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de 17 casos mediante: 1.- Archivos del Servicio de Radiología Vascul Intervencionista. 2.- Revisión de las características de los pacientes mediante su Historia clínica (HC), bien en papel, bien Electrónica (HCE), evaluando los siguientes parámetros: - Edad - Sexo - TEP - Cáncer - Indicación de implantación de filtro de vena cava - Analíticos: función renal, actividad de protrombina, hemoglobina, dímero D. 3.- Análisis de los datos mediante paquete estadístico EpiInfo y las hojas de cálculo Calc y Excel.

**Resultados.** Los resultados obtenidos en los casos que requirieron FVC fueron: Edad media: 70 años Sexo: 58,8% hombres; 41,2% mujeres TVP y cáncer: el 47% presentaban cáncer. TEP y cáncer: el 75% de pacientes con TEP presentaban cáncer. Valores analíticos medios: -Dímero D: 1952,17 ng/ml -Act. protrombina: 74,06% -Creatinina: 0,97 mg/dl -Hemoglobina: 10,52 g/dl. Las indicaciones de FVC se encuentran en la tabla 1. Tipo de FVC empleado: 29% Permanente; 71% Retirable, de los que fueron retirados el 8%.

Tabla 1 (T-30). Indicaciones FVC

D-dimeros TEP bilateral	TEP segmentario	Total
TVP que precisa cirugía	4	23,53%
TVP + sangrado con anticoagulantes	5	29,41%
TVP + sangrado reciente/actual previo tratamiento	5	29,41%
TVP + complicaciones tratamiento con ACO	3	17,65%

**Discusión.** El FVC es útil en la prevención de TEP en pacientes con TVP en los que el tratamiento con anticoagulantes está contraindicado.

**Conclusiones.** El FVC es una opción profiláctica de TEP en pacientes con TVP que debe tenerse en cuenta en aquellos pacientes de alto riesgo hemorrágico, precisen intervención quirúrgica o desarrollen complicaciones con tratamiento anticoagulante. En nuestra serie encontramos que: a) Las indicaciones se ajustaron a las recomendaciones de las guías clínicas. b) El 60%, se relacionó con presencia clínica de sangrado coincidente con la TVP. c) Casi 1/4 parte se enmarcó en el contexto de precisar cirugía y el resto, bien con hemorragia reciente, bien con complicaciones del tratamiento anticoagulante. d) Aparece una significativa prevalencia de pacientes con cáncer en la serie.

## T-31

**ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS. DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE 61 CASOS EN 1 AÑO****M. Peris Sifre<sup>1</sup>, C. Vilar Fabra<sup>2</sup>, A. Climent Raudi<sup>1</sup>, S. Mollá Figueres<sup>2</sup>, M. Beltran Salvador<sup>1</sup>, M. Modesto Alapont<sup>3</sup>, C. Casillas Melendez<sup>4</sup> e I. Busquier<sup>5</sup>***<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Hematología, <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna/Neumología, <sup>4</sup>Servicio de Radiología, <sup>5</sup>Servicio de Oncología. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón. Castellón de la Plana (Castellón).*

**Objetivos.** Describir en una serie de 61 pacientes oncológicos con ETEV en un hospital de referencia en oncología: 1 Epidemiología. 2 Relación de la ETEV con la localización del tumor y tipo histológico. 3 Situación de la enfermedad oncológica en el momento del diagnóstico. 4 Determinar la extensión de la ETEV.

**Material y métodos.** Estudio observacional descriptivo retrospectivo de la ETEV que ha sido vista por la Unidad de Trombosis Multidisciplinar (UTM) del Hospital durante 1 año (junio `08- Junio `09). Criterios de inclusión: neoplasia maligna + ETEV. Criterios de exclusión: tratamiento hormonal, cirugía reciente, enfermedad cardioembólica, ETEV previa, insuficiencia renal. Se realiza a todos los pacientes anamnesis y exploración, analítica, eco doppler mmii y angiotac pulmonar. Variables determinadas: edad, sexo, localización y tipo histológico del tumor, situación de la enfermedad: remisión completa, parcial o progresión de la enfermedad, tratamiento activo (QT), clínica de TVP o TEP, DD, ECO Doppler y angioTAC.

**Resultados.** Se diagnostican 61 pacientes, 30 son varones y 31 mujeres, la edad media es 63.49 (35-83). Las localizaciones del tumor corresponden: 23 colon, 17 ginecológicos (14 ovarios, 2 cérvix, 1 endometrio), 10 pulmon, 2 cerebrales, 2 estómago, 2 próstata, 1 páncreas, 1 esófago, 1 mama, 1 vesícula, 1 renal. Los tipos histológicos fueron: ADC: 39, carcinoma epidermoide: 6, carcinoma microcítico: 6, glioblastoma: 2, no determinado: 8. Se encontraban en remisión completa: 4, remisión parcial: 11 y en progresión: 46. Recibían tratamiento con QT 44 pacientes y 17 sin tratamiento (estadio avanzado). Fueron 27 TVP aisladas, 3 TEP sin evidencia de TVP, 31 TVP+TEP. Todas las TVP fueron sintomáticas pero encontramos 21 TEPs asintomáticos. La localización de la trombosis fué sobre todo en pantorrillas: 34, pero se vieron 9 femorales, 7 iliacas, 3 porta, 2 mesentéricas, 2 cava, 1 renal. El Dímero D resulto positivo en todas las ocasiones.

**Discusión.** El cáncer y la quimioterapia pueden ser causa de hipercoagulabilidad y lesión endotelial aumentando el riesgo de ETEV. La presencia de neoplasia maligna es un factor de riesgo importante en el desarrollo de ETEV que conlleva aumento de morbimortalidad. Por ello se hace necesario la creación de una UTM en un Hospital de referencia en Oncología como el nuestro, para la creación de protocolos de diagnóstico y tratamiento consensuados entre los diferentes especialistas.

**Conclusiones.** La incidencia de ETEV es mayor en pacientes con cáncer avanzado y tratamiento quimioterápico. Aunque la edad es un factor de riesgo y juega un rol importante, en nuestra serie los pacientes son relativamente jóvenes. La variedad histológica y tipo de neoplasia es importante para el desarrollo ETEV, en nuestro estudio las neoplasias del tubo digestivo fueron las más comprometidas seguidas del ginecológico y pulmón. El tipo histológico más predominante fue con diferencia los ADC. La respuesta al tratamiento y la extensión de la enfermedad oncológica juega un papel primordial y guarda una relación directa con el desarrollo de ETEV. La ubi-

cación del cuadro trombotico es un tema a tener en cuenta aunque predomina la localización distal, se encuentran trombosis proximales con cierta frecuencia. Destacar la extensión de la ETEV, mas de la mitad presentan TVP+TEP en el momento del diagnóstico y resaltar la frecuencia de TEPs asintomáticos, por ello es primordial la realización de pruebas diagnósticas para evaluar la extensión de la ETEV aún sin clínica. Se hace necesario la implantación de trabajos de investigación en este campo para valorar un amplio abanico de variables que pueden influir en la ETEV en el paciente con cáncer.

### T-32 TROMBOSIS DE SENOS VENOSOS CEREBRALES: ESTUDIO DE 8 CASOS

**E. Rodríguez Beltrán, M. Budiño Sánchez, O. Abdallaoui, M. Calleja Subirán, M. López Fernández, C. Sánchez Sánchez, D. Sánchez Fuentes y J. Barragán Casas**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila.*

**Objetivos.** Revisar los resultados de nuestra experiencia en los últimos 7 años (2002 a 2008) sobre los casos diagnosticados de trombosis de senos venosos cerebrales en el Complejo Asistencial de Ávila.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo y de seguimiento de los pacientes ingresados en nuestro Complejo Asistencial con el diagnóstico de trombosis del sistema venoso cerebral. El diagnóstico se ha realizado por angiografía.

**Resultados.** Se han valorado 8 pacientes (33.7 ± 13.7 años), 6 mujeres y 2 varones (proporción 4:1). Clínicamente se presentaron como manifestaciones neurológicas (cefalea, disminución nivel conciencia, paresia, ataxia, ...). El Dímero-D se encontraba elevado en 2/4 con escaso valor (528 y 590), en los otros 4 casos no se realizó. El tratamiento fue con heparina de bajo peso molecular seguida de acenocumarol en 7/8 casos. En las mujeres: el 100% tenían factores predisponentes (5/6 tomaban anticonceptivos y 1/6 estaba en el puerperio). En el total de la serie el 50% tenían factores trombofílicos (déficit proteína C, déficit de proteína S y mutación de la tetrahidrofolato metil reductasa). No hubo complicaciones hemorrágicas. No se presentaron recidivas. La mortalidad fue nula.

**Conclusiones.** La trombosis de los senos venosos cerebrales es una complicación rara. Los pacientes son jóvenes (media 33.7 años). Predomina en mujeres (75%) y en todas ellas hubo algún factor predisponente. Los factores predisponentes de trombofilia se presentaron en el 50% de los casos. No hubo complicaciones, recidivas ni mortalidad.

### T-33 TROMBOSIS VENOSA DE MIEMBROS SUPERIORES NO ASOCIADAS A CATÉTERES. PERIODO 1998-2008

**J. Barragán Casas, E. Rodríguez Beltrán, M. Budiño Sánchez, O. Abdallaoui, L. Andreu Urioste, M. López Fernández, M. Calleja Subirán y D. Sánchez Fuentes**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila.*

**Objetivos.** Analizar los casos de trombosis venosa de miembros superiores no asociadas a catéteres intravenosos durante los años 1998-2008 en el Complejo Asistencial de Ávila.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo y de seguimiento de los pacientes ingresados en nuestro Complejo Asistencial con el diagnóstico de trombosis venosa de miembros superiores no asociado a la cateterización venosa.

**Resultados.** Analizamos 20 pacientes de 60 ± 17.2 años, 15 varones y 5 mujeres (proporción 3:1). Clínicamente se presentaron como aumento de tamaño, calor, dolor e impotencia funcional de la extremidad. El diagnóstico se realizó mediante Doppler venoso (14), flebografía (1) y clínico (5). Ningún caso se complicó con embolia pulmonar. El Dímero-D se encontraba elevado en 10/11 casos (91%). El tratamiento se realizó con heparina de bajo peso molecular y en 9 casos se continuó con acenocumarol. En 5 pacientes (25%) se detectaron nuevos tumores o ya lo tenían. En dos casos hubo recidiva de la trombosis. En 5 casos (25%) se asociaron factores favorecedores como inmovilización, trombosis previa, obesidad, varices, insuficiencia cardíaca, EPOC, cirugía, ACVA, hemiplejia e infarto miocárdio. Los pacientes con trombofilia fueron 1/20 (5%). No hubo complicaciones hemorrágicas. Se presentaron 2 recidivas tromboticas. La mortalidad fue de 3 casos, sin relación con el proceso trombotico.

**Conclusiones.** La trombosis venosa de los miembros superiores de nuestra serie fueron 20 casos. Predomina en varones (relación: 3:1). El 25% de los pacientes se les diagnosticó o tenían un tumor activo. Los factores favorecedores se detectaron en el 25% de los pacientes. No hubo complicaciones hemorrágicas. Recidivaron 2 casos (10%). La mortalidad relacionada con el proceso fue nula.

### T-34 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR: ANÁLISIS DE 211 CASOS. PERIODO 1998-2008

**E. Rodríguez Beltrán, C. Sánchez Sánchez, M. Budiño Sánchez, M. Calleja Subirán, O. Abdallaoui, M. Garcinuño Jiménez, D. Sánchez Fuentes y J. Barragán Casas**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila.*

**Objetivos.** Analizar los casos de tromboembolismo pulmonar (TEP) en los pacientes ingresados en el Complejo Asistencial de Ávila. Período 1998-2008.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo y de seguimiento de los pacientes ingresados en nuestro Complejo Asistencial con el diagnóstico de TEP. Los diagnósticos se realizaron mediante TAC helicoidal con protocolo de TEP, gammagrafía o alta sospecha clínica.

**Resultados.** Analizamos 211 pacientes de 71 ± 13.8 años, 123 varones y 88 mujeres. En 109 casos el TEP fue aislado y en 102 asociado a trombosis venosa de miembros inferiores. El diagnóstico se realizó mediante TAC (147), Gammagrafía (41) y Clínico (23). El Dímero-D estaba elevado en 205 pacientes (97.2%), siendo superior a 1000 en 153 casos. La hipoxemia ( $pO_2 < 60$ ) se obtuvo en 114 casos. El tratamiento fue: trombolisis (7), Heparina de bajo peso molecular (200) seguido de acenocumarol en 157 pacientes, la introducción del mismo se realizó entre las 24-72 horas en 71 casos. En 13 pacientes se detectó cáncer de nuevo y en 30 pacientes ya tenían cáncer activo. Los factores favorecedores presentes fueron inmovilización (48), varices (38), obesidad (32), insuficiencia cardíaca (28), EPOC (23), trombosis previa (20), cirugía (18), infarto de miocardio (17), ACVA (11), hemiplejia (6), anticoncepción (5), fracturas (5) y poliglobulia (3). Las complicaciones fueron: hemorragias 17 casos (6 de ellos graves) y recidiva de la enfermedad tromboembólica en 17 pacientes (7 como TEP y 10 como TVP); de ellos, 8 estaban con tratamiento anticoagulante. La mortalidad fue de 18 casos (8.5%), en 12 de ellos (5.6%) en relación con el proceso tromboembólico.

**Conclusiones.** El TEP se produce en pacientes de edad avanzada. El Dímero-D está elevado en el 97.2%. El tratamiento habitual fue con HBPM seguido de sintrom en el 74.4%. Los factores favorecedores más habituales fueron inmovilización, varices, insuficiencia cardíaca, EPOC y obesidad. Las complicaciones fueron: hemorragias 17 (8%), recidiva enfermedad tromboembólica 17 (8%). La mortalidad relacionada con el proceso fue de 12 casos (5.6%).

### T-35 EVOLUCIÓN DE LOS TÍTULOS DE ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO

**M. Jover Ríos, E. Caro Martínez, D. Piñar Cabezas, M. Pérez Fernández, J. Almazán Costa, M. Waez y R. Sánchez Martínez**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante.*

**Objetivos.** Evaluar la evolución de los títulos de anticuerpos antifosfolípido en pacientes con diagnóstico de síndrome antifosfolípido. Descripción de los eventos clínicos relacionados con el síndrome antifosfolípido.

**Material y métodos.** Estudio epidemiológico retrospectivo de pacientes atendidos en la consulta monográfica de enfermedad venosa profunda (EVP) del servicio de Medicina Interna del HGUA con sospecha de SAF seguidos durante el período enero 1999 a marzo 2009.

**Resultados.** Se atendieron 34 pacientes con mediana de edad de 45 años (18-85). El 56% fueron mujeres. El motivo principal por el que se solicitó el estudio fue por enfermedad tromboembólica (62%) (76% presentaba Trombosis venosa profunda en MMII), alargamiento APTT (12%) y eventos asociados a la patología arterial (26%). La mayoría de los pacientes presentaban varices (27%), Hiperlipidemia (21%) y Hipertensión arterial (18%) como factor principal de riesgo cardiovascular. Se diagnosticaron 18 pacientes (65%) de SAF definitivo según criterios del consenso internacional del 2006 y 15 pacientes (45%) con SAF probable. El 64% presentó títulos de APA positivos (55% IgG, 27% IgM y 18% ambos) en la muestra de confirmación con un título medio de 27.39 GPL U/ml para IgG y de 11.4 GPL U/ml para IgM. Además un 24% presentó títulos B2GP positivos (50% IgG, 25% IgM y 25% ambos) con título medio de 23.56 U/ml para IgG y 17,19 U/ml IgM. Un 20% presentó AL positivo. El valor medio de APTT al diagnóstico fue de 41seg. Tras 12 meses de seguimiento el 26% presentó negativización de los títulos de APA. Ningún paciente desarrolló nuevos eventos tromboticos arteriales o venosos independientemente de si negativizó o no los títulos de anticuerpos durante su seguimiento. Tampoco se modificó el tratamiento que llevaban tras el diagnóstico de SAF (anticoagulantes orales los pacientes con eventos tromboticos arteriales o venosos y AAS los pacientes sin eventos previos).

**Discusión.** El síndrome antifosfolípido (SAF) se caracteriza por episodios de trombosis venosa o arterial, abortos de repetición o trombocitopenia y la presencia de anticuerpos antifosfolípido (aFLs). Tras un evento trombotico, el tratamiento actual aconsejado en las guías es la anticoagulación oral de forma indefinida. Dado que estos anticuerpos poseen un mecanismo trombotogénico importante, el conocimiento de su evolución en el tiempo podría ayudar a modificar el tratamiento a largo plazo en estos pacientes.

**Conclusiones.** En nuestra consulta, más de la mitad de los pacientes con enfermedad tromboembólica cumplen criterios desíndrome antifosfolípido. Un porcentaje considerable de estos pacientes presenta negativización de los títulos de APA tras 9 meses de seguimiento y sin nueva aparición de síntomas tras tratamiento correcto. Los fenómenos más frecuentes asociados al SAF son tromboticos, en parte porque estos pacientes se derivan a nuestra consulta monográfica de EVP. Recomendamos el estudio y seguimiento de SAF en pacientes con eventos tromboticos para determinar el riesgo de recidiva tras un primer episodio y realizar estudios interhospitalarios de seguimiento en pacientes con negativización de los anticuerpos para determinar la terapia a seguir, así como valorar la seguridad de la suspensión del tratamiento en pacientes de bajo riesgo.

### T-36

#### LA UTILIDAD DEL DÍMERO-D Y DE LAS ESCALAS DE PROBABILIDAD CLÍNICA EN EL DIAGNÓSTICO DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

O. Araújo Loperena<sup>1</sup>, J. Cegoñino de Sus<sup>2</sup>, L. Noblia Gingena<sup>1</sup>, S. Hernández Toboso<sup>1</sup>, R. Ramírez Montesinos<sup>1</sup>, C. Creus Gras<sup>1</sup>, A. Díaz Crombie<sup>1</sup> y E. Pedrol Clotet<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona.

<sup>2</sup>Servicio de Neumología. Hospital de Barbastro. Barbastro (Huesca).

**Objetivos.** Conocer la aplicabilidad del dímero-D (DD) y de las escalas de probabilidad clínica de tromboembolia pulmonar de Wells et al (EW) y de Ginebra (EG) para el diagnóstico del tromboembolismo pulmonar (TEP).

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal de los pacientes dados de alta de nuestro centro con el diagnóstico de TEP durante 18 meses consecutivos. Los criterios diagnósticos fueron el hallazgo de alta probabilidad en la gammagrafía de pulmón según los criterios de PLOPED o el hallazgo de un defecto de repleción en la angiografía computarizada (angio-TC) o en la angiografía pulmonar convencional. Se han recogido variables demográficas, clínicas, analíticas y exploratorias. A todos los casos se les ha aplicado la puntuación según la EW y según la EG en el momento de la primera sospecha diagnóstica. Se consideran positivos los valores de DD superiores a 0,2 mg/L. Se ha realizado el análisis estadístico mediante el programa SPSS 16. Las variables continuas se han descrito utilizando la media y la desviación estándar (DS). Las variables categóricas se han descrito a través de las frecuencias absoluta y relativa. Para ambos tipos de variables se presentan los intervalos de confianza del 95%.

**Resultados.** Se han incluido 73 casos con una edad media de 72,6 años (DS 15,03). El 53,4% de los casos fueron mujeres. Se ha obtenido un valor medio de DD de 2,95 mg/L (IC 95%: 2,01-3,88). El 24,3% de los pacientes obtuvo una probabilidad clínica baja para TEP según la EW y el 29,4% según la EG. En los pacientes con probabilidad clínica baja según la EW se ha obtenido un valor medio de DD de 2,67 mg/L (IC 95%: 0,80-4,54) y en aquellos con probabilidad clínica baja según la EG se ha obtenido un valor medio de DD de 2,68 mg/L (IC 95%: 0,67-4,67).

**Discusión.** Aunque no se ha demostrado que graduar la probabilidad clínica mediante las escalas de puntuación sea más seguro que la valoración empírica de médicos con experiencia en el diagnóstico del TEP, sí existe consenso en su validez para áreas de atención multidisciplinar y para médicos en formación. Por otra parte, el valor clínico de los DD viene dado por su elevada sensibilidad. Son especialmente útiles en aquellas áreas, donde al utilizarlos en combinación con la probabilidad clínica, en el subgrupo de probabilidad baja tiene un valor predictivo muy elevado para descartar el TEP. No existe evidencia favorable sobre su utilidad en pacientes con comorbilidad relevante, en quienes difícilmente los DD serán negativos. En nuestro estudio se demuestra que en los casos en los que se documentaron probabilidades clínicas bajas para el diagnóstico de TEP, la positividad de los DD ayudó a no descartar la sospecha diagnóstica que posteriormente se confirmó.

**Conclusiones.** 1. Para utilizar los DD en la sospecha diagnóstica del TEP es aconsejable establecer previamente la probabilidad clínica. 2. La combinación de probabilidad clínica baja y DD negativos puede ayudar a descartar el TEP. 3. La combinación de probabilidad clínica baja y DD positivos no debe descartar el diagnóstico de TEP.

### T-37

#### TROMBOEMBOLISMO PULMONAR. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS

R. Puerta Louro<sup>1</sup>, L. González Vázquez<sup>1</sup>, F. Fernández Fernández<sup>1</sup>, A. Sanjurjo Riva<sup>1</sup>, S. Araujo Fernández<sup>1</sup>, H. Enríquez Gómez<sup>1</sup>, M. De la Puente Fernández<sup>2</sup> y J. De la Fuente Aguado<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Codificación. Hospital Povisa S.A. Vigo (Pontevedra).

**Objetivos.** El tromboembolismo pulmonar (TEP) es un diagnóstico común en los pacientes ingresados en nuestros hospitales. El objetivo de este estudio fue analizar la epidemiología, características clínicas, pruebas diagnósticas realizadas, tratamiento y mortalidad de TEP en nuestro hospital.

**Material y métodos.** Realizamos un análisis retrospectivo de todos los ingresos hospitalarios entre cuyos diagnósticos se incluya TEP desde el 1 de Enero al 31 de Diciembre de 2007.

**Resultados.** Identificamos 112 casos, con una edad media de 67 años, 54% mujeres, y presentaban trombosis venosa profunda 28% (territorio proximal 23%, distal 3% casos y miembro superior 2%). Tenían antecedentes de inmovilización 38%, neoplasia 19%, cirugía en mes previo 14%, trombosis previas 7%, HTA 39%, dislipemia 16%, diabetes mellitus 13%, fibrilación auricular 14%, EPOC 11%, ACV 7%, cardiopatía isquémica 6% e insuficiencia renal 3%. Las manifestaciones clínicas que presentan son 68% disnea, 52% dolor torácico, 13% tos, 5% hemoptisis, 5% cianosis, 2% síncope, 23% clínica de TVP, y ausencia de síntomas 15% (29% de ellos tenían sintomatología de TVP). Se realiza TAC Torácico (TT) en 98 casos (diagnóstico en 96%) y Gammagrafía Ventilación-Perfusión (GVP) en 33 casos (76% diagnóstica). Se completó estudio con Ecocardiograma en 24%. Se inició tratamiento con heparinas de bajo peso molecular y anticoagulantes orales en 99% y 69% respectivamente, que se mantienen al alta en 61% y 77%. No se realizó tratamiento fibrinolítico ni quirúrgico, ni se implantó ningún filtro de vena cava. Falleció durante el ingreso un 12,5%.

**Conclusiones.** La utilización de Angio-TAC en el diagnóstico de TEP supera a la GVP. La inmovilización, la neoplasia, la cirugía son factores predisponentes presentes en nuestros pacientes. La sintomatología, presente en la mayoría de los pacientes, hace sospechar su presencia. La mayoría de los pacientes reciben tratamiento con heparina de bajo peso molecular y anticoagulación oral al alta. La mortalidad es elevada.

### T-39

#### TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN UN HOSPITAL COMARCAL. DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE CLÍNICA

L. Hurtado Carrillo, M. Moreno Azofra y J. Hernández Criado

Servicio de Medicina Interna. Hospital Santiago Apóstol. Miranda de Ebro (Burgos).

**Objetivos.** Describir las características de los enfermos diagnosticados de tromboembolismo pulmonar (TEP) en un hospital comarcal.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes ingresados entre Enero de 2007 y Diciembre de 2008. Se revisaron las historias clínicas de acuerdo a un protocolo establecido y se recogieron los datos demográficos, estancia media, factores predisponentes, características clínicas, pruebas diagnósticas y tratamiento hasta el momento del alta hospitalaria.

**Resultados.** Se incluyeron 26 pacientes. La edad media fue de 75,9 ± 11,8 años. 57,7% eran varones. La estancia media fue 13,5 ± 5,7 días. Factores predisponentes: 38,5% neoplasia, 38,5% inmovilidad prolongada u hospitalización, 11,5% enfermedad tromboembólica previa, 7,7% insuficiencia cardíaca, 3,8% enfermedad pulmonar obstructiva crónica, 3,8% estado postoperatorio. Ningún paciente presentó trombofilia. Los síntomas más frecuentes fueron la disnea en un 88,5%, dolor torácico 50%, síncope, hemoptisis o fiebre 7,1%. Un 63,3% presentaba taquicardia, fiebre 3,8%. En tan solo 11 pacientes se reflejo en la historia clínica la frecuencia respiratoria, objetivándose taquipnea en 7(26,9% del global). Se realizó gasometría arterial en 23 pacientes observándose hipoxemia en 39,1%, insuficiencia respiratoria 47,8%, hipocapnia en un 8,3%. El Dímero D fue positivo en los 26 pacientes. Las alteraciones en el ECG fueron: arritmia supraventricular 30,8% (siendo la fibrilación auricular un 15,4%), bloqueo de rama derecha 26,9%, morfología S1Q3T3 3,8%. Los hallazgos en la radiografía simple de torax: derrame pleural 26,9%, infiltrados pulmonares 19,2%, elevación del hemidiafragma en 11,5%, signos de hipertensión pulmonar y cardiomegalia en un 7,7%, atelectasia en 3,8%. En 18 pacientes se realizó ecodoppler de miembros inferiores siendo diagnóstico de trombosis venosa profunda en 12(66,6%). En 7 se realizó ecocardiograma observándose signos indirectos de disfunción del ventrículo derecho en 3, lo que supone un 42,8% de los realizados. Todos los pacientes fueron diagnosticados mediante TC helicoidal siendo un 77,7% TEP arterias pulmonares centrales y un 22,3% arterias periféricas. Al ingreso el 96,2% recibió tratamiento con heparina de bajo

peso molecular(HBPM), fibrinólisis 3,8%. 5 (19,2%) pacientes fueron dados de alta con HBPM frente a 21 (80,7%) con acenocumarol. Ningún paciente falleció durante el ingreso.

**Discusión.** El TEP es una patología frecuente en pacientes de edad avanzada y con comorbilidad asociada. El amplio espectro clínico supone una dificultad diagnóstica, por lo que es necesario utilizar algoritmos y diversas pruebas complementarias para el diagnóstico de certeza. Las alteraciones gasométricas son similares a otras series a excepción de la hipocapnia que se presenta con menor frecuencia en nuestra serie. Más de la mitad de los ecodopplers de miembros inferiores fueron positivos lo que implica que puede ser de ayuda en la fase de sospecha diagnóstica. La TC helicoidal es la prueba de elección en nuestro medio debido a su accesibilidad y alta sensibilidad. El TEP central es más frecuente que el periférico sin que implique un peor pronóstico. La utilización temprana de HBPM es una práctica habitual adecuada a las guías clínicas.

**Conclusiones.** El TEP es más frecuente en pacientes de edad avanzada. Las neoplasias y la inmovilización son los factores predisponentes más frecuentes en nuestra serie. La disnea y el dolor torácico son los principales síntomas de presentación. La taquipnea es frecuente, si bien es un dato pocas veces reflejado en la historia clínica. La mortalidad es baja a pesar de que más de la mitad de los TEP diagnosticados en nuestra serie son de arterias pulmonares principales, por tratarse de un Hospital Comarcal sin Unidad de cuidados intensivos donde los pacientes con criterios de gravedad son derivados al hospital de referencia.

#### T-40 TROMBOSIS RETINIANA Y PERFIL CIRCADIANO DE LA PRESIÓN ARTERIAL

Á. Hermida Ameijeiras<sup>1</sup>, J. López Paz<sup>1</sup>, M. Pazo Núñez<sup>1</sup>, M. Romero Míguez<sup>1</sup>, I. Rodríguez López<sup>2</sup>, E. González<sup>2</sup>, P. Pacheco<sup>3</sup> y C. Calvo Gómez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Hipertensión Arterial y Riesgo Vascular, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela (A Coruña).

<sup>3</sup>Instituto Gallego de Oftalmología. Hospital Médico-Quirúrgico de Conxo. Santiago de Compostela (A Coruña).

**Objetivos.** Aunque sea un evento vascular poco referenciado en la literatura, la trombosis retiniana es una complicación bastante frecuente en la población hipertensa, cuyo mecanismo no está claro. El objetivo del presente estudio ha sido evaluar el perfil circadiano de la presión arterial (PA) en una cohorte de pacientes diagnosticados de trombosis de la vena central de la retina (TVCR), utilizando la monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA)

**Material y métodos.** En un estudio prospectivo, se incluyeron 74 pacientes (45 hombres y 29 mujeres, edad 60,4 ± 11,3 años) con confirmación diagnóstica oftalmológica de TVCR en el INGO (Instituto Galego de Oftalmoloxía). En todos los casos, se realizó una evaluación clínica y biológica y se monitorizó, de forma ambulatoria, la PA durante 24 horas, a intervalos de 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00 horas y cada 30 minutos por la noche, utilizando un monitor Spacelabs 90207 y se ajustó individualmente el período de actividad y descanso para cada paciente.

**Resultados.** La TVCR se produjo en un solo ojo en 63 pacientes (85,1%); la vena temporal superior fue el lugar de la trombosis en 47 sujetos (63,5%); en el resto de los pacientes, la trombosis se produjo en la vena temporal inferior. Después de la evaluación clínica, 70 pacientes (94,6%) fueron diagnosticados de hipertensión arterial (HTA) con medida clínica de la PA. La MAPA confirmó el diagnóstico de HTA en 68 sujetos (91,9%); 2 pacientes (2,7%) eran hipertensos de bata blanca y 4 sujetos (5,4%) eran normotensos. En los pacientes con HTA, 28 (41,2%) tenían un perfil circadiano dipper, 24 (35,3%) non-dipper, 14 (20,6%) riser y 2 pacientes (2,9%) eran very-dipper. de los 4 sujetos normotensos, 1 paciente (25%) tenía un perfil no-dipper.

**Conclusiones.** La prevalencia de hipertensión arterial asociada con trombosis de la vena central de la retina es muy elevada, lo que sugiere una íntima relación etiopatogénica y fisiopatológica entre ambas entidades. Además, la alta incidencia de un patrón circadiano anormal (preferentemente no dipper y riser), ratifica como la alteración en la regulación nocturna de la presión arterial puede influir en el desarrollo de daño orgánico y en el incremento de la morbimortalidad cardiovascular del paciente hipertenso.

#### T-41 EVOLUCIÓN A LOS CINCO AÑOS DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA

M. Montesinos, C. Soler, A. Maestre, R. López, J. Escribano, C. Escolano, A. Mora y A. Martín

Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Elche. Elche/Elx (Alicante).

**Objetivos.** Conocer las características epidemiológicas de una cohorte de pacientes diagnosticados de enfermedad tromboembólica venosa (ETEVE)

que ingresaron en el Servicio de Medicina Interna del Hospital General Universitario de Elche durante el año 2004 y su evolución a cinco años tras su diagnóstico.

**Material y métodos.** Se realiza encuesta telefónica a los pacientes registrados en la cohorte de pacientes diagnosticados de Trombosis venosa profunda/Tromboembolismo pulmonar durante el año 2004. En dicha encuesta se recogen variables tanto epidemiológicas como terapéuticas. Se realiza análisis estadístico de los resultados y se compara con datos obtenidos en registros a nivel nacional (RIETE, CMBD).

**Resultados.** De un total de 60 pacientes ingresados en 2004 con diagnóstico de Trombosis venosa profunda/ tromboembolismo pulmonar, 32 (54%) eran hombres. La edad media fue de 65 años. El 93% presentó como diagnóstico al ingreso Trombosis venosa profunda. El número total de recidivas fue de 7 (6 en el primer año). A los 5 años, mantenían tratamiento anticoagulante el 21,6%, todos ellos con anticoagulación oral. Se registraron 2 casos de sangrado que precisaron de suspensión de tratamiento anticoagulante y 11 pacientes mantenían tratamiento con medias de compresión. A los cinco años habían fallecido 16 (22%) pacientes, 31% de ellos con diagnóstico de Carcinoma, 12% TEP, 12% Neumonías y 5 (31%) con diagnóstico no especificado.

**Discusión.** Las características epidemiológicas de nuestros pacientes son similares a las descritas en los estudios comparados. En nuestro caso el número de tromboembolismos pulmonares diagnosticados fue significativamente menor a los reflejados en los registros mencionados. El número de recidivas no difiere del de los registros y ocurrieron la mayoría en el primer año tras el episodio inicial. Destaca la baja tasa de sangrados como efecto adverso secundario al tratamiento anticoagulante. Todos los pacientes que mantenían anticoagulación a los 5 años tomaban anticoagulantes orales. Las neoplasias fueron la primera causa de fallecimiento.

**Conclusiones.** En nuestro medio el Tromboembolismo pulmonar está probablemente infradiagnosticado. La alta tasa de recidivas durante el primer año justifica el seguimiento de dichos pacientes en una consulta específica de ETEVE.

#### T-42 TEP: PRESENTACIÓN Y DIAGNÓSTICO EN UNA POBLACIÓN MAYOR DE 80 AÑOS

J. Miramontes González<sup>1</sup>, S. Márquez Batalla<sup>1</sup>, E. Fraile Villarejo<sup>1</sup>, N. Cubino Bóveda<sup>1</sup>, E. Puerto Pérez<sup>1</sup>, C. Montilla Morales<sup>2</sup>, L. Mateos Polo<sup>1</sup> y Á. Sánchez Rodríguez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Salamanca. H. Virgen de la Vega. Salamanca.

**Objetivos.** La sospecha de TEP es habitual en los servicios de urgencias, y en caso de diagnóstico muchos de estos pacientes ingresan en servicios de M. Interna. En muchas guías de práctica clínica se ofrecen criterios diagnósticos de probabilidad de TEP, si bien en muchos casos la mera sospecha obliga a su despistaje. Se realiza un análisis de los pacientes ingresados en un servicio de M. Interna de un hospital de tercer nivel, con el fin de conocer la presentación clínica en una población octogenaria así como las pruebas diagnósticas que se realizaron para llegar al diagnóstico.

**Material y métodos.** Se realiza una búsqueda sobre una base de datos de un servicio de medicina interna. Se limita la búsqueda a tres años, los criterios que se emplean son: edad mayor de 80 años, diagnóstico al alta de TEP, causa de acudir a un centro hospitalario, patrón de electrocardiograma (ECG), prueba diagnóstica que confirma la sospecha de embolismo pulmonar. Se revisa la historia clínica de ingreso buscando antecedentes de inmovilización.

**Resultados.** Se registran un total de 96 casos que cumplen los criterios comentados. La edad media de edad fue de 84,6 años. (los resultados se dan en números absolutos). La presencia de disnea (de inicio agudo o subagudo, mayor que la que presentasen previamente pacientes con historia clínica de disnea) se encontró en el 87%, malestar general 20%. La presencia de inmovilización prolongada (como referencia se toma el encamamiento más de 4 días) resultó del 43%. La prueba diagnóstica que se realizó para confirmación de la sospecha clínica fue el angio-TC en el 92% y a un 8% una gammagrafía de ventilación perfusión, únicamente se realizaron las dos pruebas en un 8% de los pacientes. Datos de sobrecarga en ECG en el 20%.

**Conclusiones.** El TEP es una entidad infradiagnosticada en nuestro medio, la presencia de un síntoma tan común como la disnea junto con una historia clínica adecuada ha de orientar la sospecha diagnóstica en una población mayor de 80 años. La falta de inmovilización, si bien es un factor de riesgo importante, no excluye el TEP. Indudablemente la prueba con mayor rentabilidad diagnóstica es el angio-TC, ante la imposibilidad de su realización se puede sustituir por la gammagrafía de ventilación perfusión. No nos parece adecuado incluir los Dímeros D como diagnóstico dado que su valor es predictivo negativo. La presencia de cambios en el ECG también ha de ser contextualizada.

#### T-43 ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN NUESTRO MEDIO Y DIFERENCIAS ENTRE IDIOPÁTICA Y SECUNDARIA

F. Olgado Ferrero, O. González Casas, A. Calvo Cano, G. Gorrero Barreiro, L. Morillo Blanco, M. Lobo Pascua, M. González Gómez y D. Magro Ledesma

Servicio de Medicina Interna. Complejo H. Universitario de Badajoz. Badajoz.

**Objetivos.** Análisis de la enfermedad tromboembólica venosa (ETV) en nuestro medio y comparación de los pacientes con ETV idiopática y secundaria.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de los enfermos diagnosticados de Tromboembolismo pulmonar (TEP) y/o Trombosis venosa profunda (TVP), durante el período 2002-2008 en nuestro servicio. Para ello se revisaron los informes de alta, estudiándose datos clínicos, analíticos, métodos de diagnóstico y tratamiento. Se consideró que la ETV era idiopática si no existían factores de riesgos conocidos para tromboembolia venosa al ingreso. Para el análisis utilizamos el programa estadístico SPSS v 15.0. **Resultados.** Se incluyeron 245 pacientes, con edades comprendidas entre 18 y 95 años, con una media de 72,54 años, de los cuales 56,3% eran mujeres y 43,7% hombres. La estancia media fue de 13'20 días. Un 20,4% se diagnosticó de TVP, un 42,9% de TEP y un 36,7% de TEP y TVP. El tratamiento al alta fue en el 51,4% anticoagulación oral, en el 35,5% heparina de bajo peso molecular, 0,8% (2 casos) antiagregación, y 1,6% (4 casos) filtro de vena cava. La mortalidad global fue de 9,4%, elevándose a 13,3% seleccionando los casos de TEP. 40 pacientes (16,3%) tenían una ETV idiopática. Los pacientes de este grupo presentaban una escala de Wells de baja probabilidad en el 55%, mientras que en los casos secundarios el 73,2% alcanzan una puntuación en la escala de Wells de probabilidad intermedia-alta. En el grupo de ETV secundaria, los factores de riesgo más frecuentes en nuestra serie fueron: Inmovilización (40,5%), Cáncer (29,8%), ETV previa (20,5%), Cardiopatía y Neumopatía (16,6%, respectivamente), Cirugía (12,7%) y Obesidad (12%). En cuanto a los datos clínicos, analíticos y métodos de diagnóstico, hemos analizado por separado los casos de TEP (con o sin TVP) y de sólo TVP. En los casos con TEP los síntomas y signos más frecuentes fueron disnea (76,2%), taquipnea (52,4%) y dolor torácico (47,6%). El dímero D estaba elevado en el 72,5% de los casos idiopáticos y en el 63,5% de los secundarios. Los Ac antifosfolípidos fueron determinados en el 12,55 de los casos idiopáticos y en el 3,9% de los secundarios. El estudio de trombofilia se solicitó en el 22,5% de los casos idiopáticos y en el 10,3% de los secundarios. El electrocardiograma y la radiografía de tórax fueron normales en el 33% y el 50% de los casos respectivamente. El 76,2% de los casos de TEP fueron diagnosticados mediante tomografía computarizada (TAC) con protocolo de TEP, realizándose únicamente 1 arteriografía pulmonar que fue diagnóstica. En 62 casos (26,3%), se realizó gammagrafía pulmonar de ventilación/perfusión, de las cuales 37 fueron informadas como de alta probabilidad. El diagnóstico de TVP se estableció mediante eco-doppler venoso en todos los casos. El mayor número de complicaciones se presentó en las ETV secundarias: 5 casos precisaron UCI, 6 presentaron complicaciones hemorrágicas y 20 casos fallecieron.

**Discusión.** En la serie de pacientes revisados, los datos en cuanto a frecuencia por edad, sexo, estancia, clínica y mortalidad son similares a las series publicadas en nuestro país. Hay que destacar que los pacientes con ETV idiopática tienen una probabilidad clínica pretest más baja, lo que puede hacer que el índice de sospecha diagnóstica sea inferior. También en nuestra serie se evidencia la tendencia de la TAC y de la ecografía Doppler venosa a desplazar las técnicas más invasivas anteriormente consideradas Gold Standard.

**Conclusiones.** Existen diferencias entre los dos tipos de ETV sobre todo en cuanto al estudio de trombofilia, la puntuación en la escala de Wells, la determinación del Dímero D y en cuanto al número de complicaciones, lo que puede explicarse por la mayor comorbilidad en el grupo de ETV secundaria.

#### T-44 ADECUACIÓN DE LA PROFILAXIS DE LA E. T. E. V. A LAS GUÍAS PRE-TEMED 2007 EN PACIENTES MÉDICOS

H. Ortega Abengózar<sup>1</sup>, J. Castellanos Monedero<sup>1</sup>, M. Mora Fdez-Caballero<sup>2</sup>, M. Galindo Andúgar<sup>1</sup>, L. Rodríguez Rojas<sup>1</sup>, R. Cicuéndez Trilla<sup>1</sup>, M. Martínez Gabarrón<sup>1</sup> y A. Martín Castillo<sup>1</sup>

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

**Objetivos.** Establecer el nivel de cumplimiento y adecuación a las guías de práctica clínica, en el uso de medidas farmacológicas para la prevención de la aparición de la enfermedad tromboembólica venosa (ETE), en los pacientes médicos ingresados en un Hospital General nivel II.

**Material y métodos.** Se diseñó un estudio descriptivo transversal, que incluyó una muestra de 60 pacientes. Los criterios de inclusión fueron pacientes, ingresados en el Hospital General "La Mancha Centro", en servicios médicos o quirúrgicos, con diagnósticos médicos o bajo tratamiento médico, que tenían pautadas medidas farmacológicas, en dosis profilácticas, para evitar el desarrollo de enfermedad tromboembólica venosa (HBPM), desde el momento del ingreso en planta, o desde el primer día de ingreso. Se excluyeron los pacientes bajo tratamiento anticoagulante previo, y los que tenían pautada HBPM en dosis terapéuticas. Para la recogida de datos, se diseñó una tabla que incluyó: Sexo, Edad, Diagnóstico de ingreso, Especialidad, Insuficiencia renal previa, Dosis de HBPM y adecuación a guías. La guía empleada como referencia para establecer la adecuación, fue la Guía PRETEMED 2.007 (Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia sobre la prevención de enfermedad tromboembólica venosa en patología médica). Durante un día laborable, se recogieron los datos enumerados, a partir de la documentación de la Historia Clínica de los pacientes. La recogida fue realizada por tres facultativos del Servicio de Medicina Interna. Los datos recogidos fueron analizados estadísticamente con el procesador de datos SPSS versión 15.0.

**Resultados.** De los 60 pacientes que cumplían los criterios de inclusión, 34 eran varones y 26 mujeres. La media de edad fue de 74.67 años, con una mínima de 37 y una máxima de 92 años. 37 de los pacientes (61.7%) estaban ingresados en especialidades Médicas (M. Interna, Geriatria, Neurología, Oncología, Neurología, Cardiología y Digestivo). 23 pacientes (38.3%) pertenecían a especialidades quirúrgicas (Cirugía general, Traumatología y Urología). De todos ellos, 5 pacientes tenían insuficiencia renal crónica (8.3%). Los diagnósticos de ingreso más frecuentes fueron Neumonía (11.7%), Pancreatitis (10%), Neoplasia maligna digestiva (10%), EPOC (8.3%) y Colectitis (8.3%). La adecuación a guías se constató en el 53.3% de los pacientes. En el 47.7% de los pacientes, no se estableció adecuación del uso de HBPM a las guías de práctica clínica. El 41.7% fue por dosificación excesiva, y el 5% por dosis insuficiente. Comparando las especialidades médicas frente a las quirúrgicas, no se establecieron diferencias entre los grupos de especialidades de modo significativo.

**Discusión.** Algo más de la mitad de los pacientes incluidos en el estudio (53.5%), se adecuaron a las guías de práctica clínica para prevención de ETEV. La otra mitad (47.7% de los pacientes) no se adecuó a las guías, principalmente por dosis excesiva de HBPM. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los resultados obtenidos por especialidades médicas frente a las quirúrgicas.

**Conclusiones.** Se debería insistir en la difusión y conocimiento de las guías de práctica clínica basada en la evidencia, para una adecuada indicación y adecuación de la dosis de HBPM como profilaxis de la ETEV, ante el elevado porcentaje de pacientes que no se adecuan a las mismas, por la alta tasa de complicaciones hemorrágicas que pueden producirse.

#### T-45 ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA EN ANCIANOS C. Elizondo, V. Pazo, D. Giunta, G. Waisman, F. González Bernaldo de Quirós y L. Cámara

Servicio de Medicina Interna. Hospital Italiano de Buenos Aires.

**Objetivos.** Introducción: La Enfermedad Tromboembólica Venosa (ET) es una de las principales causas de muerte prevenible en la internación. Con la duplicación esperada del número de octogenarios para el 2030, es fundamental conocer el comportamiento de esta enfermedad en este grupo etáreo de mayor riesgo y mortalidad. **Objetivos:** Evaluar la mortalidad al año de los pacientes mayores a 80 años con ET, la presencia de re-eventos trombóticos y complicaciones del tratamiento.

**Material y métodos.** Estudio de cohorte prospectiva realizado en el Hosp. Italiano de Bs. As. Se siguieron los pacientes mayores de 80 años que fueron incluidos en el Registro Institucional de Enfermedad Tromboembólica por presentar sospecha de tromboembolismo de pulmón (TEP) o un episodio de trombosis venosa profunda. Se agrupó en ET a los pacientes con TEP o TVP y en noET a los pacientes con TEP descartado. Se realizó seguimiento semestralmente desde la inclusión en el registro. Se estimó sobrevida con el método de Kaplan Meier y se compararon las curvas de sobrevida con el test de Cox Mantel.

**Resultados.** Se incluyeron 105 pacientes mayores de 80 años. 66 (63%) fueron ET (50 TVP sin TEP; 8 TVP+TEP; y 8 TEP sin TVP) y 39 (37%) noET. En el grupo ET fueron 56% mujeres. Las comorbilidades más frecuentes fueron Hipertensión, enfermedad coronaria y diabetes. En el grupo noET fueron 74% mujeres. Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión, enfermedad oncológica y enfermedad coronaria. No se encontraron diferencias significativas en las comorbilidades de ambos grupos. La mediana de edad fue de 83 y la del Score de Charlson de 1 en ambos grupos. Recibieron tratamiento anticoagulante (AC) el 100% del grupo ET (dentro de un programa gestionado de AC), de los cuales presentaron complicaciones 6 (9,1%), todos sangrados menores. Hubo solo 2 re-eventos de trombosis en

el grupo de ET. Se le realizó nuevo diagnóstico de cáncer a 1 paciente del grupo no ET y a 2 del grupo ET. La sobrevida cruda al año para el grupo ET fue de 0,64 (IC95% 0,517 -0,74) y para el grupo noET fue de 0,615 (IC95% 0,462 - 0,74), sin diferencias estadísticamente significativas en la sobrevida estimada de ambos grupos (0,78). El hazard ratio de ET con respecto a noET ajustado por edad, sexo, score de Charlson y enfermedad oncológica fue de 0,67 (p 0,25).

**Discusión.** La buena supervivencia y la baja tasa de complicaciones del tratamiento, podrían estar determinadas por el sesgo de supervivencia positivo, dado que estos pacientes presentan pocas comorbilidades.

## VARIOS

### V-1 DIAGNOSIS OF GOUT IN PATIENTS WITH ASYMPTOMATIC HYPERURICEMIA GUIDED BY ULTRASONOGRAPHY

J. García Puig<sup>1</sup>, C. Castillo<sup>2</sup>, J. Fraile Vicente<sup>1</sup>, R. Torres<sup>3</sup>, E. Martín Mola<sup>2</sup> y E. De Miguel<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Reumatología, <sup>3</sup>Bioquímica Clínica. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

**Objetivos.** To verify the hypothesis that in patients with asymptomatic hyperuricemia, ultrasonographic images resembling tophi correlate with the presence of MSU crystals.

**Material y métodos.** Caucasian subjects, aged > 18-years-old, with asymptomatic hyperuricemia (serum urate levels > 7.0 mg/dL, documented at least twice, for the last two years) were admitted into this prospective, pilot study. All subjects underwent B mode and Doppler ultrasonography in: a) medial and lateral ankle tendons and sheaths; b) patellar tendon; c) medial and lateral synovial knee recesses; and d) 1st metatarsophalangeal (MTP) joint. Aspiration of suspicious deposits was guided by ultrasonography and examined for MSU crystals under polarized and contrast-phase microscopy.

**Resultados.** Forty six subjects (32 males) were examined. The mean age was 66 y (range, 18-98 y). Mean serum urate was 8.5 mg/dL (range, 7.3-11.8 mg/dL). Asymptomatic hyperuricemia ranged from 2 to 20 y (mean, 4 y). Seventeen patients (37%) showed ultrasound lesions considered as specific for gout (hyperechoic cloudy areas or double contour sign). We attempted to demonstrate MSU crystals in the last five patients examined. We documented MSU crystals in four subjects (2 MTP, 1 knee and 1 tarsal joints).

**Conclusiones.** In this pilot study ultrasonography allowed to establish the diagnosis of gout (evidence of MSU crystal) in asymptomatic hyperuricemic subjects. The feasibility of the procedure may enable to diagnose gout and to consider hypouricemic therapy that may benefit many subjects with long-standing increased serum urate levels.

### V-4 SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE LA LITIASIS RENAL ASOCIADA A ALTERACIONES METABÓLICAS EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE MEDICINA INTERNA

V. Morcillo Cebolla, J. Hurtado Santos, P. Domínguez Ruiz de León y P. Sánchez Molini

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

**Objetivos.** Describir, en un grupo de pacientes con litiasis renal y alteraciones metabólicas, cómo influye el tratamiento médico en el balance metabólico, en el número de eventos clínicos y en la necesidad de procedimientos urológicos, en seguimiento a largo plazo en una consulta monográfica de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Los datos de este estudio observacional transversal, se obtuvieron de la revisión de 93 historias clínicas activas de pacientes que acudieron a consulta. Los criterios de inclusión fueron: enfermedad litiasis renal activa, alteración metabólica y un tiempo mínimo de seguimiento de tres años.

**Resultados.** La cifra total de pacientes con alteración metabólica y seguimiento a largo plazo fue de 68, 35 (51.5%) hombres y 33 (48.5%) mujeres. La edad media en la primera consulta fue de 47.66, mientras que la edad media en que se presentó el primer síntoma fue de 36.18. El tiempo medio de seguimiento fue de 6.17 años (3-9 años). El hallazgo metabólico más frecuente es la hipercalcemia. La necesidad de realizar técnicas instrumentales se reduce de forma estadísticamente significativa (cirugía con p = 0.04 y litotricia con p = 0.009). En nuestra muestra se realizaron densitometrías (DMO) a once pacientes, tres de ellos con un T Score en columna que estaba en rango de osteoporosis en la primera DMO que se les realizó en

consulta y otros cuatro en rango de osteopenia. Todos ellos tienen como parte de su alteración metabólica hipercalcemia.

**Discusión.** Los resultados del estudio demuestran como el tratamiento médico y el seguimiento del paciente con litiasis normaliza las alteraciones metabólicas disminuyendo el número de eventos clínicos así como la necesidad de procedimientos urológicos de forma significativa, con una mejoría notable en la calidad de vida del paciente. En el estudio destaca la diferencia de diez años entre la edad del primer síntoma y la edad en que se realiza el primer estudio metabólico. También es importante tener en cuenta en los pacientes con enfermedad litiasis, que al ser la hipercalcemia la alteración metabólica más frecuente, existe un mayor riesgo para desarrollar osteoporosis que debe ser valorado en el seguimiento.

**Conclusiones.** 1. El tratamiento médico de las alteraciones metabólicas en la litiasis renal es efectivo ya que además de corregir dichas alteraciones, disminuye el número de cólicos y evita procedimientos urológicos no exentos de riesgos. 2. El estudio de los pacientes debe iniciarse de forma precoz cuando la actividad de la enfermedad se demuestre y en unidades con experiencia. 3. Por ser la hipercalcemia la alteración metabólica más frecuente, se debe controlar el riesgo de osteoporosis en la población con litiasis.

### V-5 NEUMOTÓRAX: EXPERIENCIA DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

J. Miramontes González, I. González Fernández, A. Plata Izquierdo, A. García Mingo, N. Cubino Boveda, M. Pérez García, J. Martín Oterino y A. Sánchez Rodríguez

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna I. Hospital Universitario de Salamanca. H. Virgen de la Vega. Salamanca.

**Objetivos.** Conocer la experiencia en el manejo de neumotorax espontáneo en un servicio de medicina interna que se encuentra en un hospital de tercer nivel dotado con servicio de neumología y cirugía torácica.

**Material y métodos.** Se seleccionan los pacientes dados de alta con el diagnóstico de Neumotorax durante dos años, para ello se realiza una búsqueda en la base de datos, que codifica de forma informatizada las altas del servicio, y se depuran los resultados eliminando los casos de reingreso y los casos con patología pulmonar crónica subyacente. Se realiza un análisis estadístico de los resultados obtenidos.

**Resultados.** Con los criterios de búsqueda mencionados se registran 51 casos de neumotorax. En el análisis en función de sexo de los pacientes se observan los siguientes datos epidemiológicos. Hombres 29, 12 mujeres. La edad media en el caso de los hombres es de 33,12 y de las mujeres 34,29 años. La presencia de tabaquismo resultó 72,41 para los varones y apenas más de la mitad para las mujeres (58,3%). La estancia media ajustada resulta de 3,7 días en el caso de los varones y 4,2 para las mujeres. El estudio de la etiología ajustada por sexos es la siguiente. En el caso de los varones el neumotorax espontáneo ha supuesto el 75,86% de los casos, siendo el resto tras un traumatismo. La etiología de los casos en mujeres 58,3% espontáneo, 33,3% tras un traumatismo y 8,3% reponen a catamenial.

**Conclusiones.** No es usual la presencia de casos de neumotorax en un servicio de M. Interna en un complejo hospitalario de tercer nivel, por las características de nuestro hospital (dos edificios con dos urgencias) tenemos la posibilidad de ingresar en planta pacientes con neumotorax valorados inicialmente por el S. de Urgencias. Tras el análisis que hemos realizado los resultados no son diferentes de otras series de nuestro ámbito publicadas (1, 2). La principal conclusión es la plena capacidad de un servicio de M. Interna para asumir este tipo de patología, sin que haya diferencias significativas a nivel del perfil epidemiológico ni en cuanto a las estancias medias o a la etiología de ingreso 1-El neumotorax espontáneo: revisión de 130 casos. *Annales de S S. de Navarra.*, J. Guelbenzu, E. Vila, J. Ágreda, 2-Teixidor Sureda J, Estrada Salo G, Sole Montserrat J, Astudillo Pombo J, Barbera Salva J, Maestre Alcacer JA et al. Neumotorax espontáneo. A propósito de 2.507 casos. *Arch Bronconeumol.* 1994;30:131-5.

### V-6 MALABSORCIÓN DE LACTOSA EN ADULTOS EN SEGUIMIENTO EN CONSULTAS DE MEDICINA INTERNA Y DIGESTIVO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA DE MADRID

P. Sánchez Molini<sup>1</sup>, X. Salcedo Mora e I. Jiménez Alonso<sup>2</sup>,

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

**Objetivos.** Determinar la incidencia de malabsorción de lactosa en pacientes con síntomas digestivos sugerentes, que acudieron a las consultas de Medicina Interna y Digestivo del Hospital Universitario de la Princesa durante un período de 10 años.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo desde el año 1998 a 2008 sobre 499 pacientes a los que se realizó pruebas de aliento para estudio de absorción de lactosa (Medición basal y cada 30 minutos durante al menos 3 horas, tras ingesta de 25 g de lactosa). Cuantificación de Hidrogeno-Metano en aire espirado mediante cromatógrafo de gases (Quintron Mycrolizer) considerando prueba positiva el resultado > 20 p.p.m. (partes por millón) a partir de los 90 minutos. Se considera malabsorción primaria cuando no existe otra prueba de malabsorción asociada. El análisis estadístico se realizó utilizando el método spss.

**Resultados.** Se realizan 499 pruebas a 339 mujeres (67.9%) y 160 varones (32.1%) con una edad media de 40.6 años DS 16,7 (rango de edad 13-81 años) De las 499 pruebas realizadas fueron normales 264 (52%) y positivas 235 (48%) De las pruebas positivas, en 20 (8.5%) se consideró malabsorción primaria y en 215 (91.5%) se consideró malabsorción secundaria. Según la intensidad de la malabsorción se consideraron: Grado I en 67 (28.51%) - Grado II en 86 (36.59%) - Grado III en 63 (26.80%) - Grado IV en 19 (8.08%).

**Discusión.** La intolerancia a los hidratos de carbono, especialmente a la lactosa, es una patología frecuente en personas adultas. Los síntomas son inespecíficos: dolor abdominal, diarrea, náuseas, flatulencia, distensión... La malabsorción de lactosa puede ser la causa de estos síntomas.

**Conclusiones.** La prueba de aliento con cuantificación de hidrógeno-metano en el aire espirado, es una prueba útil que permite diagnosticar y cuantificar la malabsorción de lactosa de forma rápida y sencilla. En un porcentaje alto (39,23 %) de nuestros pacientes, que achacan sus molestias intestinales a lácteos, se confirmó verdadera malabsorción de lactosa. En la mayor parte de los pacientes sin embargo, dicha malabsorción debe considerarse secundaria a otras patologías intestinales.

#### V-7

### FACTORES RELACIONADOS CON EL PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN EN PACIENTES CON SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA

P. Santamarina Pérez<sup>1</sup>, V. Freniche<sup>2</sup>, J. Alegre Martín<sup>1</sup>, C. Jacas<sup>2</sup>, E. Ruiz Ruiz<sup>1</sup>, R. Badía Royés<sup>1</sup> y G. Parramón Puig<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Unidad Fatiga Crónica. Servicio Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad Neuropsicología, Servicio Medicina Interna, <sup>3</sup>Unidad Interconsulta. Servicio Psiquiatría. Hospital General Vall d'Hebron - Área General. Barcelona.

**Objetivos.** Aproximadamente el 85-95% de los pacientes con Síndrome de Fatiga Crónica refieren dificultades de atención y memoria que interfieren en su funcionamiento diario. Los estudios recientes que evalúan objetivamente el funcionamiento cognitivo de estos pacientes muestran resultados inconsistentes, siendo el hallazgo más sólido el entumecimiento en la velocidad de procesamiento de información (VPI) (DeLuca et al., 1997). Sin embargo, hasta el momento se desconocen los factores etiológicos de este déficit. Este estudio presenta dos objetivos: 1) evaluar la VPI en pacientes con SFC y 2) analizar la relación de factores emocionales y sintomáticos del SFC (fatiga y dolor) sobre el rendimiento en esta función.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio observacional y transversal. La muestra está formada por un total de 42 pacientes con SFC, diagnosticados en la Unidad de Fatiga Crónica del Hospital Universitario Vall d'Hebron según criterios Fukuda. Todas son mujeres, con edades entre 30 y 61 años y diagnóstico inferior a 4 años. Se excluyeron a aquellas pacientes que presentaban un trastorno mental (excepto síntomas ansioso-depresivos reactivos a la enfermedad) y enfermedades orgánicas que cursan con alteraciones cognitivas. La VPI fue evaluada a través del symbol digit (SDMT) versión oral, un test que codifica los símbolos en números. Las puntuaciones directas fueron transformadas a puntuaciones normalizadas (puntuaciones T) tomando como referencia el sexo, la edad y el nivel educativo. El estado emocional fue evaluado a través de la HAD (Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria), el nivel de fatiga mediante FIS-40 (Escala de

Impacto de la Fatiga) y el dolor a través de la Escala de Dolor de McGill. Se utilizó un análisis de correlación para comprobar la relación entre las variables emocionales y sintomáticas con la VPI.

**Resultados.** El 57% de los pacientes con SFC obtienen puntuaciones deficitarias (puntuaciones T < 40) en el SDMT. Los datos muestran una correlación negativa entre SDMT y la HAD total ( $r = -0,484$ ;  $p = 0,002$ ), el FIS-40 total ( $r = -0,389$ ;  $p = 0,034$ ), y la escala de dolor de McGill ( $r = -0,417$ ;  $p = 0,042$ ).

**Discusión.** La evidencia muestra que la velocidad de procesamiento de información es deficitaria en una proporción importante de pacientes con SFC. Dicho entumecimiento aumenta a medida que se incrementan los síntomas emocionales y físicos (fatiga y dolor) en el SFC. En consonancia con estudios previos, el déficit cognitivo en el SFC no sólo está relacionado con los síntomas emocionales sino que hay más factores que influyen en este rendimiento (Michiels y Cluydts, 2001). Una posible explicación es que los pacientes con SFC focalizan su atención en su malestar sintomático, compitiendo con los recursos atencionales que dispone para enfrentarse a las demandas ambientales, repercutiendo negativamente en el rendimiento cognitivo y por tanto en su día a día (Pennebaker, 1999).

**Conclusiones.** Los síntomas emocionales, la fatiga y el dolor están relacionados con el déficit cognitivo en el SFC. Son necesarios más estudios que permitan que llegar a datos más concluyentes.

#### V-8

### PREVALENCIA DE LAS ALTERACIONES DEL METABOLISMO DE LA GLUCOSA EN UNA POBLACIÓN ACTIVA EN ESPAÑA

J. Reviriego<sup>1</sup>, E. Calvo<sup>2</sup>, A. Goday<sup>3</sup>, E. Caveda<sup>1</sup>, J. Murillo<sup>4</sup>, M. Rosat<sup>4</sup>, J. Román<sup>2</sup> y M. Sánchez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Investigación Clínica. Lilly, S. A. (Madrid).

<sup>2</sup>Ibermutuamur. Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social 274. Madrid.

<sup>3</sup>Departamento de Endocrinología y Nutrición. Hospital del Mar. Barcelona.

<sup>4</sup>Ibermutuamur. Sociedad de Vigilancia de la Salud. Madrid.

**Objetivos.** Determinar la prevalencia de diabetes (DM) y de glucosa basal alterada (GBA) así como su asociación con las variables edad, peso, hipertensión y dislipidemia en una población activa a nivel nacional.

**Material y métodos.** Estudio transversal de 375.607 trabajadores (72,3% varones con una media de edad [EEM] de 36,87 [0,02] años) que pasaron un chequeo médico de rutina entre enero y diciembre de 2007. Se utilizó un cuestionario estructurado y se realizaron una exploración física y un análisis de bioquímica sérica. Se analizaron las asociaciones con la DM tipo 2 (DMT2) y la GBA mediante un modelo de regresión logística.

**Resultados.** La prevalencia media de DM tipo 1 (DMT1), DMT2 y GBA fue de: 0,3% (IC 95% 0,0 - 0,62), 2,39% (IC 95% 2,07 - 2,71) y 10,39% (IC 95% 10,09 - 10,69) respectivamente. Entre los sujetos con más de 60 años, una cuarta parte (25,38%) presentaba GBA y el 13,76% tenía DMT2. El sobrepeso/obesidad, la dislipidemia y la hipertensión se asociaron con frecuencia con la DMT1 (35,03/16,67%, 58,24% y 29,10%, respectivamente), DMT2 (41,79/46,16%, 80,99% y 61,44%, respectivamente) y GBA (45,31/30,44%, 72,18% y 40,46%, respectivamente). El modelo de regresión logística para GBA ( $n = 277.964$ ) y DMT2 ( $n = 254.061$ ) mostró que en esta población la edad, el sexo, el índice de masa corporal (IMC), la hipertensión, la dislipidemia y el tabaquismo se asociaban con la GBA y la DMT2 de forma estadísticamente significativa ( $p < 0.0001$ ; Tabla 1).

**Conclusiones.** En una población activa a nivel nacional en España, se observa que las alteraciones del metabolismo de la glucosa están muy extendidas, con una alta prevalencia de GBA, que se asocia a su vez con factores clásicos de riesgo cardiovascular. Estos datos sugieren un posible aumento de la prevalencia de diabetes en los próximos años, reforzando la necesidad de establecer programas nacionales eficaces para prevenir la progresión de la diabetes e incrementando la promoción de hábitos saludables y aumento de la actividad física.

Tabla 1 (V-8). Resultados del modelo de regresión logística para GBA y DMT2 (\*p)

Variable	GBA Odds ratio (IC 95%)	DMT2 Odds ratio (IC 95%)
39 años frente a < 30	1,586 (1,519-1,656)	2,342 (1,995-2,750)
49 años frente a < 30	2,947 (2,824-3,076)	8,904 (7,666-10,341)
59 años frente a < 30	4,479 (4,278-4,690)	22,962 (19,777-26,659)
60 años frente a < 30	5,159 (4,832-5,508)	36,667 (31,236-43,042)
Varón frente a mujer	2,025 (1,949-2,104)	2,506 (2,295-2,737)
Bajo peso frente a peso normal	0,849 (0,713-1,012)	1,508 (0,986-2,305)
Sobrepeso frente a peso normal	1,409 (1,366-1,454)	1,804 (1,671-1,948)
Obesidad frente a peso normal	2,044 (1,972-2,118)	4,139 (3,827-4,476)
Hipertensión Sí frente a NO	1,547 (1,505-1,591)	2,282 (2,164-2407)
Dislipidemia Sí frente a NO	1,391 (1,351-1,432)	1,461 (1,370-1,559)
Fumador frente a no fumador	0,885 (0,863-0,908)	1,215 (1,155-1,278)

## V-9

**UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE: NEUMOMEDIASTINO ESPONTÁNEO. SERIE DE 13 AÑOS EN UN HOSPITAL DEL SSPA**

V. Pérez Vázquez, M. Escobar Llopart, S. Romero Salado, A. García Egido, R. Corzo Gilabert, P. Ruiz Alcantarilla, F. Molina Ruano y F. Gómez Rodríguez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).

**Objetivos.** Definimos neumomediastino espontáneo (NE) como un síndrome clínico caracterizado por la presencia de aire o gas en el intersticio mediastínico sin que se demuestre traumatismo previo, causa quirúrgica, ni enfermedad pulmonar subyacente. Nos proponemos conocer las características epidemiológicas, clínicas, métodos diagnósticos, tratamiento y pronóstico de estos pacientes.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo y retrospectivo de todos los casos diagnosticados y tratados de neumomediastino espontáneo desde Enero 1995 a Diciembre 2008 en nuestro Hospital tipo B del SSPA de 425 camas, que atiende a una población de 250000 habitantes y una media de 300 urgencias diarias. Para el estudio recurrimos al Servicio de Documentación Médica mediante el conjunto mínimo básico de datos al alta (CMBDA) y diseñamos un protocolo de recogida de datos incluyendo las variables: sexo, edad, factores desencadenantes, síntomas y signos, servicio de ingreso, estancia media de hospitalización, pruebas complementarias realizadas y tratamiento pautado.

**Resultados.** Se recogieron 11 pacientes (9 varones y 2 mujeres) con edad media de 24.4 años. En 4 pacientes no se encontró factor desencadenante alguno, en 3 inhalación previa de cocaína, en uno vómitos intensos y en otros 3 esfuerzo físico previo. El síntoma de presentación más frecuente fue el dolor torácico (44.33%) seguido de disnea (30.7%), odinofagia (21.7%) y disfonía (11.82%). El signo clínico más frecuente fue la crepitación cervical presente en el 88.71% de casos seguidos de taquicardia y taquipnea (16.28% cada uno). Se llegó al diagnóstico con Rx tórax en el 100% de los casos. 7 pacientes ingresaron en Medicina Interna, 3 en Neumología y 1 en Cirugía. El tratamiento fue conservador en todos los casos. Ninguno de ellos presentó complicaciones. La estancia media fue de 5.2 días.

**Discusión.** En nuestra serie encontramos 3 casos relacionados con la inhalación de cocaína, 1 con vómitos y 3 con el esfuerzo físico. El cuadro clínico de presentación es muy heterogéneo, siendo la presentación inicial mas habitual en nuestra serie el dolor torácico aislado, muy similar al recogido en toda las series publicadas. La presencia de signos semiológicos es escasa con respecto a otras series. La incidencia del signo de Hamman fue muy escasa. En el 100% de los pacientes se estableció el diagnóstico definitivo mediante la realización de Rx Tórax, utilizada asimismo para el seguimiento evolutivo de estos pacientes. La realización de otras exploraciones complementarias como TAC, esofagograma, EKG o endoscopia, no suele ser necesaria salvo excepciones (pacientes con importante compromiso respiratorio y/o hemodinámica, o ante la sospecha de perforación esofágica). La estancia media de los pacientes ingresados en Medicina Interna fue algo mayor que los ingresados en Cirugía y Neumología (siendo en las 3 ocasiones superior a la estancia media con respecto a otras series publicadas). Todos los pacientes respondieron favorablemente al tratamiento conservador.

**Conclusiones.** El NE se trata, en general, de un proceso benigno y autolimitado en el tiempo, más frecuente en varones adultos jóvenes, sin factores de riesgo de interés ni enfermedad de base. La presentación clínica es heterogénea, siendo el síntoma de presentación más frecuente el dolor torácico asociado o no a disnea. Para su diagnóstico es necesario un alto índice de sospecha clínica junto a una simple Rx tórax, no siendo necesario otras exploraciones complementarias excepto si existe alta sospecha de neumomediastino secundario. El tratamiento suele ser conservador con resolución espontánea en 1-7 días existiendo estudios que apoyan el tratamiento ambulatorio sin necesidad de ingreso.

## V-10

**CAQUEXIA TUMORAL: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y BIOQUÍMICAS**

P. Martínez Hernández<sup>1</sup>, A. Hernanz Macías<sup>2</sup>, M. Villarino Sanz<sup>2</sup>, L. Zurita Rosa<sup>3</sup>, C. Grande Aragón<sup>2</sup>, I. Martínez Muñoz<sup>2</sup>, C. Gómez Candela<sup>3</sup> y J. Fraile Vicente<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Bioquímica Clínica, <sup>3</sup>Nutrición y Dietética. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

**Objetivos.** 1. Estudiar las características clínicas, bioquímicas y nutricionales que presentan una serie de pacientes diagnosticados de cáncer y que en el momento del diagnóstico presentan caquexia tumoral. 2. Analizar la repercusión de la caquexia tumoral en los compartimentos graso y muscular de estos pacientes en el momento del diagnóstico de la enfermedad neoplásica.

**Material y métodos.** Se estudiaron pacientes diagnosticados de cáncer en el Hospital Universitario La Paz (11-2008 a 06-2009). Grupo A (cáncer sin caquexia), Grupo B (cáncer con caquexia) y GC (grupo control). Se consideró "caquexia" a la pérdida de peso no intencionada  $\geq 10\%$  en los 6 últimos meses y cuya única etiología fuera la enfermedad tumoral. Criterios de inclusión:  $\geq 18$  y  $\leq 65$  años con diagnóstico reciente de cáncer y no haber iniciado tratamiento (quirúrgico, oncológico, radioterápico, nutricional o paliativo). El protocolo del estudio: datos demográficos; tipo de tumor, estadio, grado funcional (ECOG); peso, % pérdida de peso (%PP), índice de masa corporal (IMC), impedancia bioeléctrica (IBE); recuerdo dietético de 24 horas; bioquímica general y nutricional.

**Resultados.** Se incluyeron 20 pacientes (12 grupo A y 8 grupo B) y 8 controles. 22 (78.6%) varones. Edad media  $49.1 \pm 11$  años (r: 21-65 años). Diagnóstico: 13 (65%) Ca. Pulmón, 2 (10%) Ca. Esófago, 2 (10%) Ca. colonrecto, 1 (5%) Ca. epidermoide maxilar, 1 (5%) LNH células T, 1 (5%) Ca. Páncreas, 1 (5%) Ca. metastásico de células grandes de origen desconocido. 4 (20%) estadio II, 3 (15%) IIIa, 5 (25%) IIIb, 8 (40%) IV. 11 (55%) ECOG 0, 9 (45%) ECOG 1. La diferencia en el % de pérdida de peso (%PP) entre el grupo A, B y GC era:  $3.7 \pm 1.1$  vs  $12.7 \pm 0.8$  vs  $-0.3 \pm 0.8\%$  ( $p = 0.001$ ). Los pacientes del grupo B presentaron cifras inferiores de mioglobina y glucosa con respecto al grupo A ( $21.9 \pm 2.3$  vs  $17.5 \pm 6.3$  mcg/L,  $p = 0.025$ ) y ( $104 \pm 3$  vs  $88 \pm 3$  mg/dl,  $p = 0.008$ ), respectivamente. Los pacientes del grupo A y B presentaron cifras superiores de peso habitual, PCR y VSG que los controles: ( $79.4 \pm 3.6$  vs  $84.6 \pm 4.6$  vs  $68.6 \pm 2.5$  kg,  $p < 0.05$ ), ( $39.3 \pm 12.9$  vs  $57.1 \pm 18.2$  vs  $3.3 \pm 0.6$  mg/L,  $p < 0.005$ ) y ( $33.4 \pm 6.5$  vs  $38.4 \pm 9.6$  vs  $10 \pm 2.6$  mm,  $p < 0.05$ ), respectivamente. Los pacientes del grupo A y B presentaron cifras inferiores de albúmina, transferrina y CPK que los controles: ( $3.7 \pm 0.2$  vs  $3.5 \pm 0.1$  vs  $4.3 \pm 0.1$  g/dL,  $p < 0.05$ ), ( $214.2 \pm 13.8$  vs  $202.2 \pm 17.6$  vs  $267.6 \pm 8.5$  mg/dL,  $p < 0.05$ ) y ( $69.3 \pm 11.14$  vs  $38.7 \pm 11.9$  vs  $148.9 \pm 34.7$  UI/L,  $p < 0.05$ ), respectivamente. No se observaron diferencias en las cifras de insulina basal, cortisol, ingesta calórica de 24 horas, entre los tres grupos. El %PP se correlacionaba directamente con la PCR y VSG: (r: 0.39,  $p = 0.04$ ) y (r: 0.41,  $p = 0.03$ ), respectivamente; e inversamente con la CPK, albúmina y transferrina: (r: -0.47,  $p = 0.03$ ), (r: -0.53,  $p = 0.005$ ) y (r: -0.47,  $p = 0.01$ ), respectivamente.

**Discusión.** La caquexia es un complejo síndrome metabólico asociado a enfermedades subyacentes entre las que se encuentra el cáncer. Se caracteriza por la pérdida de masa muscular con o sin pérdida de masa grasa. Desde el punto de vista clínico cursa con pérdida de peso en el adulto y puede asociarse a anorexia, inflamación, resistencia insulínica y aumento de la destrucción de proteínas musculares.

**Conclusiones.** 1. En el momento del diagnóstico de cáncer, parece existir una mayor actividad inflamatoria en los pacientes en relación con los controles. 2. Este estado inflamatorio pudiera estar relacionado con una disminución de la síntesis hepática de proteínas como la albúmina y la transferrina. 3. El descenso de las cifras de CPK en estos pacientes podría indicar la participación del metabolismo muscular en el proceso. 4. El descenso de las cifras de glucosa y de mioglobina, de forma adicional, podría guardar relación con el desarrollo de caquexia en estos pacientes.

## V-11

**EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON EPOC**  
**E. Zubillaga<sup>1</sup>, G. Zubillaga<sup>1</sup> y Estudio ECCO-Grupo EPOC de la Sociedad Española de Medicina Interna**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna-UPV-EHU. Hospital Donostia-Donostia Ospitala. Donostia-San Sebastián (Guipúzcoa).

**Objetivos.** 1) Evaluar prospectivamente los reingresos y la mortalidad de una cohorte de pacientes hospitalizados con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) seguidos durante 1 año. 2) Estudiar la relación entre el índice de BODE y la mortalidad.

**Material y métodos.** Se evaluó prospectivamente una cohorte de 40 pacientes ingresados de forma consecutiva en los años 2006-2007 en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Donostia con diagnóstico espirométrico de EPOC. Se recogió información sobre el sexo, la edad, las comorbilidades (mediante el índice de Charlson), el grado de la EPOC y el índice BODE al ingreso. Los parámetros a evaluar fueron el número de reingresos (definido como una o más hospitalizaciones en el año siguiente al alta) por cualquier motivo y por descompensación de su EPOC y la mortalidad.

**Resultados.** De 40 pacientes EPOC incluidos en el estudio, 27 fueron varones y 13 mujeres. La edad media al inicio del estudio fue 71 (58-90) años. La puntuación media en la escala de comorbilidad de Charlson al ingreso fue de 4, el grado de la EPOC, valorado según el FEV1 como porcentaje del teórico era en 6 pacientes leve, en 19 moderado y en 15 grave. El puntaje BODE promedio al ingreso fue 5.2. Reingresaron por cualquier causa 29 (72,5%) pacientes y 23 (57,5%) de los 40 pacientes tuvieron que reingresar por descompensación de su EPOC. La mortalidad a 6 meses y 1 año fue del 30% (12/40) y 37,5% (15/40), respectivamente. La causa del fallecimiento

se conoció en 13 pacientes, siendo la insuficiencia cardíaca (5/13) y la neumonía (4/13) las causas más frecuentes. Se observó significativamente una mayor mortalidad en los pacientes más ancianos y varones. La puntuación BODE fue mayor en los pacientes que murieron de cualquier causa que en los supervivientes ( $6 \pm 2,2$  vs.  $4,7 \pm 2,1$ ).

**Discusión.** Debido fundamentalmente al número elevado de comorbilidades y la mala situación clínica (elevado puntaje BODE promedio) que presentan nuestros pacientes hospitalizados con EPOC el porcentaje de reingresos (mayor del 60%) y de mortalidad (entorno a 40%) al año, está en el rango de la literatura. El índice BODE incluye la determinación del índice de masa corporal, el FEV1, el grado de disnea y la distancia caminada en 6 minutos. La mortalidad fue mayor en los pacientes con mayor puntaje BODE, lo cual iría a favor de la validez de este índice como predictor del riesgo de muerte de los pacientes con EPOC. Este índice es, además, fácil de calcular y no requiere equipamiento especial.

**Conclusiones.** El número de pacientes con EPOC que reingresan al año por cualquier causa (72,5%) y por descompensación de su EPOC (57,5%) es elevado. La mortalidad global al año de los pacientes EPOC que ingresan en el Hospital Donostia es del 37,5%. La puntuación BODE al inicio del estudio era mayor en los que murieron que en los que sobrevivieron.

## V-12

### PERFIL DEL MANEJO Y CARACTERÍSTICAS DE LA SARCOIDOSIS EN NUESTRA ÁREA

**M. Abdilla Bonías, J. Mota Santiago, E. Nadal Bravo, C. Clep, Z. Pla Espinosa e I. Ezquerria Ibararán**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Ribera. Alzira (Valencia).*

**Objetivos.** Describir las manifestaciones clínicas, radiológicas, analíticas, funcionales y evolutivas de los casos de sarcoidosis diagnosticados en nuestra área de salud.

**Material y métodos.** Diseño: estudio observacional descriptivo. Caso: definido cuando, tras haber realizado un diagnóstico de exclusión, se ha detectado un síndrome clínico y/o radiológico sugestivo con histología granulomatosa no caseificante. Variables estudiadas: edad, sexo, patología de base, métodos diagnósticos realizados (radiológicos, medicina nuclear, anatomopatológicos, analíticos), tipo de tratamiento y evolución, realizándose posteriormente un análisis descriptivo.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 47 pacientes, todos de raza blanca, siendo el 70'2% mujeres. La media de edad en el momento del diagnóstico fue 50'32 años (rango 15-75). Once de los casos fueron diagnosticados de manera incidental, 15 por manifestaciones agudas y el resto por estudio de sintomatología crónica. Respecto a antecedentes personales, el 14'9% eran fumadores activos y 14'9% eran exfumadores y únicamente 4/47 pacientes presentaron exposición a agentes orgánicos, inorgánicos o ambos. Cinco pacientes tenían antecedentes de TBC. El 85'1% de los pacientes (40/47) presentaron alteración pulmonar radiológica, predominando el estadio I en un 63'8%. Quince pacientes presentaron clínica extrapulmonar en el momento del diagnóstico, detectándose en 8 de ellos afectación pulmonar al realizar pruebas radiológicas complementarias. Un único paciente, presentó como manifestación aguda Sde. De Löfgren. El 32'6% no precisó tratamiento. El resto de pacientes, fueron tratados con corticoides en un 55'3 %, recibiendo 3 de ellos corticoides inhalados y 25, vía sistémica. En un caso se utilizó metotrexate y en 2 azatioprina. La espirometría fue realizada en 41 pacientes, resultando normal en 26, en aquellos con PFR patológica (15/41), predominó el patrón obstructivo en un 14'9%. Se realizó gammagrafía con Ga-67 en 24/47 casos, siendo sugestivas de sarcoidosis en un 38'8 %. Únicamente se calculó el cociente CD4/CD8 en 14 pacientes. Se solicitó la enzima convertidora de angiotensina (ECA) en 27 pacientes, estando su valor aumentado en 22/27.

**Discusión.** En nuestra área, predominaron 3 grandes bloques de manifestaciones clínicas al inicio de la enfermedad: la afectación pulmonar (fundamentalmente tos, disnea, dolor torácico), la dermatológica (11/47, manifestándose un 10'6% como eritema nodoso y 10'6%, nódulos cutáneos) y adenopatías periféricas (presentes en un 23'4%). En ninguno de nuestros pacientes se ha estudiado la existencia del polimorfismo de Cox-2 en el alelo 3050G > C.

**Conclusiones.** Dada la falta de uniformidad de guías respecto al diagnóstico y seguimiento, es necesaria una correcta recogida de datos para realizar una correcta valoración de nuestros pacientes. En contra de los resultados bibliográficos, en nuestros pacientes con espirometría patológica, predomina el patrón obstructivo en un 14'9% (frente a 12'8% restrictivo), sin haber sido ninguno de estos pacientes diagnosticados previamente de EPOC. Como forma clínica de debut, predominan las manifestaciones respiratorias, las adenopatías periféricas y alteraciones dermatológicas. La mayoría de los casos presentaron buena evolución (resolución en 19/47 y estabilización 14/47), con escasas complicaciones. Desde el momento del diagnóstico, sólo han fallecido 3 pacientes, con un 12'8% de pérdidas.

## V-13

### MACROCREATININASA TIPO 1 COMO CAUSA DE FALSA ELEVACIÓN DE CK-MB EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

**R. Labra González<sup>1</sup>, E. Sánchez Maganto<sup>1</sup>, A. Alguacil Muñoz<sup>1</sup>, V. Cano Lorente<sup>1</sup>, M. Sala Cabañas<sup>1</sup>, G. Muñoz Nicolás<sup>1</sup>, L. Rodelgo Jiménez<sup>2</sup> y A. García Claver<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Bioquímica. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.*

**Objetivos.** En el estudio del S. Coronario Agudo, la determinación de la creatininasasa (CK) y su isoenzima la CK-MB mediante el método de inmunoinhibición todavía se utiliza por aumentar de forma más precoz, aunque menos específica, que la Troponina I. Las macroCK son complejos formados por la unión de isoenzimas de la CK-BB con inmunoglobulinas (Macro-CK 1) o por la polimerización de CK mitocondrial (Macro-CK 2) que causan falsa elevación de la CK-MB (técnica de inmunoinhibición). Presentan mayor peso molecular y vida media, y una movilidad electroforética diferente. La elevación de CK-MB por la presencia de Macro-CK puede causar confusión. Presentamos una serie de 16 casos en los cuales observó una falsa elevación de CK-MB por la presencia de Macro-CK tipo 1.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, retrospectivo, de los pacientes, que fueron atendidos en el Servicio de Urgencias desde de Enero de 2004 hasta Diciembre 2008, a los cuales se les solicitó determinaciones de CK y CKMB (técnica de inmunoinhibición) y se identificó MacroCK tipo 1 mediante electroforesis en gel de agarosa. A todos ellos se les realizó una historia clínica detallada, EKG y bioquímica completa con Troponina I. Se valoró su seguimiento hospitalario.

**Resultados.** Se identificaron 16 pacientes con elevación porcentual de CK-MB por Macro-CK tipo1. La media de edad fue de 77 (60-92) años (11 mujeres y 5 hombres). En 13 pacientes (81,25%) había uno o más factores de riesgo cardiovascular (HTA en 10 casos, DM tipo II e hipercolesterolemia en 6 casos). Destacaba el diagnóstico previo de cardiopatía isquémica con angor de esfuerzo en 4 casos. Los niveles medios de CK fueron de 340 (20-1874) U/L con una CK-MB de 391 (24-1073) U/L y una relación CK-MB/CK 115% (18-347%). El valor medio porcentual de la macro-CK tipo1 en la electroforesis fue del 55% (10-100 %). En todos la troponina I estuvo en rangos normales. 10 pacientes (62%) presentaron insuficiencia renal (4 con FGE < 60 mL/min y 6 con FGE < 90 mL/min). La mayoría de nuestros pacientes evolucionaron de forma favorable con tratamiento médico según su proceso de base. En 1 caso por presencia de angor, se realizó cateterismo siendo preciso angioplastia percutánea. Uno de los pacientes falleció en el ingreso por insuficiencia respiratoria. Sólo en 4 casos (25 %) constaba la presencia de macro-CK en el informe de alta.

**Discusión.** En la era de la determinación de la Troponina I para el diagnóstico de necrosis miocárdica, una falsa elevación de CK-MB por la presencia de Macro CK tipo1 puede todavía causar errores, posiblemente por su muy baja prevalencia (0.5-1.6%) y asociación con distintas patologías habitualmente no neoplásicas a diferencia de la Macro CK tipo 2. 10 de nuestros pacientes cursaban con cifras normales de CK total lo que puede favorecer su infradiagnóstico. En 6 casos los niveles de CK eran altos lo que puede contribuir a confusiones diagnósticas. A destacar una relación CK/CK-MB muy elevada (mayor del 100% en 11 casos). Reseñamos la existencia de insuficiencia renal moderada en 4 de los 10 pacientes con insuficiencia renal que pudiera contribuir a su presencia al ser macromoléculas de más lento aclaramiento renal. En ningún paciente se constató necrosis miocárdica aguda aunque 3 de nuestros pacientes tenían datos objetivos de patología coronaria (2 cateterismos y 1 ergometría). La presencia de MacroCK tipo1 podría plantear dificultad en el diagnóstico y la monitorización enzimática en pacientes con sospecha de necrosis miocárdica de ahí la necesidad de que conste su presencia en el informe de alta.

**Conclusiones.** 1) La existencia de macro-CK tipo 1 especialmente en pacientes con algún factor de riesgo cardiovascular puede motivar errores en la valoración de necrosis miocárdica. 2) Su presencia debe sospecharse si se aprecia una relación CK/ CK- MB muy elevada incluso mayor del 100%. 3) Su existencia debe constar en el informe clínico de alta.

## V-14

### UTILIDAD DE LA TELEMEDICINA COMO SOPORTE CLÍNICO PARA EL INTERNISTA

**M. Olivera Fernández<sup>1</sup>, A. Cordal<sup>2</sup>, C. Arranz<sup>3</sup>, J. Gallego<sup>3</sup>, M. Grandal Martín<sup>4</sup> y M. Mendoza Mendoza<sup>5</sup>**

*<sup>1</sup>Medico Adjunto de Medicina Interna, <sup>2</sup>Medico Adjunto Rehabilitación, <sup>3</sup>Medico Adjunto Geriatria, <sup>4</sup>Director medico, <sup>5</sup>Gerente. Hospital Virgen de la Poveda. Villa del Prado (Madrid).*

**Objetivos.** Analizar la repercusión de la implantación de la Telemedicina en la hospitalización de pacientes ingresados en un hospital de primer

nivel. El objeto de este estudio es: Analizar que tipo de especialidades han sido las consultadas. Porcentaje y números absolutos de pacientes vistos. Unidades de hospitalización que solicitan Interconsultas mediante telemedicina.

**Material y métodos.** El Hospital Virgen de la Poveda es un hospital público de la Comunidad de Madrid que cuenta con 200 camas para ingresos programados procedentes de hospitales de tercer nivel, la mayoría de los pacientes son mayores de 65 años y con pluripatología. Las especialidades médicas son Medicina Interna, Geriatria y Rehabilitación. Cuenta con 2 Unidades de Recuperación Funcional o Rehabilitación (URF) con 80 camas, 2 unidades de Cuidados Continuados/Convalecencia (UCC) con 60 camas, unidad de Cuidados Paliativos (UCP) con 22 camas y unidad de Demencias(UD) con 38 camas. Se realizó un estudio epidemiológico descriptivo observacional retrospectivo de las interconsultas realizadas mediante Telemedicina desde su implantación en Octubre del 2007 hasta mayo del 2009. Se analizó las variables: el número total de pacientes ingresados en el hospital durante este período de tiempo, el número total de pacientes vistos mediante telemedicina, la edad, sexo, la especialidad médica de la consulta y el motivo, y el número de interconsultas por unidad de hospitalización. El análisis estadístico se ha realizado mediante tablas de contingencia con el programa EPIDAT.

**Resultados.** El número de pacientes nuevos ingresados durante este período fue de 1525, el sexo: mujeres 78% (876) y hombres 43% (649), la edad media de 66 años para hombres y 77 años para mujeres. El número de ingresos totales por unidades hospitalarias: 2 URF: 736,2UCC: 208, 1UD:213, 1UP:368. El número de interconsultas mediante telemedicina fueron de 314. El sexo: Mujeres 67% (211) y hombres 33%(103) La especialidades consultadas fueron: Traumatología: 88%(276 pacientes), Dermatología: 9% (28 pacientes) Rehabilitación: 3% (10 pacientes). El motivo más frecuentes de consulta fue en relación a intervenciones quirúrgicas de cadera y rodilla (95% del total de las consultas de traumatología). Procedimientos de Radiodiagnóstico: Radiografías Informadas(torax. Abdomen, Oseas):74 y Ecografías(abdominal, osteoarticular, mama, doppler de MMII): 23 Las unidades peticionarias del servicio de telemedicina fueron: URFI: 129 totales(118:T, 5:D,6:R), URFII 101 totales(95:T,4:D,2:R), UCC 47 totales (34:T,13:D), UD 29 totales (27:T,2:D), UP 2 totales (2:T). Otras actividades realizadas mediante telemedicina fueron sesiones clínicas interhospitalarias (15) y Valoraciones con otros hospitales para la admisión de pacientes en el hospital (10).

**Discusión.** Mediante telemedicina se han visto el 21% de los pacientes ingresados en el período de estudio, la mayoría han sido intervenidos de patología traumática. Estudios realizados en hospitales similares de nuestro entorno que cuentan con el equipo necesario de telemedicina muestran resultados parecidos con prevalencia de las Consultas a Traumatología y Dermatología. Las limitaciones en este tipo de consultas dependen del grado de estabilidad clínica del paciente, puesto que no son consultas urgentes, de la aceptación por parte del paciente y la motivación o adhesión del médico a realizar este tipo de consulta.

**Conclusiones.** La interconsulta de Traumatología es más prevalente en todas las unidades asistenciales frente a la consulta de dermatología (X 2:29,5998 p < 0,0001) y frente a la consulta de rehabilitación (X 2:27,6951 p < 0,0001). El 88% de las teleconsultas se hicieron con traumatología. La principal utilidad en nuestro centro está en relación a pacientes ingresados para recuperación funcional después de intervenciones traumáticas. Las unidades asistenciales que más teleconsultas realizan son URF I y URFII.

#### V-15 ENFERMEDADES CARENCIALES EN EL SIGLO XXI: ESCORBUTO Y PELAGRA

**A. Santander<sup>1</sup>, A. Moreno<sup>1</sup>, P. Bilbao<sup>1</sup>, I. Martínez de Lizarduy<sup>2</sup>, N. Irsatorza<sup>1</sup> y J. Pereda<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Dermatología. Hospital de Bar-surto. Bilbao (Vizcaya).

**Objetivos.** CASO I Varón de 43 años con cuadro progresivo de disminución de la sensibilidad y dolor en ext. inferiores con lesiones perifoliculares y posteriormente hematomas extensos. Antecedentes de trastorno de personalidad. Presenta además una boca séptica con gingivitis importante. Ante la sospecha de escorbuto se indaga en la alimentación del paciente, descubriendo una pésima alimentación. Tras inicio de tratamiento con vit C el cuadro mejora espectacularmente en pocos días. DIAGNÓSTICO FINAL: ESCORBUTO CASO II Mujer de 46 años con lesiones eritematosas, descamativas en antebrazos y zona supraesternal, desde hace dos meses, que evolucionan a costras. Se acompaña de debilidad y sensación de hormigueo en ext. inferiores, glositis, episodio de diarrea durante su ingreso y síndrome confusional agudo. Presenta discreta ane-

mia e hipoalbuminemia. Se descarta síndrome de malabsorción así como patología neurológica orgánica. Es valorada por psiquiatría, destacando un déficit intelectual, sin encontrar datos de anorexia nerviosa o síndrome de privación alcohólica. Tras tratamiento con complejo vitamínico B (incluido ácido nicotínico) mejoría importante de las lesiones cutáneas, desaparición de diarrea y del cuadro confusional. DIAGNÓSTICO FINAL: PELAGRA.

**Resultados.** El escorbuto conocida como la "peste del mar" era una enfermedad ampliamente extendida entre los navegantes en la Edad Media. En el siglo XVIII J. Lindt, un médico de la marina inglesa, descubrió su tratamiento con zumo de limón, aunque es en el siglo XX cuando se descubre la vitamina C y su relación con esta enfermedad. La clínica incluye hemorragias foliculares, gingivorragia y otras hemorragias viscerales, pudiendo llegar presentar fiebre, convulsiones y shock en estados terminales. El diagnóstico diferencial se realiza sobre todo con las vasculitis. El tratamiento consiste en un aporte adecuado de vit. C. La pelagra fue descrita en 1762 por Gaspar Casal, médico asturiano, aunque su nombre se lo dio el italiano Frapollini al denominarla "pelle agra" (piel áspera), por su dermatitis fotosensible característica. Esta enfermedad se daba clásicamente en poblaciones cuya base alimentaria era el maíz, sin apenas aporte de proteínas animales. Se conoce como la enfermedad de las "tres D" por su cuadro clínico típico, que es dermatitis, diarrea y demencia. El diagnóstico diferencial se realiza con porfiria o dermatitis fotoalérgicas. Su tratamiento consiste en aporte adecuado de vitamina B3 que se encuentra sobre todo en proteínas animales.

**Conclusiones.** El escorbuto (déficit de vit- C) y la pelagra (déficit de vit. B3) son enfermedades conocidas desde la Edad Media y descritas en el siglo XVIII. Pese a ser poco frecuentes hoy en día en nuestro medio, todavía pueden verse y es necesario un alto índice de sospecha para realizar el diagnóstico. Es imprescindible descartar otras enfermedades, como síndromes de malabsorción, alcoholismo y/o anorexia, enfermedades psiquiátricas o situaciones sociales que condicionen un déficit en el aporte de vitaminas.

#### V-17

#### IMPORTANCIA DE LA ECOENDOSCOPIA COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO EN LOS TUMORES DE GIST: DESCRIPCIÓN DE 5 CASOS D. Piñar<sup>1</sup>, T. Baeza<sup>1</sup>, J. Aparicio<sup>2</sup>, E. Caro<sup>1</sup>, F. Almazán<sup>1</sup>, A. Ramírez<sup>1</sup>, A. Tello<sup>1</sup> y M. Pérez-Mateo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Endoscopias. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante.

**Objetivos.** Los tumores del estroma intestinal (GIST) son un tipo infrecuente de tumor mesenquimal; la incidencia anual es de 10-20 casos/millón de habitantes. Representan menos del 1% de todos los tumores gastrointestinales. No presenta diferencias respecto a sexo y la edad media de presentación son los 60 años. La localización más frecuente es estómago o intestino delgado y los síntomas en el momento del diagnóstico son el dolor abdominal, la hemorragia digestiva o la masa. La biopsia guiada por ecoendoscopia es la técnica diagnóstica de elección. Los principales factores pronósticos son el tamaño del tumor primario y el grado de actividad mitótica, ya que se relacionan con el riesgo de metástasis o recurrencia local. El 80% son benignos, aunque hasta el 50% de los casos presentan metástasis en el momento del diagnóstico, siendo la localización más frecuente el hígado. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica, pero en enfermedad metastásica se utilizan los inhibidores de la tirosina quinasa. El objetivo de este estudio es la descripción de 5 casos de tumor de GIST.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de GIST diagnosticados en el Hospital General Universitario de Alicante desde Enero de 2009 hasta Junio de 2009, obtenidos de la base de datos del Servicio de Anatomía Patológica y las muestras llegaron tras ecoendoscopia o tras la cirugía. Descripción de 5 casos de tumor de GIST.

**Resultados.** Los síntomas más frecuentes fueron el dolor abdominal y la hemorragia digestiva. La edad media al diagnóstico fue de 70 años. Se realizaron para el diagnóstico TC, gastroscopia y ecoendoscopia que permitió diagnosticar 3 de los 5 casos gracias a la biopsia ecodirigida. La localización se dividió entre estómago (3 casos) e intestino delgado (2 casos). El tratamiento de elección fue el quirúrgico, excepto en un caso metastásico y de gran tamaño que se optó inicialmente por el tratamiento médico.

**Conclusiones.** El tumor de GIST es un tumor raro. La ecoendoscopia es una técnica novedosa de gran ayuda en el diagnóstico de estos tumores. Permite detectar lesiones pequeñas que no son visibles mediante otras pruebas de imagen, así como su caracterización ecográfica que ayudaría en la decisión terapéutica y la obtención de material para el estudio anatómopatológico.

## V-18

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS DIABÉTICOS ASISTENTES A UN CAMPAMENTO DE VERANO**

**I. Pérez Hernández<sup>1</sup>, G. Ojeda Burgos<sup>1</sup>, M. Villalobos Hernández<sup>2</sup>, M. Tapia Guerrero<sup>3</sup>, N. Colomo Rodríguez<sup>3</sup>, F. García Torres<sup>3</sup> y R. Vallejo Mora<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga).

<sup>3</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.

**Objetivos.** 1. Evaluar la calidad de vida en un grupo de niños diabéticos. 2. Saber en qué medida influye los conocimientos teóricos sobre aspectos relacionados con la DM y el control metabólico en la calidad de vida.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo. Se han recogido datos clínicos, analíticos y epidemiológicos de niños de la provincia de Málaga que han acudido a un campamento de verano para DM tipo 1 en septiembre de 2008. La calidad de vida se ha medido mediante el uso de una versión validada del DQOL (Diabetes Quality of Life) modificado para jóvenes y que se divide en 4 escalas: impacto de la diabetes en su vida (21 ítems: 21-105), preocupaciones relativas a temas sociales/vocacionales/secuelas a largo plazo de la enfermedad (10 ítems: 10-50), satisfacción con el tratamiento de la diabetes (7 ítems: 7-35), satisfacción con la vida (10 ítems: 10-50). Mayor puntuación se traduce en peor calidad de vida en las dos primeras y en mejor calidad de vida en las dos segundas. 2 Para evaluar el conocimiento teórico sobre DM se ha empleado el "Diabetes Knowledge Questionnaire". 3 Se incluyó un autobarómetro de la percepción subjetiva de la salud.

**Resultados.** Se han incluido 45 niños. Edad media 12,5 ± 4,4 años. Sexo femenino 55,6%. El 60% nunca habían asistido a ningún campamento. Tiempo de evolución DM 5,5 ± 4,5 años. Los resultados de las cuatro escalas son: 1) Impacto: 45,5 ± 10,2 (43,3%) con mayor puntuación media en las siguientes cuestiones: preocupación de los padres por la DM (3,93 ± 1,73), explicar a los demás lo que significa tener DM (3,31 ± 1,22) e intromisión de los padres en el manejo de la DM (2,84 ± 1,62). 2) Preocupaciones: 21,3 ± 7,7 (42,6%) con mayor puntuación media en: miedo a perder al conocimiento (2,64 ± 1,5), alteración de la imagen corporal por la DM (2,5 ± 1,57) y lograr el trabajo deseado (2,36 ± 1,5). 3) Satisfacción con el tratamiento 25,7 ± 4,8 (73,4%): globalmente el 40% se mostraron satisfechos, 15% insatisfechos y el resto, indiferentes. La puntuación media mayor correspondió a conocimientos sobre la DM (4,04 ± 0,9) y la menor al número de glucemias diarias que se deben de hacer (3,33 ± 1,16). 4) Satisfacción con la vida: 41,1 ± 6,9 (82,2%). Sólo el 4,4% se mostraron insatisfechos. La puntuación media mayor correspondió a los progresos en la escuela (4,67 ± 0,72) y la menor al tiempo dedicado al ejercicio físico (3,73 ± 1,2). No encontramos diferencias significativas en función de la edad, tiempo de evolución, control metabólico, conocimientos teóricos sobre DM o el ser portador de infusor de insulina. Las niñas mostraron peor puntuación global en la escala de preocupaciones en comparación con los niños (p = 0,041), especialmente por tener descendencia (p < 0,005) y mayor percepción de sobreprotección paterna (p = 0,04) y de que la DM interfiere en su actividad física. Sólo el 4,4% consideraron su salud peor con respecto a otra persona de su edad.

**Conclusiones.** La diabetes tiene un impacto moderado sobre la calidad de vida de los niños que han asistido a nuestro campamento. Si bien el grado de satisfacción referentes al tratamiento y la vida en general son altos. No hemos observado influencia del control metabólico ni de los conocimientos teóricos en diabetes sobre la calidad de vida. Existen diferencias en la forma que afecta la diabetes a ambos sexos, que deberían de tenerse en cuenta en los programas de educación diabetológica. Las niñas tienden a admitir más las emociones negativas que sus compañeros varones.

## V-19

**ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA E INSUFICIENCIA CARDÍACA**

**E. Del Corral Beamonte, F. Gomes Martín, I. Martín Algora, I. García-Álvarez García, M. Sevil Puras, P. Martínez Rodés y J. Díez Manglano**  
Servicio de Medicina Interna. Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

**Objetivos.** Valorar si la coexistencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) e insuficiencia cardiaca (IC) en un mismo paciente se asocia a peor pronóstico y a mayor estancia hospitalaria y mayor coste.

**Material y métodos.** Se han incluido todos los pacientes ingresados por cualquier motivo durante 2007 en una unidad de Medicina Interna y con un diagnóstico principal o secundario de EPOC (CIE-9 490-494, 496) y/o IC (CIE-9 428). Para el cálculo de coste del ingreso se ha utilizado los costes por GRD del Sistema Nacional de Salud ([www.msc.es/estadEstudios/](http://www.msc.es/estadEstudios/)

estadísticas/docs/PESOS\_ESPAÑALES\_AP\_GRD\_V23\_2006.pdf). Para las comparaciones se han utilizado los test t de Student, de Kruskal-Willis y  $\chi^2$ .

**Resultados.** Se han incluido 441 pacientes ingresados, 239 varones y 202 mujeres, con una edad media de 79 ± 10 años (36-100). De ellos 200 (45,3%) tenían EPOC, 184 (41,7%) IC y 57 (12,9%) EPOC e IC. Los pacientes con EPOC sin IC tenían menos edad (p = 0,0004) y con más frecuencia eran varones (p = 0,0001). Durante el ingreso fallecieron 56 pacientes (12,7%) y la mortalidad fue mayor en los pacientes con IC (17,4%) que en los pacientes con EPOC (9,5%) y que los pacientes con EPOC e IC (9,0%) [p = 0,04]. La mortalidad fue similar en ambos sexos pero fue superior en los mayores de 80 años (17,7% vs 7,4%; p = 0,001). No hubo diferencias en la estancia media ni en el coste por GRD. Cuando se ajusta por edad entre mayores y menores de 80 años no se aprecian diferencias en la mortalidad.

**Discusión.** La coexistencia de EPOC e IC es frecuente; aproximadamente uno de cada 5 pacientes con EPOC tiene IC y viceversa. La mortalidad es menor en los pacientes con EPOC, que actuaría como factor protector pero al ajustar por edad se observa que la menor mortalidad se explica por la menor edad de los pacientes con EPOC. Sin embargo no puede descartarse que los pacientes con EPOC fallezcan por otras causas a edades más jóvenes y no lleguen a desarrollar IC en edades más avanzadas.

**Conclusiones.** Los pacientes con EPOC tienen menos mortalidad que los pacientes con IC pero esta diferencia parece ser debida a la edad.

## V-20

**IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA EN UN CAMPAMENTO DE VERANO PARA NIÑOS DIABÉTICOS**

**R. Martín Morales<sup>1</sup>, G. Ojeda Burgos<sup>1</sup>, M. Villalobos Hernández<sup>2</sup>, M. Tapia Guerrero<sup>3</sup>, F. Navarro Romero<sup>1</sup>, N. Colomo Rodríguez<sup>3</sup> y F. García Torres<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina de Familia y Comunitaria. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga).

<sup>3</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.

**Objetivos.** 1. Evaluar el grado de conocimientos teóricos sobre DM de los asistentes al campamento de verano, organizado en septiembre de 2008 por la Asociación de Diabéticos de Málaga. 2. Determinar el impacto de la educación diabetológica impartida.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo prospectivo. Se recogieron datos clínicos, analíticos y epidemiológicos de todos los participantes. Al inicio de la estancia se rellenaron dos cuestionarios sobre conocimientos relacionados con DM; el Diabetes Knowledge Questionnaire versión reducida 24 ítems (DKQ-24)<sup>2</sup> y otro cuestionario de 34 preguntas elaborado por el personal sanitario dividido en 5 categorías con un número variable de preguntas que evalúan distintos aspectos de la DM (6 de generalidades, 4 de técnicas, 9 de complicaciones agudas, 9 de insulinas y 6 de nutrición). Ambos se repitieron el último día. Se ha empleado el software estadístico Spss para Windows.

**Resultados.** Se han incluido 45 diabéticos. Edad media 12,5 ± 4,4 años. Sexo femenino en el 55,6%. El 66,6% procedentes del medio rural. El 60% nunca habían asistido previamente a ningún campamento. Tiempo de evolución DM: 5,5 ± 4,5 años (6 niños con < 1 año de evolución). HbA1c < 7% en el 41,5%. Portadores de infusor de insulina 15,5%. Evaluación de resultados del DKQ-24 al inicio (puntuación máxima 24). Obtuvieron puntuaciones peores los niños con menos de 1 año de evolución (12,3 vs 17,1, p = 0,021), los que tenían ≤ 11 años (14,6 vs 18,6, p = 0,003) y los que asistían por primera vez a la colonia (14,7 vs 17,6, p = 0,035). No encontramos diferencias al comparar por sexo, grado de control metabólico, tiempo de evolución de la diabetes ni portador de infusor de insulina. Al reevaluar los resultados del DKQ-24 al final del campamento, encontramos una mejoría de la puntuación global (16,4 vs 17,7, p = 0,017), que era más llamativa en aquellos niños de menos de un año de evolución o que no habían acudido a ningún campamento (14,65 vs 16,59, p = 0,05). Evaluación del test sobre conocimientos generales DM al inicio. El porcentaje de preguntas acertadas fue: generalidades 70%, insulina 62,2%, técnicas 52,5%, complicaciones agudas 56,7% y nutrición 40%. Las puntuaciones peores correspondieron a las preguntas sobre nutrición. Encontramos una mejoría de los resultados globales del test sobre conocimientos generales DM (19,4 vs 22,5, p < 0,001).

**Conclusiones.** La actividad educativa realizada en el campamento se confirma como una herramienta útil para aumentar los conocimientos teórico-prácticos sobre diabetes. Los niños que más pueden beneficiarse son aquellos de debut reciente o que nunca han asistido a la colonia. Es recomendable planificar talleres sobre nutrición para reforzar el aprendizaje en esta área.

## V-22

**EXPERIENCIA EN LA ADMINISTRACIÓN DE TPA ENDOVENOSO EN LA FASE AGUDA DEL ICTUS ISQUÉMICO A TRAVÉS DEL SISTEMA TELE-ICTUS**

**J. Pedragosa<sup>1</sup>, M. Ribó<sup>2</sup>, F. Alonso<sup>1</sup>, C. Molina<sup>2</sup>, O. Marcaró<sup>1</sup>, M. Martín<sup>3</sup>, J. Álvarez-Sabín<sup>2</sup> y J. Brugués<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Área de atención inmediata. Hospital General de Vic. Vic (Barcelona).

<sup>3</sup>Unidad de Ictus - Neurología. Hospitals Vall d'Hebron. Barcelona.

**Objetivos.** Los sistemas de telemedicina están llamados a jugar un papel importante en los próximos años en la atención a los pacientes con ictus agudo en hospitales comarcales carentes de neurólogos de guardia. Estudiamos la eficacia y seguridad de un sistema de telemedicina para el tratamiento con tPA endovenoso en un hospital comarcal.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo descriptivo de los pacientes con ictus agudo tratados con tPA en un hospital comarcal en los 2 primeros años de funcionamiento del sistema de tele-ictus.

**Resultados.** Se han valorado a través del sistema 130 pacientes de los cuales 31 (24%) fueron tributarios de trombolisis endovenosa: 23 en el hospital comarcal y 8 en el centro de referencia. De los 23 pacientes tratados mediante tele-ictus en el hospital comarcal, edad media 75.6 años (52-87), NIHSS basal 14.8 (7-24), 4 (18%) fueron trasladados al centro de referencia para realización de rescate intra-arterial. En el hospital comarcal el tiempo puerta-aguja medio fue de 54 minutos (15-165). La tasa de transformación hemorrágica fue de 8.7% (n = 2, todas asintomáticas) y la mortalidad fue de 18.2% (n = 4). La mediana en la escala de Rankin modificada a los 3 meses fue 2.5 (0-6).

**Conclusiones.** El tratamiento trombolítico a través del sistema de tele-ictus en un hospital comarcal carente de neurólogo de guardia es eficaz, seguro y permite en casos seleccionados el traslado al centro de referencia para procedimientos de rescate intra-arterial.

## V-23

**¿PREDICE EL CHADS<sup>2</sup> LA MORTALIDAD EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA SIN FIBRILACIÓN AURICULAR?**

**J. Díez Manglano, I. García-Álvarez García, M. Sevil Puras, E. Del Corral Beamonte, F. Gomes Martín, I. Martín Algora y P. Martínez Rodés**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

**Objetivos.** Valorar si el modelo CHADS<sup>2</sup> es útil para predecir la mortalidad en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) sin fibrilación auricular (FA).

**Material y métodos.** Se han incluido todos los pacientes ingresados por cualquier motivo durante 2007 en una unidad de Medicina Interna y con un diagnóstico principal o secundario de IC (CIE-9 428) excluyendo aquellos con un diagnóstico de FA (CIE-9 427.31). Sólo se ha incluido el primer ingreso en este período. Por revisión de los informes de alta se ha calculado el índice CHADS<sup>2</sup>. Se ha realizado un seguimiento de los pacientes. Como todos los pacientes tienen IC se ha considerado una puntuación de 1 como riesgo bajo, 2 riesgo medio y > 3 riesgo alto. Se han calculado las curvas de supervivencia con el test de regresión de Cox y las curvas de Kaplan-Meier. Para las comparaciones se ha utilizado el test de  $\chi^2$ .

**Resultados.** Se han incluido 123 pacientes, 46 varones y 77 mujeres, con una edad media de 78 ± 10 años (40-100). El riesgo CHADS<sup>2</sup> era bajo en 26 pacientes, medio en 36 pacientes y alto en 61 pacientes. La mediana de seguimiento fue de 485 días y fallecieron 63 pacientes (51%). El índice CHADS<sup>2</sup> no predijo la mortalidad durante el ingreso hospitalario (p = 0,32). Durante el seguimiento fallecieron 9 (34,6%), 16 (44,4%) y 38 (62,3%) pacientes con riesgo bajo, medio y alto respectivamente (p = 0,04). En la regresión de Cox el índice CHADS<sup>2</sup> se asoció con la mortalidad (OR 1,42 [1,00-2,01]; p = 0,04).

**Discusión.** El CHADS<sup>2</sup> es un modelo de predicción del riesgo de ictus en pacientes con FA. Recoge la edad > 75 años y la existencia de IC, hipertensión, diabetes mellitus, ictus o isquemia cerebral transitoria. La IC es una enfermedad crónica asociada con frecuencia a la FA. El CHADS<sup>2</sup> es un índice fácil de calcular; puede basarse sólo en la anamnesis y nos permite valorar la mortalidad a largo plazo de los pacientes con IC aunque no tengan FA.

**Conclusiones.** El índice CHADS<sup>2</sup> puede ser una herramienta útil para predecir el riesgo de muerte a largo plazo en pacientes con IC sin FA.

## V-24

**DOLOR EN FOSA LUMBAR: DIAGNÓSTICOS ALTERNATIVOS AL CÓLICO RENAL**

**M. Aibar Arregui, R. Pelay Cacho, M. Iguzquiza Pellejero, M. Matía Sanz, M. Martín Fortea, M. Callejo Plaza, L. Clavel Conget y C. Gómez del Valle**

Servicio de M. Interna. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

**Objetivos.** Valorar los diagnósticos alternativos durante el estudio y seguimiento de un grupo de 50 pacientes atendidos en urgencias por cólico renal.

**Material y métodos.** Se seleccionaron al azar 50 pacientes que acudieron a urgencias por dolor cólico en fosa renal y se revisaron sus historias clínicas recogiendo datos de filiación y el diagnóstico definitivo tras la atención en urgencias y el seguimiento posterior en urología cuando lo hubo.

**Resultados.** De los 50 casos revisados 15 eran mujeres y 35 hombres, la edad media fue de 48,5 (± 14,1) años. Hubo 4 pacientes que quedaron ingresados a cargo de urología y uno de ellos fue intervenido de urgencia, otros 5 pacientes fueron derivados a consultas de urología de forma programada y 9 en total sufrieron una recaída tras el episodio inicial. En 40 casos el diagnóstico final fue de cólico renal no complicado atribuido a litiasis, un caso se diagnosticó de estenosis pieloureteral y fue intervenido, 5 fueron pielonefritis agudas, 2 lumbalgias, 1 caso de dolor abdominal sin filiar que no recidivó y por último un paciente fue diagnosticado de neoplasia de próstata con metástasis óseas que se consideraron las responsables del dolor inicial.

**Discusión.** El cólico renal es una patología muy frecuente en urgencias cuyo diagnóstico debe ser fundamentalmente clínico. La evolución es favorable en la mayor parte de los casos aunque hay un grupo de pacientes que precisan de tratamiento instrumental, en ocasiones de forma urgente, para prevenir el deterioro de la función renal. Desde el punto de vista de la atención en urgencias es importante descartar otros diagnósticos potencialmente más graves antes de dar por cerrado el episodio. Hay autores que han encontrado hasta un 12-15% de casos en los que la sospecha inicial de cólico renal no se ha confirmado y se han diagnosticado otras patologías como aneurismas, neoplasias, quistes ováricos complicados etc. De hecho en nuestra serie, de tan sólo 50 pacientes, se ha diagnosticado un tumor prostático metastático. El diagnóstico alternativo más frecuente en nuestros pacientes, como en otras series, han sido las pielonefritis agudas en las que la forma de presentación y sobre todo la presencia de fiebre elevada y el deterioro del estado general deben conducirnos al diagnóstico.

**Conclusiones.** La frecuencia con la que atendemos a pacientes con sospecha de cólico renal en urgencias no debe hacernos olvidar la existencia de otras patologías más graves que deben ser descartadas de forma sistemática antes de dar por concluido el episodio.

## V-25

**SOPORTE TRASFUSIONAL EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL**

**P. García Carbó, P. Sánchez Junquera, M. Chimento Viñas, V. Vela García, E. Martínez Velado, A. De la Vega Lanciego, L. Palomar Rodríguez y F. Martín Cordero**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Concha. Zamora.

**Objetivos.** La sangre es un bien escaso, de muy amplia utilización por lo que resulta un recurso caro no estando la transfusión de la misma exenta de riesgos. Es por tanto necesario conocer esta actividad terapéutica para poder optimizar su uso. Nuestro objetivo es obtener una visión global de las necesidades trasfusionales en un Servicio de Medicina Interna de un hospital de segundo nivel, con respecto al número global de transfusiones en el centro, y los motivos principales de transfusión de concentrados de hematies.

**Material y métodos.** Estudio observacional descriptivo retrospectivo con datos relativos al número de transfusiones de concentrados de hematies (CH) en los distintos servicios de nuestro hospital, durante el período de 1/1/2009 al 31/5/2009. Se ordenaron según el motivo de petición. Se obtuvieron a partir del registro informatizado (Delphin HemoBank<sup>®</sup>) con el que trabaja el Banco de Sangre de nuestro hospital. Se consideraron servicios médicos los de Cardiología, Digestivo, Hematología, Hemodiálisis, Hospital de Día, Hospitalización a Domicilio, Medicina Intensiva, Medicina Interna, Nefrología, Neumología, Neurología, Oncología, medicina Paliativa, Pediatría-Lactantes, Reumatología y Urgencias. Se contemplaron como servicios quirúrgicos: Anestesia, Cirugía General, Ginecología-Obstetricia-Paritorio, Otorrinolaringología, Quirófano, Reanimación, Traumatología y Urología.

**Resultados.** Durante el período de tiempo analizado se solicitaron al Banco de Sangre un total de 4813 bolsas de CH. Se enviaron un total de 2673 que se transfundieron a 1209 pacientes (2,21 bolsas por paciente). Se mandaron reservar otras 2140 bolsas, que fueron anuladas (44,46% del total de bolsas solicitadas). De las 2393 bolsas de CH solicitadas por servicios médicos (49,72% del total solicitado en el hospital), el Servicio de Medicina Interna (M. I.) pidió 560 (11,64% del total y el 23,40% de las solicitadas por servicios médicos) de las cuales se utilizaron 486 (18,18% del total servido en el hospital y el 86,79% de las bolsas solicitadas por M. I.) para 230 pacientes (2,11 bolsas por paciente). M. I. fue el servicio médico que más bolsas transfundió (486) seguido de Hospital de Día (299), Urgencias (289) y Digestivo (237). En cuanto a las patologías por las que se realizó la petición, la causa más frecuente en M. I. fue la anemia (50%) seguida de las neoplasias (16,05%). En 48 volantes no se especificó la causa (9,8%). La anemia es también el principal motivo de transfusión cuando se analiza por servicios médicos (32,34%) y quirúrgicos (15,19%), seguido del síndrome mielodisplásico (13,61%) y la hemorragia digestiva alta (9,83%) entre las

causas en servicios médicos y la cirugía de cadera (23,94%) y por neoplasias (16,34%) en los servicios quirúrgicos. La no cumplimentación del motivo de petición en los volantes en los servicios médicos fue del 15,71% y del 24,45% en los quirúrgicos.

**Discusión.** La transfusión de sangre (CH) es un acto terapéutico habitual en nuestro hospital y el Servicio de M. I. es el que atiende un mayor número de pacientes que finalmente precisan de este tratamiento. Pese a que la "anemia" figura como motivo de petición en la mayoría de los casos, es muy probable que éste sea un diagnóstico sindrómico y la anemia esté asociada a otro proceso patológico de base, distorsionando el resultado del análisis por motivo de petición. Otro problema para la interpretación de los datos fue el alto índice de no cumplimentación del volante de petición. Llama la atención los datos obtenidos respecto a determinados servicios como Hematología, en que el número de transfusiones fue menor del esperado, aunque hay que tener en cuenta que en nuestro hospital el mayor número de transfusiones de este servicio se realizan en Hospital de Día.

**Conclusiones.** 1) el Servicio de M. I. fue el que mayor número de transfusiones realizó en el período de estudio. 2) el motivo principal de transfusión fue el síndrome anémico. 3) apreciamos un alto porcentaje de mala cumplimentación del volante de petición.

## V-26

### UTILIDAD DE LA LEFLUNOMIDA COMO TRATAMIENTO DE FONDO DE LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE. ¿UN PASO PREVIO AL TRATAMIENTO BIOLÓGICO?

C. Campos Fernández<sup>1</sup>, L. Deus<sup>2</sup>, J. Calvo Catalá<sup>1</sup>, E. Mateo<sup>1</sup>, A. Rueda Cid<sup>1</sup>, M. González-Cruz Cervellera<sup>1</sup>, D. Pastor Cubillo<sup>1</sup> y J. García - Borrás<sup>3</sup>

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

<sup>3</sup>Servicio de Reumatología y Metabolismo Óseo. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

**Objetivos.** La introducción de la terapia biológica, ha dado un cambio en el pronóstico, evolución y calidad de vida de los pacientes con espondilitis anquilosante (EA), sin embargo, el coste económico de estos tratamientos, nos obliga a valorar terapéuticas previas y con efecto positivo, antes de su instauración. Valoramos la seguridad del uso de leflunomida (LFN), así como la mejoría clínica y funcional tras un año de tratamiento en pacientes con EA sin respuesta al tratamiento con AINEs y ejercicio.

**Material y métodos.** Se incluyeron aleatoriamente 44 pacientes, diagnosticados de EA en las Unidades de Reumatología de los Hospitales Universitarios General y La Fe de Valencia, que aceptaron las normas del uso correcto de leflunomida, con especial énfasis en evitar embarazos, independientemente del sexo del paciente. La evolución de la enfermedad, tenía una duración media de 10.1 años. A todos se les realizó una analítica mensual en los 3 primeros meses y una revisión semestral en la que se realizaba analítica estándar, BASFI, BASDAI y HAQ modificado. En la primera visita, además, estudio radiológico de columna y sacroilíacas, descartándose posible afectación hepática (VHB/VHC). Se les administró una dosis diaria de

20 mg de leflunomida, sin dosis de carga inicial. Se valoró la necesidad de toma de AINEs.

**Resultados.** De los 44 pacientes, cinco (11.3%) suspendieron el tratamiento: 2 por alopecia, 2 por diarrea y 1 por abandono del paciente. En cuatro casos se detectó elevación de GOT y GPT, sin tener que suspender el tratamiento, que se redujo a 10mg en dos de ellos. De los 39 pacientes que finalizaron el tratamiento, a los 12 meses de detectó mejoría, en 27 pacientes (69.2%), habiéndose ya detectado mejoría en el sexto mes en 14 pacientes (35.9%). Desde el tercer mes de tratamiento, se objetivó una clara necesidad de toma de AINEs.

**Discusión.** Aunque la muestra es limitada, el uso de LFN es eficaz y bien tolerada, pudiendo constituir una buena indicación antes de iniciar tratamientos biológicos, teniendo en cuenta su precio, pocos efectos secundarios y facilidad de administración.

**Conclusiones.** 1. La LFN como tratamiento de fondo de la EA, es un fármaco con una buena tolerancia. 2. Si bien la muestra es limitada, la LFN constituye un tratamiento eficaz de la EA. 3. La eficacia de LFN es inferior si se compara con el uso de tratamientos biológicos, pero teniendo en cuenta su precio, pocos efectos secundarios y facilidad en su administración, el uso de la LFN antes de iniciar tratamientos con biológicos, pensamos que puede ser una buena elección. 4. Estudios más amplios y con mayor número de pacientes, nos proporcionarán datos más valorables.

## V-27

### HIPOTIROIDISMO PRIMARIO SEVERO: UNA ENTIDAD NO TAN INFRECUENTE

M. Chimento Viñas, P. García Carbó, V. Vela García, E. Martínez Velado, P. Sánchez Junquera, A. De La Vega Lanciego, L. Palomar Rodríguez y M. Arias Paciencia

Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Concha. Zamora.

**Objetivos.** Conocer la situación actual del hipotiroidismo primario severo en nuestra Sección de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Estudio observacional. Se solicitó al Servicio de Análisis Clínicos la relación de pacientes atendidos en nuestra Sección de Medicina Interna con TSH > 100 mU/l y T4I indetectable del 1 de Enero al 31 de Mayo de 2009. Se procedió a revisión de las historias clínicas analizándose las siguientes variables: edad; sexo; antecedentes patológicos; clínica; datos analíticos: colesterol, TG, cLDL, Hb, Ac antitiroglobulina, Ac antiTPO; y evolución.

**Resultados.** Durante el período del estudio, tres (dos mujeres y un varón) fueron los casos diagnosticados de hipotiroidismo primario severo. Una de las mujeres fue atendida en consulta externa y los otros dos casos se diagnosticaron durante ingreso hospitalario (tabla 1).

**Discusión.** El hipotiroidismo primario constituye el 95% de todas las formas de hipotiroidismo. Puede cursar con bocio o sin él. Suele ser producido por un hipotiroidismo autoinmune. Nuestros tres casos de hipotiroidismo severo diagnosticados en corto espacio de tiempo, evidencian que es una entidad no tan infrecuente como parece. Debe tenerse en cuenta que en muchas ocasiones se trata de pacientes con síntomas inespecíficos y de inicio insidioso a los que se les pautó tratamiento psiquiátrico (uno de nuestros casos llevaba dos años con antidepresivos) cuando lo que precisan es tratamiento con tiroxina. El diagnóstico no es fácil en estadios iniciales pero la mejora de las técnicas de laboratorio ha facilitado el mismo. En casos de hipotiroidismos severos y evolucionados existe la posibilidad de exitus, como ocurrió en uno de nuestros pacientes.

**Conclusiones.** El hipotiroidismo primario es una patología frecuente y con múltiples y variadas manifestaciones clínicas. Esta entidad debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de nuestra labor asistencial diaria.

Tabla 1 (V-26). Medias de BASDAI y BASFI

BASDAI (Media)	BASFI (Media)	
58	47	Visita 0
31	30	Visita 1 (6 meses)
23	21	Visita 2 (12 meses)

Tabla 1 (V-27). Resultados

	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Edad	91	46	40
Sexo	Varón	Mujer	Mujer
A. patológicos	EPOC S. depresivo (2 años evolución)	No significativos	No significativos
Clínica	Dolor torácico Bradipsiquia	Astenia, Estreñimiento, Alopecia, Depresión	Astenia, Aumento de peso, Somnolencia Edemas
Bocio	No	No	No
Colesterol (mg/dl)	244	268	337
cLDL (mg/dl)	174	181	242
Hb (g/dl)	11	11.2	13
A.c antitiroglobulina (UI/mL)	13	71	642
Ac. anti TPO (UI/mL)	8	38	25
Evolución	Exitus	Favorable	Favorable

Tabla 1 (V-28).

Toxica, n (%)	2008 N = 421	1995-6 N = 141	p
Alcohol	169 (40)	8 (6)	< 0.05
Benzodiazepinas	100 (24)	37 (6)	0.6
Mórficos	20 (5)	9 (6)	0.51
Cocaína	31 (7)	3 (2)	< 0.05
Cannabis	9 (2)	0 (0)	0.1
Anfetaminas	8 (2)	2 (1)	1
Monóxido de carbono	21 (5)	13 (9)	0.1
Productos limpieza	11 (3)	8 (6)	0.1
Antiinflamatorios	5 (1)	11 (8)	< 0.05
Neurólépticos	3 (1)	8 (6)	< 0.05
Tricíclicos	1 (0)	14 (10)	< 0.05
Otros	43 (10)	28 (20)	< 0.05

## V-28

**CONSULTAS POR ABUSO DE SUSTANCIAS. QUÉ HA CAMBIADO Y QUÉ SE PUEDE MEJORAR**

G. Muñoz, A. Germán, E. Rodríguez, L. Lozano, R. Mira y J. Cara

Servicio de Medicina Interna y Urgencias. Hospital Mutua de Terrasa. Terrassa (Barcelona).

**Objetivos.** Conocer las sustancias cuyo consumo abusivo motiva la consulta en el servicio de urgencias, identificar cambios respecto a hace 12 años e identificar déficits susceptibles de mejora en cuanto a la calidad asistencial que se le ofrece a estos pacientes.

**Material y métodos.** Del 1 de abril al 30 de septiembre de 2008, se revisaron los informes asistenciales de todos aquellos episodios cuyo motivo de consulta fue "abuso de sustancias" en el Servicio de Urgencias del Hospital Mutua de Terrasa. Se recogieron datos demográficos y tóxicos consumidos y se compararon con una segunda cohorte de 100 episodios, seleccionados al azar entre 1995 y 1996. En la cohorte de 2008, además, se recogieron todos los datos directamente relacionados con los indicadores de calidad para la asistencia urgente de pacientes con intoxicaciones agudas (CALITOX, 2006).

**Resultados.** 323 episodios fueron analizados. En el 24% se identificó más de una sustancia (32% en 1996). Los datos referentes al tipo de tóxico se exponen en la tabla 1. En cuanto a los indicadores de calidad, se disponía de un protocolo asistencial, de los métodos analíticos y de sonda orogástrica en el 100% de los casos. El 45% recibió la primera atención en menos de 15 minutos. La indicación de descontaminación digestiva fue correcta en un 14%. La administración de flumazenilo fue inadecuada en el 56% y la de naloxona en un 50%. El 66% de las consultas por sustancias cardiotoxicas tenían ECG. La valoración psiquiátrica de los intentos autolíticos constaba en el 86% de los informes y la mortalidad fue del 0%.

**Conclusiones.** Las consultas por abuso de alcohol y cocaína han aumentado en los últimos 12 años mientras que las debidas a antiinflamatorios, neurólépticos y tricíclicos han disminuido. En nuestro centro hay una correcta disponibilidad de recursos según los indicadores de calidad evaluados pero no se cumplen los estándares de calidad funcionales. Se requieren medidas específicas para mejorar la calidad asistencial de estos pacientes.

## V-29

**PACIENTES DE MEDICINA INTERNA INGRESADOS EN UCI**F. Mourad<sup>1</sup>, D. Carriedo<sup>2</sup>, M. Ledo<sup>1</sup>, S. Castellanos<sup>1</sup>, S. García<sup>1</sup>, M. López<sup>1</sup>, N. Carracedo<sup>1</sup> y J. Mostaza<sup>1</sup><sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Medicina Intensiva. Hospital de León. León.

**Objetivos.** Ver las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes de UCI procedentes de Medicina Interna. Comparar los pacientes de Medicina Interna con el resto de los pacientes ingresados en UCI. Valorar la mortalidad de estos pacientes intra-UCI y hospitalaria.

**Material y métodos.** Estudio transversal sobre pacientes procedentes de la planta de Medicina Interna e ingresados en cuidados críticos intensivos durante 2006 en complejo hospitalario de León.

**Resultados.** Durante el año 2006 han ingresado en UCI 623 pacientes, de los cuales 297 fueron procedentes de Urgencias, 105 de planta médica, 134 de quirófano, 48 de planta quirúrgica, y 39 pacientes de otros centros, siendo el 53% del total de pacientes ingresados presentan patología médica que motiva el ingreso en UCI frente al 47% entre traumatismo y quirúrgico. Del total de pacientes procedentes de la planta médica 45 pacientes son procedentes de Medicina Interna (43%), seguido por

Neumología y Digestivo. El servicio de Medicina Interna fue el segundo servicio de referencia al alta del total de pacientes tras Neurocirugía. La edad media de los pacientes procedentes de Medicina Interna es 64.5 años con un rango de edad (27-85 años), sin embargo la edad media del total de los pacientes fue 55.8 años (1-92 años). La estancia media de los pacientes de Medicina Interna en UCI fue 8.8 días frente al global de todos los pacientes que fue 7 días. Los pacientes de Medicina Interna presentan mayor comorbilidad que el global de pacientes según la escala de APACHE II (20% frente 15.5%), confirmando este dato la mortalidad intraUCI de los pacientes de Medicina Interna que fue 31%, y la global intraUCI 18%. Este porcentaje de pacientes de Medicina Interna sube hasta 49% si añadimos la mortalidad en la planta de los pacientes tras ser dados de alta de UCI.

**Discusión.** La unidad de cuidados intensivos intrahospitalaria está dedicada al suministro de soporte vital o de soporte a los sistemas orgánicos en los pacientes que están críticamente enfermos, quienes generalmente también requieren supervisión y monitorización intensiva. En nuestro estudio se resalta el alto porcentaje de pacientes de Medicina Interna que ingresan en esta unidad, teniendo en cuenta también que este servicio es la gran referencia de todos los pacientes de UCI tras su alta. Así mismo se destaca la complejidad que presentan estos pacientes junto con la alta mortalidad intrahospitalaria que acerca a la mitad de los pacientes que proceden de Medicina Interna. Considerando estos datos se puede imaginar que los múltiples recursos que se utilizan para estos pacientes comparados con los pacientes procedentes de otros servicios.

**Conclusiones.** - Los pacientes procedentes de Medicina Interna ingresados en UCI presentan una edad más avanzada (64 vs.55). - Tienen también una estancia media mayor (8.8 vs. 7.06). - Forman cerca de la mitad de pacientes procedentes de planta médica y menos del 10% del total ingresado - Presentan mayor gravedad según escala Apache II (19.9 vs. 15.5) y mayor mortalidad (30%), respecto de la media. - Muere un paciente de Medicina Interna de cada 2 que ingresaron en UCI durante 2006.

## V-30

**HEMATOMA DEL RECTO ANTERIOR DEL ABDOMEN: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL COMARCAL**M. Núñez Fernández<sup>1</sup>, A. García Blanco<sup>2</sup>, J. García García<sup>1</sup>, B. Castro Paredes<sup>1</sup>, A. López Soto<sup>1</sup>, F. Fraile Amador<sup>1</sup>, J. Fernández Villar<sup>1</sup> y B. Valle Feijoo<sup>1</sup><sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Radiodiagnóstico. Fundación Pública Hospital Comarcal do Salnés. Vilagarcía de Arousa (Pontevedra).

**Objetivos.** Describimos las características de pacientes con el diagnóstico de hematoma del recto anterior del abdomen (HR).

**Material y métodos.** Análisis retrospectivo de las historias de pacientes diagnosticados de HR durante los últimos 7 años en nuestro centro, analizando datos epidemiológicos, clínicos, analíticos y radiológicos (clasificación de Berná et al., Abdom Imaging 1996; 21:62-64)

**Resultados.** Se incluyen 19 pacientes (11 mujeres) con edad media de 75 años (rango 30-91). En el 58% de los casos el HR fue la causa del ingreso; el resto estaba ingresado por otro motivo en el momento del diagnóstico. Existían entre los antecedentes dos o más procesos patológicos crónicos en el 89% de los pacientes. El tratamiento con heparina de bajo peso molecular (HBPM), anticoagulación oral (AO) o ambos, se documentó en el 68% de los casos. Más de la mitad de pacientes tratados con HBPM tenían insuficiencia renal moderada-severa. En el grupo de los que recibían AO, un 71% tenía un INR superior a 4. La tos paroxística aparecía de forma simultánea en 12. La forma de presentación más habitual fue dolor abdominal

(95%) y masa palpable (63%). El diagnóstico sesospechó antes de las pruebas de imagen en 8 pacientes. La sensibilidad diagnóstica en la TAC (100%) fue superior a la ecografía (91%); todos excepto dos, eran hematomas grado II-III de la clasificación de Berná (hematomas moderados-severos). La localización más frecuente fue la inferior derecha (68%). El manejo fue conservador en todos, comprobando diferentes actuaciones en pacientes con características similares. Dos pacientes fallecieron, relacionándose la causa del exitus con el desarrollo de HR. El descenso medio de la hemoglobina fue 5 g/dl, por paciente mientras se transfundieron una media de 1'5 concentrados de hematies por paciente. La estancia media fue de 19 días, mayor en Medicina Interna (24 días) que en Cirugía (9 días).

**Conclusiones.** 1. En nuestro centro el HR afecta casi por igual a ambos sexos y aparece en personas de edad avanzada, en relación con factores anatómicos, tratamiento anticoagulante y tos. 2. Coincidimos con otras series en la presentación clínica, mayor sensibilidad diagnóstica de la TAC y predominancia en la afectación derecha del abdomen. 3. A diferencia de lo publicado, existe una alta sospecha clínica de HR antes de su confirmación mediante pruebas radiológicas. 4. La estancia hospitalaria es superior a lo recomendado explicable por la pluripatología de los pacientes. 5. Después del análisis pormenorizado de todos los datos, esperamos establecer un protocolo de manejo del HR en nuestro centro.

### V-31

#### ¿FUMAN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LAS CONSULTAS MÉDICAS?

**E. Mouriz Fernández<sup>1</sup>, I. Díaz Penelas<sup>1</sup>, M. Ares Ferreiro<sup>1</sup>, C. Vilaríño García<sup>1</sup> y E. Casariego Vales<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Enfermería, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Personal Médico. Complejo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo.

**Objetivos.** Según la Encuesta Nacional de Salud fuma el 26,44% de los españoles y hasta 20,5% son ex fumadores. A pesar de su importancia no existen datos desagregados que permitan conocer cuantos pacientes que acuden a consultas son fumadores activos. Por ello nuestros objetivos en este estudio fueron conocer la prevalencia del hábito tabáquico entre pacientes de consultas médicas y establecer hasta donde estos pacientes ocultan su condición de fumador a su médico.

**Material y métodos.** Estudio de prevalencia del hábito tabáquico entre pacientes de Consultas Médicas que acuden a un Hospital. El tamaño de la muestra se calculó para una prevalencia esperada del 25%, aceptando un error máximo del 6% y realizando un muestreo sistemático entre los días 18 y 28 de mayo de 2009. Tras la obtención del consentimiento informado se realizó una encuesta que incluía variables demográficas y la estimación del hábito, mediante la clasificación de la OMS. En la valoración del hábito se utilizaron el test de dependencia a la nicotina y la realización de una cooximetría. En el análisis de concordancia entre la encuesta y la cooximetría se utilizó el parámetro kappa con sus correspondientes intervalos de confianza.

**Resultados.** De un total de 200 pacientes encuestados, 197 (98,5%) aceptaron participar (55,3% mujeres y edad media global 67,4 –DS 14,7- años). Se declararon fumadores 18 (9,2%), fumadores ocasionales 3 (1,5%), ex fumadores 38 (19,4%) y no fumadores 138 (70%). El 78,9% de los fumadores eran varones, siendo la edad media de los fumadores (51,8 años) significativamente mas baja que la de los no fumadores (69,3 años) y ex fumadores (69,1 años) ( $p < 0.001$ ). En 181 pacientes fue posible realizar cooximetría y 16 no colaboraron de manera adecuada. Entre ellos, solo 1, autodeclarada no fumador, mostró un resultado positivo, obteniéndose en fumadores declarados el resto de los positivos. De la misma forma, se obtuvieron resultados negativos en los declarados no fumadores y ex fumadores, pero también en los fumadores ocasionales y en 4 declarados fumadores habituales (22,2% de los mismos). Se apreció una buena concordancia entre los resultados de la encuesta y la cooximetría ( $K = 0,84$ ; IC 95% 0,70-0,97).

**Discusión.** El porcentaje de fumadores activos que acude a las consultas médicas (10,6%), aunque claramente inferior al detectado en la población general, sigue siendo elevado. Dada la disparidad de prevalencia por sexos, en las consultas con mayor frecuentación de varones, la prevalencia debe de ser aún mayor. Los pacientes declaran de manera veraz su estado de fumador y solamente una paciente mostró una cooximetría positiva declarándose no fumadora. Por el contrario hasta el 22,2% de los declarados fumadores mostraron cooximetrías negativas. Este hecho podría relacionarse con la abstención previa de los pacientes en las horas o días previos a la consulta.

**Conclusiones.** 1. El 10,6% de los pacientes que acuden a un Consulta de Medicina Interna son fumadores activos 2. Ladeclaración del paciente es un sistema adecuado para conocer su situación de fumador o no fumador.

### V-32

#### RABDOMIOLISIS GRAVE TRAS EJERCICIO INTENSO

**R. Molina Cano<sup>1</sup>, M. Galindo Andúgar<sup>1</sup>, J. Castellanos Monedero<sup>1</sup>, H. Ortega Abengózar<sup>1</sup>, L. Rodríguez Rojas<sup>1</sup>, L. González Sánchez<sup>2</sup>, M. Noblejas Martínez-Matamoros<sup>3</sup> y F. Martínez Pérez<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Alergología, <sup>3</sup>Análisis Clínicos. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

<sup>4</sup>Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

**Objetivos.** Estudiar los pacientes ingresados en los últimos 12 meses en el Hospital General La Mancha Centro por rabdomiolisis grave.

**Material y métodos.** Búsqueda de casos mediante el programa de laboratorio utilizando como criterio de búsqueda un valor de creatininfosfoquinasa (CPK) igual o mayor de 100.000 UI/L. Análisis de datos epidemiológicos, clínicos y analíticos.

**Resultados.** Se encontraron dos casos dentro del período indicado que cumplían los criterios de inclusión. CASO 1: Varón de 22 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés excepto consumo de "cristal" ocasional, que acude a La Mancha para vendimiar. Tras dos días de trabajo (coincidiendo con intenso calor y baja ingesta hídrica) acude a urgencias por migrañas generalizadas y coluria. En Urgencias se aprecia creatinina 1,44 mg/dl (normal: 0,6-1,2) y CPK 220.200 UI/L (normal: 25-195), por lo que se decide ingreso. No presenta fiebre. En el estudio posterior destaca riñón derecho único. Asintomático durante el ingreso, se normaliza creatinina y CPK en 72 horas. CASO 2: varón de 21 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que acude a Urgencias a las pocas horas de realizar una primera sesión de spinning (sin entrenamiento previo) refiriendo migrañas generalizadas con dificultad para caminar por dolor. En análisis destaca CPK 130.040 UI/L con mioglobina de 35.586 ng/ml (normal < 70) y gasometría venosa normal (incluyendo lactato). Buena evolución con tratamiento habitual. Alta a los 6 días con normalización de los parámetros de laboratorio. Estudio realizado normal (incluyendo eco abdomen y test isquemia muscular).

**Discusión.** En ambos casos coincidió como factor desencadenante ejercicio físico intenso sin preparación física previa. En el primero se planteó como diagnóstico diferencial el golpe de calor, pero no presentó fiebre ni cumplió criterios; la ausencia de riñón izquierdo pudo favorecer la elevación tan llamativa de CPK.

**Conclusiones.** Se debe ser precavido ante la realización de ejercicio físico de alta intensidad, especialmente sin entrenamiento previo.

### V-33

#### MORTALIDAD Y TRATAMIENTO CON DOSIS MEDIAS-ALTAS DE PREDNISONA ORAL EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

**A. Martínez Berriotxo, G. Ruiz Irastorza, N. Olivares Beobide, M. Egurbide Arberas y C. Aguirre Errasti**

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cruces. Barakaldo (Vizcaya).

**Objetivos.** Investigar la asociación entre mortalidad y tratamiento con prednisona oral en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES).

**Material y métodos.** Cohorte prospectiva de 301 pacientes con LES (4 ó más criterios ACR). Se definieron como medias-altas las dosis de prednisona diarias superiores a 30 mg en cualquier momento de la evolución o las dosis diarias iguales o superiores a 10 mg e inferiores a 30 mg recibidas durante un período de tiempo superior a los tres meses. La positividad de anticuerpos antifosfolípido se definió según los criterios de Sapporo. Los análisis estadísticos se realizaron con el programa SPSS 15.0. Se elaboró un modelo de regresión de Cox empleando como variable dependiente "muerte por cualquier causa", como variable temporal "tiempo desde diagnóstico de LES hasta muerte" y como variables independientes una selección de variables epidemiológicas (sexo, raza y edad al diagnóstico de LES), clínicas (afección no trombótica del SNC, afección pulmonar, trombopenia, anemia hemolítica, trombosis arteriales, trombosis venosas, infecciones bacterianas, diabetes mellitus, cáncer y nefropatía lúpica), inmunológicas (anticuerpos anti-DNA, anticuerpos anticardiolipina y anticoagulante lúpico) y terapéuticas (prednisona a dosis medias-altas, dosis acumulada de ciclofosfamida y antipalúdicos).

**Resultados.** 264 (87,7%) pacientes eran mujeres y 37 (12,3%) hombres; 299 pacientes (99,3%) eran de raza blanca. La edad al diagnóstico y el tiempo de evolución de LES fueron de  $35,5 \pm 16,1$  años y  $12,7 \pm 7,9$  años respectivamente. Se produjeron 40 (13,3%) fallecimientos durante el tiempo de seguimiento. 213 (70,8%) pacientes recibieron dosis medias-altas de prednisona oral, frente a 85 que recibieron dosis bajas o no recibieron prednisona; en cada grupo se produjeron respectivamente 35 (16,4%) y 5 (5,8%) fallecimientos ( $p = 0,015$ , test exacto de Fisher). Esta asociación entre tratamiento con dosis medias-altas de prednisona y mortalidad se mantuvo de forma independiente en el análisis multivariante (Tabla 1).

Tabla 1 (V-33). Regresión de COX

Edad al diagnóstico de les	OR 1,07 (CI 95% 1,04-1,10, p < 0,001)
Anticoagulante lúpico	OR 2,27 (CI 95% 1,09-4,72, p = 0,0278)
Infecciones bacterianas	OR 2,06 (CI 95% 1,03-4,13, p = 0,040)
Prednisona a dosis-medias altas	OR 3,44 (CI 95% 1,20-9,84, p = 0,021)
Diabetes mellitus	OR 5,38 (CI 95% 1,63 -17,75, p = 0,006)
Antipalúdicos	OR 0,19 (CI 95% 0,08-0,43, p < 0,001)
Nefropatía lúpica con irc no terminal	OR 8,75 (CI 95% 2,48-30,86, p = 0,001)

**Discusión.** Los resultados de nuestro estudio sugieren que el empleo de dosis diarias medias-altas de prednisona se asocia con un mayor riesgo de mortalidad en pacientes con LES, independientemente de otros factores epidemiológicos, clínicos e inmunológicos. Este incremento de mortalidad atribuible a los corticosteroides hace recomendable el uso de pautas de tratamiento que reduzcan las dosis diarias de prednisona oral (por ejemplo, el empleo de bolus de metilprednisolona intravenosa en episodios graves de actividad de la enfermedad o la introducción precoz de inmunosupresores como ahorradores de esteroides), así como la mejora en la profilaxis y el tratamiento precoz de los efectos adversos de los corticosteroides.

**Conclusiones.** El empleo de dosis diarias medias-altas de prednisona se asocia con un mayor riesgo de mortalidad en pacientes con LES, independientemente de otros factores epidemiológicos, clínicos e inmunológicos.

#### V-34 CONTRAINDICACIONES DEL TRATAMIENTO CON METFORMINA EN PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

V. Fernández Auzmendi, J. Vázquez Labrador, L. Morillo Blanco, V. Bejarano Moguel, O. González Casas, E. Gaspar García, D. Magro Ledesma y J. Bureo Dacal

Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina. Badajoz.

**Objetivos.** Determinar las características de los pacientes tratados con metformina al alta en un servicio de medicina interna. Comprobar la adecuada prescripción de la misma en cuanto a sus contraindicaciones.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo a partir de los informes de alta. Las contraindicaciones para el tratamiento fueron: alergia o intolerancia al fármaco, cetoacidosis o precoma diabético, insuficiencia renal (creatinina > 1.5 mg/dl en hombres y > 1.4 mg/dl en mujeres), patología aguda con riesgo de alteración de la función renal (deshidratación, infección grave, shock, administración intravenosa de contrastes yodados), enfermedad aguda o crónica capaz de provocar hipoxia tisular (insuficiencia cardiaca, infección respiratoria, IAM reciente, insuficiencia hepática), intoxicación alcohólica aguda o alcoholismo activo y lactancia. Análisis de los datos mediante el programa estadístico SPSS versión 13.0.

**Resultados.** Se incluyeron en el estudio 95 pacientes en un período de tiempo de 2 años (Julio '07-Mayo '09), de los cuales el 50.5% eran hombres y el 49.5% mujeres. Todos eran diabéticos tipo 2. La edad media fue de 73.67 ± 10.92 años, siendo el 89.5% mayores de 60 años. El 41.1% eran obesos, la mayoría mujeres (51.1% vs 31.3%). El 91.7% de los hombres eran fumadores activos frente a un 10.6% de las mujeres. El 95.8% eran hipertensos. El 78.95% estaban diagnosticados previamente de diabetes, de los cuales el 66.3% estaban tratados con metformina, seguido de sulfonilureas (23.2%), insulina (22.1%), secretagogos (13.7%) y sólo el 1.1% con glitazonas. En cuanto al perfil lipídico, el 47.2% presentaban cifras de LDL > 100 mg/dl, el 34.7% HDL < 40 mg/dl y el 38.9% triglicéridos > 150 mg/dl, sin diferencias significativas entre sexos. El 93.7% estaban tratados previamente con estatinas. El daño de órgano diana más frecuente fue la cardiopatía isquémica (47.4%), seguida de la arteriopatía periférica (35.8%), retinopatía diabética (17.9%) y neuropatía periférica (11.6%). Sólo el 10.6% tenían nefropatía establecida. Todos los pacientes fueron dados de alta con metformina, seguido de insulina (30.5%), sulfonilureas (16.8%) y secretagogo (8.4%). Sólo 17 de los 95 pacientes no tenían alguna contraindicación formal para el uso de este fármaco. El 80% tenían alguna patología aguda con riesgo de alteración de la función renal (48% descompensación cardiaca, 32.6% infección respiratoria, 8.5% deshidratación, 5.7% retención aguda de orina y 2.9% ictus isquémico), y el 34.7% alguna patología capaz de producir hipoxia tisular (49.7% infección respiratoria, 41.6% insuficiencia cardiaca, 3.6% tromboembolismo pulmonar). El 9.5% tenían insuficiencia renal. No hubo ningún paciente con cetoacidosis ni con alergia al fármaco. No se describió ningún caso de acidosis láctica.

**Discusión.** La metformina sigue siendo el fármaco de elección en pacientes obesos. No se describió ningún efecto adverso asociado a su uso. Nuestro estudio sugiere que el riesgo de acidosis láctica asociado a este fármaco probablemente es mucho menor al estimado. Las sulfonilureas son los segundos antidiabéticos más usados. Destaca la ausencia de pacientes en

tratamiento con inhibidores de la alfa-glucosidasa. En nuestros pacientes existe un aceptable control lipídico, estos resultados podían atribuirse tanto al tratamiento antidiabético como al uso de estatinas. El sexo no parece influir en este aspecto. El objetivo de control menos alcanzado fue el mantenimiento de LDL < 100 mg/dl. Como en otras series un elevado número de pacientes presenta insuficiencia cardiaca, contraindicación descrita para el uso de este fármaco. La insuficiencia renal es probablemente la contraindicación que más presente tiene el clínico, ya que se prescribe metformina en casos de alteración de la función renal en sólo 9 pacientes.

**Conclusiones.** Existe un alto porcentaje de pacientes tratados con metformina y con contraindicaciones para su uso, lo que pone de manifiesto la escasa adherencia del clínico a este respecto. Sin embargo, las complicaciones graves asociadas a su uso son poco frecuentes.

#### V-35 CONSULTA DIAGNÓSTICA DE MEDICINA INTERNA. NUESTRA EXPERIENCIA EN 8345 PACIENTES

I. Pons Martín del Campo<sup>1</sup>, A. Casanovas Martínez<sup>1</sup>, S. Vidal Ferrer<sup>1</sup>, J. Pérez de Celis<sup>1</sup>, P. Villacé Gallego<sup>1</sup>, D. Grau Marsal<sup>2</sup> y J. Oristrell Salvà<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Enfermería. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona).

**Objetivos.** En 1994 se creó en la Corporació Sanitària Parc Taulí la Consulta Diagnóstica de Medicina (Patología Grave No Urgente Médica: PGNUM), ofreciendo un servicio de diagnóstico rápido alternativo a la hospitalización. **Objetivos:** 1. Atender pacientes con problemas de salud complejos sin que tuvieran que ingresar. 2. Agilizar el proceso diagnóstico consiguiendo prioridad en las exploraciones complementarias. 3. Incrementar la comunicación con asistencia primaria. 4. Crear un espacio de formación y docencia de los MEF de Medicina Interna y de Medicina Familiar y Comunitaria.

**Material y métodos.** 3 consultorios, Hospital de Día para extracciones analíticas, enfermera y auxiliar de clínica. Horario de mañana y/o tarde (8-17 h). Teléfono de contacto. Especialistas de MI con diferente grado de dedicación, MEF de MI de 4º y 5º año y MEF de MFyC de 2º año, supervisados por un médico especialista. Tiempo por 1ª visita 40' y 20' para las sucesivas. Base de datos de Access desde julio de 1998 hasta junio de 2008 revisada de forma retrospectiva. Se ha consultado la procedencia de los pacientes, los motivos de consulta, el nº de primeras visitas y sucesivas, los procedimientos realizados, los diagnósticos finales y las derivaciones. Se evalúan las calificaciones dadas por los MEF y por cuestionarios telefónicos de satisfacción a los pacientes.

**Resultados.** En el período analizado se realizaron 8.345 primeras visitas y 15.006 sucesivas. En 1.155 casos (13.84%) se realizó una única visita y en 1.482 (17.76%) > 4. 4.588 pacientes (54.98%) llegaron derivados de atención primaria (ambulatorios y mútuas), 2.718 (32.57%) de urgencias, 914 (10.95%) de otra especialidad del mismo hospital y 125 (1.48%) con otros orígenes. Los motivos de consulta más frecuentes fueron: anemia 1.666 (19.96%), síndrome tóxico 1.358 (16.27%), alteraciones analíticas 735 (8.81%), patología digestiva y hepática 622 (7.45%), fiebre 596 (7.14%), manifestaciones sistémicas 588 (7.04%), cardiopatía 487 (5.84%), adenopatías 433 (5.19%), dolor 432 (5.18%), patología neurológica 213 (2.55%), patología pulmonar 186 (2.23%), otros 1.029 (12.33%). El nº de procedimientos realizados fué variable en función de cada patología siendo la media 4.14 (0-27). De las 34.539 exploraciones complementarias (EC) efectuadas, 10.669 (30.89%) se realizaron en lamisma consulta. Las EC más frecuentes fueron: analítica 11.619 (33.64%), rx.tórax 4.104 (11.88%), ecografía abdominal 2.330 (6.75%), TAC 1.589 (5.29%), detección de sangre oculta en heces 1.529 (4.43%), FGS 1.198 (3.47%), FCS 1.131 (3.27%), otras rx. 1.029 (2.98%), y ECG 732 (2.12%). Grupos de diagnóstico final: patología digestiva 924 (11.07%), enfermedades hematológicas no neoplásicas 909 (10.89%), procesos neoproliferativos incluyendo hematológicos 755 (9.05%), enfermedades sistémicas 436 (5.22%), en 356 (4.27%) no se objetivo la patología que motivó la derivación, enfermedades infecciosas 343 (4.11%), cardiopatía 328 (3.93%), patología reumatológica 319 (3.82%), neurológica 274 (3.28%), endocrina 260 (3.16%). En el momento del estudio había 602 (7.24%) de pacientes activos. Al alta, se derivaron 4640 (55.60%) a asistencia primaria, 1977 (23.69%) a consultas externas

de otra especialidad, 29 (0.35%) a urgencias y 293 (3.51%) a ingreso hospitalario. En 737 (8.83%) pacientes se perdió el seguimiento y 36 (0.43%) fueron exitus. La valoración media de la rotación por los MEF ( $n = 34$ ) fue 2.6/3. Todas las respuestas de las encuestas telefónicas estaban por encima del percentil 75 de satisfacción del usuario.

**Conclusiones.** 1. En PGNUM se ven pacientes de alta complejidad evitando ingresos. 2. Más del 30% de las EC se realizan en la misma consulta. 3. Las neoplasias son el 3º grupo diagnóstico detrás de la patología digestiva y alteraciones hematológicas. 4. Sólo hubo un 0.35% de ingresos. 5. El número de pacientes activos es elevado (7.24%). 6. El vínculo entre PGNUM y atención primaria es importante. 7. La conexión con servicios centrales y con otras especialidades es básica para su correcto funcionamiento. 8. La valoración formativa y docente de la rotación por PGNUM de los MEF es alta. 9. La satisfacción del usuario reflejada en las encuestas es evidente.

### V-37

#### ESTUDIO COMPARATIVO DE CONCORDANCIA EN EL DIAGNÓSTICO, CON DIEZ AÑOS DE DIFERENCIA, EN EL AREA DE MEDICINA INTERNA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL

A. Martínez Miró, C. Bruno Martínez, C. Netto Miranda, T. Pellicer Vergés y J. Sobrino Martínez

*Urgencias. Hospital de l'Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet (Barcelona).*

**Objetivos.** Realizar un estudio comparativo de la concordancia entre la orientación diagnóstica al ingreso desde Urgencias con el diagnóstico al alta hospitalaria como grado de calidad del servicio de Urgencias.

**Material y métodos.** Se ha comparado el trabajo realizado en 1998, en el que se estudió la concordancia diagnóstica entre los ingresos realizados desde Urgencias y las altas de los mismos desde el servicio de Medicina Interna, con los mismos parámetros en el año 2008, revisándose las historias de los pacientes ingresados en Medicina Interna, de forma aleatoria, durante los días impares de los meses de enero, abril, julio y octubre de 2008, para la obtención de los siguientes parámetros: sexo, edad, si el médico que realiza el ingreso es especialista o no (incluyendo en éstos los médicos en formación MIR), diagnósticos al ingreso y al alta según la codificación de enfermedades CIM9. MC, y la concordancia entre ellos. También hemos revisado en el año 2008 el número de médicos por turno.

**Resultados.** El año 1998 se realizaron 16.800 visitas en el área de medicina del servicio de Urgencias, y 30.168 en 2008 (aumento del 79%), con 2.211 ingresos en 1998, lo que representa un 13,1% de los pacientes atendidos, y un promedio de 6,06 ingresos/día, y 2.595 ingresos en 2008, que significa el 8,6% de los pacientes atendidos y un promedio de 7,1 ingresos/día. En aquel momento el número promedio de médicos por turno era de 2,66 y en 2008 de 3,66 (aumento del 37,5%). La relación paciente/médico fue de 6.315 y ahora de 8.242 (aumento del 30,5%). La edad media de los pacientes se situaba en 61,5 años, el 54% eran hombres y el 46% mujeres, y en 2008 fue de 57,5 años (48,3% hombres y 51,7% mujeres). La concordancia global obtenida en 1998 fue de un 87,5%, donde los no especialistas tenían un 91,5% de concordancia y los especialistas un 87,5%, en cambio, en 2008 ha sido globalmente de un 69% y por nivel profesional los médicos especialistas obtienen un 72% de concordancia y un 64% los no especialistas.

**Conclusiones.** 1) El número de pacientes atendidos en el área de Medicina Interna casi se ha duplicado en 10 años. 2) No hay diferencias significativas en la edad de los pacientes, con ligera inversión del nº de hombres y del de mujeres. 3) Pese a haber más médicos que hace 10 años, la relación paciente/médico ha subido casi un tercio, lo que supone un aumento significativo de la carga de trabajo para cada facultativo. A pesar de ello, hay poco aumento en el nº de ingresos diarios (17,1%). 4) El grado de concordancia ha disminuido globalmente en un 18,5%, pero invirtiéndose según la categoría del médico, siendo ahora mayor la concordancia entre los especialistas.

### V-38

#### ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS CON NEUTROPENIA FEBRIL

M. López Veloso<sup>1</sup>, N. Carracedo Falagan<sup>1</sup>, S. Raposo García<sup>1</sup>, J. Guerra Laso<sup>2</sup>, L. De Sande<sup>3</sup>, A. Morán Blanco<sup>1</sup> y F. Mourad<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Oncología Médica. Hospital de León. León.

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Monte San Isidro. León.

<sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León).

**Objetivos.** Describir las características de todos los episodios diagnósticos de neutropenia febril en el Servicio de Oncología del complejo Asistencial de León durante el año 2008. Analizar si existen diferencias pronósticas según sus factores de riesgo.

**Material y métodos.** Recogida de datos de forma retrospectiva según un protocolo previamente determinado de todos los casos de neutropenia febril

diagnosticados entre Enero-Diciembre del 2008. Los criterios de inclusión eran: diagnóstico confirmado de neoplasia sólida, tratamiento activo con quimioterapia, fiebre de  $> 38,3^{\circ}$  en una toma o  $> 38^{\circ}$  en dos tomas separadas por una hora y recuento de neutrófilos absolutos  $< 500/\text{ml}$  o  $1.000/\text{ml}$  con predicción de descenso a  $< 500/\text{ml}$  en las 48 horas siguientes.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 67 casos (9% del total de los ingresos), con edad media de 61 años (21-82), el 64,28% varones. Las neoplasias de base más frecuentes fueron pulmón 42% del total de los casos, mama 22,4%, gastrointestinal 16,4%. El 68,7% de los pacientes estaban en estadio IV de su enfermedad, un 13,5% habían tenido un episodio previo de NF y el 13,4% tuvieron una recaída en su evolución. El 71,6% recibían primera línea de quimioterapia, el 37,3% el primer ciclo. El tiempo medio entre la administración del tratamiento y la aparición de neutropenia fue de 10,4 días. La cifra media de neutrófilos fue de 403/ml, la fiebre previa al ingreso de 2,1 días, la desaparición a los 2,34 días y la duración media de la neutropenia de 3 días. Un 17,9% de los episodios aparecieron durante el ingreso hospitalario y se usaron factores estimulantes de colonias en el 85%. Un 4,5% de los pacientes eran portadores de un acceso vascular permanente. Al ingreso el 40,3% presentaban foco evidente de infección, aunque solamente en el 31,34% de los casos se consiguió diagnóstico microbiológico. Se objetivó bacteriemia en un 8,9% de los casos e infección urinaria en el 24%. La estancia media hospitalaria fue de 8 días y la mortalidad de 1,5%.

**Discusión.** La mayoría de los pacientes de nuestra serie presentaban neoplasia en estadio avanzado por lo que reciben tratamiento con quimioterapia de elevado riesgo para el desarrollo de neutropenia febril. En los datos obtenidos de acuerdo con la literatura observamos que la duración media de la neutropenia está dentro de los 7-14 días previstos, sin embargo la recuperación es más precoz dado que un elevado porcentaje de nuestros pacientes reciben tratamiento con factor estimulantes de colonias. La evaluación de los factores de riesgo es un eslabón fundamental para el manejo del paciente que desarrolla neutropenia dado que nos permite prever la evolución, planificar una estrategia diagnóstica y terapéutica. En los datos obtenidos en nuestro estudio, hemos visto que de forma significativa, la mayor duración de la fiebre previo al ingreso se relaciona con una fiebre más prolongada durante el ingreso. En todo paciente que cumple criterios de neutropenia febril es necesario buscar un foco de infección y obtener cultivos de las muestras necesarias, aunque observamos que la rentabilidad de estos es escasa. Como observamos en la literatura, es importante analizar los diferentes factores y valorar el riesgo de infección para el abordaje de estos pacientes, valorando la necesidad de hospitalización o tratamiento ambulatorio.

**Conclusiones.** La incidencia de neutropenia febril en el Servicio de Oncología Médica es del 9% del total de ingresos, cifra que se puede considerar baja en relación con el elevado número de ciclos de quimioterapia administrados. Los factores de riesgo que hemos observado en nuestra serie son: edad  $> 60$  años, sexo masculino, neoplasia de pulmón, estadios avanzados, tratamiento con quimioterapia de alto riesgo y con comorbilidad asociada. La duración previa al ingreso de la fiebre y el cáncer de pulmón se asocian con una mayor duración de los síntomas durante el ingreso y por lo tanto de una mayor estancia hospitalaria.

### V-41

#### HIPERTENSIÓN PULMONAR POR TROMBOEMBOLISMO PULMONAR CRÓNICO EN TRATAMIENTO CON VASODILADORES

I. Pérez Hernández<sup>1</sup>, N. Reina Marfil<sup>2</sup>, T. Moreno García<sup>1</sup>, C. Fernández Aguirre<sup>2</sup>, J. Velasco Garrido<sup>2</sup> y M. Hidalgo Sanjuán<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Neumología. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

**Objetivos.** Estudio de la evolución clínica de pacientes afectos de hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HTPTC) no quirúrgica tratados mediante vasodilatadores específicos en nuestro centro.

**Material y métodos.** Se evaluaron siete pacientes con HTPTC incluidos en el registro de hipertensión pulmonar de nuestro centro. Recogimos las variables de edad, sexo, clase funcional al inicio del tratamiento y en el momento actual, distancia recorrida mediante la prueba de seis minutos (6MWT) al inicio y a los 6 meses del tratamiento y tiempo transcurrido hasta el deterioro clínico.

**Resultados.** La edad media es  $63,85 \pm 7,66$  años. El sexo femenino representa el 57% y el masculino, 43%. Cinco pacientes fueron tratados con vasodilatadores específicos en terapia única (3 Bosentan y 2 Sildenafil), un paciente con vasodilatadores específicos en combinación (Bosentan y Sildenafil) y otro lo hizo en asociación con Trepostinil. Al inicio del tratamiento dos pacientes estaban en clase II y cinco en clase III. En el momento actual, cuatro pacientes han mantenido su grado funcional, dos han progresado de clase II a III y uno falleció a los 55 meses por la propia enfermedad. La distancia media caminada al inicio del tratamiento fue de 367,8 metros ( $r$ : 276-450), siendo posteriormente de 382 ( $r$ :289-467). El tiempo transcurrido hasta el deterioro clínico es de  $26,71 \pm 10,77$  meses ( $r$ : 9-55). Ningún efecto secundario requirió suspender o modificar el tratamiento.

**Conclusiones.** El tratamiento vasodilatador en monoterapia o combinado, mejora la capacidad de ejercicio y la disnea en un porcentaje importante de pacientes con HTPTC. En muchos de ellos, esta mejoría se mantiene.

#### V-42

### ESTUDIO DE LA PATOLOGÍA BILIAR EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

**G. García García, V. Bejarano Moguel, J. Vázquez Labrador, G. Guerrero Barrero, M. González García, D. Magro Ledesma, J. Arrebola García y A. Pijterro Amador**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina. Badajoz.*

**Objetivos.** Analizar las características epidemiológicas y clínicas, las entidades diagnosticadas más frecuentes, así como el tratamiento empleado en los pacientes con patología biliar en nuestro Servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna diagnosticados de patología biliar, desde el 1 de Abril de 2007 hasta el 30 de abril de 2008. Se recogen datos referentes a la edad, sexo, tiempo de estancia, antecedentes personales, clínica al ingreso, pruebas y tratamientos realizados. Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS 15.0.

**Resultados.** De los 96 pacientes, 36 eran varones (37,5%) y 60 mujeres (62,5%), con una media de edad de 78,02 años. La estancia media en nuestro servicio fue de 9,35 días. El 18,8% de los enfermos tenía antecedentes de dislipemia, un 27,1% diabetes Mellitus, el 3,1% hepatopatía previa y el 34,4% patología biliar previa, siendo la más frecuente la litiasis biliar sintomática (7,3%) seguidas de la colecistitis y colangitis (ambas 5,2%) y las pancreatitis de origen biliar (4,2%). Del total un 6,3% estaba colecistecomizado. El motivo de consulta más frecuente fue el dolor abdominal en 63 casos (65,7%), seguidas de fiebre (6,3%), ictericia indolora y síndrome constitucional (ambas 3,1%). El 21,9% ingresó por otro motivo. El dolor abdominal se presentó de forma aislada en 22 pacientes y con ictericia en 5 casos, con náuseas y/o vómitos en 25 y con fiebre en 11. En la exploración física, el dolor abdominal se localizaba fundamentalmente en hipocondrio derecho (38,5%), el 21,9% presentó ictericia, el 24% fiebre y un 11,5% hepatomegalia. Las alteraciones analíticas objetivadas fueron leucocitosis (42,7%), hiperglucemia (59,4%), hiperbilirrubinemia a expensas de la directa (44,8%), así como elevación de LDH (33,3%), GOT (46,9%), GPT (50%), GGT (54,2%), FA (45,8%) y amilasa (15,6%). Se realizaron 89 ecografías abdominales (92,7%), siendo diagnósticas en 73 casos, 35 TAC abdominales (36,5%), de los cuales fueron diagnósticos 21, 8 colangio- resonancias (8,4%), siendo diagnósticas en 6 casos, 5 CPRE diagnósticas y terapéuticas y una biopsia hepática que fue inespecífica. Los diagnósticos más frecuentes fueron la colecistitis en 26 pacientes (27,1%), siendo alitiásica en sólo 3, seguidas de la litiasis biliar asintomática (24%), el cólico biliar (21,9%), la coledocolitiasis (12,5%), la colangitis (7,3%) y las neoplasias (4,1%). Entre las diferencias por sexo más llamativas destaca la colecistitis biliar litiasica con un 16,3% en mujeres frente a un 7,3% en varones, el cólico biliar con un 14,6% en mujeres y 7,3% en hombres, la coledocolitiasis con un 8,4% en mujeres y un 4,1% en varones. En más de la mitad de los casos (68,8%) se realizó tratamiento médico, en 25 casos cirugía, realizándose 10 colecistectomías urgentes. El antibiótico más utilizado fue el imipenem en el 8,3%, seguido de piperacilina-tazobactam (6,3%), ciprofloxacino (5,1%) y amoxicilina-clavulánico (2,1%). Fallecieron 4 pacientes del total.

**Discusión.** La prevalencia de la patología biliar en nuestro hospital es del 1,52%. Dicha patología es más frecuente en mujeres y se manifiesta fundamentalmente con dolor abdominal en hipocondrio derecho, asociado a náuseas y/o vómitos y analíticamente con un patrón de colestasis y/o citolisis. La ecografía abdominal fue el método diagnóstico más utilizado y rentable. En la mayoría de los casos se instaura tratamiento médico con buena evolución posterior.

**Conclusiones.** La mayor rentabilidad diagnóstica de la ecografía abdominal hace que sea la primera prueba a realizar en el estudio de la patología biliar. La buena evolución en la mayoría de los casos con tratamiento médico, conlleva la realización de CPRE o intervención quirúrgica de forma ambulatoria.

#### V-43

### PIODERMA GANGRENOSO, UNA ALERTA DE ENFERMEDAD SISTÉMICA

**A. Belso, R. Vidal, L. Pesce, R. Bravo, M. Romero, R. Pascual y C. Pérez Barba**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital de Elda Virgen de la Salud. Elda (Alicante).*

**Objetivos.** Revisar los piodermas gangrenosos (PG) diagnosticados en nuestro hospital, analizar su asociación con enfermedad sistémica y su evolución clínica.

**Material y métodos.** Análisis retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de PG. Se extrajeron de la base de datos de anatomía patológica todos los casos diagnosticados de PG en los últimos 15 años. Se elaboró una ficha de recogida de datos que incluía datos demográficos, comorbilidad, asociación temporal con enfermedad hematológica o enfermedad inflamatoria intestinal, datos analíticos, tratamiento y evolución.

**Resultados.** Se diagnosticaron 10 casos de PG, 5 varones y 5 mujeres, siendo la media de edad 42 años. Un caso se asoció a síndrome mielodisplásico y 4 a enfermedad inflamatoria intestinal (3 enfermedad de Crohn y 1 colitis ulcerosa). En el resto no se ha detectado hasta el momento ninguna enfermedad asociada. En el caso del paciente hematológico, el diagnóstico precedió al PG en dos meses. En los casos asociados a EII, en 2 fue la primera manifestación, estableciéndose el diagnóstico a raíz de la aparición de las lesiones cutáneas. En otro, los dos procesos aparecieron de forma concomitante y en uno la EII precedió al PG en 6 años. En 3 casos la lesión fue única y en el resto múltiple, localizándose con más frecuencia en extremidades inferiores (8 casos), seguido de tórax (2 casos), glúteos (1 caso), brazos (1 caso) y cuello y cara (2 casos). En un caso con enfermedad de Crohn apareció también una lesión en región tiroidea. Pudo identificarse un factor precipitante en dos casos (trauma y acupuntura). Se asoció patergia cutánea en tres casos. En 2 pacientes la cirugía y la biopsia empeoraron las lesiones. En un paciente se asociaron lesiones de Crohn cutáneo. Presentaron manifestaciones articulares 2 pacientes con EII y uno sin enfermedad asociada. En todos los casos se administraron corticoides, en 2 fue necesario asociar azatioprina, en uno ciclosporina y en otro infliximab para conseguir la remisión. Una recidiva coincidió con un brote de EII. El paciente hematológico siguió un curso con remisiones y recaídas, coincidiendo los brotes cutáneos con recaídas hematológicas. La remisión se consiguió en 7 pacientes.

**Discusión.** El PG es una entidad rara. Con frecuencia se asocia a enfermedades sistémicas de preferencia EII y hematológicas como sucedió en el 50% de nuestros casos. Aunque los porcentajes varían según las series, suele ser más frecuente la asociación con CU (3-5%) que con enfermedad de Crohn (1%) a diferencia de lo encontrado en nuestra revisión. En ocasiones precede al diagnóstico de la enfermedad. Su presencia obliga a descartar EII aún en ausencia de síntomas. Aunque en ocasiones puede seguir un curso paralelo a la enfermedad de base, en otras evoluciona de forma independiente. El antecedente de trauma y la coexistencia con patergia ha sido frecuente lo que obliga a extremar las precauciones con las venopunciones o maniobras diagnósticas agresivas. Aunque la respuesta a los corticoides suele ser buena, en algunas ocasiones puede requerir tratamiento con inmunosupresores o biológicos para conseguir la remisión, como sucedió en cuatro de nuestros pacientes.

**Conclusiones.** El PG puede ser un signo guía que nos obliga a hacer un despistaje de enfermedad oculta. En ocasiones su curso tórpido puede precisar tratamientos agresivos. Debe tomarse precaución con algunas maniobras diagnósticas y terapéuticas que pueden agravar las lesiones.

#### V-44

### PROTOCOLO DE ALTA PRECOZ Y CONTROL POSTERIOR POR HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (HAD) DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA POR EPOC AGUDIZADO

**M. Pérez Gutiérrez<sup>1</sup>, L. Merino García<sup>2</sup>, S. Juarros Martínez<sup>3</sup>, D. Bejarano Ugalde<sup>3</sup>, E. González Sarmiento<sup>4</sup>, C. Sabadell Zarandona<sup>2</sup>, R. Sanz Paredes<sup>2</sup> y B. Ubierna Gómez<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Hospitalización a Domicilio, <sup>3</sup>Servicio de Neumología, <sup>4</sup>Instituto de Endocrinología y Nutrición. Facultad Medicina. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

**Objetivos.** La Hospitalización a Domicilio (HaD) se define como un "conjunto de tratamientos y cuidados sanitarios proporcionados en el domicilio del paciente de una complejidad, intensidad y duración comparables a las que recibiría ese mismo paciente en el Hospital Convencional". A continuación se presenta un protocolo para la valoración del alta precoz de los pacientes ingresados por EPOC agudizado con seguimiento posterior por Hospitalización a Domicilio.

**Material y métodos.** 1. Datos de filiación del paciente: -Edad - Sexo - Tabaquismo (paquetes/año) - Comorbilidad -Diagnóstico deEPOC: 1. Tiempo de evolución 2. Clasificación de la EPOC según última espirometría (tabla 1) 3. Tratamiento de base 4. Nivel de control asistencial: atención primaria, neumología, medicina interna, HaD 5. Número de ingresos en el último año por reagudización 6. Media de días/ingreso 2. Causa de reagudización: 2.1. Respiratoria: infección respiratoria, inhalación de irritantes, neumotórax, TEP, depresión respiratoria (por drogas, alcohol,...), claudicación muscular o neoplasias 2.2. No respiratoria: insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, infección no respiratoria, aplastamiento vertebral (por osteoporosis), traumatismos costales-vertebrales, reflujo gastroesofágico, desnutrición, miopatía o ansiedad 3. Evaluación del grado de deterioro, según: 3.1. Clasi-

Tabla (V-44). Clasificación espirométrica de la EPOC

Estadio 1	FEV <sub>1</sub> > 65% del v. teórico
Estadio 2	FEV <sub>1</sub> 35-65% del v. teórico
Estadio 2a	< 3 agudizaciones/año, 1 ingreso por año o secreciones < 30 ml/d
Estadio 2b	> 3 agudizaciones/año, 2 o más ingresos por año o secreciones > 30 ml/d
Estadio 3	FEV <sub>1</sub> < 35% del v. teórico

ficación clínica de la agudización: leve, moderada o grave 3.2. Clasificación funcional, por espirometría/gasometría 4. Tratamiento que precisa la reagudización 5. Evaluación al quinto día de ingreso de los criterios que valoran el riesgo de complicaciones, si cumple cualquiera de los criterios queda excluido del programa. Criterios mayores: taquicardia/fibrilación ventricular, parada cardiorrespiratoria, necesidad de intubación y ventilación mecánica, ACVA, hemorragia digestiva, cardiopatía isquémica, enfermedad tromboembólica venosa, fracaso renal agudo no pre- o postrenal, shock séptico, neumotórax. Criterios menores: deshidratación, hipotensión, acidosis respiratoria, hipercapnia, hipoxemia, fiebre, aparición de nuevos infiltrados radiológicos, mal estado general, imposibilidad para comer/beber/tomar medicación por vía oral. 6. Control domiciliario 1. Grado de colaboración familiar. 2. Características de la vivienda 3. Grado de colaboración con Atención Primaria y otras especialidades (Medicina interna/Neumología) 4. Medicación en domicilio 5. Frecuencia del control: nº avisos/semana, nº visitas/semana, nº total de visitas hasta el alta. 6. Evolución clínica y funcional 7. Control posterior al alta: Aten Primaria y otras especialidades (Medicina interna/Neumología).

**Resultados.** La exposición de los resultados queda pendiente de la finalización de recogida de datos tras la puesta en marcha de este protocolo.

**Conclusiones.** Merece la pena prestar especial atención a la estancia media de los pacientes en la unidad de HaD y el número de pacientes que reingresan por la misma causa, dado que se parte de la premisa del domicilio como mejor lugar terapéutico.

#### V-45

#### PROTOCOLO CONJUNTO DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (HAD) Y MEDICINA INTERNA SOBRE VENTILACIÓN MECÁNICA DOMICILIARIA (VMD)

S. Juarros Martínez<sup>1</sup>, M. Pérez Gutiérrez<sup>2</sup>, L. Merino García<sup>3</sup>, E. González Sarmiento<sup>4</sup>, M. Sánchez García<sup>1</sup>, R. Sanz Paredes<sup>3</sup>, M. Vallejo Martín<sup>3</sup> y C. Sabadell Zarandona<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neumología, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>Hospitalización a Domicilio, <sup>4</sup>Instituto de Endocrinología y Nutrición. Facultad de Medicina. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

**Objetivos.** La ventilación mecánica domiciliaria (VMD) es una técnica para el tratamiento de la insuficiencia respiratoria hipercápnica en fase estable que se realiza en el domicilio del paciente. Nuestro objetivo es la instauración de un protocolo conjunto entre los servicios de Hospitalización a Domicilio (HAD) y Medicina Interna para el manejo domiciliario de estos pacientes tratados con ventilación mecánica no invasiva (VMNI).

**Material y métodos.** 1. Selección de los pacientes en base a: 1.1. Criterios de indicación de VMNI (según SEPAR): 1.1.1. En fase estable paCO<sub>2</sub> > 45 mmHg 1.1.2. Ingreso por insuficiencia respiratoria aguda hipercápnica con antecedentes de paCO<sub>2</sub> > 45 mmHg en fase estable. 1.1.3. Ingreso por insuficiencia respiratoria aguda en UCI y que no pueden recibir ventilación mecánica. 1.1.4. Episodios previos de fracaso ventilatorio con paCO<sub>2</sub> > 45 mmHg 1.1.5. Capacidad vital forzada (CVF) < 15 ml/kg o < 800 ml. 1.2. Enfermedad de base: neuromuscular, alteraciones de la caja torácica o enfermedades de la vía aérea. 1.3. Criterios de estabilidad al alta hospitalaria: 1.3.1. Disnea controlada 1.3.2. Vía aérea estable 1.3.3. Habilidad para controlar secreciones y proteger la vía aérea en el domicilio 1.3.4. Gasometría arterial estable (GSA) con FiO<sub>2</sub> > 40% 1.3.5. Estabilidad del estado metabólico y ácido-base. 1.3.6. Ausencia de trastorno cardíaco amenazante o arritmias no controladas. 1.3.7. Nutrición adecuada 1.3.8. Capacidad de cubrir necesidades físicas y emocionales en el domicilio 1.3.9. Estabilidad clínica que no haga sospechar agudización o reingreso precoz 1.3.10. Posibilidad de visita programada al domicilio en menos de 4 semanas 1.4. Modalidad de ventilación: 1.4.1. Grado de dependencia de VMNI 1.4.2. Tipo de respirador: volumétrico o sistema de presión 1.4.3. Modo de ventilación: controlada, asistida, asistida-controlada. 1.4.4. Parámetros programados 1.4.5. Interfase 1.4.6. Posología de la VMD 2. Seguimiento a domicilio: 2.1. A nivel técnico por la empresa suministradora 2.2. A nivel sanitario por parte del equipo que efectúa el seguimiento de la VMNI, al alta, 15 días y después de cada mes hasta su estabilización 2.3. Revisiones médicas en el Hospital: meses 1, 3, 6 y a demanda del paciente 2.4. El teléfono o la vía de contac-

to definidos con el equipo de seguimiento Parámetros de valoración de la eficacia de la VMNI: 1.1. Paciente despierto: GSA en el curso de VMNI, sin O<sub>2</sub> 1.2. Durante el sueño: pulsimetría nocturna. 1.3. Control de fugas Parámetros de valoración de respuesta clínica: 1.1. Control de la sintomatología 1.2. Tolerancia. Adherencia. Efectos secundarios. 1.3. Calidad de vida. 1.4. Consumo de recursos sanitarios (humanos y materiales). 1.5. Soporte familiar 3. Análisis estadístico: Búsqueda de factores predictores pronósticos en la evolución de la enfermedad, supervivencia y análisis de coste-beneficio. **Resultados.** La exposición de resultados queda pendiente de la finalización de recogida de datos tras la puesta en marcha de este protocolo.

**Conclusiones.** Los objetivos de la VMD son la estabilización de la función respiratoria, disminuir los signos clínicos de hipoventilación nocturna, reducir el número de ingresos y días de la estancia hospitalaria, aumentar la supervivencia y mejorar las condiciones sociales y la calidad de vida a través de la calidad de sueño y tolerancia al ejercicio. Con este proyecto tratamos de desarrollar una herramienta de trabajo eficaz que sea de utilidad en el manejo de estos pacientes en su domicilio.

#### V-46

#### CAQUEXIA TUMORAL: EVALUACIÓN DE LA ANOREXIA Y DE LA ASTENIA-FATIGABILIDAD ASOCIADAS

P. Martínez Hernández<sup>1</sup>, L. Zurita Rosa<sup>2</sup>, M. Villarino Sanz<sup>2</sup>, I. Martínez Muñoz<sup>3</sup>, C. Grande Aragón<sup>3</sup>, A. Hernanz Macías<sup>3</sup>, C. Gómez Candela<sup>2</sup> y J. De Castro Carpeño<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Nutrición y Dietética, <sup>3</sup>Bioquímica Clínica, <sup>4</sup>Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

**Objetivos.** 1. Estudiar la presencia de anorexia y de astenia-fatigabilidad en una serie de pacientes diagnosticados de cáncer que en el momento del diagnóstico presentan caquexia tumoral.

**Material y métodos.** Se estudiaron pacientes diagnosticados de cáncer en el Hospital Universitario La Paz (11-2008 a 06-2009). Grupo A (cáncer sin caquexia), Grupo B (cáncer con caquexia) y GC (grupo control). Se consideró "caquexia" a la pérdida de peso no intencionada > = 10% en los 6 últimos meses y cuya única etiología fuera la enfermedad tumoral. Criterios de inclusión: Pacientes > = 18 y < = 65 años con diagnóstico reciente de cáncer y no haber iniciado tratamiento (quirúrgico, oncológico, radioterápico, nutricional o paliativo). El protocolo del estudio incluía: datos demográficos, tipo de tumor, estadio, grado funcional (ECOG); peso, % pérdida de peso, índice de masa corporal (IMC). El estudio de la anorexia se realizó mediante una escala analógica visual del apetito (EAVa). El estudio de la astenia-fatigabilidad mediante la Escala Analógica Lineal del cáncer (adaptada, grupo Asthenos): EAL 1 ("energía"), EAL 2 ("habilidad") y EAL 3 ("calidad de vida"). El estudio de la fuerza muscular se realizó mediante dinamometría de la mano y Test de la Marcha 6 minutos.

**Resultados.** Se incluyeron 20 pacientes (12 grupo A y 8 grupo B) y 8 controles. 22 (78.6%) varones. Edad media 49.1 ± 11 años (r: 21-65 años). Diagnóstico: 13 (65%) Ca. Pulmón, 2 (10%) Ca. Esófago, 2 (10%) Ca. colon-recto, 1 (5%) Ca. epidermoide maxilar, 1 (5%) LNH células T, 1 (5%) Ca. Páncreas, 1 (5%) Ca. metastásico de células grandes de origen desconocido. 4 (20%) estadio II, 3 (15%) IIIa, 5 (25%) IIIb, 8 (40%) IV. 11 (55%) ECOG 0, 9 (45%) ECOG 1. La diferencia en el %PP entre el grupo A, B y GC era: 3.7 ± 1.1 vs 12.7 ± 0.8 vs -0.3 ± 0.8%, (p = 0.001) Los pacientes de los grupos A y B presentaron cifras inferiores en la escala analógica visual del apetito (EAVa) que los controles: (55.5 ± 6.1 vs 49.6 ± 5 vs 79.4 ± 5.4, p < 0.05), respectivamente. Los pacientes del grupo B presentaron cifras inferiores en la escala lineal de astenia-fatigabilidad (EAL 3: "calidad de vida") y una menor distancia recorrida en el Test de la Marcha de 6 minutos, que los controles: (59.7 ± 7.1 vs 48.5 ± 7.5 vs 78 ± 7.6, p = 0.026) y (431 ± 25 vs 368 ± 26 vs 473 ± 20 m, p = 0.01), respectivamente. Los pacientes del grupo B presentaron cifras de hemoglobina inferiores a los controles: (12.8 ± 0.4 vs 12.5 ± 0.7 vs 14.2 ± 0.5, p = 0.021). Los pacientes con ECOG 0 presentaron cifras superiores de EAVa, EAL 1, EAL 2, EAL 3 y mayor distancia recorrida en el Test de la Marcha de 6 minutos que los pacientes con ECOG 1: (62.5 ± 5 vs 41.6 ± 4.7, p = 0.01), (61.6 ± 5.4 vs 43.6 ± 7.5, p = 0.047), (75.6 ± 4.4 vs 56.9 ± 7.2, p = 0.043), (71.5 ± 4.3 vs 35.2 ± 5.2, p = 0.01) y (460 ± 21 vs 339 ± 17 m, p = 0.001). No se observaron diferencias en relación al estadio de la enfermedad al diagnóstico. El %PP se correlacionaba inversamente con EAVa, EAL 3 ("calidad de vida") y el Test de la Marcha de 6 minutos: (r: -0.53, p = 0.004), (r: -0.54, p = 0.003) y (r: -0.56, p = 0.002).

**Discusión.** En los pacientes oncológicos la "caquexia" se caracteriza por una pérdida de peso involuntaria que afecta tanto a la masa muscular como a la masa grasa del organismo. La "caquexia" está presente en un 15-40% de los pacientes en el momento del diagnóstico. La pérdida de peso se asocia a inflamación, anorexia, astenia, mayor vulnerabilidad a las infecciones... Esto da lugar con frecuencia a una limitación en las posibilidades terapéuticas, con una disminución de la capacidad funcional, calidad de vida y peor evolución de la enfermedad.

**Conclusiones.** 1. Se observa, al diagnóstico, una mayor presencia de anorexia entre los pacientes en relación a los controles. 2. La percepción de "calidad de vida" es menor en los pacientes con caquexia que en los controles. 3. Las pruebas musculares de espacio-tiempo (Test de la Marcha de 6 minutos) podrían ser mejores que las de potencia muscular (dinamometría) para la detección de caquexia.

#### V-47

### COMPLICACIONES ASOCIADAS A MIELOMA MÚLTIPLE COMO MOTIVO DE INGRESO HOSPITALARIO (I): CARACTERÍSTICAS GENERALES

**A. Vallejo<sup>1</sup>, I. Montero<sup>2</sup>, L. Beltrán<sup>1</sup>, L. Gómez<sup>1</sup>, J. González<sup>2</sup>, S. Rodríguez<sup>1</sup>, S. García<sup>1</sup> y A. Urbano<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Hematología y Hemoterapia. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** La edad media asociada a Mieloma Múltiple (MM), desarrollo de tratamientos agresivos para conseguir respuestas completas y la afectación ósea asociada a sus complicaciones generan un perfil de pacientes con elevada tasa de utilización de recursos hospitalarios, alto porcentaje de ingresos y prolongada estancia media. El objetivo de nuestro trabajo fue analizar las causas que originan hospitalización en MM, características de hospitalización y mortalidad, relacionar estos factores con edad y características del MM, e identificar de esta manera factores que podríamos incluir dentro de estrategias profilácticas ambulatorias para reducir esta hospitalización.

**Material y métodos.** Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo de 2 años de los episodios de ingreso en nuestro centro de pacientes con MM o en los que el diagnóstico se realizó durante el ingreso. Se recogieron datos generales de los pacientes, tipo y características del mieloma, datos de estancia, causa de ingreso y motivos de éxitus en su caso. Se excluyeron los ingresos programados: tratamiento quimioterápico, trasplante.

**Resultados.** Resultaron 77 episodios debidos a 38 pacientes (ingresos/paciente: 2,02). Edad media 61,5 ± 8,6 años (41-78) y tiempo desde el diagnóstico de MM al ingreso 16,7 ± 18,0 meses (0-108). El 18,4% de los ingresos fueron debidos a debut de MM (n = 14). La mayoría de pacientes ingresaron en Hematología (54,5%), seguido por Medicina Interna (14,3%), Observación (10,4%) y Nefrología (6,5%), con estancia media 16,3 ± 16,3 días (1-99). Cuando el debut de MM fue durante el ingreso, éste fue más frecuentemente en Medicina Interna (42,9%), seguido de Hematología (28,6%). MM IgA 26,7%, IgG 52,0% y 21,3% tipo Bence-Jones. El 66,2% se encontraban en estadio III, 51,6% ISS = 3, y 38,7% y 57,3% tenían escala radiológica de 2 y 3 respectivamente, objetivándose plasmocitoma en el 47,4%. Parámetros analíticos: creatinina 1,5 ± 1,3 mg/dl, albúmina 3,2 ± 0,6 g/dl, calcio corregido 10,0 ± 2,3 mg/dl, b-2-microglobulina 7,9 ± 8,4 mg/l, Hb 10,1 ± 2,2 g/dl, leucocitos 6925,9 ± 3559,1 células/mm<sup>3</sup> (neutrófilos 4765,4 ± 3179,5, linfocitos 1345,0 ± 870,4), plaquetas 154,3 ± 99,4 x10<sup>9</sup>/L. En 23,4% de episodios el ingreso fue por causa infecciosa (27,7% con neutropenia febril) siendo el foco respiratorio el más frecuente (66,6%); 15,6% por causa ósea, fundamentalmente mal control del dolor o fractura patológica; el 7,8% por clínica de compresión neurológica; 6,5% hipercalcemia sintomática; 5,2% insuficiencia renal; 5,2% deterioro del estado general o progresión de MM; el resto por causas diversas. La tasa de éxitus fue de 14,3%, con edad media de 62,5 ± 8,1 años (49-73), tiempo desde el diagnóstico hasta el ingreso 17,4 ± 11,4 meses (3-34), IgG 45,5%, estadio III 63,6%, ISS = 3 50%, escala radiológica 3 72,7%. La causa de éxitus fue infecciosa en el 27,3% y tanto la causa cardíaca como la respiratoria no infecciosa asociadas a comorbilidad así como la progresión de la enfermedad supusieron cada una el 18,2% de las causas de éxitus.

**Conclusiones.** 1. Las características más frecuentes en el grupo de pacientes que ingresaron fueron estadio avanzado, afectación ósea severa y presencia de enfermedad extramedular, MM IgG y alteración de función renal y anemia, estancia prolongada y mortalidad ligada al episodio de 14,3%. 2. Los casos diagnosticados de MM durante el ingreso habían ingresado más frecuentemente en camas de Medicina Interna, indicando un importante papel de ésta en el diagnóstico inicial de la enfermedad en pacientes hospitalizados. 3. La causa infecciosa fue el principal motivo de ingreso siendo el foco respiratorio el más frecuente. Su impacto sobre la morbimortalidad del grupo debe hacer considerar la revisión de profilaxis infecciosa (incluyendo vacunación). 4. El hecho de que las causas infecciosas y ósea, fundamentalmente mal control del dolor y fractura patológica, hipercalcemia e insuficiencia renal constituyan una causa importante de ingreso, edad de los pacientes y que la comorbilidad cardíaca y respiratoria así como la progresión de la enfermedad presenten mayor frecuencia de fallecimientos nos debe llevar a un abordaje multidisciplinar de la enfermedad (hematólogos, internistas, rehabilitadores, unidad de control del dolor, hospital de día, unidades de paliativos) y a una educación familiar en la prevención y control de las complicaciones.

#### V-48

### ANEMIA EN LA LESIÓN MEDULAR CERVICAL AGUDA

**V. Merlo González<sup>1</sup>, G. Muñiz Nicolás<sup>2</sup>, M. Marín Ruiz<sup>1</sup>, E. Díez De Lastra<sup>1</sup>, A. Sánchez Solla<sup>3</sup> y J. Romero Ganuza<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>UVI, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>Análisis Clínicos. Hospital Nacional de Parapléjicos. Toledo.

**Objetivos.** La anemia del lesionado medular es infradiagnosticada e incluso ignorada, pese a ser un factor de riesgo, que incrementa mortalidad, morbilidad, estancia hospitalaria y estancia en cuidados intensivos (UCI). Las consecuencias son un aumento de fatigabilidad, que puede disminuir la capacidad funcional y habilidad para la rehabilitación. El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de anemia en los pacientes con lesión medular cervical al ingreso en un hospital monográfico para el tratamiento integral de la misma.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de 123 pacientes ingresados durante el año 2007 por lesión medular cervical aguda (LMC). Se determinaron: edad, sexo, nivel de lesión, etiología, servicio de ingreso (UCI, rehabilitación), estancia hospitalaria, hemoglobina (HB) al ingreso y alta, volumen corpuscular medio (VCM) y concentración de hemoglobina corpuscular media (CHCM). Los resultados se expresan como media ± desviación estándar para las variables continuas y como número absoluto y porcentaje para las variables discretas. Se realizó una t-student para variables discretas y una Chi-cuadrado para variables continuas. Se consideró significativa una p < 0,05.

**Resultados.** La edad media fue 41,6 ± 16,9 años con rango entre 13-82 años y moda de 26. El sexo fue varón 93(75,6%). La HB media fue 10,7 ± 1,6 g/dl con rango entre 7,3-15,6 g/dl, moda y mediana de 10,6 g/dl. A su ingreso tenían una HB ≤ 11 g/dl en 75(63%) de los pacientes. Los pacientes que ingresaban en UCI 71 (60%) tenían una HB al ingreso inferior a cuando ingresaban para rehabilitación 48 (40%): 9,8 ± 1,1 versus 11,9 ± 1,4 g/dl, respectivamente. Los pacientes con HB ≤ 11 g/dl al ingreso en UCI eran 62(87%) versus 13(27%) en rehabilitación. Al alta de UCI la HB era 10,5 ± 1,1 g/dl, los pacientes con HB < 11 g/dl eran 52(73%), lo cual significa que la prevalencia de HB ≤ 11 g/dl al inicio de un programa de rehabilitación intensiva de LMC es 65 (54,62%). Había diferencia estadísticamente significativa (p = 0,004) según la etiología de la LMC: traumática 10,4 ± 1,5; postquirúrgica 11,8 ± 2,2 y médica 11,6 ± 1,5. La HB de ingreso era menor a LMC más grave de forma significativa (p = 0,017). El VCM fue 90,3 ± 3,8 y la CHCM fue 33,9 ± 1,3, es decir, normocítica normocrómica. La estancia hospitalaria en el Hospital fue significativamente mayor (p = 0,007) para los pacientes con HB ≤ 11 g/dl: 258,3 ± 74,4 versus 217,5 ± 84,2 días. Para determinar la HB al alta sólo se consideraron los pacientes que tuvieron una determinación en los últimos tres meses de ingreso, lo cual paso en 64 (52%) de los pacientes. La HB al alta fue 12,7 ± 1,4 g/dl, con 7 (10,9%) pacientes con una HB ≤ 11 g/dl.

**Discusión.** Muchos pacientes hasta el 55%, inician un programa de rehabilitación con una HB < 11 g/dl, lo cual asocia una estancia prolongada con mayor duración del programa rehabilitador. La anemia, es más frecuente en la LMC alta, así como cuando la etiología de la misma es traumática, quizás condicionado por varios factores; más analíticas, cirugía, complicaciones infecciosas, estancias más prolongadas en UCI. Es necesario estudiar la anemia para valorar tratamiento correcto si procede, dado que ésta puede condicionar la buena marcha de la rehabilitación y la tolerancia al ejercicio, debe ser lo más precoz posible una vez estabilizado el evento agudo. Si la anemia es tratable hacerlo precozmente para poder intensificar el tratamiento rehabilitador. Si se trata de una anemia de trastorno crónico quizás sea necesario hasta la recuperación o mejoría realizar un ejercicio más leve. Nos parece interesante considerar la importancia de moderar en la medida de lo posible que el paciente tenga pérdidas sanguíneas, evitando extracciones analíticas excesivas que impidan la normalización de las cifras de HB.

**Conclusiones.** La anemia tiene una alta prevalencia en los pacientes con LMC, siendo normocítica normocrómica. El 55% de los pacientes inician un programa de rehabilitación con una HB ≤ 11 g/dl, lo cual se asocia con una estancia y duración del mismo más prolongada. La anemia es más frecuente a nivel de LMC más alta, así como cuando la etiología de la misma es traumática. La estancia hospitalaria es mayor con HB inferiores a 11.

#### V-49

### SÍNDROME DE EMBOLIA GRASA EN PACIENTES CON FRACTURA DE HUESOS LARGOS

**F. Ronda Rivero<sup>1</sup>, M. Guardía Cañada<sup>2</sup>, M. Morales Montoya<sup>1</sup>, J. Vega García<sup>3</sup> y J. Comellas Alabern<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Medicina Intensiva, <sup>3</sup>Servicio de Traumatología. Centre de Prevenció i Rehabilitació Asepeyo. Sant Cugat del Vallès (Barcelona).

**Objetivos.** Realizar estudio de prevalencia de fractura huesos largos y síndrome de embolia grasa (SEG), en un hospital de traumatología.

Tabla 1 (V-49). Criterios de Gurd para el diagnóstico de SEG

Criterios mayores	Criterios menores	Criterios analíticos
Rash petequeal Insuf. Resp. Alt. SNC (agitación, obnubilación, coma)	Taquicardia Fondo ojo anormal Hipertermia Ictericia Alteraciones renales (oliguria, anuria)	Anemia Macroglobulinemia grasa trombocitopenia. Aumento de la VSG

**Material y métodos.** Realizamos un estudio retrospectivo de los ingresos hospitalarios en pacientes en un rango de edad de 18 a 65 años, con fracturas de huesos largos de extremidades inferiores, desde enero del 2002 a diciembre del 2007 y calculamos la prevalencia de síndrome de embolia grasa, así como protocolo de actuación ante la sospecha de SEG. Se seleccionaron los pacientes que ingresan por fractura de huesos largos, realizándose un seguimiento durante el ingreso. Se recogen datos durante la estancia si presentaron síntomas en relación con los Criterios mayores de Gurd.

**Resultados.** Desde Enero del 2002 a Diciembre de 2007, ingresaron 1232 pacientes con Fx de Huesos largos, de los cuales el 91,5% fueron intervenidos en las primeras 24h. del ingreso y el 8,5% después de 24 h de ingreso. Utilizando los criterios de Gurd hemos llegado al diagnóstico de 7 pacientes con SEG y 5 pacientes presentaron como primera manifestación alteración SNC. (7/1232 = 0,57%).

**Discusión.** Actualmente el diagnóstico de SEG es fundamentalmente clínico, se caracteriza por un conjunto de síntomas respiratorios, neurológicos, cutáneos y hematológicos (Tabla I), que se instauran de forma brusca o progresiva y son consecuencia del paso de grasa ósea a la circulación sistémica. La prevalencia se estima entre un 0,5-3% de las Fx de huesos largos SEG, cuadro clínico relativamente frecuente, entre un 5-35% según las series, ver TABLA I. Criterios de Gurd para el diagnóstico de SEG se considera diagnóstico clínico: a) con 1 signo mayor + 3 signos menores. b) con 2 signos mayores + 2 signos menores.

**Conclusiones.** El SEG cerebral es un cuadro poco habitual, presentándose en el 1-5% de las fracturas de huesos largos. En general, suele manifestarse clínicamente a las 24-72 horas posteriores al traumatismo, aunque hay formas fulminantes que aparecen en las primeras 12 horas. Al ser el diagnóstico fundamentalmente clínico, debe pensarse en un SEG en pacientes con fracturas de huesos largos y que presentan hipoxemia, alteraciones neurológicas y erupción petequeal. Otros síntomas menores son taquicardia, trombopenia, fiebre, glóbulos grasos en orina o esputo, embolia retiniana y caída del hematocrito. El TAC cerebral puede ser normal o mostrar inicialmente áreas de alta atenuación difusas y edema cerebral y posteriormente áreas hipodensas y atrofia cerebral. La RMN cerebral parece una exploración más sensible para detectar lesiones en el síndrome de embolismo graso, presentando típicamente áreas puntiformes de baja señal en T1 y de alta señal en T2 con predominio en zonas profundas de la sustancia blanca. El tratamiento incluye medidas de soporte con sueroterapia y soporte ventilatorio en los casos más severos. El uso de corticoides es controvertido, al igual que el período de corrección de la fractura, aunque parece que la fijación en las primeras 24 horas disminuye la incidencia de este síndrome.

## V-50

### EL SAPS 3 (SIMPLIFIED ACUTE PHYSIOLOGY SCORE 3) COMO ESCALA PRONÓSTICA DE MORTALIDAD EN UNA UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO (UCIM)

R. Rodil Fraile<sup>1</sup>, A. Montero Rodríguez<sup>1</sup>, O. Carranza Rua<sup>4</sup>, M. Landecho Acha<sup>1</sup>, F. Alegre Garrido<sup>1</sup>, A. García-Mouriz<sup>2</sup>, I. Aquerreta González<sup>3</sup> y F. Lucena Ramírez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Tecnología Informática, <sup>3</sup>Farmacia, <sup>4</sup>Servicio de Oncología Médica. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona/Iruña (Navarra).

**Objetivos.** El SAPS 3 se desarrolló como escala pronóstica de mortalidad intrahospitalaria en pacientes críticos. Su papel en la valoración de la gravedad de la enfermedad y como predictor de mortalidad en Unidades de Cuidado Intermedio, se desconoce.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo sin intervención, que investiga el valor del SAPS 3 en una cohorte de pacientes ingresados en la UCim de un solo centro. La Unidad consta de 12 camas, con monitorización continua de telemetría, pulsioximetría y presión arterial convencional e invasiva. Funciona independiente y paralela a la UCI y el ratio de enfermera/paciente es 1:3. 232 pacientes ingresaron en nuestra UCim desde abril 2006 a diciembre 2007. Los ingresos se realizaron desde la planta de hospitalización convencional (médica y quirúrgica), el servicio de Urgencias y la Unidad de Cuidados Intensivos. Las variables estudiadas incluyeron información demográfica, antecedentes personales, alteraciones fisiológicas agudas y

mortalidad intrahospitalaria. El SAPS 3 se calculó en la primera hora de ingreso en todos los pacientes. 11 pacientes fueron excluidos del estudio por ser de bajo riesgo (monitorización para desensibilización farmacológica). Sólo el SAPS 3 inicial fue tenido en cuenta para el análisis y se excluyeron del estudio los reingresos a la UCim durante el mismo período de ingreso hospitalario.

**Resultados.** La mortalidad intrahospitalaria fue del 22,17% (49/221). La mediana del SAPS 3 fue 59 (24-115). La mortalidad esperada basada en el SAPS 3 fue del 34%. El coeficiente de correlación de Spearman entre el SAPS 3 y mortalidad intrahospitalaria fue 0,373 (p < 0.001).

**Conclusiones.** El SAPS 3 predice la mortalidad en una UCim, sin embargo puede sobreestimar la mortalidad en este grupo de pacientes. Por ello se necesita desarrollar escalas específicas para este tipo de Unidades. La UCim es útil en el manejo de pacientes de alta complejidad, con excelentes resultados en mortalidad observada respecto a la esperada.

## V-51

### ¿QUÉ PACIENTES DE MEDICINA INTERNA INGRESAN EN UCI?

F. Mourad<sup>1</sup>, D. Carriedo<sup>2</sup>, S. García<sup>1</sup>, M. Vázquez<sup>1</sup>, P. Dios<sup>1</sup>, M. Prieto<sup>1</sup>, E. Magaz<sup>1</sup> y E. Fernández<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Medicina Intensiva. Hospital de León. León.

**Objetivos.** Conocer las patologías más frecuentes que motivan el ingreso en UCI desde Medicina Interna. Comparar estas patologías según la estancia media, morbilidad, y mortalidad. Valorar la ventaja que llevan los pacientes que ingresan precozmente en UCI.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de los pacientes procedentes de la planta de Medicina Interna y ingresados en cuidados críticos intensivos durante 2006.

**Resultados.** De un total de 623 pacientes ingresados en UCI durante 2006, 45 pacientes fueron procedentes de Medicina Interna. La proporción hombres mujeres es 2:1 similar al total de pacientes de UCI, siendo 68% ingresados en el turno de guardia. Los pacientes procedentes de Medicina Interna con menos de 48 horas de ingreso previo son 24 casos, con estancia media 6.5 días y mortalidad 21%. Los pacientes procedentes de Medicinas Internas con más de 48 horas de ingreso previo son 21 casos, con estancia media 11 días y mortalidad 43%. El motivo de ingreso más frecuente fue la INSUFICIENCIA RESPIRATORIA (18 pacientes), seguido de la SEPSIS (11 pacientes). Otros motivos fueron shock no séptico, parada cardiorespiratoria y neurológico. Los pacientes con Insuficiencia respiratoria (IRA) presentan edad media 64 años, estancia media 12 días en UCI, siendo 8 de ellos fueron ingresados en la planta menos de 48 horas. La mortalidad de estos pacientes con IRA 44% con APACHE II 20%. Los pacientes con Sepsis presentan edad media 68 años, estancia media en UCI 5.3 días, siendo 6 de ellos fueron ingresados en la planta menos de 48 horas. La mortalidad de estos pacientes con Sepsis 36.6% con APACHE II 20.4% con alto porcentaje de sepsis de origen urinario.

**Discusión.** Los pacientes de Medicina Interna presentan porcentaje considerable de los pacientes que necesitan cuidados especiales y monitorización en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), como destaca el estudio estos pacientes forman 7% del total de los pacientes de UCI con múltiples patologías y diferentes morbilidad. Teniendo en cuenta los resultados se aprecia que los pacientes procedentes de Medicina Interna estando ingresados menos de 48 horas en la planta presentan mejor pronóstico, menos estancia intra-UCI y por lo cual menos recursos que los pacientes que proceden de la planta donde llevan más tiempo ingresados. Por otro lado comparando los pacientes de IRA con Sepsis, resaltamos que los pacientes con Sepsis presentan menos estancia media y menos mortalidad debido entre otras causas al ingreso precoz en UCI, además de que los pacientes con IRA presentan la necesidad de recursos más complejos (ventilación mecánica, etc.).

**Conclusiones.** Los pacientes que ingresan en UCI más precozmente (menos de 48 horas) tienen menor mortalidad y estancia media, que se acerca a la media del global de pacientes de UCI. Ingresan mayoritariamente en los turnos de tarde/noche (turno de guardia) 69%. El motivo de ingreso más frecuente es la insuficiencia respiratoria seguido por la sepsis. Los pacientes con sepsis tienen menor estancia media que los pacientes con IRA, y ingresan de forma más precoz.

#### V-52 UTILIDAD DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS (UCIM) EN EL MANEJO DE LAS COMPLICACIONES AGUDAS DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

A. Montero Rodríguez<sup>1</sup>, O. Carranza Rúa<sup>2</sup>, M. Espinosa Malpartida<sup>1</sup>, R. Rodil Fraile<sup>1</sup>, F. Alegre Garrido<sup>1</sup>, M. Landecheo Acha<sup>1</sup>, A. García-Mouriz<sup>3</sup> y F. Lucena Ramírez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Oncología, <sup>3</sup>Tecnología Informática. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona/Iruña (Navarra).

**Objetivos.** Los avances en el área de la Oncología han favorecido un aumento en la supervivencia de los pacientes con cáncer, si bien debe señalarse la alta complejidad de estos pacientes y la importante morbilidad y mortalidad asociadas tanto a la enfermedad como a efectos secundarios del tratamiento de la misma. En nuestra UCim se atienden las complicaciones agudas de los pacientes oncológicos con enfermedad muy evolucionada y alto riesgo de mortalidad. Valorar la utilidad de una UCim en el manejo de paciente oncológico complejo. Para ello se ha utilizado una escala validada en el paciente oncológico crítico (SAPS 3 – Simplified Acute Physiology Score 3) y se ha comparado la mortalidad observada respecto a la esperada.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo en el que se evaluaron un total de 86 pacientes oncológicos ingresados en la UCim entre abril del 2006 y marzo del 2009, utilizando como escala pronóstica el SAPS 3. Se excluyeron del estudio 12 pacientes que ingresaron para desensibilización farmacológica, por lo que el análisis se realizó finalmente con 74 pacientes. Las variables recogidas incluyen datos demográficos, antecedentes personales, alteraciones fisiológicas agudas y mortalidad intrahospitalaria. Solamente el SAPS 3 inicial fue tomado en cuenta en los pacientes readmitidos a la unidad durante su estancia hospitalaria.

**Resultados.** La mortalidad intrahospitalaria fue del 39,2% (29/74). La mediana del SAPS 3 fue 67,5 (34-115). La mortalidad esperada según el SAPS 3 fue del 51%. El coeficiente de correlación de Spearman entre el SAPS 3 y la mortalidad intrahospitalaria fue de 0,314 ( $p = 0,006$ ).

**Conclusiones.** La UCim es útil en el manejo de las complicaciones agudas del paciente oncológico complejo, con excelentes resultados en mortalidad observada respecto a la esperada.

#### V-53 PATOLOGÍA DIGESTIVA EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

M. Esquillor Rodrigo, J. Valle Puey, R. Caballero Asensio, A. Echeverría Echeverría, K. González Rodríguez, J. Gutiérrez Dubois, T. Rubio Obanos y A. Samperiz Legarre

Servicio de Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Tudela (Navarra).

**Objetivos.** Conocer la actividad asistencial, el tipo de patología digestiva atendida y los tratamientos antibióticos parenterales más utilizados en la Unidad de hospitalización a domicilio (HAD) del Hospital comarcal Reina Sofía de Tudela.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de los episodios recogidos entre Noviembre de 2006 (fecha de creación de la Unidad) y Junio de 2009, de los pacientes atendidos por patología digestiva en la Unidad de HAD pertenecientes al área de salud de Tudela. Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, días de ingreso en la unidad, procedencia de los ingresos, diagnósticos, destino al alta y tratamiento antibiótico recibido.

**Resultados.** De los 932 pacientes ingresados en la unidad de HAD por cualquier motivo, durante un período de 31 meses, se recogen 45 casos de patología digestiva. De ellos 2 fueron rechazados por no cumplir criterios para ingresar en la unidad (ausencia de apoyo familiar y distancia geográfica). De ellos 26 hombres y 17 mujeres, con una edad media de 46,3 años. El total de días que permanecieron ingresados fue de 5,81 días. En cuanto a la procedencia de estos pacientes 12 de ellos procedían de la unidad de corta estancia de urgencias, 11 de atención primaria, 10 de la planta de hospitalización de medicina interna, 4 de la planta de cirugía, 3 de digestivo, y 3 de consultas externas. En cuanto al destino final: 3 de ellos fallecieron, 4 tuvieron que ser trasladados al hospital por empeoramiento clínico, y el resto fueron dados de alta por presentar evolución clínica favorable. En cuanto a las patologías atendidas: 18 casos fueron hepatopatía crónica (cirrosis enólica, cirrosis por VHC y cirrosis biliar primaria), 5 casos de diverticulitis aguda, 5 casos de suboclusión intestinal secundarios a fecaloma, 4 casos de gastroenteritis aguda,

4 casos de pancreatitis aguda (1 necrohemorrágica), 1 caso de colangitis secundaria a colecistitis aguda, 1 caso de hepatitis aguda de etiología no filiada, 2 casos de colitis ulcerosa severos, 1 caso de ileitis en paciente con enfermedad celiaca, 1 caso de síndrome diarreico con deshidratación y 1 caso de dolor abdominal inespecífico. En cuanto a los antibióticos más utilizados en 13 casos se utilizó ertapenem, 5 casos ceftriaxona, 3 casos ceftriaxona con metronidazol, 1 caso cefoxitina, 1 caso cefuroxima, 1 caso amoxicilina clavulánico, 1 caso vancomicina, y 1 caso metronidazol con gentamicina.

**Discusión.** Las Unidades de Hospitalización a Domicilio se han convertido en los últimos años en una alternativa a la Hospitalización convencional para aquellos pacientes con enfermedades crónicas reagudizadas, o para aquellos con requerimiento de tratamiento antibiótico intravenoso, que sin la existencia de estas unidades hubieran precisado ingreso hospitalario. En el Hospital Reina Sofía de Tudela se creó recientemente una Unidad de Hospitalización a Domicilio para atender a este tipo de patologías, evitando así ingresos hospitalarios prolongados y la yatrogenia derivada de los mismos, y mejorando el bienestar y la calidad de vida de los pacientes.

**Conclusiones.** La apertura de la Unidad de HAD en el área de salud de Tudela ha supuesto una alternativa eficaz para la atención de pacientes con patologías médicas que, de otro modo, habrían tenido que permanecer ingresados en planta. La patología digestiva constituye un motivo de ingreso no muy frecuente en la unidad de HAD (4,6%). Ingresan más hombres (60,4%), que mujeres (39,5%), con una edad media no muy elevada. La mayoría de ellos procedían de la unidad de corta estancia (27,9%), de atención primaria (25,58%) y de la planta de hospitalización de medicina interna (23,25%). La hepatopatía crónica descompensada suele ser el motivo de ingreso más frecuente junto a las diverticulitis agudas y a las suboclusiones intestinales. Los antibióticos parenterales más usados fueron ertapenem y ceftriaxona, es decir aquellos de dosis única diaria. La mayor parte de los pacientes ingresados en la unidad fueron dados de alta por evolución favorable.

#### V-54 FIABILIDAD DEL HEMOGLOBINÓMETRO CAPILAR POR FOTOMETRÍA EN MEDICINA INTERNA

J. Cantero Hinojosa, M. Menduñía Guillén, P. Alaminos García, D. Vinuesa García, D. Sánchez Rico y M. García Morales

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

**Objetivos.** Analizar la fiabilidad de un hemoglobinómetro para sangre capilar y su utilidad en un servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Se realizan 60 determinaciones de hemoglobina en sangre capilar con hemoglobinómetro HEMOCUE® (IZASA) en pacientes atendidos por diversas patologías en el Servicio de Medicina Interna de nuestro Hospital y se comparan con los niveles de hemoglobina obtenidos del Laboratorio General del mismo Centro. Previamente se entrenó al personal en la técnica, rechazándose 4 determinaciones por defecto en la misma. El análisis estadístico consistió en correlación bivariada, mediante coeficiente de Pearson, regresión lineal simple, obteniéndose recta de regresión y parámetros correspondientes y análisis de la diferencias entre ambas técnicas.

**Resultados.** Quedan reflejados en la tabla de resultados. El coeficiente de correlación ( $r$ ) fue de 0,827 ( $p = 0,000$ ), de determinación ( $r^2$ ) de 0,683 y la recta de regresión fue: HB capilar = 2,344 + 0,807 Hb venosa ( $p = 0,000$ ).

**Conclusiones.** El hemoglobinómetro de sangre capilar HEMOCUE® tiende a sobreestimar los niveles de hemoglobina en un promedio inferior a 1 g/dl, pero manteniendo una alta correlación con los niveles de hemoglobina sanguínea y puede ser muy útil en sangrados con compromiso vital, pacientes con anemia crónica, controles postransfusionales, etc., situaciones muy frecuentes en los Servicios de Medicina Interna.

#### V-56 CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD ÓSEA DE PAGET EN LA PROVINCIA DE ZAMORA

V. Vela García, M. Chimeno Viñas, A. De la Vega Lanciego, P. García Carbó, E. Martínez Velado, P. Sánchez Junquera, V. García Álvarez y L. Palomar Rodríguez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Concha. Zamora.

**Objetivos.** La enfermedad de Paget ósea u osteitis deformans fue descrita por primera vez en 1876 en Inglaterra por Sir James Paget. Es una osteo-

Tabla 1 (V-54). Resultados

	<i>n</i>	<i>Máximo</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
RHb capilar	60	7.40	17.50	13.23	1.94
Hb sangre venosa	60	8.70	17.10	13.02	1.89
Diferencias	0	-1.30	0.40	0.11	0.05

patía focal que se caracteriza por un intenso y anómalo remodelamiento óseo. En este trabajo nos proponemos describir las características clínico-epidemiológicas de los pacientes con enfermedad ósea de Paget en la provincia de Zamora.

**Material y métodos.** Se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes que han ingresado en el Complejo Asistencial de Zamora durante el año 2008, y en los que figura la enfermedad ósea de Paget como diagnóstico secundario. En ellos se han analizado las siguientes variables: edad, sexo, zona básica de salud de procedencia, edad al diagnóstico, motivo del diagnóstico, tipo de afectación (mono o poliostótica), topografía de las lesiones "pagéticas", alteración analítica al diagnóstico y tipo de tratamiento que realizan.

**Resultados.** Hemos encontrado 38 pacientes con el diagnóstico secundario de enfermedad de Paget ósea y que ingresaron en nuestro Complejo Asistencial durante el año 2008. La media de edad es de 79 años (Moda: 83 años). En cuanto al sexo de los pacientes, el 68% fueron hombres y el 12% mujeres. Con respecto a la Zona Básica de Salud de la cual proceden los pacientes, tenemos lo siguiente: Zamora Ciudad: 23.7%. Benavente Norte: 13.2%. Zamora Sur, Toro: 10.5 respect.. Villalpando, Campos Lampreana, Zamora Norte, Sayago y Tábara: 5.3% respect.. Tera, Benavente Sur, Guareña, Aliste, Carvajales, Carballeda: 2.6% respect.. Vidriales, Sanabria, Alta Sanabria y Corrales del Vino: 0% respect. La media de edad al diagnóstico es de 71 años (Moda 73 años). Los motivos o causas que lleva al diagnóstico de la enfermedad son: -Síntomas (dolor): 34%. -Alteración analítica: 29%. -Signos radiológicos sugestivos: 21%. -Asintomáticos de forma permanente: 16%. En cuanto al tipo de afectación ósea, es polistótica en un 50%, monostótica en un 29%, sin especificar en la historia en un 21%. La topografía de las lesiones óseas es la siguiente: Pelvis: 63%. Fémur: 26%. Cráneo: 21%. Vértebras lumbares: 18%. Húmero: 16%. Sacro: 11%. Rodilla: 8%. Tibia: 8%. Vértebras dorsales: 5%. Esternón, Clavícula y Macizo facial: 2,6% respect. La analítica al momento del diagnóstico tiene las fosfatas alcalinas elevadas en un 66% de los casos, no elevadas en un 13%, y fosfatas alcalinas sin determinar en un 21%. El tipo de tratamiento aplicado es como sigue: A.- Tratamiento con Bifosfonatos (53%): -Risedronato 21%, -Alendronato 11%, -Clodronato 11%, -Bifosfonato sin especificar: 8%. -Ácido zoledrónico 2%. B.- Tratamiento con AINES o analgésicos (13%). C.- Tratamiento con Calcitonina (5%). D.- Sin tratamiento (21%). E.- No hay constancia (8%).

**Discusión.** La enfermedad ósea de Paget (EP) en España tiene una prevalencia aproximada de 1,5% en los sujetos > 55 años y aumenta con la edad. La media de edad de los enfermos (79 años), así como la media de edad al diagnóstico (71 años) están > 70 años en nuestro medio. La relación hombre: mujer es de 2:1. En nuestro estudio la distribución de los pacientes según la Zona Básica de Salud está condicionada por la mayor densidad de población en torno a núcleos urbanos grandes como son Zamora, Benavente o Toro. No obstante, según todos los estudios existentes, hay zonas o focos de alta prevalencia en donde se ha observado una agregación familiar de los casos.

**Conclusiones.** La EP es polistótica en un 50% y monostótica en un 29%, como en el resto de estudios. La localización más frecuente de la EP en nuestro medio es la pelvis, seguida de cráneo, fémur y columna lumbar. Hemos encontrado que en un 34% de pacientes los síntomas (dolor) son clave del diagnóstico, porcentaje algo superior a otros análisis, pero que la mayoría de las veces (50%) la enfermedad se diagnostica tras detección casual de FA elevadas o radiología sugestiva. En cuanto al tratamiento se constata el uso de antirresortivos en más de la mitad de los pacientes.

## V-57

### NEFROPATÍA POR ANTICUERPOS ANTIFOSFOLIPÍDICOS EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. RELACIÓN CON LA PERSISTENCIA DE LOS ANTICUERPOS ANTIFOSFOLIPÍDICOS

R. Silvarriño<sup>1</sup>, G. Espinosa<sup>1</sup>, P. Arrizabalaga<sup>2</sup>, F. Sant<sup>3</sup>, M. Solé<sup>3</sup> y R. Cervera<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, <sup>2</sup>Servicio de Nefrología, <sup>3</sup>Anatomía Patológica. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

**Objetivos.** Determinar la asociación entre la persistencia de AAF y la nefropatía por AAF (N-AAF) en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). Además, se ha determinado en estos enfermos el riesgo de desarrollo de la N-AAF.

**Material y métodos.** Se incluyeron pacientes con LES (criterios ACR) y nefritis lúpica diagnosticada mediante biopsia renal en los que se determinó la presencia de AAF en dos determinaciones y con al menos una de ellas positiva en el momento de la biopsia. La persistencia de los AAF fue definida por la positividad de al menos dos tercios de las determinaciones. Se analizó la asociación entre la persistencia de los AAF y el tipo de lesiones histológicas de las biopsias renales.

**Resultados.** Se incluyeron 37 biopsias de 36 pacientes con LES (30 mujeres [83,3%]). La edad media de los pacientes en el momento de la biopsia fue

de 30,9 ± 10,3 años (rango, 15- 63). Se obtuvo un promedio de 12,2 ± 6,9 (rango, 2-27) determinaciones de AAF en un período de 110,4 ± 61,4 meses (rango, 3-211). El período de seguimiento (tiempo transcurrido entre la biopsia renal y la última determinación de AAF) fue de 71,8 ± 60,0 meses (rango, 0-208). La media de determinaciones positivas de AAF por paciente fue de 3,3 ± 2,6 (rango, 1-11). Veinticuatro (64,9%) pacientes fueron positivos para anticuerpo antiácido lúpico (AL), 29 (78,4%) para anticuerpos anticardiolipina de isotipo IgG (aCL-IgG) y 18 (48,6%) para aCL de tipo IgM (aCL IgM). Tres (8,1%) pacientes presentaron persistencia para AL, 5 (13,5%) para aCL-IgG, y uno (2,7%) para aCL-IgM. Nueve (24,3%) biopsias reunieron los criterios diagnósticos para N-AAF. De forma específica, 3 (8,1%) casos de microangiopatía trombótica (TMA), 4 (10,8%) de hiperplasia fibrosa íntima (FIH) y 3 (8,1%) casos de atrofia cortical focal (FCA). Se obtuvo una asociación significativa entre la persistencia de AL y N-AAF (p < 0,02). Sin embargo la persistencia de aCL-IgG (p = 0,18) o de aCL-IgM (p = 0,48) no se relacionó con la presencia de N-AAF. El riesgo relativo de desarrollar N-AAF en pacientes con LES, nefropatía lúpica y persistencia de AL fue de 5,6 (IC 95% 2,7-11,7).

**Conclusiones.** La persistencia AL se asocia al desarrollo de N-AAF en pacientes con LES y nefropatía lúpica.

## V-58

### TRASPLANTE RENAL EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO: EVOLUCIÓN Y FACTORES PRONÓSTICO EN 40 PACIENTES

E. Cairoli<sup>1</sup>, C. Glucksmann<sup>2</sup>, G. Espinosa<sup>1</sup>, G. Ercilla<sup>3</sup>, F. Oppenheimer<sup>2</sup> y R. Cervera<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, <sup>2</sup>Servicio de Nefrología y Trasplante Renal, <sup>3</sup>Inmunología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

**Objetivos.** Describir la evolución de 40 trasplantes renales realizados en 29 pacientes con LES en un único centro desde enero 1986 hasta diciembre 2008.

**Material y métodos.** Se revisaron de forma retrospectiva las historias clínicas de los 29 pacientes con LES. El fallo del injerto se definió por el reinicio de la diálisis.

**Resultados.** La tasa de supervivencia del injerto fue de 76% a los 5 años y 60% a los 10 años. El origen del injerto de cadáver (p: 0.043, OR 9.77, 95% CI 1.02-93.55) y la serología positiva para VHC (p: 0.006, OR 14.0, 95% CI 2.3-85.3) se asoció a fallo del injerto. Por el contrario, el uso de micofenolato de mofetil (p: 0.010, OR 0.062, 95% CI 0.006-0.633) y tacrolimus (p: 0.003, OR 0.049, 95% CI 0.005-0.483) se asoció a buen funcionamiento del injerto. Dos pacientes con anticuerpos antifosfolipídicos (AAF) sufrieron 4 pérdidas del injerto debido a trombosis.

**Conclusiones.** El trasplante renal es una buena opción terapéutica en pacientes con LES e IRCT. Los factores relacionados con la supervivencia del injerto son los mismos que en pacientes con IRCT debida a otras causas.

## V-59

### "UNIDAD DE CORTA ESTANCIA MEDICA" VERSUS HOSPITALIZACIÓN EN PLANTA CONVENCIONAL DE MEDICINA INTERNA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA AGUDIZADA

E. Zubillaga, K. Leizaola, A. Eguluz, M. Ibaguren, M. Elola, A. Fuertes, N. Pérez y G. Zubillaga

Servicio de Medicina Interna. UPV-EHU. Hospital Donostia-Donostia Ospitalalea. Donostia-San Sebastián (Guipúzcoa).

**Objetivos.** Comparar en pacientes con agudización de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (AEPOC) la hospitalización en la "Unidad de corta estancia médica" (UCEM) de reciente creación con la hospitalización que se hacía previamente en la planta convencional de Medicina Interna (MI). Conocer la mortalidad y el número de ingresos a los 15 y a los 30 días.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de pacientes con ingreso en un hospital terciario por AEPOC: 52 pacientes aleatoriamente ingresados en la planta convencional de Medicina Interna entre 2005 y 2006 y 52 pacientes aleatoriamente ingresados en la UCEM entre 2008 y 2009. Los pacientes fueron ingresados desde el Servicio de Urgencias. De cada paciente se estudiaron variables demográficas y comorbilidades. Se recogieron datos de estancia, días de estancia innecesaria (por yatrogenia, etc), mortalidad e infecciones nosocomiales. Se estudiaron el tratamiento durante el ingreso y al alta hospitalaria, así como la existencia de seguimiento médico al alta, ingresos a los 15 y a los 30 días, definiéndolo como aquel motivado por una exacerbación de EPOC.

**Resultados.** La edad media de los 52 pacientes ingresados en la planta convencional de MI fue de 77 años frente a la media de 74 años de los 52

pacientes de la UCEM. Similar nº de varones (37/ 38) y de mujeres (15/ 14) en ambos grupos. Puntuación Charlson mayor (3,3 vs. 2), estancia más larga (10 vs. 3 días) y más pacientes con días de estancia innecesaria (13 vs. 0) en el primer grupo que en el segundo. Un número mayor de pacientes (12 vs. 5) de la planta convencional de MI tenían oxígeno domiciliario antes del ingreso. Mortalidad durante el ingreso (3 vs. 1 paciente) y tasa de infecciones nosocomiales (0% vs. 0%) similares en ambos grupos. Número de pacientes con tratamiento broncodilatador (52 vs. 52), corticoideo i.v (27 vs. 32) y oral y días por paciente con tratamiento antibiótico i.v (5 vs. 4) y oral (4 vs. 4) similares en ambos grupos. Así mismo, similares el número de reingresos a los 15 días (2 vs. 2) y a los 30 días (5 vs. 8) y indicación escrita a los pacientes con AEPOC de la actitud a seguir ante una recaída para evitar la hospitalización (0 indicaciones). En la hospitalización en la planta convencional de MI de años anteriores se indicó el control por parte del médico a seguir en más pacientes (42 vs. 38) que en la UCEM.

**Discusión.** En la planta convencional de Medicina Interna ingresaban anteriormente pacientes AEPOC más añosos, con más comorbilidades, con más oxígeno domiciliario y tenían estancias hospitalarias más largas que los pacientes que ingresan en la UCEM de reciente creación. Esta diferencia se debería, en parte, a la selección realizada por los médicos de Urgencias que ingresan en la UCEM actual a pacientes AEPOC menos deteriorados y con menos problemática social que los que ingresaban previamente en la planta convencional de MI. Sin embargo, eso no explicaría el mayor número de días de estancia innecesaria presente en los años previos, lo cual iría a favor de una mejor actitud en ese aspecto en la UCEM actual. Así, pese a reducirse los días de ingreso en la UCEM, no hay diferencias significativas en el tratamiento ni en la mortalidad ni en el número de reingresos entre antes y ahora. Pero, siguen habiendo aún áreas de mejora, por ejemplo: falta enseñar el plan a seguir por parte del paciente con AEPOC ante una recaída para evitar la hospitalización.

**Conclusiones.** La UCEM está siendo una buena alternativa de ingreso hospitalario del paciente con AEPOC; la mortalidad y el número de reingresos son similares a los de la hospitalización en planta convencional de MI de los años anteriores. Los médicos de la UCEM tienen que indicar mejor el seguimiento médico que han de realizar los pacientes al alta y el plan a seguir ante las recaídas.

#### V-60

##### **PACIENTES CON ENFERMEDAD DE RENDU OSLER WEBER DIAGNOSTICADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA: ¿UNA ENFERMEDAD RARA O INFRA-DIAGNOSTICADA?**

**R. Hurtado García<sup>1</sup>, C. Soler Portmann<sup>1</sup>, O. Torregrosa Suau<sup>1</sup>, A. Arroyo<sup>2</sup>, M. López Buitrago<sup>1</sup>, C. Escolano Hortelano<sup>1</sup>, A. Maestre Peiró<sup>1</sup> y A. Martín Hidalgo<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Oncología Médica. Hospital General Universitario de Elche. Elche/Elx (Alicante).

**Objetivos.** Conocer las características de los pacientes diagnosticados de Enfermedad Rendu Osler Weber que ingresaron en el Servicio de Medicina Interna del Hospital General Universitario de Elche en el período de 1989 a 2009 así como sus complicaciones agudas y las pruebas diagnósticas que se les realizaron.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los pacientes con criterios diagnósticos de Enfermedad de Rendu Osler Weber diagnosticados entre 1989 y 2009, a través de la revisión de los informes de alta de sus ingresos en Medicina Interna. Se establecieron como criterios diagnósticos de la enfermedad los establecidos internacionalmente (Criterios de Curaçao): Epistaxis espontánea, telangiectasias mucocutáneas múltiples, afectación visceral, pariente de primer grado con hemorragias telangiectasias cutáneas. Se realizó un análisis estadístico con el programa SPSS v13.

**Resultados.** Se diagnosticaron 8 pacientes en el período de estudio. 3 durante los años de 1989-2002 y 5 de 2002 a 2009. La edad media fue de 75.3 años y el 62.5% eran mujeres. El 37.5% de los pacientes presentaron algún grado de afectación hepática. Un 12.5% padecía enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), cardiopatía y/o accidente cerebrovascular (ACV). La mediana de hemoglobina al diagnóstico de la enfermedad era de 8,15 mg/dl. En el 75% el Índice de Barthel era al menos de 80. Del total 3 pacientes (37.5%) cumplían todos los criterios diagnósticos, 2 de ellos (25%) tenían tres criterios y 3 (37.5%) cumplieron dos. La prueba invasiva más realizada fue la endoscopia (75%) seguida de la colonoscopia (50%). Se practicó embolización en 5 pacientes (62.5%). Sólo en dos casos (25%) siguieron tratamiento con Raloxifeno. El estudio genético se realizó en el 25% de la muestra. No han habido éxitos durante el período estudiado.

**Discusión.** La Telangiectasia hereditaria hemorrágica (HHT) o síndrome de Rendu-Osler-Weber es una enfermedad genética con transmisión dominante, independiente del sexo, con mayor profusión de los síntomas con la edad. Su principal manifestación son las hemorragias. Este suele ser el primer síntoma en presentarse en la vida de un paciente. Sin embargo, la

enfermedad tiene mucha variabilidad en las manifestaciones clínicas. HHT está considerada como "enfermedad rara", aunque recientemente, su incidencia en ciertos lugares, hace que no sea "tan rara". Todos estos estudios se encuentran con el problema de la variabilidad clínica de esta enfermedad, habiendo muchos casos en los que los enfermos pasan desapercibidos sin diagnóstico médico, por lo que las cifras suelen estar infravaloradas.

**Conclusiones.** La mayoría de los pacientes diagnosticados de Enfermedad de Rendu Osler Weber no se han realizado estudio genético. La mortalidad es baja pese al número elevado de transfusiones recibidas. Los pacientes estudiados presentaban criterios de pluripatología en un bajo porcentaje y presentaban leve o nula dependencia para las actividades básicas de la vida diaria. Es importante realizar un adecuado diagnóstico diferencial con otras entidades, sobretodo enfermedades neoplásicas. El estudio genético familiar puede ayudar en el pronóstico. Se deben realizar más estudios para establecer la incidencia de esta enfermedad en nuestro medio dada su amplia variabilidad que puede hacer que se trate de una enfermedad infradiagnosticada.

#### V-61

##### **EFFECTOS SECUNDARIOS DE LA MEDICACIÓN COMO CAUSA DE INGRESO HOSPITALARIO SEGÚN EL CMBD**

**M. González Anglada<sup>1</sup>, L. Moreno Núñez<sup>1</sup>, C. Garmendia<sup>1</sup>, C. Rodríguez Leal<sup>1</sup>, R. Barrena Puertas<sup>1</sup>, A. Gómez Pedrero<sup>2</sup>, J. Losa<sup>1</sup> y C. Guijarro Herraz<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Farmacia. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón (Madrid).

**Objetivos.** Introducción: Los medicamentos constituyen una causa de morbilidad y mortalidad muy significativa. La FDA calculó en 1989 120.000 muertes y 15.000 ingresos en EEUU por esta causa, sin embargo se calcula que solo se notifican un 10%. Estudios en nuestro medio encuentran que un 11,9% de los ingresos corresponden a efectos secundarios de la medicación. El conjunto mínimo de datos (CMBD) es un conjunto de datos administrativos, demográficos y médicos entre los que se incluye la codificación de los diagnósticos al alta según CIE. Objetivo: Valorar la frecuencia de ingresos por reacciones adversas de la medicación (RAM) y su mortalidad según el registro mínimo de datos.

**Material y métodos.** Se analizó el CMBD del Hospital Universitario Fundación Alcorcón y se recogieron todos los episodios de hospitalización por RAM en el desde 1999 hasta diciembre de 2008. Para ello se seleccionaron los ingresos urgentes que contenían el código CIE-9 y GRD correspondiente a estas entidades E-930,0 a 949,0. Se realizó un análisis descriptivo de los casos y se compararon con el resto de los pacientes. Se consideraron estadísticamente significativas diferencias con una  $p < 0.05$  (dos colas), posteriormente se llevó a cabo un análisis multivariado (modelo de regresión logística) para valorar si el ingreso por este motivo era un factor de riesgo independiente de mortalidad.

**Resultados.** Se identificaron 3.944 ingresos por efectos secundarios de la medicación de un total de 149.377, lo que supone el 2,6%. Un 53,7% eran varones. Los pacientes que ingresaban por RAM tenían de forma significativa una edad mayor (62,7 años frente a 57,2), mayor estancia media (9,8 vs 6,2), un peso mayor (2,2 vs 1.69) y menor índice de Charlson (1,03vs1,09). El número de ingresos por este motivo ha aumentado a lo largo de los años desde un 1,8% en 2001 hasta 3,4% en 2007. Fallecieron un 4,1% lo que supone una menor incidencia que el resto (5%).

**Discusión.** Los efectos secundarios de la medicación es una causa no infrecuente de ingreso hospitalario. Los pacientes son más mayores, la estancia media y el peso es mayor, sin embargo tienen menor complejidad y su mortalidad es menor.

**Conclusiones.** Es posible que el CMBD deje de registrar un número importante de ingresos por efectos secundarios de la medicación bien porque no hayan sido identificados por el médico, no consten en el informe de alta o no se codifique adecuadamente.

#### V-63

##### **CARACTERÍSTICAS DEL CÁNCER DE COLON DIAGNOSTICADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA**

**S. García Escudero, F. Mourad, N. Carracedo, S. Raposo, M. López, M. Liñán, E. Fernández y J. Mostaza**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital de León. León.*

**Objetivos.** Revisión de los pacientes que han sido diagnosticados de cáncer de colon en el servicio de Medicina Interna con el fin de ver cuales son las características tanto de los pacientes como del tumor.

**Material y métodos.** Se revisó una serie de pacientes diagnosticados de cáncer de colon mientras estaban ingresados en el servicio de Medicina Interna

del Complejo Asistencial de León durante el año 2008 y hasta junio del año 2009.

**Resultados.** El total de pacientes diagnosticados de cáncer de colon en este período es 41 pacientes. La media de edad al diagnóstico: 74,4 años. -15 de los pacientes son mujeres y 26 varones. El 39% viven en medio rural y el 61% en medio urbano. Respecto a los antecedentes personales, 11 presentaban antecedente de tabaquismo, 10 de alcoholismo, 3 sedentarismo, 1 antecedentes familiares de neoplasia de colon, 2 antecedentes personales de polipos, y 4 de ellos presentaban consumo habitual de AAS y AINES (como factor protector). El 65% de los pacientes no presentaban antecedentes personales relevantes, frente al 35% que presentaban alguno de los citados anteriormente. Clínicamente se vió que: el 29% presentaban síndrome general, 26% dolor abdominal, 24% anemia, 7% rectorragia, 6% estreñimiento, 2% suboclusión, 1% asintomático, 1% fiebre, 1% tenesmo y 1% diarrea. Según las técnicas de imagen en 12 pacientes se visualizaba la masa por ecografía abdominal y en 14 se visualizaron metástasis. En 40 de los pacientes se visualizaba la masa por TAC y en 21 se visualizaron metástasis, de las cuales 19 afectaban al hígado y tan solo 2 hueso y pulmón. Histológicamente el 100% eran adenocarcinomas. Localización: 16 ascendente, 0 transverso, 3 descendente, 11 sigma, 5 ciego, 2 recto-ano, 2 sincrónicos. Estadio: 64% metastásico, 29% invasión local y 7% estadio inicial.

**Discusión.** El cáncer de colon se considera problema de salud de primer grado en nuestra población, siendo una enfermedad dentro del programa establecido para diagnóstico precoz (Screening). En nuestra serie destaca un porcentaje bajo de pacientes con factores de riesgo previo al diagnóstico, sin embargo es muy relevante el alto porcentaje de pacientes con metástasis en el momento del diagnóstico. Por otro lado se ve la variedad clínica que presentan los pacientes en el momento del diagnóstico sin predominio claro de una forma clínica sobre otra. De forma paralela la variedad de la localización del tumor con un dominio del colon ascendente seguido de la sigma. La colonoscopia es la gold standar para el diagnóstico del cáncer de colon, sin embargo en la serie destaca TAC como prueba diagnóstica muy sensible para detectar la masa de colon y la metástasis que con más frecuencia es en hígado.

**Conclusiones.** El cáncer de colon se diagnostica más en varones que mujeres, con predominio en personas que viven en medio urbano. La mayor parte de los pacientes presentan pocos factores de riesgo previo al diagnóstico. El síndrome general, dolor abdominal y la anemia son las formas clínicas más frecuentes. El TAC es una prueba muy sensible (más del 90%) para diagnóstico del cáncer de colon. La mayoría de los pacientes en el momento del diagnóstico presentan metástasis (más de 2/3), y las localizaciones más frecuentes son colon ascendente y sigma. Hay que establecer medidas y protocolos más contundentes para el diagnóstico precoz en estadios iniciales, así como la vigilancia estrecha de los pacientes con factores de riesgo de cáncer de colon.

#### V-64

### CONSULTA DE ADULTOS CON SÍNDROME DE DOWN. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE 150 PACIENTES

**A. Gullón<sup>1</sup>, M. Hernández<sup>1</sup>, J. Murcia<sup>2</sup>, I. Muñoz-Seca<sup>2</sup> y F. Moldenhauer<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de M. Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

<sup>2</sup>Departamento de Medicina. Facultad de Medicina UAM (Madrid).

**Objetivos.** Descripción de la casuística encontrada en una Consulta Monográfica para adultos con Síndrome de Down en un Servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Primeros 150 pacientes mayores de 18 años con Síndrome de Down atendidos en una consulta monográfica al efecto desde el año 2005 hasta el año 2009.

**Resultados.** Las patologías más frecuentemente encontradas fueron oftalmológicas, ORL, trastornos de conducta e hipotiroidismo. Las alteraciones analíticas más frecuentemente encontradas fueron hipovitaminosis D, macrocitos, leucopenia, linfocitosis e hiperuricemia. La presentación clínica del hipotiroidismo en ocasiones fue atípica como alteración grave del comportamiento con un retraso diagnóstico excesivo. Existieron varios casos de alteraciones conductuales severas en relación con encarnizamiento diagnóstico. La frecuencia de enfermedad de Alzheimer sintomática es muy baja probablemente sesgada por la edad no avanzada de la población estudiada. Se observaron algunos casos de enfermedad inmunológica asociada a ANCA con cuadro clínico atípico. La prevalencia de enfermedad celiaca clínica o subclínica es más baja de lo referido en la literatura.

**Discusión.** Los adultos con Síndrome de Down presentan patologías asociadas específicamente a su condición genética junto a procesos ligados al envejecimiento y la edad. La presentación clínica de los procesos patológicos puede ser atípica y requiere un entrenamiento y experiencia específicos para su reconocimiento. Existe una carencia en el seguimiento médico habitual de los adultos con Síndrome de Down posiblemente debido a factores de discriminación, desconocimiento científico y condicionamiento

social. La atención personalizada de acuerdo a la situación médica, social y adaptativa es probablemente la fórmula más apropiada para el seguimiento y control médico de los pacientes.

**Conclusiones.** La atención monográfica centralizada de los pacientes adultos con Síndrome de Down es útil desde los puntos de vista médico y social. Los pacientes adultos con Síndrome de Down suponen un reto asistencial por su pluripatología, complejidad diagnóstica y conjunción de aspectos bioéticos y sociales. Los Servicios de Medicina Interna están en la mejor posición para el cuidado de estos pacientes por sus cualidades de polivalencia, excelencia asistencial y experiencia derivada de las características de sus grupos de población atendidos más característicos como los pacientes pluripatológicos, ancianos o con retos diagnósticos.

#### V-65

### CONOCIENDO A NUESTROS PACIENTES

**I. Marañés Antoñanzas, M. Pérez Pinar, M. Rodríguez Galdeano, A. Losa Palacios, J. Gómez Garrido, I. Tarraga, J. Solís del Pozo y P. Fernández**  
Servicio de Medicina interna. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

**Objetivos.** Identificar el porcentaje de pacientes diabéticos (tipo 1 y 2), que son dados de alta durante un tiempo establecido de 1 mes, y condiciones de control que tienen en régimen ambulatorio y también durante el ingreso. Conocer las deficiencias en los tratamientos en los pacientes diabéticos de nuestra zona, para poder realizar áreas de mejora. Valorar la eficacia del cambio de actuación terapéutica en nuestros pacientes, tras un período de intervención posterior al estudio meramente descriptivo.

**Material y métodos.** Se realizó la recogida de datos de 117 pacientes dados de alta (o bien fallecidos), durante el período de 1 mes (15 Abril- 15 de Mayo), mediante un simple cuestionario de 5 preguntas: 1) Glucemia basal al ingreso en analítica completa. 2) ¿Existencia de alguna glucemia superior casual en plasma mayor de 200 mg/dl.? 3) Paciente a) NO DM; b) DM tipo 1 (indicando tratamiento previo); c) DM tipo 2 (indicando tratamiento previo). 4) ¿HBA1C realizada durante su ingreso? (si afirmativo indicar cifra). 5) ¿Cumple criterios de buen control ambulatorio y hospitalario?

**Resultados.** Se identificaron: 1) 29'91% pacientes normoglucémicos. 2) 18'80% pacientes hiperglucemia basal casual mayor de 200, en algún momento del ingreso (DM no diagnosticados o hiperglucemia iatrogénica). 3) 24'78% No diabéticos conocidos con glucemia basal alterada o prediabetes o hiperglucemia iatrogénica. 4) 26'49% Diabéticos tipo 2. 5) No DM con glucemias en rango menor de 100 durante todo el ingreso no hubo. 6) No hubo DM tipo 1 durante ese período en nuestro centro. Se puede estimar que un alto% de los pacientes DM tipo 2 presentaban mal control diabético. Sobre este grupo es sobre el que se intentará realizar áreas de mejora del tratamiento y control, con valoración de resultados en régimen prospectivo en un análisis posterior.

**Discusión.** Llama poderosamente al atención que durante el período estudiado se hallaran 24'78% de los pacientes en riesgo de glucemia basal alterada, prediabetes o situación de hiperglucemia iatrogénica; y amplio% de Glucemias basales > 200, algunas de ellas sugestivas de Diabetes mellitus infradiagnosticadas. Cabe indicar que una de las posibles causas es que estamos recogiendo datos de población de índole rural, en la cual la educación médica es insuficiente, y es mayor la escasez de recursos médicos que en poblaciones urbanas (menor control de la población por parte de los médicos de atención primaria en los centros de salud). Además destaca un deficiente control de los pacientes diabéticos ya conocidos, sobre los que intentaremos establecer mejorías en cuanto al conocimiento de su enfermedad y el control más adecuado.

**Conclusiones.** 1) Mal control de las glucemias de nuestros pacientes ingresados. 2) Mal control de las glucemias y sus complicaciones de nuestros pacientes DM conocidos, en régimen ambulatorio. 3) Existe un amplio porcentaje de población de riesgo sobre la que es posible actuar de forma preventiva. 4) Necesidad de más medios y mejor control de nuestros pacientes (consultas específicas de DM2 y otros factores de riesgo, mejorar educación diabetológica, etc).

#### V-66

### ÚLCERAS DIGITALES, CREST Y BOSENTAN: DESCRIPCIÓN Y EVOLUCIÓN DE UNA SERIE DE 5 CASOS

**A. Fernández-Rufete Cerezo, E. Moral Escudero, A. Mateo López y M. Molina Boix**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

**Objetivos.** El síndrome de CREST (Calcinosis, Raynaud, Esophageal dysmotility, Sclerodactily, Telangiectasia), se incluye dentro de las formas con

afectación cutánea limitada de la Esclerosis sistémica (ES). El fenómeno de Raynaud es prácticamente constante, puede ser doloroso y no es infrecuente el desarrollo de isquemia distal crónica y progresiva que propicia la aparición de úlceras tórpidas en los pulpejos de los dedos. El objetivo es presentar nuestra experiencia en el tratamiento con Bosentan de 5 enfermos con criterios de CREST y úlceras cutáneas

**Material y métodos.** Revisión de 5 casos diagnosticados de síndrome de CREST en el Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia, que presentaron a lo largo de su evolución úlceras cutáneas. Describimos nuestra experiencia en el tratamiento de estos pacientes con antagonistas de los receptores de la endotelina A y B (Bosentan) y la excelente evolución que presentaron.

**Resultados.** Se recogieron cinco pacientes de los que cuatro fueron hombres (80%). El rango de edad fue de 36-58 años (edad media: 44 años). De los 5 enfermos que presentamos, los 2 primeros acabaron con amputaciones distales. Los tres restantes, recientemente tratados con antagonistas de los receptores de la endotelina A y B (Bosentan), curaron sus úlceras, presentes en algunos durante meses.

**Discusión.** Las úlceras cutáneas en los pulpejos de los dedos en el síndrome de CREST tienen una evolución tórpida, que se prolonga durante meses, con infecciones difíciles de revertir y que en muchos casos, a pesar de diversos tratamientos sintomáticos, obligan a la amputación de las falanges distales. Bosentan es un antagonista de los receptores de la endotelina A y B que tiene efectos favorables sobre la circulación distal. Su uso en los pacientes con síndrome de CREST que presentan úlceras cutáneas secundarias a isquemia distal crónica evita en muchos casos las amputaciones digitales. Los estudios RAPIDS-1 y RAPIDS-2 (Ensayo clínico aleatorizado) realizados en pacientes con úlceras digitales y esclerosis sistémica aprueban la indicación.

**Conclusiones.** Nuestra experiencia en los 5 casos que presentamos ayuda a corroborar lo ya publicado sobre el uso de Bosentan en el tratamiento de las úlceras distales en el CREST.

#### V-67

##### HEPATITIS TÓXICAS. UNA REALIDAD A TENER EN CUENTA

**N. Mallo González, S. Fernández Conde, L. Hernández Fernández, C. Valcárcel Rodríguez, J. Campos Franco, R. López Rodríguez y R. Alende Sixto**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela (A Coruña).*

**Objetivos.** El objetivo de este estudio es describir una serie de casos de hepatitis tóxicas en una Unidad de Corta Estancia durante el año 2007.

**Material y métodos.** Se han revisado los casos de hepatitis tóxicas diagnosticadas durante el año 2007 en la Unidad de Estancia Corta de nuestro hospital, analizando datos relativos al cuadro clínico, alteraciones analíticas, tóxicos implicados, datos histológicos y evolución.

**Resultados.** Durante el año 2007 se han registrado en la Unidad de Corta Estancia de nuestro centro 4 casos de hepatitis tóxicas. Todos fueron varones con edades de 45, 78, 61 y 85 años. En el caso del paciente de menor edad el cuadro clínico era únicamente de astenia, mientras que dos casos presentaban ictericia y otro fiebre y toxicodermia. Sólo uno de ellos presentaba antecedente de afectación hepática con episodio de hepatitis colestásica 7 años antes, sin causa filiada y resolución espontánea. Las alteraciones de la bioquímica hepática al ingreso eran variables, al igual que los tóxicos a los que habían estado expuestos. El paciente de menor edad, que tenía historia de contacto con productos químicos y fertilizantes presentaba datos de hepatitis aguda con predominio de citolisis (GOT 2007 U/L, GPT 2609 U/L, GGT 366 U/L, FA 765 U/L, BLRt 5.1 mg/dL). El paciente con toxicodermia había recibido tratamiento con buscapina y tramadol y en él se objetivó predominio de colestasis disociada (GOT 175 U/L, GPT 582 U/L, GGT 268 U/L, FA 1293 U/L, BLRt 1.3 mg/dL). El tercero de los pacientes, que estaba a tratamiento con meropenem presentaba hepatitis con predominio de colestasis (GOT 182 U/L, GPT 610 U/L, GGT 1100 U/L, FA 2160 U/L, BLRt 9.4 mg/dL con BLRd 7.6 mg/dL). El último de los pacientes recibía tratamiento con amoxicilina-clavulánico y presentaba hiperbilirrubinemia directa con práctica normalidad del resto de los parámetros (GOT 57 U/L, GPT 59 U/L, GGT 51 U/L, FA 378 U/L, BLRt 22.8 mg/dL, BLRd 14.7 mg/dL). En todos ellos la función hepática estaba conservada. Todos presentaban dolores hipocondrio derecho, sin datos de irritación peritoneal, siendo las pruebas de imagen poco concluyentes. Se realizó biopsia hepática en todos los casos evidenciándose en todos ellos histologías sugestivas de hepatitis tóxicas, desde hepatitis lobulillar con infiltrado polimorfonuclear eosinófilo en el primero de los casos, hasta hepatitis portal en fase activa compatible con origen medicamentoso en el segundo, granulomatosis no necrotizante de probable origen medicamentoso en el tercero y hepatitis tóxica aguda en el último caso descrito. En todos ellos se retiró el tóxico sospechoso desde el ingreso y se realizaron controles analíticos seriados. Excepto el tercero de los casos, que resultó éxitus por insuficien-

cia respiratoria previo a la normalización de los parámetros analíticos, en el resto de los casos se consiguió normalización tras una media de 3 meses tras la retirada del tóxico.

**Discusión.** Son muchas las sustancias que pueden producir toxicidad hepática. En algunos casos los tóxicos son conocidos, pero en multitud de ellos la toxicidad ocurre de manera impredecible. Las manifestaciones clínicas son muy variables, desde alteraciones analíticas asintomáticas, hasta enfermedad hepática fulminante, pasando por síntomas indistinguibles de otro tipo de hepatitis. El diagnóstico se basa en la existencia previa de un tóxico, una relación temporal y la exclusión de otras causas de hepatopatía. Aunque la biopsia hepática en ocasiones no es diagnóstica se indica fundamentalmente para excluir otras causas de hepatopatía. Las alteraciones histológicas pueden ser múltiples dando lugar a cualquier tipo de lesión hepática. El tratamiento fundamental es la retirada del agente sospechoso y vigilancia de las alteraciones analíticas hasta su normalización.

**Conclusiones.** La toxicidad hepática es un diagnóstico infrecuente, tanto por su relativa rareza, como por carecer de parámetros clínicos, analíticos o histológicos específicos. Por ello su diagnóstico se basa en la historia clínica y la exclusión de otras causas que justifiquen el cuadro. Por ello, en casos de enfermedad hepática sin otra clara etiología debemos considerar la hepatitis tóxica como una posibilidad.

#### V-68

##### MANEJO DEL COLICO RENAL EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DEL SERVICIO DE URGENCIAS

**M. Matía Sanz, M. Aibar Arregui, R. Pelay Cacho, M. Iguzquiza Pellejero, M. Martín Fortea, M. Herrero Torrés, V. Garcés Horna y S. Olivera González**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.*

**Objetivos.** Estudio epidemiológico descriptivo de una muestra aleatoria de 50 cólicos renales atendidos en el servicio de urgencias de un hospital de referencia.

**Material y métodos.** Se seleccionaron al azar 50 pacientes que acudieron a urgencias por dolor cólico en fosa renal y se revisaron sus historias clínicas recogiendo datos de filiación, forma de presentación, pruebas complementarias realizadas, tratamiento instaurado y evolución clínica.

**Resultados.** De los 50 casos revisados 15 eran mujeres y 35 hombres, la edad media fue de 48,5 ( $\pm$  14,1) años; 16 de los pacientes tenían antecedentes de cólico renal. La localización fue en 24 casos la fosa renal derecha y 20 la izquierda, en los 6 restantes se trataba de un dolor referido en trayecto ureteral; la puñopercusión renal fue positiva en 23 casos. 19 presentaron disuria y tan sólo uno fiebre; en 18 de los pacientes aparecieron náuseas y/o vómitos acompañando al dolor. Se objetivó hematuria macroscópica en 2 casos y expulsión espontánea del cálculo en uno. El sedimento de orina fue patológico en 38 casos y en 23 de las analíticas de sangre, realizadas a 49 pacientes, se objetivó leucocitosis. En 9 pacientes se observó empeoramiento de la función renal con respecto a las previas (5 de ellos tenían insuficiencia renal crónica). Se realizó radiografía de abdomen en 44 pacientes observando imágenes litiásicas en 9 (20,4%). Se realizó ecografía abdominal en 15 pacientes demostrando ectasia pielocálica en 8 de ellos. En cuanto al tratamiento, se instauró fluidoterapia endovenosa en 14 pacientes y los fármacos usados fueron AINEs (43 casos), paracetamol (6), opioides (6), corticoides (15), IBP (11) y antieméticos (22). La evolución fue favorable en 46 pacientes mientras que 4 precisaron ingreso hospitalario y uno de ellos derivación quirúrgica urgente.

**Discusión.** El cólico renal es uno de los motivos de consulta más frecuentes en el servicio de urgencias, de hecho, el 12% de la población sufrirá un cólico renal en algún momento de su vida y el 50% sufrirá al menos una recaída. El diagnóstico debe ser fundamentalmente clínico en los cólicos no complicados en los que un sedimento de orina patológico (o una tira reactiva) bastaría para confirmar el diagnóstico. En nuestra serie nos ha llamado la atención el elevado porcentaje de analíticas sanguíneas y radiografías solicitadas así como el relativamente escaso número de ecografías, que sería una prueba más útil en el diagnóstico de la ectasia cálica y en el diagnóstico diferencial con otras patologías que cursan con dolor. El tratamiento de elección de los cólicos no complicados son los AINEs sin que los opiáceos hayan demostrado ser superiores a la hora de calmar el dolor o mejorar la evolución. Un porcentaje no desdeñable de pacientes, 8% en nuestra serie, no mejoran con el tratamiento farmacológico o presentan complicaciones que precisan ingreso hospitalario y/o tratamiento instrumental de forma urgente.

**Conclusiones.** El cólico renal es una patología muy frecuentemente atendida por internistas en los servicios de urgencias y aunque en la mayor parte de los casos evoluciona favorablemente existe un porcentaje de pacientes que precisan tratamiento quirúrgico o instrumental urgente para evitar el deterioro de la función renal.

Tabla 1 (V-69). Características de los pacientes

Casos	Clínica	Test bioquímico	Imagen
Mujer de 61 años. HTA DM tipo II Dolor torácico (coronarias normales)	Cefalea intensa+ sudación profusa+ episodios de dolor torácico Pérdida de 11 kg de peso Debilidad generalizada	Catecolaminas 24 h: 1120 mcg ( $< 100$ ); Adrenalina 184 ( $< 18$ ); Noradrenalina 518 ( $< 76$ ); Metanefrina 3002 mcg ( $< 400$ ) VMA 24 h 13,23 mcg ( $< 11,7$ )	TC: masa suprarrenal izquierda de 5,5 cm Heterogénea con áreas internas de menor densidad compatible con necrosis
Mujer de 61 años HTA	Masa retroperitoneal asintomática	Metanefrina 24 h $> 400$ mcg VMA 24 h $> 15$ mcg	ECO y TC: masa retroperitoneal que comprime la cava inferior PAAF+
Mujer de 61 años HTA DM tipo II C. isquémica	Episodios de nerviosismo mareo y sudoración	Catecolaminas 24 h 410 mcg ( $< 100$ )	ECO y TC: masa suprarrenal izquierda de contenido líquido y sólido
Mujer de 49 años HTA	Crisis hipertensiva, cefalea, escalofríos	Catecolaminas 24 h: 1779 mcg ( $< 100$ ); VMA 24 h $> 11,7$ mcg	ECO y TC: masa suprarrenal derecha de 6 cm. Gammagrafía MIBG+

**V-69****SERIE DE CUATRO CASOS DE FEOCROMOCITOMA. CASUÍSTICA DEL HOSPITAL DE MÓSTOLES (1989-2009)**

**A. Muñana Fuentes, C. Martínez Caballero, J. Churruga Sarasqueta, S. Hernández Puche, M. Patiño Rodríguez, V. Moreno Cuerdo y J. Ruiz Galiana**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital de Móstoles. Móstoles (Madrid).*

**Objetivos.** Revisión de los casos de feocromocitoma diagnosticados en el Hospital Universitario de Móstoles en los últimos 25 años.

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

**Resultados.** Ver tabla.

**Discusión.** Se presentan 4 casos de feocromocitoma, todos ellos diagnosticados de forma incidental a raíz de detectarse una masa suprarrenal en la TC abdominal, solicitada por otro motivo. De nuestros casos, uno de ellos cursó de forma asintomática, y los 3 restantes presentaban clínica compatible al diagnóstico, pero debido a lo inespecífico de los síntomas, éstos no se evidenciaron hasta obtenerse por anamnesis dirigida, posteriormente al hallazgo radiológico. Por tanto, en nuestra serie, aunque limitada, el feocromocitoma suele cursar con clínica característica, pero muy inespecífica, por lo que no suele ser la guía en el estudio inicial para el despistaje de esta entidad. El tratamiento de todos ellos fue quirúrgico, con desaparición de los síntomas y signos clínicos.

**Conclusiones.** La clínica del feocromocitoma es muy inespecífica; la clave para su diagnóstico es el alto índice de sospecha. En muchos pacientes se realiza estudio para descartar un feocromocitoma esporádico, pero dada la inespecificidad de la sintomatología y la baja incidencia de la enfermedad, en pocos se confirma el diagnóstico. La existencia de una lesión suprarrenal obliga a descartar un feocromocitoma a pesar de que el paciente esté asintomático o paucisintomático.

**V-70****ESCLERODERMIA: DIFERENCIAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS SEGÚN EL PERFIL INMUNOLÓGICO**

**A. Fernández Luque, C. Simeón Aznar y V. Fonollosa Pla**

*Servicio de Medicina interna. Unidad de Enfermedades Autoinmunes. Hospitales Vall d'Hebron. Barcelona.*

**Objetivos.** La esclerosis sistémica (ES) es una patología autoinmune y multisistémica, que se caracteriza por alteraciones vasculares, inmunológicas y fibrosis a nivel de piel y diferentes órganos internos. Se han identificado hasta el momento siete anticuerpos específicos de la ES que se relacionan con diferencias significativas en frecuencia y especificidad de la afectación de estos diferentes órganos. El objetivo de este trabajo es intentar establecer una relación entre algunos de los diferentes anticuerpos de la esclerodermia y patrones clínicos y epidemiológicos determinados.

**Material y métodos.** Cohorte histórica de 319 pacientes diagnosticados de esclerodermia según los criterios de Leroy and Medsger, controlados en nuestras consultas entre los años 1965 y 2007. El estudio de autoanticuerpos se realizó mediante inmunofluorescencia directa e inmunoblot en línea. Para el estudio estadístico se utilizó el test de la t de student.

**Resultados.** De los 319 pacientes, 306 presentaron positividad para ANA. Dentro de los anticuerpos que caracterizan a la ES, el detectado con mayor

frecuencia fue el anticentrómero (127 casos, 39,8%) seguido por anti Scl 70 (55 casos, 17,2%) y posteriormente Pm-Scl y U1-RNP, con 5 casos (1,6%) cada uno. La distribución por subtipos cutáneos fue la siguiente: esclerodermia limitada, 59%, difusa, 20%, sine esclerodermia, 13% y pre-esclerodermia, 8%. En el análisis por anticuerpos se observó que los pacientes ACA positivo tienen mayor predominio de esclerodermia limitada, así como HTAP tanto aislada como en coexistencia con EPID, sin presentarse ningún caso de crisis renal esclerodérmica; los Scl 70 positivos se relacionan con el subtipo difusa, roces tendinosos y enfermedad pulmonar intersticial (grave en 1/3); los Pm-Scl positivos se asociaron con mayor frecuencia a clínica osteomuscular y EPID, ésta de mejor pronóstico que la asociada a Scl70 y, los pacientes con U1-RNP han presentado en esta serie mayor heterogeneidad de síntomas, predominado la clínica osteomuscular.

**Conclusiones.** Los diferentes anticuerpos asociados a la esclerodermia se relacionan con diferencias epidemiológicas, pronósticas y clínicas de la enfermedad; si bien, no son el único factor responsable.

**V-71****COMPLICACIONES ASOCIADAS A MIELOMA MÚLTIPLE COMO MOTIVO DE INGRESO HOSPITALARIO (II): CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES SEGÚN TIPO DE MIELOMA**

**A. Valjejo<sup>1</sup>, I. Montero<sup>2</sup>, L. Beltrán<sup>1</sup>, L. Gómez<sup>1</sup>, S. Rodríguez<sup>1</sup>, J. López<sup>1</sup>, S. García<sup>1</sup> y A. Urbano<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>Servicios de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Hematología y Hemoterapia. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Objetivos.** La edad media asociada a Mieloma Múltiple (MM), desarrollo de tratamientos agresivos y la afectación ósea generan un perfil de pacientes con elevada tasa de ingresos por complicaciones asociadas. El objetivo de nuestro trabajo fue analizar las causas que originan hospitalización en MM, características de hospitalización y valorar posibles diferencias según el tipo de MM presentado.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de 2 años de los episodios de ingreso en nuestro centro de pacientes con MM o en los que el diagnóstico se realizó durante el ingreso. Se recogieron datos generales, tipo y características de MM, datos de estancia, causa de ingreso. Se excluyeron ingresos programados: tratamiento QT, trasplante.

**Resultados.** (Tabla 1) (BJ: Bence-Jones) (mediana, rango) (\* p significativa). No hubo diferencias en otros parámetros analíticos, tasa de éxitos o estancia media. Las causas de ingreso fueron similares en los 3 grupos.

**Conclusiones.** 1. Los pacientes con MM IgA presentaron al ingreso una edad inferior, menor tiempo de evolución de la enfermedad y estadio ISS más avanzado; el porcentaje de estadio B fue mayor, lo que puede relacionarse con una creatinina media superior y mayor necesidad de diálisis en este grupo. 2. Los pacientes con MM BJ precisaron mayor uso de morfínicos para control del dolor, lo que podría relacionarse con una mayor frecuencia de lesiones líticas múltiples o tasa de plasmocitoma. 3. En los casos BJ se objetivó una importante hipoproteinemia (en probable relación con pérdidas renales), sin diferencias significativas en relación con niveles de albúmina. 4. Los niveles de calcio resultaron superiores en los casos IgA, si bien esto no supuso mayor número de ingresos por hipercalcemia, que fueron similares en los 3 grupos. 5. El número de líneas de tratamiento QT recibidas previas al ingreso fue inferior en el grupo IgA, lo que tal vez podría explicar que los niveles de linfocitos resultaran significativamente

Tabla 1 (V-71).

	IgA (n 20)	IgG (n 39)	Bence Jones (n 16)
Edad (años)*	57,0 (45-65)	63,0 (41-78)	63,0 (41-73)
Meses desde el diagnóstico	7,0 (0-38)	12,5 (0-84)	12,0 (0-73)
Estadio II/III	40% / 60%	34,2% / 67,6%	20% / 80%
Estadio A*	50%	61,1%	86,7%
ISS 2/3*	26,3% / 73,7%	26,7% / 50%	53,3% / 26,7%
Escala radiológica 0+1/2/3	10% / 35% / 55%	2,6% / 41% / 56,4%	0% / 37,5% / 62,5%
Plasmocitoma	50%	42,1%	62,6%
Necesidad de morficos*	36,8%	64,1%	100%
Dialisis*	25%	0%	0%
Lineas de tt previas 0/1*	63,2% / 10,5%	27% / 16,2%	50% / 21,4%
Creatinina (mg/dl)	1,35 (0,5-6,9)	1,01 (0,4-7,4)	0,91 (0,5-2,6)
Proteínas totales (g/dl)*	7,89 (3,9-11,1)	7,70 (4,9-14,1)	5,9 (4,1-7,2)
Calcio corregido (mg/dl)*	10,43 (8,3-18,0)	9,0 (7,0-17,3)	9,40 (7,5-13,5)
Linfocitos (cél/mcl)*	1950 (400-3900)	1000 (200-3700)	900 (400-3600)

superiores. No hubo diferencias en cuanto a ingresos totales por causa infecciosa.

#### V-72

##### COLANGIOCARCINOMAS. ESTUDIO RETROSPECTIVO

**M. Becares Lozano, V. Chimpen Ruiz, M. Gómez Munuera, M. Cerro Martínez, L. Alvela Suárez, V. Ramírez Castro, A. Vega Suárez e Y. De La Nava Calvo**

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

**Objetivos.** Revisar las manifestaciones clínicas más frecuentes, localización, pruebas diagnósticas, pronóstico y tratamiento del colangiocarcinoma.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo en los últimos 10 años de pacientes con colangiocarcinoma en el Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

**Resultados.** Se analizan 68 pacientes con Colangiocarcinoma: 35 mujeres y 33 varones con edad media de 75 años. El factor de riesgo más frecuente fue la Litiasis Biliar: 37 casos. Localización tumoral: 30 casos (44%) perihiliares, 21 casos (31%) distales y 17 casos (25%) intrahepáticos. Manifestaciones clínicas más relevantes: Ictericia 52 casos (76%), dolor abdominal 40 casos (59%), Coluria 37 casos (54%), Anorexia y pérdida de peso 28 casos (41%), prurito 19 casos (28%), vómitos 14 casos (21%) y fiebre 8 casos (12%). Pruebas analíticas: Bilirrubina elevada: 52 casos, Fosfatasa alcalinas y GGT elevadas: 57 casos, Transaminasas elevadas: 54 casos y Anemia: 33 casos. Marcadores tumorales: Ca 19.9 aumentado en 46 casos y CEA elevado en 15. Diagnóstico: Se practicó TAC a 62 pacientes, ECO a 49, CPRE a 33, CRM a 18, CPT H a 3 y ECO endoscópica a 1. Biopsia a 20 y PAAF a 12. Tratamiento inicial: Stent 31 casos, cirugía 13 casos, QT 2 casos, Drenaje percutáneo 2 casos y Cuidados Paliativos 20 casos. La supervivencia osciló entre 16 días y 3 años.

**Discusión.** Los factores de riesgo, incidencia y manifestaciones clínicas en nuestros pacientes son similares a los descritos en la literatura. Las pruebas diagnósticas de imagen con cepillado o biopsia realizadas en nuestro estudio así como el tratamiento quirúrgico y/o terapia endoscópica fueron también semejantes a los encontrados en la revisión bibliográfica.

**Conclusiones.** 1.- El colangiocarcinoma es un tumor maligno de las vías biliares que suele diagnosticarse en edad y estadios avanzados. 2.- La ictericia es la manifestación clínica más habitual, seguida del Síndrome Constitucional. 3.- La localización más frecuente es la zona perihiliar (tumor de KLATSKIN): 50-60 %, seguido del intrahepático: 20-25% y el resto extrahepáticos o distales. 4.- El diagnóstico se realiza mediante ECO, TAC, CRM, CPRE o CPT con cepillado o biopsia. En los intrahepáticos PAAF o BIOPSIA guiada por TAC. La PET detecta Colangiocarcinomas de hasta 1 cm de diámetro y MTS ocultas. 5.- El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica seguida de QT y/o RT. Si no es posible las técnicas derivativas con Stent alivian al paciente.

Tabla 1 (V-73). Variabilidad de los síntomas

	% pacientes que experimentaron síntomas la semana previa	% de pacientes que perciben variabilidad durante la semana	% pacientes que perciben variabilidad durante el día
Disnea	47.9	40.5	29.7
Flema	51.6	26.5	18.6
Tos	49.8	28.5	23.4
Sibilancias	34.7	35.5	25.7
Opresión torácica	25.3	52.3	28.8

#### V-73

##### LA VARIABILIDAD DE LOS SÍNTOMAS ES COMÚN EN LA EPOC GRAVE: ESTUDIO TRANSVERSAL PAN-EUROPEO

**M. Espinosa de los Monteros<sup>1</sup>, M. Miravittles<sup>2</sup>, C. Peña<sup>3</sup> y M. Muñoz<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Neumología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

<sup>2</sup>Servicio de Neumología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

<sup>3</sup>Departamento Astra Zeneca. Madrid.

**Objetivos.** Los síntomas de la EPOC son descritos con frecuencia como persistentes y progresivos (exacerbaciones a parte) pero, curiosamente, los pacientes a menudo comunican tener días buenos y malos. Aunque se han descrito previamente fluctuaciones en los síntomas (dentro del mismo día y entre día y día, no se ha publicado ningún estudio a gran escala que investigue la variabilidad de los síntomas. Estudiar una amplia cohorte de pacientes con EPOC grave para determinar que proporción percibe la variabilidad de sus síntomas.

**Material y métodos.** Estudio epidemiológico transversal realizado en 17 países Europeos. Desde Julio 2008 a finales de Enero 2009, neumólogos y médicos de familia reclutaron pacientes con EPOC estable (Estadio III y IV GOLD) durante los 3 meses previos al estudio. La percepción de los pacientes sobre la variación de sus síntomas se recogió mediante entrevista telefónica.

**Resultados.** En España se reclutaron 677 pacientes con EPOC de los que 472 fueron incluidos en el análisis (edad media: 68.6, DE = 9.31; hombres: 93%). Del total, el 84.1% de los pacientes experimentaron al menos un síntoma en la semana previa. De ellos, el 53,8% informó variabilidad de al menos un síntoma a lo largo del día y/o de la semana como se muestra en la tabla de abajo.

**Conclusiones.** Los datos españoles procedentes de un estudio transversal paneuropeo sugieren que los pacientes con EPOC grave experimentan comúnmente variabilidad en sus síntomas lo que debe tenerse en cuenta en el abordaje de su patología.

#### V-74

##### TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMAS EN LA ENFERMEDAD DE BEHÇET

**M. Hernández Contreras, N. Ortega López, M. Molina Boix y R. Pérez Luján**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

**Objetivos.** La enfermedad de Behçet se encuadra dentro de las enfermedades autoinmunes de perfil multistémico cuya incidencia predominantemente se contempla a edades medias de la vida. Las manifestaciones vasculares más frecuentes incluyen la trombosis venosa, y más raramente la arterial,

Tabla 1 (V-74). Resultados

Caso	Edad	Sexo	Localización	Evol. favorable
1	21	V	Aorta abdominal	7 años
2	37	V	Tronco celíaco	5 años
3	36	V	Aorta abdominal	5 años

por afectación vasculítica de los vasa-vasorum de los grandes vasos, dando lugar a aneurismas arteriales. Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento endovascular de aneurismas abdominales en pacientes con enfermedad de Behçet.

**Material y métodos.** Realizamos el seguimiento de una serie de tres pacientes con criterios de Behçet (diagnóstico clínico según criterios del Grupo Internacional de Estudio para la Enfermedad de Behçet), y aneurismas abdominales tratados mediante prótesis endovascular. Prevalencia en la serie de sexo masculino (3:1) con edad media de presentación de 31 años. Se realizó seguimiento de los pacientes a un mínimo de 5 años junto a tratamiento esteroideo e inmunosupresor.

**Resultados.** Se siguió la evolución de 2 aneurismas de aorta abdominal y 1 aneurisma del tronco celíaco tratados con prótesis endovascular que presentaron evolución favorable. Nula tasa de reestenosis o recurrencia aneurismática en tratamiento inmunosupresor combinado a 5 y 7 años.

**Conclusiones.** Las posibilidades terapéuticas de las complicaciones aneurismáticas en la Enfermedad de Behçet se limitaban a cirugía reconstructiva, con gran índice de fracasos debido a la frecuente recurrencia del proceso en las anastomosis. La implantación de prótesis endovasculares ha significado un avance considerable para el tratamiento de esta complicación, con resultados excelentes a largo plazo.

#### V-75

### DESCRIPCIÓN DEL PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 NO CONTROLADO EN FASE INICIAL DE TRATAMIENTO. ESTUDIO EUFORIA

M. Aguilar Diosdado<sup>1</sup>, J. Franch<sup>2</sup> y G. Gambus<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Endocrinología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Raval Sud (Barcelona).

<sup>3</sup>Departamento Médico. Novartis Farmacéutica S. A., Barcelona (Barcelona).

**Objetivos.** El objetivo principal del estudio consistió en la descripción del perfil clínico de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo (DM2) no controlados (HbA1c > 7%) en fase inicial de tratamiento con metformina.

**Material y métodos.** Se planteó un estudio epidemiológico, transversal, multicéntrico y nacional en consultas de atención primaria (AP) y de especialistas. La inclusión de los pacientes se realizó mediante muestreo consecutivo. El perfil clínico de los pacientes se estableció en base a los datos clínicos procedentes de la historia clínica del paciente y los recogidos durante la visita.

**Resultados.** En el estudio participaron 238 especialistas 305 médicos de AP. El estudio previo de prevalencia en consultas de especialistas y AP mostró que un 34,3% y un 36,8% respectivamente de los pacientes no presentaban cifras de control de la DM2. En una segunda fase del estudio se incluyeron 1.742 pacientes no controlados en monoterapia con metformina: 54,5% varones, edad media ( $\pm$  DE) de 61,5 ( $\pm$  10,8) años, IMC de 30,4 ( $\pm$  5,2) kg/m<sup>2</sup>, 5,7 ( $\pm$  5,0) años de evolución de la DM2 y 4,1 ( $\pm$  1,7) FRCV de media. La media de HbA1c fue de 8,2% ( $\pm$  3,4). La PAS/PAD media fue de 138,5 ( $\pm$  16)/81,5 ( $\pm$  10,4) mmHg y cifras medias de colesterol total de 202,7 ( $\pm$  43,8) mg/dl. Los pacientes habían estado en tratamiento farmacológico con metformina para la DM2 3,1 ( $\pm$  3,2) años de media, con dosis medias diarias de 1.909,4 ( $\pm$  519,7) mg/día.

**Conclusiones.** La proporción de pacientes con DM2 no controlados es elevada a pesar de estar en tratamiento con metformina a dosis máximas efectivas. Estos pacientes presentan un elevado número de FRCV asociados.

Tabla 1 (V-76). Periodo del día cuando los síntomas son mas molestos

	% pacientes experimentaron síntomas la semana previa	% pacientes experimentaron síntomas al levantarse	% pacientes experimentaron síntomas resto de la mañana	% pacientes experimentaron síntomas al mediodía	% pacientes experimentaron síntomas por la tarde	% pacientes experimentaron síntomas por la noche
Disnea	47.9	33.2	21.7	16.4	16.8	22,1
Flemas	56.1	58.3	23.9	13.6	11.4	15,2
Tos	49.8	59.1	20.9	14	13.6	26,8
Sibilancias	34.7	41.7	19	14.1	16.6	38
Opresión torácica	23.5	29.7	17.1	31.5	23.4	23,4

#### V-76

### ESTUDIO TRANSVERSAL PAN -EUROPEO SOBRE EPOC GRAVE: VARIACIÓN DIURNA DE SUS SÍNTOMAS E IMPACTO EN LAS ACTIVIDADES MATUTINAS DE LOS PACIENTES

M. Espinosa De Los Monteros Garde<sup>1</sup>, M. Miravittles<sup>2</sup>, C. Peña<sup>3</sup> y M. Muñoz<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neumología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

<sup>2</sup>Servicio de Neumología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

<sup>3</sup>Departamento Astra Zeneca. Madrid.

**Objetivos.** Aunque en algunos estudios se ha comunicado la variación circadiana de la función pulmonar en la EPOC, se conoce poco sobre si los pacientes perciben alguna variación diurna de sus síntomas. Objetivo: investigar si los pacientes con EPOC estable grave comunican la variación diurna de sus síntomas y su impacto en sus actividades diarias.

**Material y métodos.** Estudio epidemiológico transversal realizado en 17 países Europeos. Desde Julio 2008 a finales de Enero 2009, neumólogos y médicos de familia reclutaron pacientes con EPOC estable (Estadio III y IV GOLD) durante los 3 meses previos al estudio. Los pacientes fueron entrevistados por teléfono.

**Resultados.** En España se reclutaron 677 pacientes con EPOC de los que 472 fueron incluidos en el análisis (edad media: 68.6, DE = 9.31; hombres: 93%). El momento del día donde los síntomas se perciben como más molestos es por la mañana (al levantarse y durante el resto de la mañana), como se muestra en la tabla de abajo.

**Conclusiones.** Los datos españoles procedentes de un estudio transversal paneuropeo indican que, a los pacientes con EPOC grave, los síntomas les afectan predominantemente por la mañana e interfieren con sus actividades imprescindibles como son levantarse de la cama, asearse y vestirse, lo que tiene implicaciones en el manejo de estos pacientes

#### V-78

### ¿QUÉ TEMAS ELIGEN LOS INTERNISTAS JÓVENES EN LAS OPOSICIONES?

F. Marcos Sánchez<sup>1</sup>, E. Ferreira Pasos<sup>1</sup>, M. Rodríguez Zapata<sup>2</sup>, J. Solera Santos<sup>3</sup>, J. Dimas Núñez<sup>4</sup>, J. Pérez Ortiz<sup>5</sup>, L. Audibert Mena<sup>6</sup> y J. Gil Madre<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo).

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

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

<sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General Virgen de la Luz. Cuenca.

<sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Provincial de la Misericordia. Toledo.

<sup>6</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General Gregorio Marañón. Madrid.

<sup>7</sup>Servicios Centrales del SESCAM. Toledo.

**Objetivos.** El crecimiento de diversas especialidades médicas y la creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, originaron una profunda reflexión y unos cambios de posicionamiento de la Medicina Interna. Las expectativas de trabajo de los residentes de medicina interna son muy diferentes en unos hospitales y en ocasiones su labor se centrará en la

atención de pacientes afectados de unas patologías determinadas. Dado que en España no existe la especialidad de Enfermedades Infecciosas, resulta evidente que el internista no compete con otros especialistas en la atención de dichos pacientes y por ello podrían existir mayores disponibilidades de trabajo. Queríamos analizar si los médicos internistas jóvenes tienen una mayor interés por los temas relacionados con patología infecciosa.

**Material y métodos.** Recientemente se ha desarrollado una oferta pública de empleo del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM). En Medicina Interna, la oposición consistía en un baremo de méritos (currículum) y en una prueba que incluía la resolución de dos casos clínicos (se elegían entre cuatro posibles). Los casos tenían una complejidad intermedia y debían elaborar un resumen del caso, un diagnóstico diferencial adecuado, unas solicitudes de pruebas adicionales razonables y finalmente proponían un diagnóstico final y un tratamiento para el proceso.

**Resultados.** Acudieron al examen un total de 78 médicos, con respecto a 97 instancias enviadas (80,4% presentados) y leyeron el examen 77 (condición indispensable para su baremación posterior). Los cuatro supuestos clínicos consistían: a) Fiebre, tos con expectoración hemoptoica y neumonía cavitada en paciente severamente inmunodeprimido por VIH. La solución final fue de neumonía por *Rhodococcus equi*. Este tema fue elegido por 47 médicos (61% de los 77 que leyeron). b) Dolor lumbar, insuficiencia renal, leve pérdida de fuerza en miembros inferiores, leucocitosis, elevación de la PCR, se trató de una espondilitis por microorganismo no filiado. Dicho tema fue elegido por 29 personas (37,6%). c) Dificultad respiratoria, patrón intersticial pulmonar, alteraciones restrictivas en las pruebas respiratorias, contacto con animales, paja, heno, humedad y que mejoró sin tratamiento en un ingreso hospitalario. El diagnóstico fue de alveolitis alérgica extrínseca. Dicho tema fue elegido por 58 médicos (75%). d) Dolores óseos difusos, lesiones líticas diseminadas, hipogammaglobulinemia. Siendo el diagnóstico de mieloma no secretor. Dicho tema fue elegido por 20 personas (26%).

**Discusión.** La gran mayoría de los examinandos eligieron los temas a (cuadro claro infeccioso) y c (alveolitis alérgica extrínseca), 105 con respecto a los 154 casos totales; sin embargo han elegido predominantemente un caso de causa no infecciosa (el c). El supuesto b (espondilitis infecciosa), podría ser algo más complejo y tal vez existieran dudas sobre sus etiologías, por lo que fue elegido en una proporción intermedia (37,6%). Finalmente el caso d (mieloma no secretor), fue elegido únicamente por el 26% de los médicos. 78 de 154 casos no eran de enfermedades infecciosas. Estos resultados no demuestran que los internistas elijan temas presumiblemente de causa infecciosa.

**Conclusiones.** A diferencia de las oposiciones anteriores, los médicos internistas jóvenes no han elegido predominantemente temas de causa infecciosa en la última OPE del SESCAM.

#### V-79

#### EL ALTA MÉDICA: ¿ESTÁN NUESTROS PACIENTES SATISFECHOS CON LA INFORMACIÓN QUE SE LES TRASMITE?

M. Díaz Crombie, M. Tasia Pitarch, S. Ruiz Ruiz, M. Carulla, R. Ramírez Montesinos, G. Bonet Vidal, S. Freixas y E. Pedrol Clotet

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona.

**Objetivos.** El informe clínico de alta hospitalaria es el documento básico para reflejar el episodio hospitalario e informar sobre el diagnóstico, tratamiento y plan de seguimiento. El objetivo del estudio es analizar la opinión y conocimiento de los pacientes sobre la información recibida en el momento del alta hospitalaria.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo de pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna de nuestro hospital. Se realizó un cuestionario a los pacientes o familiar responsable donde se valoraba la duración de la explicación en el momento del alta, quien daba el alta, el grado de conocimiento del diagnóstico, del tratamiento y del seguimiento posterior, la duración de la explicación, además del grado de satisfacción general mediante una escala numérica (0 a 10). Se recogían también datos demográficos, tipo de patología, nivel de estudios y edad. Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS versión 16.0 para windows.

**Resultados.** Un 58% de las encuestas fueron cumplimentadas por los pacientes. Del total de los encuestados un 56% eran hombres, con una edad media de  $63,02 \pm 16,42$  años. Por rangos de edad, la mayoría de los encuestados tenía 45 o más años (88%). El nivel de estudio se distribuyó: 72% con estudios básicos, 22% estudios universitarios y un 6% sin estudios. El 98% de las altas fue dada por personal médico. La estancia media del ingreso fue de  $9,74 \pm 8,51$  días. En el 52% de los casos el motivo de ingreso fue por una patología crónica. La duración media de la explicación del alta fue de  $10,54 \pm 4,46$  minutos, considerada por los encuestados como suficiente. La mayoría declaraban conocer bien el tratamiento a seguir, al igual que quién era el responsable del seguimiento posterior al alta. Un 12% tenía dudas respecto al diagnóstico en el momento del alta. El 90% refería que se les habían dado recetas de los fármacos prescritos. El grado de satisfacción

media al alta fue de  $9,00 \pm 1,21$  puntos. Al comparar los grupos por sexo, rangos de edad, nivel de estudios y tipo de patología crónica o aguda que motivó el ingreso, con el nivel de satisfacción no se encontraron diferencias significativas.

**Discusión.** En la mayoría de los ingresos hospitalarios se da suma importancia a la buena orientación diagnóstica del caso y a su tratamiento, por la complejidad que esto conlleva. Así pues, el alta hospitalaria se puede interpretar en muchas ocasiones como un simple trámite, al que se llega una vez se ha resuelto u orientado la patología, para permitir al paciente la vuelta a su vida cotidiana. Esto no tendría que llevarnos a una infravaloración del informe de alta hospitalaria, dado que su adecuada comprensión por parte del paciente y su familia facilita el conocimiento de la enfermedad, el tratamiento y posterior seguimiento médico, lo cual ayuda a lograr el éxito terapéutico. En la literatura faltan trabajos que incluyan la satisfacción del paciente con el alta hospitalaria así como su entendimiento, por lo que pensamos que se deben realizar este tipo de encuestas para garantizar un adecuado feedback con nuestros pacientes. En nuestro caso los datos pueden ser más positivos que los reales porque la encuesta fue dirigida y realizada por personal sanitario.

**Conclusiones.** El nivel de satisfacción medio del usuario con la explicación del alta hospitalaria es bueno, independientemente del nivel educativo, todo y que probablemente se tendría que mejorar la explicación respecto al diagnóstico del alta.

#### V-80

#### LA COMPLEJIDAD DEL PERFIL GLUCÉMICO EN EL PACIENTE CRÍTICO

K. Lundelin<sup>1</sup>, L. Vigil<sup>1</sup>, S. Bua<sup>2</sup>, I. Gómez-Mestre<sup>3</sup>, T. Honrubia<sup>2</sup> y M. Varela<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Medicina Intensiva. Hospital de Móstoles. Móstoles (Madrid).

<sup>3</sup>Estación Biológica de Doñana. Consejo Superior de Investigaciones Científicas (Sevilla).

**Objetivos.** Estudiar la dinámica de la glucosa y su relación con la mortalidad en enfermos críticos. En concreto, valorar si existen diferencias entre la complejidad del perfil glucémico de los pacientes que sobreviven y los que fallecen durante su ingreso en una unidad de cuidados intensivos multidisciplinaria.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo, observacional realizado en la unidad de cuidados intensivos (UCI) del Hospital de Móstoles, Madrid. En el estudio participaron 42 pacientes, de edades entre 29 a 86 años, ingresados de forma sucesiva en la UCI, con una puntuación en la escala de APACHE II igual o mayor a catorce, y con una estancia prevista superior a 72 horas. Se utilizó un sistema de monitorización continua para medir la glucosa en el líquido intersticial subcutáneo cada 5 minutos durante 48 horas en los primeros días del ingreso en la UCI. Un período de 24 horas (288 medidas) se empleó como serie temporal para el análisis de la complejidad del perfil glucémico. La complejidad del perfil glucémico se evaluó mediante el análisis de fluctuaciones con corrección de tendencias (Detrended Fluctuation Analysis; DFA). Se calcularon también medidas convencionales de la variabilidad de glucosa: rango, desviación estándar, y MAGE (Mean Amplitude of Glycemic Excursions).

**Resultados.** Durante la estancia en la UCI fallecieron 10 pacientes. El perfil glucémico fue significativamente más complejo (representado por una menor DFA) en los supervivientes que en los pacientes que fallecieron (DFA media en supervivientes, 1.49; IC95%, 1.44 - 1.53 versus DFA media en pacientes fallecidos 1.60; IC95%, 1.52 - 1.68,  $p = 0.015$ ). Esta diferencia persiste al controlar por diabetes. En un modelo de regresión logística, el odds ratio para éxito asociado a un aumento de 0.1 en DFA fue de 2.18 (IC95%, 1.09 - 4.37). No se encontraron diferencias en la mortalidad en relación con la edad, sexo, puntuación de gravedad APACHE II o SAPS 3. Las medidas convencionales de variabilidad de la glucosa no fueron discriminativas para diferenciar a los pacientes que sobrevivieron y los que fallecieron.

**Discusión.** Nuestros resultados muestran una diferencia significativa en la complejidad del perfil glucémico entre los pacientes fallecidos en una UCI y los que fueron dados de alta. La pérdida de complejidad se acompaña de un mayor odds ratio para la muerte, y este efecto no es irrelevante: un aumento de 0.1 unidades en DFA prácticamente dobla el odds ratio para la muerte. El análisis de complejidad de series temporales se diferencia de las medidas tradicionales de variabilidad porque no se relaciona tanto con la magnitud de la variabilidad, como con la distribución de las características espectrales y los rasgos de correlación del comportamiento de la señal. El análisis de complejidad de series temporales de la glucosa parece ofrecer una información complementaria, más continua y sensible, sobre la glucorregulación que las medidas de estadística convencional.

**Conclusiones.** En pacientes críticamente enfermos, existen diferencias en la complejidad del perfil glucémico entre los pacientes que sobreviven y los

que fallecen en la UCI. La pérdida de complejidad del perfil glucémico, evaluada mediante el análisis de fluctuaciones con corrección de tendencias, se asocia a una mayor mortalidad.

#### V-81

##### LITIASIS BILIAR ¿PATOLOGÍA DEL INTERNISTA O DEL CIRUJANO?

**E. Puerto Pérez<sup>1</sup>, P. Miramontes González<sup>1</sup>, N. Cubino Bóveda<sup>1</sup>, J. Sánchez Tocino<sup>2</sup>, L. Mateos Polo<sup>1</sup> y A. Romero Alegría<sup>1</sup> y J. Martín Oterino<sup>1</sup>**  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario de Salamanca. H. Virgen de la Vega. Salamanca.

**Objetivos.** Prevalencia de los pacientes en un Servicio de Medicina Interna colecistectomizados por diferentes técnicas quirúrgicas, que presentan episodios de litiasis biliar y colangitis tras un período posquirúrgico largo. Tratamiento habitual que reciben este tipo de enfermos durante estos episodios.  
**Material y métodos.** Se trata de un estudio transversal en el cual hemos incluido a 130 pacientes (70 hombres, 60 mujeres) ingresados en un servicio de Medicina Interna por diferentes motivos, a los cuales se les ha realizado una colecistectomía (por laparoscopia o por cirugía abierta) en los últimos 5 años y no se les ha realizado ninguna exploración de la vía biliar previa a la cirugía. Se realiza una anamnesis, analítica con perfil hepático, y ecografía abdominal.

**Resultados.** De los pacientes ingresados el 19'23% presentaron un episodio de patología biliar, de los cuales el 28% eran coledocolitiasis, el 72% eran colangitis. Habían sido intervenidos por laparoscopia 56% y el 44% por cirugía abierta. De todos eran mujeres el 72% y hombres 28%. El tratamiento antibiótico empleado fue el siguiente amoxi-clavulánico el 52%, piperacilina-tazobactam 40%, imipenem 12%.

**Discusión.** Como se puede observar en este estudio la incidencia de litiasis en paciente colecistectomizados, es ligeramente superior a la descrita en diferentes series, con predominio en las mujeres. También objetivos que los pacientes intervenidos por cirugía abierta tiene menos episodios, posiblemente se haya realizado una exploración intraoperatoria de la vía biliar, lo cual no se hace habitualmente por laparoscopia. El tratamiento que más se ha empleado con una discreta diferencia ha sido la amoxicilina-clavulánico.

**Conclusiones.** La incidencia de coledocolitiasis en paciente con litiasis vesicular varía entre el 9% y el 16% y de estos un 4-5% no presentan clínica en el momento de la evaluación. La importancia a descartar la presencia de cálculos en la vía biliar radica en evitar complicaciones asociadas a estos, como colangitis, pancreatitis o fuga del muñón cístico. La exploración laparoscópica de la vía biliar intraoperatoria está indicada en pacientes con obstrucción biliar o colangitis aguda, coledocolitiasis diagnóstica bien clínicamente o por ecografía o TAC. En base a la evidencia actual, la coledoscopia laparoscópica parece ser un método seguro y eficaz en la exploración de la vía biliar por coledocolitiasis, pero debe tenerse en cuenta que es fundamental la experiencia, práctica y familiarización de todo el equipo quirúrgico con el instrumental utilizado.

#### V-82

##### DIAGNÓSTICO DE NEOPLASIA PRIMARIA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DURANTE EL AÑO 2006

**P. Fanlo Mateo, M. Murie Carrillo De Albornoz, M. Bonilla Hernández, A. De Prado Leal, M. Arteaga Mazuelas, O. Ateka Barrutia, C. Pérez García y G. Tiberio López**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Camino. Pamplona/Iruña (Navarra).

**Objetivos.** Realizar un estudio descriptivo de los pacientes diagnosticados de neoplasia primaria en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Virgen del Camino durante el año 2006.

**Material y métodos.** Se estudiaron retrospectivamente las historias clínicas de todos los pacientes codificados por medio del sistema de historia clínica informatizada como neoplasia primaria diagnosticada en el servicio de Medicina Interna del Hospital Virgen del camino en el año 2006. Se analizaron variables como la edad, sexo, estancia media, tipo de neoplasia, síntomas que motivaron el ingreso, tratamiento recibido y mortalidad global.

**Resultados.** Se diagnosticaron un total de 74 pacientes con una edad media de 70.87 años (min = 39, max = 92) de los cuales 44.5% (33) eran mujeres y el 55.5% (41) eran varones. La edad media de las mujeres era de 69 años y la edad media de los varones 72.39 años. La estancia media del ingreso para realizar el diagnóstico fue de 13.56 días. (min = 1, max = 61). El principal motivo de ingreso para estudio fue el síndrome general 39,18% (29), seguido del dolor abdominal 20,27% (15), y la anemia 10,81%(8), posteriormente el dolor lumbar 5,40%(4), la disnea 4.05% (3), las adenopatías, la hemoptisis y las rectorragia cada uno supusieron el 2.7% de los ingresos. Por último síntomas dispares como la ceguera, edemas, fiebre, hematuria, ictericia, masa, reacción alérgica, vómitos y diarrea constituían el 1.35% (1)

cada uno de los ingresos. Las neoplasias más frecuentes fueron las digestivas 55,40%(41), respiratorias 17,56% (13), urológicas 13,51% (10), ginecológicas 6,75% (5) y otras 6,75% (5). En el cómputo global el tipo de neoplasia más frecuente diagnosticado fue la neoplasia de colon 16.21%(12), seguido por pulmón 14,86% (11), riñón y estómago cada uno con 9,45% (7). El 62,16% (46) de los paciente tenían al ingreso metástasis asociadas y el 37.83% (28) de los pacientes no presentaban metástasis al diagnóstico. Recibieron tratamiento paliativo el 50% (37) de los diagnosticados, tratamiento quirúrgico solo el 14,86%(11), quimioterapia sólo el 17,56%(13), radioterapia sólo el 8.1% (6), tratamiento combinado con cirugía y quimioterapia 2,70% (2), cirugía y radioterapia 2,70% (2) y cirugía asociada a quimioterapia y radioterapia el 2,70%(2), la combinación de radioterapia y quimioterapia la recibieron el 2.7% (2). La mortalidad global fue del 82,43% (61). De los cuales el 55,73% (34) eran varones y 44,26% (24) eran mujeres. La edad media de los pacientes que fallecieron fue de 72.67, siendo la edad media de los varones fallecidos era de 74.29 y la de las mujeres de 70.62. La estancia media de los pacientes que fallecieron era del 14,31 días y de la que no fallecieron era de 10,76 días. Dentro de la mortalidad global el 16,39% correspondía a neoplasia de pulmón, el 14,75% correspondía a neoplasia de colon, el 11,47% a neoplasia de estómago, 8,9% correspondía a neoplasia de hígado y 8.9% a páncreas, el 6,55% correspondía a neoplasia de recto y el 4,91% a rectosigma, 4,91% ovario, 4,91% próstata, las neoplasias de conductos biliares, hematológica, ORL coroides, vulva, mama, neuroendocrino y partes blandas constituían cada una el 1,63% con respecto a la mortalidad global. El 72,13% de los fallecidos tenían metástasis al diagnóstico y el 27,86% no tenían metástasis. Dentro de los pacientes fallecidos el 59% (36) recibieron tratamiento paliativo, tratamiento quirúrgico sólo el 8,19%, quimioterapia el 19.67%, radioterapia el 8,19% cirugía y quimioterapia el 1,63% y quimioterapia y radioterapia el 3,27%.

**Conclusiones.** 1. El motivo principal de ingreso de los pacientes con neoplasia en nuestro servicio fué el síndrome general. 2. La mitad de los pacientes eran mujeres y la otra mitad eran hombres. La mujeres eran más jóvenes que los hombres. 3. La neoplasia más diagnosticada fué el cáncer colorrectal. 4. Más de la mitad de los pacientes tenían metástasis en el momento del diagnóstico. 5. El tratamiento más frecuente recibido fué el paliativo. 6. La mortalidad global en nuestros pacientes fué mayor del 80%. 7. Los pacientes que fallecieron tenían estancias medias más altas que los que no fallecieron.

#### V-84

##### RENTABILIDAD DE LA PAAF DE ADENOPATÍAS EN UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA

**S. Gómez-Zorrilla<sup>1</sup>, A. Simónetti<sup>1</sup>, C. Sanclemente<sup>1</sup>, M. Castellví<sup>2</sup>, I. Catalá<sup>3</sup>, R. Mast<sup>4</sup> y R. Pujol<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Enfermería UDR, <sup>3</sup>Anatomía Patológica, <sup>4</sup>Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

**Objetivos.** Evaluar la rentabilidad de las PAAFs de adenopatías realizadas en una consulta de Medicina Interna (Unidad de Diagnóstico Rápido), definir las características de los pacientes y la patología encontrada.

**Material y métodos.** Se recoge de forma prospectiva los pacientes que consultan por adenopatías a la Unidad de Diagnóstico Rápido (UDR) y las PAAFs realizadas, en la sección de citología del servicio de Anatomía Patológica se realiza una tinción rápida de Diff Quik, y en un período de aproximadamente 10-15 minutos desde la llegada de la muestra se recibe un FAX especificando si el material es o no suficiente para el diagnóstico concluyente siendo concordante con la sospecha clínica-radiológica y en treinta minutos de la punción obtenemos el diagnóstico. Se trabaja de forma coordinada con el Servicio de Radiodiagnóstico para aquellas adenopatías no accesibles hacer una PAAF guiada por ecografía y con el de Anatomía Patológica para el diagnóstico rápido. Se define la localización de las adenopatías, las características de los pacientes y la patología encontrada.

**Resultados.** Durante el año 2008 se realizaron 69 PAAFs de adenopatías en las consultas de UDR de Medicina Interna. La edad media global fue de 62.6 años (rango de edad de 18 a 97), habiéndose realizado el 59.6% de éstas a mujeres. Las localizaciones más frecuentes donde se realizaron las PAAFs fueron cercicales (52.6%), inguinales (14%), axilares (12%), submandibulares (10.5%) y supraclaviculares (7%). El diagnóstico de neoplasia se realiza en un 65% de los pacientes (33) siendo los tumores más encontrados los de carcinoma escamoso de ORL (10), linfoma (10), adenocarcinoma (6) e hipernefroma (3). Los diagnósticos más frecuentes en función de la localización se muestran en la tabla 1.

**Conclusiones.** 1-La realización de PAAFs de adenopatías en una consulta de Medicina Interna es altamente rentable si se trabaja de forma conjunta con los servicios de Radiodiagnóstico y Anatomía Patológica 2-El porcentaje diagnóstico de malignidad fue del 65%. 3-Las anatomía patológica más frecuentemente encontrada fue de carcinoma escamoso en las adenopa-

tías cervicales, linfoma en las axilares e inguinales y de adenocarcinoma en las mesentéricas. 4- La PAAF bien coordinada es un método diagnóstico rápido, fácil, poco costoso y con pocas molestias añadidas para el paciente.

Tabla 1 (V-84). Anatomía patológica más frecuente por localización

Localización adenopatía	Anatomía patológica
Cervical	Escamoso 77% (10)
Adenocarcinoma 15% (2)	
Carcinoma pulmón 7.5% (1)	
Esternal	Tumor óseo 100% (1)
Axilar	Linfoma 66% (2)
Ca ductal mama 33% (1)	
Meséntericas	Adenocarcinoma colon 100% (2)
Inguinales	Linfoma 44% (4)
Hipernefoma 33% (3)	
Adenocarcinoma 22% (2)	

#### V-85 PARÁMETROS DIAGNÓSTICOS DE LA AFECTACIÓN MUSCULAR EN LA ENFERMEDAD MITOCONDRIAL

M. Estébanez Muñoz<sup>1</sup>, F. Barbado Hernández<sup>1</sup>, P. Ruiz Seco<sup>1</sup>, F. Arpa Gutiérrez<sup>2</sup>, F. García Río<sup>3</sup>, M. López Rodríguez<sup>1</sup> y J. Vázquez Rodríguez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Neurología, <sup>3</sup>Servicio de Neumología. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

**Objetivos.** Determinar la frecuencia de elevación de la CPK, el lactato basal y las alteraciones en el EMG convencional en pacientes con enfermedad mitocondrial e intolerancia al esfuerzo físico en relación a las distintas categorías diagnósticas.

**Material y métodos.** Se seleccionaron todos los pacientes de las Consultas Externas de Neurología del Hospital Universitario La Paz que habían sido diagnosticados de enfermedad mitocondrial según los criterios de Walker et al. (Eur Neurol 1996; 36(5):260-7) y presentaban intolerancia al esfuerzo físico, entre los años 2003 y 2007. Se revisaron las historias clínicas recogiendo el valor de la CPK total, del lactato basal y el resultado del EMG al diagnóstico.

**Resultados.** Se revisaron 28 historias clínicas, con exclusión de un paciente con encefalopatía mitocondrial sin intolerancia al esfuerzo físico. La edad media de los pacientes incluidos fue de 40 ± 14 años, con una mediana de 39 años y un rango de 20-65 años. Catorce fueron mujeres. Las categorías diagnósticas de enfermedad mitocondrial que conformaron nuestro grupo de pacientes fue por orden de frecuencia: 41% (11/27) CPEO "chronic progressive external ophthalmoplegia", 30% (8/27) miopatía, 15% (4/27) MERFF "myoclonus epilepsy and ragged-red fibers", 11% (3/27) MELAS "mitochondrial encephalomyopathy, lactic acidosis, stroke-like episode" y 3% (1/27) KSS "Kearns-Sayre syndrome". En relación a las variables utilizadas para evaluar la implicación de la disfunción mitocondrial en el músculo esquelético, la elevación de la CPK se objetivó en el 37% (10/27) de los pacientes, de los cuales la mitad pertenecían al grupo de miopatía. En 6 pacientes el valor de la CPK superaba tres veces el límite superior del rango normal. Tres de estos 6 pertenecían al subgrupo de miopatía y los 3 restantes pertenecían cada uno de ellos al subgrupo de CPEO, MELAS y MERFF. EL 18,5% (5/27) de los pacientes presentaron un lactato basal en sangre elevado. Ningún paciente con CPEO presentó esta alteración. El 96% (24 de los 25 pacientes incluidos en los que se había realizado el EMG) presentaron alteraciones en el estudio neurofisiológico. El 92% (23/25) presentaron un patrón miopático. Todos los pacientes del subgrupo de CPEO y de miopatía compartían este hallazgo. Dos pacientes mostraron un patrón neuropático de tipo axonal, uno de ellos con un patrón mixto miopático-neuropático.

**Discusión.** La prueba complementaria que mejor evaluó el origen muscular de la intolerancia al esfuerzo físico en los pacientes con enfermedad mitocondrial fue el EMG convencional. Destaca en nuestra serie respecto a otras series extranjeras publicadas la alta frecuencia de EMG patológico en el subgrupo de pacientes con CPEO. La distinta sensibilidad para el diagnóstico de miopatía de esta prueba puede ser explicada por las diferencias en los músculos estudiados, por la duración de la enfermedad de los pacientes incluidos y por los valores normales tomados como referencia. El 37% de los pacientes de nuestra serie presentaron elevación de la CPK. Nuestros resultados son concordantes con estudios previos en donde se refleja el escaso valor diagnóstico de esta determinación para valorar la presencia de miopatía mitocondrial. Por último, la determinación del lactato basal tuvo escasa utilidad diagnóstica. Subrayar que incluso el MELAS, en donde la acidosis láctica forma parte del diagnóstico sindrómico, puede presentarse con un lactato basal normal.

**Conclusiones.** La mayoría de los pacientes con enfermedad mitocondrial presentaron patrón miopático en el EMG convencional, incluido los pacientes con oftalmoplejía crónica externa progresiva. La determinación de la CPK

y del lactato basal fue poco sensible para valorar la afectación del músculo esquelético como causante de la clínica de intolerancia al esfuerzo.

#### V-86

**ESTUDIO RETROSPECTIVO DE SARCOIDOSIS: PERIODO 1992-2009**  
C. Calleja Subirán, O. Abdallaoui, E. Rodríguez Beltrán, C. Sánchez Sánchez, L. Andreu Urioste, J. Barragán Casas, D. Sánchez-Fuentes y C. Grande Sáez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila.

**Objetivos.** Estudio de casos de sarcoidosis en nuestro hospital, que abarca la provincia de Ávila, en los últimos 17 años.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo desde Enero de 1992 hasta Mayo de 2009, revisando las historias clínicas con diagnóstico de sarcoidosis. Recogiendo los siguientes datos: edad, sexo, hábitos tóxicos, enfermedades comórbidas, localización, clínica de presentación, pruebas complementarias (analítica, Mantoux, ECA, radiografía de tórax, TAC, gammagrafía, pruebas de función pulmonar y biopsias), evolución y tratamiento.

**Resultados.** En total el número de casos fue de 25 (M 64%, V 36%). Edad media de 57 años y un rango de 27-83 años. La forma de presentación fueron: lesiones cutáneas del tipo eritema nodoso aisladas o junto con afectación de más órganos (43%), clínica de fiebre, tos y disnea (15%), alteración en la radiografía torácica (12%), otros (artralgias, síndrome constitucional, distensión abdominal, molestias oculares...) (30%). Los órganos afectados fueron: pulmón (70%), afectación cutánea (33%), articular (12%), hepática (12%), pericárdica (4%) y ocular (4%). ECA elevada (50%), Mantoux fue negativa en la mayoría de casos a excepción de dos que resultó positiva. La radiografía de tórax se solicitó en el 100% de los casos siendo normal (28%), patrón intersticial (32%) y adenopatías (40%). El TC torácico se realizó en un 81% de casos con afectación intersticial bilateral y difusa (25%), adenopatías (65%) y normal (10%). En el 32% se realizaron las pruebas de función pulmonar con un patrón normal (40%). Biopsias: cutáneas (45%), torácicas (55%) y una hepática, en algún caso en más de un órgano. Evolución favorable con respuesta al tratamiento esteroideo iniciado en el 80% de casos. Solo un caso de éxito por una insuficiencia respiratoria aguda y como único diagnóstico sarcoidosis pulmonar en fase muy avanzada.

**Discusión.** La sarcoidosis es una enfermedad multisistémica crónica de causa desconocida, que se caracteriza por granulomas epitelioides no caseificantes, puede afectar a cualquier parte del organismo. Suele ser aguda o subaguda y autolimitada, aunque en muchos pacientes es crónica con exacerbaciones y remisiones que se suceden a lo largo de muchos años. Preferente afectación de adultos jóvenes, aunque en nuestro estudio el rango de edades era amplio. La frecuente presentación clínica bajo la forma de adenopatías hiliares bilaterales, infiltrados pulmonares o lesiones cutáneas u oculares entre otras afecciones, también se valoraron casos aislados de afectación cardíaca y hepatoesplénica. La importancia diagnóstica de los hallazgos radiológicos o del estudio anatomopatológico del material biopsico (granulomas epitelioides no caseificantes) después de descartar otras causas han sido los datos de máximo interés, no tanto otros datos como: Mantoux, hipercalcemia e incluso las pruebas de función pulmonar. La enfermedad puede presentarse de forma aguda o crónica. En nuestros casos la forma aguda con los diferentes síntomas fue lo más habitual. El síndrome de Löfgren es una forma aguda de sarcoidosis que consiste en adenopatías hiliares y eritema nodoso, generalmente acompañado de artritis, se presenta como diagnóstico inicial en dos de los casos. En la forma crónica, los síntomas están referidos al aparato respiratorio de forma casi exclusiva y generalmente indican daño pulmonar irreversible, esta afectación pulmonar fue la causante de único éxito como causa directa que se recogió. Las recidivas no fueron muy frecuentes y respondieron bien al tratamiento esteroideo.

**Conclusiones.** Es más frecuente en la mujer, pero con una edad media algo más elevada en nuestro medio. Solamente en un caso se encontró antecedentes familiares de sarcoidosis. Las lesiones cutáneas fueron la principal forma de presentación. Destacar los dos casos de síndrome de Löfgren por su escasa frecuencia que respondieron a AINES y corticoides. Las variadas manifestaciones clínicas de la sarcoidosis y sus distintas formas de presentación, tanto en cuanto a su extensión como a su intensidad o progresión, pueden dificultar enormemente la sospecha diagnóstica.

#### V-87

**TIPOS DE ANEMIAS QUE APARECEN CON MAYOR FRECUENCIA EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA**

A. Rodríguez Sánchez, M. Almenara Escribano, M. Muñoz Alarcón, M. Manjón Rodríguez, R. Yeste Martín, C. Porras Arboledas, J. Martínez Colmenero y F. Molina Molina

Servicio de M. Interna. Hospital Universitario Médico-Quirúrgico. Jaén

**Objetivos.** Es usual encontrar que los pacientes ingresados en Medicina Interna, presenten anemia, tanto si ha sido ésta la que ha motivado el ingreso

del paciente, como por hallazgo incidental en pacientes ingresados por otra patología. El origen de estas anemias es variado, pretendiendo con este estudio resaltar cuáles son los tipos de anemias que aparecen con mayor frecuencia en nuestros pacientes, y de las que tendremos que hacer un primer despistaje, solicitando la realización de las pruebas complementarias adecuadas, que nos darán una mayor rentabilidad diagnóstica.

**Material y métodos.** Hemos realizado un estudio descriptivo incluyendo a aquellos pacientes ingresados en el servicio de medicina interna del Hospital médico-quirúrgico de Jaén entre Marzo de 2008 y Marzo de 2009, que presentan anemia entre los diagnósticos reflejados al alta, tanto si ha sido ésta el motivo del ingreso hospitalario como si se ha objetivado durante su ingreso en nuestro servicio por cualquier otra causa. Hemos considerado la presencia de anemia cuando las cifras de Hemoglobina han sido inferiores a 13 g/dl en hombres y 12 g/dl en mujeres. La muestra está constituida por 106 pacientes, de los cuales 49 son hombres (46'2%) y 57 son mujeres (63'8%), siendo la edad media de los pacientes incluidos en la muestra de 72'97 ( $\pm$  15'29 años). Se recogieron datos demográficos de los mismos así como cifras de Hb y Hcto que presentaban en el momento de su ingreso, si habían requerido transfusión hemática durante el ingreso, y cuál es la etiopatogenia de la anemia que presenta cada paciente.

**Resultados.** Tras el análisis de los datos obtenidos, se observa que la causa más frecuente de anemia de los pacientes incluidos en el estudio fue la pérdida digestiva, que aparecía en el 45'3% de los pacientes, seguida por la anemia de los trastornos crónicos (13'2%), y la ferropenia de causa no filiada (13'2%). Éste último grupo está compuesto por aquellos pacientes que presentan anemia con patrón ferropénico y en los que no se encuentra causa concreta de la misma tras la realización de un estudio completo de anemias. Otras causas de anemia que se encontraron en estos pacientes, pero de forma menos frecuente son: pérdidas ginecológicas (3'8%), anemia carencial (10'4%), anemia por enfermedades hematológicas (7'5%), y anemias por sangrado debido a un exceso de tratamiento anticoagulante, con un INR por encima del rango terapéutico recomendado (2'8%). Respecto a la distribución por sexos las frecuencias de las diferentes etiologías de anemia es similar en ambos, a excepción de los casos de anemia asociada a trastornos crónicos, que es más frecuente en la mujer que en el hombre (78'6% y 21'4% respectivamente, dentro dicha etiología), y de la anemia carencial que es más frecuente en el hombre que en la mujer (73'3% y 26'7%, respectivamente en relación a esta etiología).

**Discusión.** Este estudio expone cuáles son las etiologías que motivan la mayor parte de las anemias que padecen los pacientes ingresados en un servicio de Medicina Interna, pudiendo discriminar aquellas que predominan sobre las demás. Así, vemos como las pérdidas digestivas, las anemias carenciales y la ferropenia de causa no filiada son las causas más frecuentes de anemia con las que nos tenemos que enfrentar en nuestra actividad asistencial diaria.

**Conclusiones.** La anemia es un proceso frecuente en nuestros pacientes, siendo las causas más frecuentes de la misma las pérdidas digestivas, la anemia carencial y la ferropenia. Ante estos datos, el médico internista, al encontrarse con un paciente con anemia, deberá realizar una anamnesis dirigida a descartar en primer lugar datos sugerentes de anemia producida por dichas causas preponderantes, y podrá rentabilizar las pruebas diagnósticas a realizar, solicitando en primer lugar aquellas que descarten las enfermedades descritas como más frecuentemente productoras de anemia en nuestros pacientes, habitualmente ancianos.

#### V-88

### ANEMIAS POR PÉRDIDAS HEMÁTICAS, ¿SON MÁS GRAVES EN PACIENTES ANTIAGREGADOS O ANTICOAGULADOS QUE EN LOS QUE NO LO ESTÁN?

**A. Rodríguez Sánchez, M. Manjón Rodríguez, M. Muñoz Alarcón, M. Amenara Escribano, R. Yeste Martín, J. Martínez Colmenero, C. Porras Arboledas y F. Molina Molina**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Médico-Quirúrgico. Jaén.*

**Objetivos.** Es frecuente que los pacientes ingresados en un servicio de medicina interna reciban una amplia variedad de medicación de forma habitual, dado que la pluripatología es una característica frecuente en nuestros pacientes. Entre estos fármacos se encuentran los y los anticoagulantes. En este estudio se pretende valorar si los pacientes ingresados en Medicina Interna y que presentan anemia por pérdidas hemáticas (sea esta anemia el motivo principal de ingreso, o un hallazgo incidental en el transcurso del mismo), presentan anemias más o menos graves dependiendo de que estén recibiendo de forma crónica tratamiento antiagregante, anticoagulante o ninguno de los dos.

**Material y métodos.** Hemos llevado a cabo un estudio descriptivo que incluye a aquellos pacientes ingresados en el servicio de medicina interna del hospital médico-quirúrgico de Jaén entre Marzo de 2008 y Marzo de

2009, que presentan anemia secundaria a pérdidas hemáticas entre los diagnósticos reflejados al alta. Se ha establecido la presencia de anemia cuando las cifras de Hemoglobina han sido inferiores a 13 g/dl en hombres y 12 g/dl en mujeres. La muestra está constituida por 55 pacientes, de los cuales 26 son hombres (47'3%) y 29 son mujeres (52'7%), siendo la edad media de los pacientes incluidos en la muestra de 74'10 ( $\pm$  14'89 años). Los pacientes incluidos en el estudio son clasificados en tres grupos: I) Sin tratamiento antiagregante ni anticoagulante (24 pacientes; 43'6% de la muestra); II) tratados con antiagregantes plaquetarios (16; 29'1%); III) tratados con anticoagulantes (15; 27'3%). Recogimos datos demográficos de los mismos (edad, sexo), así como cifras de Hb y Hcto que presentaban en el momento de su ingreso, si habían requerido transfusión hemática durante el mismo, y cuál es la causa de la pérdida sanguínea que presentan. Para el análisis de los datos obtenidos se emplea el programa informático SPSS.

**Resultados.** Los pacientes incluidos en el grupo I presentaban una media de Hb = 7'74g/dl y de Hcto = 24'09%, habiendo requerido transfusión hemática el 66'7%. En el grupo II las medias de Hb y Hcto fueron respectivamente de 8'17 g/dl y 26'00%, requiriendo transfusión el 62'5% de los pacientes. En el grupo III la media de Hb = 7'94 g/dl, la de Hcto = 24'05%, y requirieron transfusión el 80'0% de los pacientes. Se realizan pruebas t de comparación de medias de Hb y Hcto entre los tres grupos de estudio descritos, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre ellos. Respecto a la proporción de pacientes transfundidos en cada grupo se evidencia una cifra más elevada en el grupo III (pacientes anticoagulados), pero al someter los datos a pruebas z de comparación de proporciones no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos.

**Discusión.** En principio sería de esperar que los pacientes tratados de forma crónica con antiagregantes o anticoagulantes presentarían mayor severidad en relación a las anemias provocadas por pérdidas sanguíneas respecto a los que no reciben dichos fármacos, pues en principio los sangrados serían de mayor intensidad y más prolongados en el tiempo en los primeros que en los segundos. Sin embargo en el estudio que hemos realizado a este respecto no encontramos diferencias significativas que apoyen esta idea.

**Conclusiones.** En el estudio realizado no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas respecto a la severidad de la anemia secundaria a pérdidas hemáticas en pacientes anticoagulados o antiagregados frente a los que no lo están. A pesar de ello, sí que se observan mayores tasas de requerimientos transfusionales en los pacientes anticoagulados, pudiendo ello ser atribuible al hecho de que estos pacientes presentan enfermedades de base más graves o más avanzadas (de ahí que reciban tratamiento anticoagulante) que nos llevan a realizar transfusiones sanguíneas aún con cifras de Hb o Hcto que se encuentran por encima de aquellas en las que la transfusión está estrictamente indicada.

#### V-89

### RABDOMIOLISIS POST-SPINNING: INCIDENCIA CRECIENTE

**I. Ballesteros Chaves, R. Alcoucer Díaz, B. Barón Franco, F. Martínez Marcos y E. Pujol de la Llave**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital General Juan Ramón Jiménez. Huelva.*

**Objetivos.** La Rabdomiolisis es una entidad conocida por el clínico en ciertos contextos, tras traumatismos, deportistas de élite,... pero quizás aquella que se produce en personas que se inician en el spinning, deporte con cada vez más adeptos, es menos conocida. Queremos presentar 3 casos ocurridos en nuestro hospital, y realizar una revisión de dicha patología, que acumula cada vez más casos reportados en la literatura.

**Material y métodos.** Descripción de 3 casos, basándonos en la historia clínica y datos analíticos recogidos en el período de hospitalización.

**Resultados.** -CASO 1: Mujer de 28 años. Sin AP de interés. Tto con ACO. Consulta por dolor y adormecimiento en MMII, con limitación en la deambulación, que aparece 4 días tras sesión de 45' de spinning, sin entrenamiento previo, y con aumento de intensidad en los últimos días. Sin coluria. En la exploración: edema y dolor en la palpación de los MMII. Analíticamente: CPK máx 67.570, GPT 505, GOT 1.167, LDH 945, Ca 8,3, GUIC normales. Orina: 10-15 htíes/campo. ECG normal. -CASO 2: Mujer de 37 años. Asma alérgico extrínseco intermitente (tto con Symbicort y Loratadina a demanda). Refiere dolor intenso y debilidad en ambos muslos, con dificultad en el caminar, que aparecen 24H tras 45' de spinning, no realizaba deporte con asiduidad. A los 5 días comienza con orinas oscuras y empeoramiento clínico. Se apreciaba soplo sistólico leve conocido, aumento de Tª y dolor en la palpación de la región proximal de MMII, con limitación funcional. En la analítica: Leucocitosis 20.900 (93% N), CPK pico 91.814, GOT 1.648, LDH 1.600, Creatinina normal. Orina con leucocitos y 6-8 htíes/campo. ECG normal. -CASO 3: Mujer de 25 años. Talasemia minor. Tras 45' de spinning comienza con dolor muscular y calambres en los MMII, que se intensifican en 48H, junto con coluria. En la exploración: dolor en la palpación de los MMII sin otros hallazgos. En las p. complementarias: CPK 100.320, GOT

1495, GPT 282, LDH 2.230, con función renal y ECG normal. Tras fluido-terapia intensiva, los 3 casos evolucionaron favorablemente sin presentar ninguna complicación.

**Discusión.** La Rbdomiolisis es la destrucción del músculo esquelético (desequilibrio de la bomba Na/K-ATPasa, que produce destrucción de la membrana celular) y liberación del contenido celular a la sangre. Esto supone la aparición de una variedad de síntomas que van desde molestias musculares leves hasta situaciones de riesgo vital con taquicardia, fiebre, molestias abdominales, disminución del nivel de conciencia, agitación y coma. Puede desarrollar arritmias cardíacas, por alteraciones iónicas (hiperpotasemia, hipocalcemia), sd compartimental, por acúmulo de calcio en el músculo, y fallo renal por eliminación de mioglobina. La analítica presenta aumento de CK, máximo a las 12-36H y semivida de 48H, como dato más específico, aumento también de GOT y LDH, las orinas se tiñen de oscuro por la mioglobina, que es filtrada rápidamente por el riñón, y puede suponer elevaciones importantes de la creatinina. Existen varias etiologías de dicha entidad, pero se sabe que ni el nivel de entrenamiento ni la cantidad de ejercicio suponen un factor predecible de rbdomiolisis. Se conocen una serie de factores de riesgo predispuestos como elevada Tª y humedad, deshidratación, alteración renal, medicamentos y drogas... El tto se basa en la eliminación de la causa, si se conoce, reposo físico, fluidoterapia intensiva, monitorización de función renal, ECG y medidas de soporte vital ante fallo renal y/o arritmias.

**Conclusiones.** La incidencia de la Rbdomiolisis está aumentando, con claros cambios sobre el prototipo del paciente, ya no son de edad avanzada, con alteración renal, desnutridos, tras traumatismos, fármacos... o en deportistas de élite tras competiciones con alto esfuerzo físico. Como en los casos descritos, hoy en día, puede darse en personas jóvenes, sin factores de riesgo, que no realizan ejercicio de forma habitual, y que, sujetos a modas, realizan un esfuerzo físico que supera con creces las limitaciones físicas que poseen. Por ello es necesario que el clínico conozca este tipo de presentación para un correcto diagnóstico y manejo.

#### V-90

##### ENFERMEDAD ÓSEA DE PAGET: REVISIÓN DE 107 CASOS

**A. Álvarez-Uría Miyares, J. Noval, E. Fonseca, C. Cienfuegos, E. Rodríguez Ávila, G. López-Colina, R. Fernández Regueiro y J. Moris**

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

**Objetivos.** -Estudiar las características epidemiológicas, clínicas, evolutivas así como la frecuencia de complicaciones en la enfermedad de Paget (EP).

**Material y métodos.** Se diseñó un estudio retrospectivo en el que se incluyeron los pacientes diagnosticados de esta enfermedad entre enero de 1991 y diciembre de 2008 en el Hospital de Cabueñes de Gijón. El diagnóstico se realizó cuando la radiografía simple y/o la gammagrafía mostraron los cambios específicos de esta enfermedad. Se recogieron datos demográficos, forma de presentación, extensión de la enfermedad, complicaciones, marcadores bioquímicos al diagnóstico y en los 48 meses posteriores, indicación y tipo de tratamiento y evolución. Los datos se analizaron con el programa SPSS.

**Resultados.** En este período se diagnosticaron 107 pacientes de los que 56 fueron mujeres (52%) y 51 hombres (47.7%), con una media de edad de 70 ± 12.6 años (32-95). En el momento del diagnóstico, tres de ellos tenían menos de 40 años, todos con antecedentes familiares. En 36 pacientes (33%) se sospechó EP tras el hallazgo casual de una elevación de fosfatasa alcalina en una bioquímica sanguínea, mientras que la primera manifestación fue radiológica en 49 (45.8%). La clínica más frecuente en la evolución de la EP fue el dolor (40%) seguido de la deformidad (8.4%) y el aumento del perímetro craneal. La extensión fue polioestótica en la mayoría (53%). Los huesos afectados con mayor frecuencia fueron la pelvis (59%), la calota (25%), el fémur (21.5%), y la columna lumbar (21%). Sólo 16 pacientes (15%) presentaron complicaciones, las más frecuentes fueron cefalea y sordera. Los valores de fosfatasa alcalina sanguínea (FA) y de hidroxiprolina (HP) en orina, en el diagnóstico y a lo largo de la evolución fueron más elevados en las formas polioestóticas. Recibieron tratamiento 75 pacientes (70%). El tratamiento más habitual fueron los bifosfonatos, los más utilizados etidronato (22.4%) y risedronato (34%).

**Discusión.** En nuestra serie predominan las mujeres, a diferencia de la mayoría de estudios. La edad media encontrada en este estudio es discretamente más elevada que en otros y es rara por debajo de 40, con solo 3 casos, que presentaban formas familiares de la enfermedad. Al igual que en la mayoría de estudios, la clínica más frecuente fue el dolor, que no siempre se puede atribuir a la EP. Como en otros estudios, los valores de FA eran más elevados en formas polioestóticas, indicando relación con la extensión. En nuestro estudio, hemos encontrado también relación de la HP con la extensión. Las complicaciones son raras y no hemos encontrado ningún caso de osteosarcoma. En los casos diagnosticados en los años próximos

a 1992, el tratamiento predominante era la calcitonina, mientras que en los últimos años el tratamiento más habitual son los bifosfonatos.

**Conclusiones.** En nuestra serie la EP es una enfermedad frecuente, de predominio en mujeres y en la edad senil. Los pacientes en una elevada proporción están asintomáticos en el momento del diagnóstico y la enfermedad se sospecha, y se confirma, por una elevación de fosfatasa alcalina en sangre o los cambios radiológicos típicos. El dolor es el síntoma más frecuente. La mayoría son formas polioestóticas que afectan con frecuencia decreciente pelvis, calota, fémur y columna lumbar. Los marcadores bioquímicos más utilizados son la FA y la HP, que se relacionan con la actividad y la extensión. Los bifosfonatos son el tratamiento de elección en este momento.

#### V-91

##### CRISIS DE ANSIEDAD, UNA URGENCIA MAL ENTENDIDA

**J. Rodríguez Santana, J. Cruz Senovilla, L. Velazquez Arjona, M. González, J. Cuevas González, J. Aguilar Escalera, C. Martínez Cerezal y M. Marín Blanco**

*Urgencias. Hospital La Moraleja. Madrid.*

**Objetivos.** Realizar una revisión de la incidencia de las crisis de ansiedad en un servicio de urgencias de hospital privado. Los síntomas con los que se hace el diagnóstico de las crisis de ansiedad, el tratamiento que se realiza en el servicio de urgencias, con que se medica a los pacientes y saber a donde se remite al paciente al ser dado de alta y con que tratamiento.

**Material y métodos.** Se revisa por medio de datos de búsqueda electrónica de los paciente visto en urgencias en un episodio comprendido entre el 1 de enero de 2007 y 30 de mayo de 2007. De los cuales se obtienen las historias cuyo diagnóstico final es el de crisis de ansiedad o ansiedad y se valora el diagnóstico y tratamiento realizado en estos pacientes.

**Resultados.** En el plazo de 5 meses estudiado se ha visto en urgencias 17736 pacientes, de los cuales tenían el diagnóstico de crisis de ansiedad o ansiedad fue de 154 pacientes lo que significa el 0.86% de los paciente totales visto en urgencias general. El diagnóstico ha sido realizado por un total de 14 médicos que atienden las urgencias. El síntoma más frecuente que refieren los pacientes es de ansiedad en un 38.96%, el segundo síntoma más frecuente es de palpitaciones en un 27.92%, disnea o dificultad para respirar en un 27.27%, dolor torácico en un 17.53%. El diagnóstico se realiza con un solo síntoma en el 100% de los pacientes, 2 síntomas en un 72, 73 %. El 27.92% de los pacientes reciben tratamiento en el servicio de urgencias, el fármaco más utilizado es el lormetazepan. La mayoría de los pacientes es remitido a su médico de atención primaria en un 56.49% y en un 36,71% al servicio de psiquiatría. El tratamiento a domicilio se le recomienda al 79,87% Bromazepan en un 29,22% de los pacientes, lorazepan en el 27,94% de los mismos.

**Discusión.** La crisis de ansiedad es una reacción intensa acompañada de sensación de falta de capacidad para controlar esta reacción e incluso la sensación de muerte, por lo que estos pacientes acuden al servicio de urgencias. Esta sensación puede ocurrir en cualquier situación de la vida de cualquier persona y que posteriormente hará que las persona evite esta situación. Las personas que acuden a urgencias no saben lo que les esta ocurriendo, por lo que recurren al servicio de urgencias para descartar que puedan tener alguna patología urgente o mortal. Los criterios para diagnosticar una crisis de ansiedad o ataque de pánico según la clasificación internacional de trastornos mentales DSM-IV son: Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intenso que se acompaña de 4 o más de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos: Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de ahogo o falta de aliento, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácico, náuseas.

o molestias abdominales, inestabilidad, mareo o desmayo, desrealización o despersonalización, miedo a perder el control o volverse loco, miedo a morir, parestesias, escalofríos o sofocos. En el servicio de urgencias del hospital de La Moraleja se examinaron 17736, por búsqueda automática de pacientes y de ellas se examinaron las 154 historias clínicas que tuvieran como diagnóstico el de crisis de ansiedad, o ansiedad o ataque de ansiedad y se vieron si se cumplían los criterios diagnóstico expuestos por la clasificación internacional de trastornos mentales DSM-IV. De las historias examinadas que representan el 0,86% de los pacientes visto en urgencias se aprecia que el diagnóstico de crisis de ansiedad, o ansiedad no cumple los criterios para diagnosticar una crisis de ansiedad, según se deduce de lo escrito en las historias clínicas, es difícil en ocasiones en urgencias, relatar que el paciente tiene miedo, de hecho esta intencionalidad se reflejó solo en el 2.59% de los pacientes.

**Conclusiones.** La crisis de ansiedad es una patología que se ve en urgencias, pero que se entiende mal como urgencias y muchas veces no recibe el tratamiento adecuado. Deberá incentivarse la formación en patología psiquiátrica a los médicos que trabajamos en urgencias.

## V-93

**SENSIBILIDAD QUÍMICA MÚLTIPLE: A PROPÓSITO DE 5 CASOS**

**R. Andres Navarro, J. Seguí, P. Safont, P. Wickman, E. López-Calleja, P. Roig, E. Salas y J. Merino**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant. Sant Joan d'Alacant (Alicante).*

**Objetivos.** Describir las características clínicas de 5 pacientes atendidos con sospecha de SQM en nuestro Servicio. El Síndrome de Sensibilidad Química Múltiple (SQM) es una enfermedad adquirida, crónica y recurrente, poco conocida pero frecuente en la población (5%) y de patogenia compleja. Se caracteriza por una incapacidad para tolerar substancias químicas del ambiente a bajas concentraciones. Cursa con una amplia variedad de síntomas (respiratorios, digestivos, neuro-psicológicos...) y conductas de evitación en los pacientes. El diagnóstico es clínico y controvertido ya que en test ciegos no se demuestra esa reactividad, que aparece si se sabe estar expuesto y no ha sido aceptada como enfermedad por la Asociación Médica americana.

**Material y métodos.** Se han revisado los pacientes atendidos en Consultas Externas de Medicina Interna con sintomatología sugerente de SQM durante 2008. Su diagnóstico se fundamentó en el cumplimiento de los 6 criterios establecidos en una conferencia de consenso previa y todos completaron el cuestionario QEESI (Quick Environmental Exposure and Sensitivity Inventory)

**Resultados.** Se incluyeron 5 pacientes, 3 mujeres (60%) con una edad media de 45 años (Rango 31-64) y 2 hombres (edad media 37 años, rango:). El origen del síndrome se sugirió con una exposición ambiental en el ámbito laboral (3 pacientes), con agentes químicos diversos (productos de limpieza domésticos, perfumes, ambientadores, etc...) en 3 pacientes y con metales (mercurio) en todos los enfermos. Las manifestaciones clínicas más frecuente fue digestiva, respiratoria y osteomuscular. La media de puntos obtenidos en el cuestionario QEESI fue de 63,2 en la escala de exposición inhalatoria; 71,2 en la de exposición no inhalatoria; 77,4 en la de gravedad de los síntomas; 2,4 en la de identificación de la exposición y 69 en la de repercusión sobre las actividades de la vida diaria. Los pacientes están bajo control y seguimiento en nuestras consultas. Ningún caso ha sido exitus. No hemos evaluado si existía co morbilidad psiquiátrica.

**Discusión.** En nuestro estudio donde incluimos 5 casos, en todos ellos se identificó, al menos un agente causal, siendo la exposición mercurial el denominador común en todos ellos (con o sin Hidrargismo) con clínica acompañante que junto con los tests diagnósticos cumplían criterios de síndrome hipersensibilidad química múltiple.

**Conclusiones.** Es un síndrome frecuente y poco diagnosticado, con mayor incidencia entre las mujeres. Es importante detectar el SQM porque afecta a la calidad de vida, e implica múltiples sufrimientos (físicos, psíquicos y sociales) y conductas de evitación, así como una limitación de la capacidad laboral. Carece de un tratamiento específico, pero el pronóstico vital es excelente.

## V-94

**CALIDAD EN EL MANEJO DEL ENFERMO CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA**

**R. Andrés, P. Esteve, P. Wickman, J. Peris, E. López-Calleja, P. Safont, J. Seguí y J. Merino**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant. Sant Joan d'Alacant (Alicante).*

**Objetivos.** Trabajar con calidad es un anhelo de los profesionales sanitarios ya que mejora la asistencia y seguridad de los enfermos. También interesa a los gestores sanitarios pero verificarla no es fácil. Las Guías de Práctica Clínica ayudan a disminuir la incertidumbre en las decisiones y disminuir la variabilidad del acto médico y sus propuestas pueden usarse como indicadores de una buena práctica. Nuestro objetivo es aportar resultados respecto a la calidad en el manejo de la IRC en una sección de M. Interna en un Hospital carente de sección de Nefrología, utilizando como instrumento la información contenida en los informes de alta.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo para el que hemos elaborado un cuestionario con indicadores, construidos en base a criterios de buena práctica en el manejo de la IRC según las Guías de la SEN. Se refieren a calidad diagnóstica y progresión de la enfermedad, etiología y control de factores de riesgo cardiovascular, relación con uso de nefrotóxicos, manejo de la anemia y de las alteraciones hidro-electrolíticas o ac-base. Hemos valorado todos los informes de alta de nuestros enfermos desde octubre 2008 a junio 2009, utilizando las Hª clínica en caso de dudas y usando como criterio el que tuvieran valores de creatinina  $\geq 1,3$  mg/dl de forma mantenida en los últimos 3 meses. En el análisis se ha usado el programa SPSS de Windows.

**Resultados.** Hemos hallado 52 enfermos que reunían los criterios de  $Cr \geq 1,3$  mg/dl mantenido en los últimos 3 meses (25% de la muestra total estu-

diada). La media de edad fue de 82 años, siendo el 48% hombres. El valor medio de Cr fue de 2, 3 mg/dl, con un FG medio (calculado previamente por nosotros uno por uno) de 27,8 ml/m, y estaban en estadios III un 46,2%, IV un 42,3% y V un 11,5%. El% de sujetos con factores de riesgo cardiovascular valorados y controlados correctamente ha sido respectivamente: HTA (92% valorado y 63% con control adecuado), cLDL (81% y 80%), cHDL (79% y 38%), DM (77% y 10%). El porcentaje de informes en los que figuraba el FG fue sólo del 6% y el estadio de la Insuficiencia Renal sólo constaba en un 4%. La proteinuria constaba en un 52% y para ella recibían inhibidores del SRAA el 50%. El 56% recibían fármacos potencialmente nefrotóxicos pero en el 85% tenían sus dosis ajustadas y en el 79% su indicación era correcta. La media de Hb fue de 10,8 g/dl. Entre los pacientes que estaba indicado un 60% tenían valorado su metabolismo del Fe. Un 6% de los enfermos recibió EPO y en todos había indicación adecuada. Un 71% de los que estaban en estadios III-IV recibían fármacos que alteraban la excreción de K, y en el 63% se había valorado su metabolismo Ca / P. Con frecuencia el informe no recogía datos presentes en la Historia Clínica pero que debería haber incluido.

**Discusión.** Con nuestro estudio hemos descubierto luces y sombras en el manejo de estos enfermos. El mejor control se hallaba en los factores de riesgo cardiovascular, seguido de el estudio de la anemia de dichos pacientes y la valoración de proteinuria; siendo deficitarios en los informes de alta el filtrado glomerular de estos pacientes así como el estadio renal ante el que nos hallábamos. Dichas sombras en el manejo de estos pacientes nos disponemos a mejorarlas.

**Conclusiones.** Este tipo de abordaje es bastante simple, pero que permite conocer una situación real y detectar áreas de mejora. Ello permite poner en marcha un programa de intervenciones que incrementen la calidad de las actuaciones, lo cual ha sido nuestro propósito disponiéndonos a mejorar la atención y el manejo de dichos pacientes.

## V-95

**TRATAMIENTO CON METROTEXATE EN LA COLITIS ULCEROSA**

**R. Lana Soto<sup>1</sup>, J. Mendoza Hernández<sup>2</sup>, A. Lérica Urteaga<sup>3</sup> y A. Romero Reina<sup>2</sup>**

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

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

**Objetivos.** En pacientes con enfermedad de Crohn el metotrexate (MTX) ha demostrado ser efectivo en la inducción a la remisión y mantenimiento. Sin embargo en la colitis ulcerosa el único estudio randomizado controlado con placebo realizado hasta el momento no demuestra que el MTX sea útil, si bien se utilizó a dosis menores y por una vía de administración diferente que la empleada habitualmente en la enfermedad de Crohn. OBJETIVO. Determinar la eficacia del MTX subcutáneo en la colitis ulcerosa a las mismas dosis que las empleadas en la enfermedad de Crohn en pacientes refractarios o intolerantes a inmunosupresores tiopurínicos.

**Material y métodos.** Estudio clínico abierto prospectivo en el que se incluyeron 12 pacientes consecutivos con colitis ulcerosa en tratamiento con MTX. En 10 (83%) de ellos se inició el tratamiento por refractariedad a los inmunosupresores tiopurínicos y en 2 (17%) por intolerancia a dichos fármacos. La mediana de seguimiento fue de 20.5 meses, rango [9-36]. La dosis empleada fue de 15mg semanales por vía subcutánea. En 7 (58%) de los 12 pacientes se empleó en monoterapia (29%) o asociado con corticoides (71%). Los otros 5 (42%) recibieron el tratamiento asociado a infliximab. La remisión clínica mantenida se definió como una puntuación del índice de la Clínica Mayo de 0 o 1 libra de corticoides e infliximab durante más de 3 meses.

**Resultados.** La remisión clínica mantenida durante más de 3 meses se consiguió en 5 (41.5%) pacientes, 2 (17%) precisaron realizar una colectomía para el control de la enfermedad antes de 3 meses tras el inicio del tratamiento con MTX y en 5 (41.5%) pacientes no fue posible suspender el tratamiento combinado con corticoides y/o infliximab. No fue necesario suspender el tratamiento por efectos secundarios en ninguno de los pacientes.

**Discusión.** La colitis ulcerosa es una enfermedad crónica que requiere realizar tratamiento de mantenimiento. Los fármacos más utilizados habitualmente son los 5-aminosalicilatos. Pero un número importante de pacientes requieren tratamientos con inmunosupresores cuando su enfermedad se vuelve refractaria y/o dependiente de los corticoides. Los inmunosupresores tiopurínicos son los más usados pero en ocasiones también fracasan. Al igual que el metotrexate (MTX) ha demostrado ser efectivo en la inducción a la remisión y mantenimiento en pacientes con enfermedad de Crohn parece que en la colitis ulcerosa a dosis de 15 mg semanales por vía subcutánea es bien tolerado en los pacientes refractarios o no respondedores a inmunosupresores tiopurínicos y presenta eficacia en un grupo de pacientes con colitis ulcerosa, por lo que se hace necesario explorar la posibilidad de di-

señar estudios clínicos que demuestren verdaderamente su utilidad en la colitis ulcerosa.

**Conclusiones.** El MTX en la colitis ulcerosa a dosis de 15 mg semanales por vía subcutánea es bien tolerado en los pacientes refractarios o no respondedores a inmunosupresores tiopurínicos.

#### V-96

### INTERRUPCIÓN DEL TRATAMIENTO CON INFILIXIMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN CON REMISIÓN MANTENIDA

R. Lana Soto<sup>1</sup>, J. Mendoza Hernández<sup>2</sup>, A. Lérída Urteaga<sup>3</sup> e I. Romero<sup>2</sup>

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

<sup>3</sup>Servicio de M. Interna, Hospital de Viladecans, Viladecans (Barcelona).

**Objetivos.** Determinar la frecuencia de recaída clínica a largo plazo de los pacientes a los que se les ha suspendido el IFX por remisión clínica mantenida y determinar los factores de riesgo.

**Material y métodos.** Estudio observacional realizado en un único centro. Se incluyeron 38 pacientes (44,1 hombres, edad media al diagnóstico de EC 27 años). El motivo del tratamiento fue por EC luminal inflamatoria en el 52,6%, el 15,8% por EC fistulosa perianal y el 31,6% por EC fistulosa no perianal. El 78,9% de los pacientes se mantuvieron con tratamiento inmunosupresor. La mediana de seguimiento fue de 62 semanas, rango [8-107]. Para la EC se consideró recaída cuando el índice de Harvey-Brandshaw era superior a 4 y en la EC fistulosa se producía inicio del drenaje o dolor en el trayecto fistuloso. Las variables fenotípicas se compararon según la chi-cuadrado.

**Resultados.** A lo largo del seguimiento 14 (36,9%) pacientes permanecieron en remisión clínica. El resto de los pacientes: 3 se perdieron, 21 (55,2%) presentaron una recaída de su enfermedad. El 23,9% (n = 9) de los enfermos presentaron brotes de EC que precisaron corticoides y/o IFX, 15,9% (n = 6) necesitó cirugía y 13,2% (n = 5) requirió tratamiento con adalimumab. Un paciente (2,6%) falleció. No se identificaron factores predictivos de recaída en el grupo de paciente con recaída clínica de la EC.

**Discusión.** Actualmente se desconoce cuál es la evolución de los pacientes con enfermedad de Crohn (EC) a los que se les ha inducido y mantenido la remisión clínica con IFX y se les suspende posteriormente este tratamiento. En nuestro trabajo se observa que tras la interrupción del tratamiento con IFX por remisión clínica consolidada a largo plazo libre de corticoides, hasta 1/3 de los pacientes se mantiene libre de enfermedad lo que indicaría que podríamos estar influyendo en la historia natural de este subgrupo de paciente, en los que no hemos identificado factores predictivos de mantenimiento de la remisión tras la supresión del IFX.

**Conclusiones.** Tras la interrupción del tratamiento con IFX por remisión clínica consolidada a largo plazo libre de corticoides, hasta 1/3 de los pacientes se mantiene libre de enfermedad.

#### V-98

### RELACIÓN ENTRE EL LOCUS DEL BSN-MST1 Y LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

J. Mendoza<sup>1</sup>, R. Lana<sup>2</sup>, A. Lérída<sup>3</sup>, C. Núñez<sup>4</sup>, M. Fernández Arquer<sup>4</sup>, E. G. De la Concha<sup>4</sup>, E. Urcelay<sup>4</sup> y M. Díaz Rubio<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Digestivo, <sup>4</sup>Inmunología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna, Hospital de Viladecans, Viladecans (Barcelona).

**Objetivos.** Estudiar el locus BSN-MST1 como gen de susceptibilidad para padecer enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerosa (CU) y estudiar su asociación con los diferentes fenotipos clínicos de estas enfermedades en la población española.

**Material y métodos.** Se diseñó un estudio de casos-contrroles en el que se compararon 775 pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (370 con EC y 405 con CU) y 800 controles sanos del mismo área geográfica. Los pacientes con EC fueron clasificados según la clasificación de Viena. Los polimorfismos rs9858542, rs2131109 and rs1128535 se realizaron mediante PCR (Taqman). Las frecuencias genotípicas se compararon mediante la chi-cuadrado y la fuerza de la asociación con la OR y su intervalo de confianza del 95%.

**Resultados.** Los pacientes con EC presentaron una frecuencia significativamente mayor del alelo menor en los tres SNPs estudiados cuando se compararon con los controles sanos [rs9858542: p = 0.001; OR (95%IC) = 1.35 (1.12-1.63); rs2131109: p = 0.0005; OR (95%IC) = 1.37 (1.14-1.63) y rs1128535: p = 0.007; OR (95%IC) = 0.78 (0.66-0.94)] y además se asoció de una forma significativa con la localización ileal de la EC [rs9858542: p = 0.0004; OR (95%IC) = 1.47 (1.18-1.83); rs2131109: p = 0.00009; OR (95%IC) = 1.52 (1.22-1.88) y rs1128535: p = 0.02; OR (95%CI) = 0.69 (0.49-

0.95)]. No se encontraron diferencias cuando la EC afecta al colon exclusivamente. No se encontraron diferencias en la frecuencia alélica de estos polimorfismos entre la CU y los controles sanos.

**Discusión.** Los estudios de rastreo del genoma humano han identificado un área de susceptibilidad para padecer enfermedad EC y CU localizado en el cromosoma 3 (3p21). En esta área se encuentran los genes que sintetizan al receptor de la proteína estimuladora de macrófagos (MST1R) y el gen BSN que codifica una proteína específica de los vertebrados y que se asocia como gen de susceptibilidad para otras enfermedades autoinmunes complejas como la artritis reumatoide y la diabetes tipo I. En nuestro trabajo los tres SNPs estudiados del gen BSN confirman que son genes de susceptibilidad para padecer EC con localización ileal en la población española y además demuestra que la EC de localización ileal es genéticamente diferente de la EC de localización de colon y la CU.

**Conclusiones.** Los tres SNPs estudiados confirman que son genes de susceptibilidad para padecer EC con localización ileal en la población española y además demuestra que la EC de localización ileal es genéticamente diferente de la EC de localización de colon y la CU.

#### V-99

### ACTITUD ANTE UN INFARTO ESPLÉNICO A PARTIR DE NUESTRA EXPERIENCIA

B.de Dios García, M. Ramos Díaz, A. Espigares Correa, I. González Martiil, L. Morata Ruíz, E. Escobar Martín, D. Ferreiro López y J. Jusdado Ruíz-Capillas

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

**Objetivos.** Identificar las causas de infarto esplénico, comparar la ecografía (ECO) frente a la tomografía computerizada (TC) tanto para el diagnóstico como para el seguimiento y definir aquellos pacientes subsidiarios de sufrir complicaciones que precisen un seguimiento clínico y radiológico.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de la serie de casos de infarto esplénico registrados en el Hospital Universitario Severo Ochoa entre los años 1988-2009. Se revisaron las historias clínicas así como los registros informáticos de los 27 casos encontrados para analizar las características clínicas, la etiología, el método diagnóstico empleado, la evolución y el seguimiento que se hizo de cada paciente.

**Resultados.** Se encontraron 27 casos de infarto esplénico siendo la causa infecciosa la más frecuente (26%) seguida por la enfermedad hematológica (19%). El 48% de los casos fueron asintomáticos. Entre los casos sintomáticos la clínica predominante fue el dolor en hipocondrio izquierdo (64%). Todos los casos de infarto esplénico de causa séptica fueron silentes. La TC fue la técnica más empleada (21 casos). La ecografía fue diagnóstica en 4 de los 9 casos realizados. Sólo se realizó seguimiento radiológico en 3 casos y ningún paciente desarrolló complicaciones.

**Discusión.** La diferencia de etiología en nuestra serie con respecto a las publicadas previamente, en las que la primera causa resultó ser la enfermedad hematológica o la embólica no infecciosa, probablemente se deba a la inclusión de una prueba de imagen abdominal en todos los casos de endocarditis infecciosa para descartar embolismos sépticos. No pudo analizarse el grado de concordancia entre ambas pruebas debido al diseño del estudio. Probablemente la ecografía abdominal sea un buen método diagnóstico y de seguimiento como han demostrado otras series y dependa de la experiencia del observador.

**Conclusiones.** La causa más frecuente de infarto esplénico en nuestra serie es la infecciosa, siendo en su mayoría silentes por lo que es preciso un alto grado de sospecha. La ecografía tiene, probablemente, una buena rentabilidad diagnóstica aunque la TC demuestre mayor seguridad. En nuestra serie no se observaron complicaciones, pero en otras series publicadas se asociaron fundamentalmente con los casos de etiología infecciosa, por lo que sería recomendable la realización de una ecografía de control en el plazo de 4-6 semanas en estos pacientes.

Tabla 1 (V-99). Etiología

Enfermedad hematológica	5
Enfermedad infecciosa	7
Fibrilación auricular	2
Trastorno de la coagulación	3
Postquirúrgico	3

Tabla 2 (V-99). Características clínicas

Sintomáticos	14
Dolor en hipocondrio izquierdo	9
Dolor abdominal otra localización	4
Fiebre	1

## V-100

**ANAFILAXIA COMO CAUSA INFRADIAGNOSTICADA DE SHOCK****S. Serrano Villar<sup>1</sup>, T. Sáinz Costa<sup>2</sup>, E. Balbacid Domingo<sup>3</sup> y T. Santillana López<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna IV, <sup>2</sup>Servicio de Pediatría, <sup>3</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

**Objetivos.** Describir dos casos atendidos por hipotensión severa cuyo mecanismo subyacente fue anafilaxia, no diagnosticada en el servicio de Urgencias. Destacar la utilidad de la triptasa sérica para el diagnóstico final.

**Material y métodos.** Descripción de dos casos clínicos.

**Resultados.** Caso 1: Mujer de 38 años que acude a Urgencias por pérdida de conocimiento tras inicio en la noche previa de menstruación con dolor abdominal. En Urgencias se encuentra estuporosa, hipotensión refractaria a volumen y a drogas vasoactivas, sólo mejora tras bolo de esteroides. En los meses previos episodios de flushing y diarrea. Ingresada para estudio: se descarta insuficiencia suprarrenal tras test de ACTH normal. Metanefrinas en orina y cromogranina A, normales. Un CT abdominal revela fibrosis retroperitoneal moderada. Se realiza un Octeoscan, que es normal. Se solicita determinación de triptasa sérica: 38 ug/dl (< 5). En el medulograma: agregados de mastocitos atípicos, con inmunohistoquímica positiva para el c-kit. Dx: Mastocitosis sistémica. Caso 2: Varón de 50 años que de madrugada presenta dolor abdominal de tipo cólico y tras esfuerzo defecatorio pérdida de conocimiento con hipotensión severa durante 1 hora. Ingresada para estudio y se realiza ecocardiograma, holter, ergometría, electroencefalograma y coronariografía, todas con resultados normales. Determinación de triptasa sérica 27 ug/dL (< 5). Estudio de alergias negativo. Medulograma: mastocitos normales. Inmunohistoquímica c-kit negativa. Dx final: síndrome de activación clonal mastocitaria.

**Discusión.** Presentamos dos casos atendidos por hipotensión refractaria, cuyo mecanismo no fue identificado en urgencias. Determinaciones post-mortem de adultos fallecidos por muerte súbita han encontrado datos de activación mastocitaria hasta en un 13% de los casos (1), atribuyendo la causa de la muerte a anafilaxia no reconocida. La mastocitosis es una causa rara de anafilaxia, sin embargo, recientemente ha sido descrito un trastorno subdiagnóstico de mastocitosis, el Síndrome de Activación Monoclonal de los Mastocitos, que parece ser bastante frecuente en la práctica clínica diaria (2). La triptasa es una proteasa de origen mastocitario cuyos niveles aumentan en la anafilaxia de cualquier origen, por ello consideramos que su determinación debe estar rápidamente disponible en los servicios de Urgencias. La sospecha y tratamiento precoz de la anafilaxia puede salvar vidas.

**Conclusiones.** La anafilaxia es una causa infradiagnosticada de shock y muerte súbita. Los niveles de triptasa sérica, cuyo aumento ayuda al diagnóstico, deberían poder determinarse rápidamente en los servicios de urgencias. BIBLIOGRAFÍA 1- Schwartz H, Junginger J, Schwartz L. Is anaphylaxis a cause of sudden unexpected death? Clin Exp Allergy 1995;25(9):866-70. 2- Sonneck K, Florian S, Czerny M et al. Diagnostic and subdiagnostic accumulation of mast-cells in the bone marrow of patients with anaphylaxis: Monoclonal mast-cell activation syndrome. Int Arch Allergy Immunol 2007;142(2):158-64.

## V-101

**COLITIS MICROSCÓPICA EN LA PROVINCIA DE ALBACETE****M. Solera Muñoz, J. Olmedo Llanes, A. Fernández Fúnez**

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

**Objetivos.** La colitis microscópica es una causa poco conocida de diarrea crónica acuosa no secretora. Los objetivos de este trabajo son revisar el estado del conocimiento sobre esta enfermedad y analizar su situación en la provincia de Albacete.

**Material y métodos.** Se realizó una búsqueda bibliográfica con los términos "microscopic colitis", "lymphocytic colitis" y "collagenous colitis", revisando los estudios randomizados sobre diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Se realizó una búsqueda en las bases de datos de Anatomía Patológica del CHUA incluyendo los términos citados y revisando las historias clínicas recuperadas.

**Resultados.** Se consiguió recuperar un total de 30 casos; 24 casos de *E. coli* microscópica, 4 casos de *E. coli* colágena y 2 casos de *E. coli* linfocítica. El análisis descriptivo ofrece una incidencia anual de 2.29/100000 hab/año, una edad media de 61 años y mayor frecuencia en mujeres (83.3%). En el apartado de tratamiento destaca un bajo uso de los esteroides orales (3.3%) frente a salicilatos (30%) y tratamiento sintomático (33.3%), con baja tasa de respuesta a la primera opción terapéutica (53.3%).

**Conclusiones.** La incidencia y el paciente diagnosticado de *E. coli* microscópica en nuestra población es similar a la descrita en otros estudios, pero durante el diagnóstico se omiten otras causas importantes de diarrea crónica.

ca. La tasa de respuesta a la primera opción terapéutica es menor que en otros trabajos, probablemente en relación con el bajo uso de esteroides orales, que en trabajos randomizados consigue una tasa de remisión del 70%.

## V-102

**HEPATITIS AUTOINMUNE: EXPERIENCIA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA****S. Martín Barba, N. Castro Iglesias, C. Fernández González, M. Fidalgo Fernández, L. Manzanedo Bueno, J. Torres Triana y P. Crecente Otero** Servicio de Medicina Interna III. Hospital Universitario de Salamanca. H. Clínico. Salamanca.

**Objetivos.** Estudio retrospectivo del número de casos de hepatitis autoinmune (HAI) en el Servicio de Medicina Interna III del Hospital Clínico de Salamanca en un período de 2 años. Las variables utilizadas son edad, sexo, tóxicos, clínica, autoanticuerpos, histología hepática y tratamiento.

**Material y métodos.** Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo de los casos diagnosticados en un servicio de Medicina Interna durante el período de tiempo comprendido entre el 1 de Enero de 2006 a 31 de Diciembre de 2008 en el Hospital Clínico Universitario de Salamanca, centro de tercer nivel que atiende a una población de 350000 pacientes y que consta de 1000 camas. Los casos incluidos cumplían: 1) cuadro clínico y analítico sugerente, 2) anatomía patológica compatible y 3) exclusión de otras posibles causas de hepatopatía.

**Resultados.** De los 12 casos diagnosticados, 10 casos corresponden a mujeres y 2 a varones, que equivale al 83%. La media de edad de nuestros pacientes es de 52 años. La asociación con otras enfermedades autoinmunes se da en 2 pacientes, equivale al 16%. La clínica inicial de nuestros pacientes es inespecífica en todos los casos. El subtipo más frecuente es el I. Se realizó biopsia hepática en 9 pacientes, siendo compatible con el diagnóstico en 8 casos. Con tratamiento esteroideo e inmunosupresor se obtuvo mejoría clínica y analítica en 8 casos, lo que representa el 66.6%. Las complicaciones se evidenciaron en el 33%.

**Discusión.** La relación entre mujeres y hombres es de 4-6:1 (no obstante es más frecuente en los varones cuando la población es de avanzada edad). La HAI tipo 1 (95% de las HAI) es predominante en adultos entre 30 y 60 años y es la mayoritaria, la tipo 2 (5% de las HAI) es más prevalente en niños y mujeres adolescentes. Los agentes ambientales que pueden desarrollar dicha entidad no están muy bien descritos, pero dentro de ellos, podemos incluir a los virus como sarampión, virus hepatitis A, B y C, virus de Epstein Bar y citomegalovirus. La clínica puede variar, desde una hepatitis subclínica asintomática (pero con resultados analíticos anormales) hasta una hepatitis aguda que suele ser de tipo 2 y que en algunos casos se resuelve espontáneamente. Para el diagnóstico de la HAI se requiere la exclusión de otras posibles causas de lesión hepatocelular crónica, como infecciones por virus hepatotropos (VHB, VHD y VHC) y hepatopatías por fármacos y tóxicos (alcohol) o por depósito (hemocromatosis, enfermedad de Wilson). En los estudios analíticos destacan las transaminasas elevadas, inmunoglobulinas elevadas (hipergammaglobulinemia) y títulos elevados de autoanticuerpos como los antinucleares (AAN), antimusculo liso (AML o SMA) o anticuerpos antimicrosomales del hígado y riñón (anti LKM-1), que son marcadores diagnósticos de la enfermedad, pero no son específicos de la misma. La biopsia hepática, en la que suelen destacar la gran actividad inflamatoria y las abundantes células plasmáticas dentro del tejido hepático apoya la sospecha diagnóstica. Todos los pacientes deben ser tratados independientemente del tipo de HAI, forma de presentación o severidad de la enfermedad. El tratamiento se basa en corticosteroides sólo o en combinación con azatioprina.

**Conclusiones.** La hepatitis autoinmune es una patología más prevalente en mujeres, en la edad media de la vida. Existe asociación entre esta entidad y otras patologías autoinmunes. Su debut clínico inespecífico. La respuesta al tratamiento adecuado es favorable. Existe un porcentaje de complicaciones.

## V-103

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE UNA MUESTRA DE PACIENTES ALCOHÓLICOS****C. de la Calle Cabrera, I. Novo Veleiro, S. Domínguez Quibén, M. Marcos Martín, I. Pastor Encinas y F. Laso Guzmán**

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

**Objetivos.** Describir las características epidemiológicas y clínicas de una muestra de pacientes con consumo crónico y excesivo de alcohol, derivados a la Unidad de Alcoholismo del Hospital Universitario de Salamanca desde centros de atención primaria y desde una unidad de desintoxicación,

con objeto de realizar un estudio sistemático de posible patología orgánica asociada al consumo de alcohol.

**Material y métodos.** Se obtuvo una muestra de 385 pacientes, estudiados en la Unidad de Alcoholismo del Servicio de Medicina Interna II del Hospital Universitario de Salamanca, entre los años 2000 y 2008. Se realizó un estudio retrospectivo, mediante la revisión de historias clínicas, y el análisis estadístico de los resultados mediante el programa SPSS 15.0.

**Resultados.** De la muestra de 385 pacientes, 88% eran varones y 12% mujeres. La mediana de edad al realizar la primera consulta fue de 43 años, rango 18-81 años. Más del 50% de la muestra pertenecían a los sectores profesionales de la construcción, el transporte y la hostelería. El 70% de los pacientes procedía de un medio urbano, y el 30% restante de un medio rural. Respecto a los datos de consumo de alcohol, la media de UBE (unidad de bebida estándar) consumidas a la semana fue de 172 para los varones, y 135 para las mujeres, sin diferencias significativas entre sexos. El 58% de los varones y el 57% de las mujeres presentaban criterios de dependencia al consumo de alcohol. Diferencias estadísticamente significativas en cuanto a sexos se encontraron en la edad de inicio de consumo,  $19,2 \pm 8,5$  años para los varones, y  $27,8 \pm 12,9$  años para las mujeres. Respecto a la patología orgánica asociada al consumo de alcohol, el 25% de la muestra padecía algún tipo de hepatopatía, bien esteatosis hepática, hepatitis alcohólica, o cirrosis. 86 pacientes (22% de la muestra) presentaban manifestaciones digestivas asociadas al consumo de alcohol, 203 pacientes (53% de la muestra) manifestaciones neurológicas, y un 26% de la muestra alteraciones endocrinometabólicas. Respecto a datos de infección por virus hepatotropos, el 11% de los pacientes tenían una analítica compatible con infección pasada, y el 1,3% con infección activa de VHB. Así mismo, el 4% de la muestra se diagnosticó de infección crónica por el VHC.

**Discusión.** El alcohol es la segunda sustancia de abuso más consumida en nuestro país, por detrás del tabaco y el 14,9% de la población española consume alcohol a diario. Las diferencias entre hombres y las mujeres se encuentran en la edad de inicio de consumo continuado de bebidas alcohólicas, pero no en la cantidad del alcohol consumido, ni en el patrón de consumo. Más de la mitad de los pacientes que acuden a nuestra consulta presentan criterios de dependencia al alcohol, con las consecuencias a nivel físico, psíquico y social que conlleva. Por otra parte, el alcohol es directamente responsable de enfermedades como esteatosis hepática o cirrosis que presentan nuestros pacientes, y se relaciona con muchas otras patologías, como la elevada prevalencia de clínica digestiva, a destacar esofagitis, gastritis, clínica de hipertensión portal..., de clínica neurológica como temblor, síndrome de abstinencia, palimpsestos..., o alteraciones en el perfil metabólico de estos enfermos. Un dato destacable es la baja prevalencia de infección crónica por VHC en pacientes alcohólicos presente en nuestro estudio, ya que difiere de manera importante de la señalada en otros trabajos, debido probablemente a la selección de la muestra de pacientes estudiada.

**Conclusiones.** La mayoría de pacientes con consumo crónico y excesivo de alcohol derivados a nuestra consulta presentan una o varias patologías relacionadas con el mismo. En cambio, la prevalencia de infección asociada a VHC es baja en relación con otras series.

#### V-104

##### LA ENFERMEDAD DE FABRY EN ESPAÑA. DATOS DEL REGISTRO FOS

M. Barba<sup>1</sup>, F. Barbado<sup>2</sup>, A. Rivera<sup>3</sup>, S. Hernández<sup>4</sup>, F. Cabadés<sup>5</sup>, I. Martín<sup>6</sup>, G. Pintos<sup>7</sup> y Fabry Outcome Survey. En representación del grupo de estudio español de FOS

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Xeral de Vigo. Vigo (Pontevedra).

<sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital San Agustín. Linares (Jaén).

<sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de Vinaròs. Vinaròs (Castellón).

<sup>6</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General Juan Ramón Jiménez. Huelva.

<sup>7</sup>Servicio de Pediatría. H. Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona).

**Objetivos.** La enfermedad de Fabry (EF) es una enfermedad hereditaria de depósito con transmisión ligada al cromosoma X, debida a la deficiencia de la enzima alfa-galactosidasa A. Dicho déficit origina el cúmulo de glicosíngolípidos (globotriaosilceramida) en los lisosomas de manera casi universal, originando una importante morbilidad e incluso mortalidad precoz. La incidencia estimada de la enfermedad es de 1 caso por cada 117.000 recién nacidos vivos varones. El objetivo de nuestro trabajo es describir las características clínicas de los pacientes españoles incluidos en un registro multinacional de dicha enfermedad, el Fabry Outcome Survey (FOS).

**Material y métodos.** FOS es un registro mundial de pacientes diagnosticados de EF, que reciben tratamiento de sustitución enzimática (TSE) con agalsidasa-alfa (Replagal™) o son candidatos al mismo, iniciado en el año 2001. Se describen las características clínicas de los pacientes españoles incluidos en el mismo hasta diciembre de 2008, en el momento de su ingreso y sin haber iniciado TSE.

**Resultados.** En diciembre de 2008 se encontraban registrados en FOS-España 92 pacientes (51 varones -V- y 41 mujeres -M-), procedentes de 29 centros hospitalarios españoles, de los cuales 14 eran menores de 18 años (6 niñas y 8 niños). La edad media del inicio de los síntomas [años (DE)] en los V era 18.5 (15.68), y en las M 21.9 (15.25),  $p = n.s.$  El intervalo medio [años (DE)] entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico era de 10.4 (11.73) para los V y de 10.1 (12.72) para las M,  $p = n.s.$  Un 54% de los V y un 26% de las M ( $p = n.s.$ ) habían recibido diagnósticos previos diferentes a la EF. En las M el diagnóstico fue sospechado por la familia en la mitad de los casos. La afectación clínica predominante en los V fue la renal (69%), seguida de la cardíaca (66%), neurológica (60%), angioqueratomas (57%) e hipohidrosis (31%). Para las M la afectación predominante fue neurológica (42%), seguida de la cardíaca (33%), cornea verticillata (31%), renal (29%) y angioqueratomas (21%). Los síntomas aparecen antes en los V, aunque sin diferencias significativas respecto a las M. En los V no se halló correlación entre la severidad de la enfermedad (índice de Mainz) y el grado de actividad enzimática. En cambio, las M con una actividad enzimática  $>$  del 35% mostraron un menor índice de severidad [5.1 (DE 2.79)] que las que tenían una actividad  $<$  del 35% [11.4 (DE 6.63)],  $p = 0.008$ . Un 29% de los V y un 26% de las M tenían necesidad de tomar diversos analgésicos. Un 87% de los V y un 43% de las M fueron puestos bajo TSE.

**Discusión.** Los síntomas de la EF se manifiestan ya desde el final de la infancia, pero hay un retraso de unos 10 años hasta su diagnóstico. Un diagnóstico previo en la familia puede ser importante para sospechar el diagnóstico en las mujeres con síntomas. A pesar del patrón de herencia, la EF se manifiesta también en las mujeres heterocigotas y con síntomas clásicamente ligados a la afectación de los varones hemocigotos.

**Conclusiones.** Es necesario aumentar el grado de conocimiento de la EF que posibilite un diagnóstico precoz ya que ahora se dispone de un tratamiento específico (TSE). Para ello la utilidad de los registros multicéntricos es indudable, mejorando el conocimiento de las enfermedades de baja prevalencia. Las mujeres con una EF no deben ser consideradas por más tiempo como meras portadoras, sino enfermas.

#### V-107

##### MONONEUROPATÍAS A NIVEL DE MIEMBROS SUPERIORES EN UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA

J. Andrey Guerrero, P. Jiménez Aguilar, S. Romero Salado, R. García Arjona, J. Gutiérrez Zafra, M. Escobar Llopart, A. García Egido y F. Gómez Rodríguez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).

**Objetivos.** Las causas más frecuentes de una mononeuropatía son compresión, atrapamiento y traumatismos. Factores intrínsecos, como artritis, embarazo, amiloidosis, tumores y endocrinopatías (hipotiroidismo, diabetes) predisponen al atrapamiento de estos nervios. El objetivo de este estudio es conocer el perfil epidemiológico en nuestra consulta de las mononeuropatías según edad y sexo, la relación con otras patologías concomitantes así como su posible relación con un componente ocupacional.

**Material y métodos.** Selección de los pacientes con clínica compatible con una mononeuropatía derivados por Atención Primaria a nuestra consulta hospitalaria de patología osteomuscular durante un período de plan de choque de 4 meses. Análisis de las variables: edad, sexo, componente ocupacional, patología concomitante, clínica, analítica y EMG.

**Resultados.** 1408 pacientes fueron revisados; 38 fueron derivados por clínica compatible con neuropatía por atrapamiento. De ellos el 84.21% referían clínica compatible con síndrome del túnel del carpo (STC) (65.62% mujeres), el 13.16% con atrapamiento del cubital (AC) (80% hombres) y el 2.63% con neuropatía radial (NR) (100% hombres). Edad media: 49.57 (28-73) años. EMG realizado a los 38 pacientes: compatible con STC en el 31.58% de los casos (53.3% mujeres), AC 10.52% (hombres 75%) y NR 2.63% (100% hombres). Observamos que el 47.37% pacientes (18 de los cuales 12 eran mujeres) presentaban artrosis, seguidos 28.95% con diabetes mellitus y un 18.42% con hipotiroidismo. En nuestra serie participaban 4 embarazadas con sospecha de STC, siendo el EMG compatible con esta entidad en 2 de ellas, presentando una de ellas diabetes mellitus e hipotiroidismo. Componente ocupacional: el 52.63% tenían un trabajo manual con movimientos repetitivos y posturas forzadas, 4 eran músicos (2 pianistas y 2 guitarristas), 6 limpiadoras, 5 mecánicos, 2 peluqueras y 3 con otras profesiones. El 50% de ellos tenían EMG positivo.

**Discusión.** De todas las mononeuropatías; el STC es la más frecuente (pico de incidencia a los 55 años -similar a la media de edad de nuestros casos-).

Más frecuente en mujeres (en nuestro estudio un 65%) y su diagnóstico se basa en la clínica (presencia de dolor-parestias de predominio nocturno) y EMG compatible (aunque la normalidad de éste último no descarta su diagnóstico). En nuestra serie el EMG fue positivo en un 44.74%. En un 76.47% se asociaba a embarazo u otras patologías (hipotiroideos el 18.75% en STC y el 20% en SC). La artrosis fue la patología más frecuentemente relacionada con la clínica neuropática (47.37%, de los cuales EMG positivo 52.94%), siendo este dato de difícil interpretación dada la alta prevalencia en la sociedad y su asociación a la edad.

**Conclusiones.** El STC es la neuropatía periférica por atrapamiento más frecuente, predomina en el sexo femenino, el 40% son idiopáticos aunque existen una serie de condicionantes predisponentes y etiologicos asociados. Pueden aparecer asociadas con distintas actividades ocupacionales (músicos, limpiadoras, manipuladores...) que incluso pueden repercutir en su rendimiento laboral. Aunque el diagnóstico está basado en la clínica y EMG compatible, no siempre se obtiene un EMG positivo teniendo en cuenta además que la causa predisponente puede ser transitoria. Es importante en la consulta de Medicina Interna tener presente este tipo de patología y la detección de causas sistémicas como origen etiológico.

#### V-108

### INDICACIONES SOBRE TRASLADO A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP) PARA LOS MÉDICOS DE GUARDIA

**C. Fernández-Roldán, M. Moreno Higuera, M. García Morales, J. Callejas Rubio y P. Giner Escobar**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.*

**Objetivos.** Conocer cuántos de los pacientes ingresados en nuestro Hospital tienen reflejada en su historia clínica indicaciones sobre posible traslado a UCI, RCP u otras premisas para los médicos de guardia.

**Material y métodos.** Valoramos la presencia o no de estas decisiones (traslado a UCI, RCP) en la historia clínica de ingreso, en las evoluciones diarias y en las órdenes de enfermería a lo largo de la hospitalización, en un día de guardia seleccionado aleatoriamente. Se recogieron la edad, el sexo y el servicio y/o unidad a cargo del cual se ingresó el paciente. Se realizó un análisis descriptivo de los datos.

**Resultados.** Revisamos un total de 170 pacientes (51,6% mujeres y 48,4% hombres), con la siguiente distribución por servicios: Medicina Interna (n = 75), Cardiología (n = 22), Digestivo (n = 22), Neumología (n = 20), Neurología (n = 20) y Oncología (n = 11). La edad media de los pacientes incluidos en el estudio fue de 65,6 años. La distribución por sexos y media de edad en cada servicio se presenta en la tabla 1. En ninguna historia constaba explícitamente la información de que el paciente no fuese candidato a RCP. Tampoco encontramos ninguna anotación al respecto de si era subsidiario o no de traslado a UCI. En 11 pacientes (6 de Medicina Interna, 2 de Neumología, 1 de Digestivo, 1 de Neurología y 1 de Oncología) se reflejaban indicaciones con respecto a actuaciones en virtud de una analítica, prueba de imagen o situación clínica previsible.

**Discusión.** En nuestro hospital el Servicio de Medicina Interna se encarga de la asistencia médica durante la guardia de todo el área de Medicina Interna y a partir de las 20.00 h además, de los pacientes hospitalizados en las salas de Cardiología, Neumología, Neurología, Digestivo y Oncología. Como se recoge en otros trabajos, el internista realiza durante las guardias una labor muchas veces no cuantificada y frecuentemente infravalorada, atendiendo problemas de gran trascendencia clínica. La decisión de RCP en caso de parada o el ingreso en la UCI son disposiciones que deberían estar tomadas por el médico responsable del enfermo, ya que éste es el que más información tiene del paciente. Estas decisiones deberían figurar en la historia clínica y/o quedar especificadas en las órdenes de enfermería. La impresión general es que esto no ocurre en la práctica clínica diaria según los datos obtenidos en nuestro trabajo. Sería deseable que al menos, las decisiones referentes a paciente candidato o no a RCP o atención en UCI, estuviesen claramente recogidas en la historia clínica. Creemos que todos los médicos deberíamos implicarnos más en éstos aspectos, en beneficio de la mejor atención para nuestros pacientes, y en la facilitación de la toma de decisiones al equipo de guardia.

Tabla 1 (V-108). Distribución de los pacientes por servicios, sexo y edad media

Servicio de Ingreso	Edad media	Hombres	Mujeres	n
Cardiología	71,4	54,5%	45,5%	22
Digestivo	70,1	54,5%	45,5%	22
Neumología	63,6	55%	45%	20
Oncología	60,4	81,8%	18,2%	11
Neurología	73,8	10%	90%	20
Medicina Interna	70,86	56,9%	43,1%	75

**Conclusiones.** La información reflejada en la historia clínica sobre posibilidad de traslado a UCI o RCP es insuficiente y en nuestro hospital estas decisiones recaen en el médico de guardia. Es necesaria una concienciación de todo el personal médico para evitar esta situación.

#### V-109

### LINFADENITIS DERMATOPÁTICA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN

**R. Portilla<sup>1</sup>, J. Villegas<sup>1</sup>, C. Armiñanzas<sup>1</sup>, L. Velasco<sup>1</sup>, O. Acinas<sup>2</sup> y G. Santiago<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Anatomía Patológica. Hospital Sierrallana. Torrelavega (Cantabria).*

**Objetivos.** La linfadenitis dermatopática (DL) es un diagnóstico anatómico-patológico, consistente en un aumento del tamaño ganglionar de carácter reactivo a lesiones cutáneas adyacentes al ganglio. Pautrier y Woringer la describieron por primera vez en 1937 dándole el nombre de reticulosis lipomelanótica y en 1942 Hurwit acuñó el término de LD. En la revisión de la literatura sólo hemos encontrado descripciones clínicas de casos aislados de LD, por lo que nos parece interesante comunicar las características clínicas de una serie de siete pacientes con LD estudiados en nuestro centro.

**Material y métodos.** Hemos revisado los siete casos diagnosticados de LD entre los años 2001 y 2008. Analizamos los parámetros clínicos (edad, sexo, número de territorios, enfermedad cutánea y motivo de consulta), analíticos (leucocitos, VSG, VIH), evolución (recidiva) y el método diagnóstico.

**Resultados.** Los siete casos fueron diagnosticados mediante biopsia ganglionar. La media de edad es de 59,2 ± 29,95, cinco fueron mujeres (71,42%) y solo uno de los pacientes diagnosticados de enfermedad de Sézary tuvo recidiva de la LD. Los resultados analíticos aparecen recogidos en la tabla 1. Los resultados cénicos fueron los siguientes: Cuatro pacientes (40%) presentaban enfermedad cutánea. Cuatro pacientes afectación de un territorio ganglionar, los otros tres pacientes presentaban afectación de 2, 3 y 4 territorios respectivamente. Tres pacientes consultaron por una adenopatía, un paciente por enfermedad cutánea, otro por patología ORL y en dos pacientes fue un hallazgo casual.

**Discusión.** La LD es una enfermedad que afecta a pacientes jóvenes con predominio en mujeres. Puede aparecer en ausencia de enfermedad cutánea. Así, en nuestra caústica un 70% de los pacientes tienen afectación cutánea, estando dentro de los límites (66% - 91%) que reportan Gould et al. Es una enfermedad asintomática y el diagnóstico se hace en el estudio de una adenopatía patológica. El pronóstico es benigno y está determinado por la enfermedad de base.

**Conclusiones.** La linfadenitis dermatopática es un diagnóstico anatómico-patológico de evolución benigna. Puede aparecer en pacientes sin enfermedad cutánea, aunque su pronóstico si parece estar relacionado con la enfermedad de base.

Tabla 1 (V-109).

Leucocitos	9,900
VSG	29
VIH (4 pacientes)	negativo

#### V-110

### PRESCRIPCIÓN DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

**C. Rosa García<sup>1</sup>, E. García Villalba<sup>1</sup>, C. López Rodríguez<sup>2</sup>, R. Millán Rodríguez<sup>1</sup>, J. Muñoz Sánchez<sup>1</sup> y F. López Andreu<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.*

*<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Fundación Jiménez Díaz-Ute. Madrid.*

**Objetivos.** Durante los últimos años se ha generalizado el uso de inhibidores de la bomba de protones (IBP), tanto en los pacientes hospitalizados como

ambulatorios, siendo uno de los grupos farmacológicos más prescritos. Por todo ello, nos propusimos conocer el grado y las condiciones de prescripción de IBP en los pacientes ingresados en nuestro Servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Análisis retrospectivo de las historias clínicas y órdenes de tratamiento de los pacientes ingresados en nuestro Servicio mediante un corte transversal en una fecha (día laborable), elegida al azar. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 15 para Windows.

**Resultados.** La muestra comprende 40 pacientes con una edad media de  $75,6 \pm 12,6$  años. Dieciseis (39%) eran varones. Treinta y cinco pacientes (87%) recibieron IBP durante el ingreso. Once pacientes (27%) tomaban salicilatos; trece (32%) esteroides, seis (15%) tenían enfermedad por reflujo documentada y en dos casos (5%) antecedentes de úlcus. En un solo caso se recogían antecedentes de hemorragia digestiva alta (HDA). Se realizó gastroscopia durante el ingreso en 11 casos. Los motivos más frecuentes para su indicación fueron: antiagregación y/o anticoagulación, empleo de esteroides y enfermedad grave que suponía una situación de estrés. En cuanto a lo adecuado de uso, en quince casos (37%) se consideró indicación absoluta, en veintiuno (52%) fue relativa y en un caso el uso no aparecía justificado en la documentación clínica revisada.

**Discusión.** Los inhibidores de la bomba de protones han supuesto un importante avance en el tratamiento del reflujo gastroesofágico, la HDA, la enfermedad péptica, la erradicación del helicobacter y la prevención de lesiones agudas de la mucosa gástrica en pacientes tratados con AINEs. Sin embargo, su empleo ha rebasado estos límites al amparo de una sensación de seguridad e inocuidad que dista de ser real. Baste recordar, a título de ejemplo, alguna de sus interacciones con drogas de uso común: disminuyen la concentración de antifúngicos y el efecto antiagregante del clopidogrel, y aumentan, entre otras, las concentraciones de benzodiazepinas y anticoagulantes dicumarínicos. Hemos corroborado esta impresión en nuestro estudio. Menos del 40% de los casos tenían una indicación absoluta para el uso de IBP y más del 50% una indicación relativa (situaciones en las que su razón coste/beneficio no está inequívocamente aceptada).

**Conclusiones.** El estudio confirma nuestra impresión previa de una tendencia a la sobreprescripción de inhibidores de la bomba de protones. Su empleo, a juicio de los autores, está, en muchos casos, sólo parcialmente justificado por indicaciones relativas. En el futuro, deberemos realizar una prescripción más meditada, prestando especial atención a las interacciones farmacológicas recientemente descritas.

#### V-111 OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA TRAS TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

J. Miramontes González<sup>1</sup>, S. Márquez Batalla<sup>1</sup>, E. Puerto Pérez<sup>1</sup>, Á. Romero Alegría<sup>1</sup>, D. Pescador Hernández<sup>2</sup>, J. García Rodríguez<sup>3</sup>, L. Mateos Polo<sup>1</sup> y Á. Sánchez Rodríguez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Traumatología y Ortopedia. Hospital Universitario de Salamanca. H. Virgen de la Vega. Salamanca.

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Monte San Isidro. León.

**Objetivos.** El objetivo de esta revisión es conocer el uso y las necesidades de oxigenoterapia domiciliaria en pacientes que han tenido un tromboembolismo pulmonar (TEP), independientemente de edad y sexo. Los pacientes han de estar diagnosticados mediante angiotac pulmonar o gammagrafía pulmonar de ventilación perfusión con probabilidad alta. Se excluyen los pacientes que en el tratamiento previo figure oxigenoterapia como pauta habitual. Entre los antecedentes se hace especial énfasis en los pacientes con EPOC independientemente del estadio evolutivo.

**Material y métodos.** Se revisan los pacientes dados de alta en un servicio de M. Interna de un hospital de tercer nivel, durante un período de dos años, seleccionando los aquellos que cumplen los criterios mencionados.

**Resultados.** Se registran 137 casos de TEP, de los cuales en el tratamiento al alta se pautó oxígeno en 36 casos. Entre las patologías previas de los pacientes con oxígeno domiciliario 27 presentaban patología pulmonar subyacente. Las patologías encontradas en este sentido son la EPOC de tipo bronquítico crónico en 19 casos, EPOC de tipo enfisematoso en 5 pacientes, 2 casos de alteraciones estructurales post-TBC y 1 caso de asma que presentaba más de una agudización por año.

**Conclusiones.** De forma habitual asociamos la oxigenoterapia domiciliaria al tratamiento de la EPOC. Otras entidades, como es el caso de los pacientes que presentan hipoxemia tras un TEP. De acuerdo con los resultados que hemos obtenido de nuestra serie de pacientes la presencia de patología pulmonar de base condiciona en gran medida la necesidad de oxígeno posteriormente.

#### V-113 INGRESOS POR SÍNDROME DE DEPRIVACIÓN ALCOHÓLICA EN UNA UNIDAD DE TOXICOLOGÍA DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA V. González Vallés<sup>1</sup>, E. Mateo Sanchis<sup>1</sup>, B. Climent Díaz<sup>2</sup>, A. Martínez Tomàs<sup>1</sup>, J. Pérez Silvestre<sup>1</sup>, D. García Escrivá<sup>1</sup>, F. Pedro De Lelis<sup>1</sup> y A. Herrera Ballester<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Toxicología y Desintoxicación Hospitalaria. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia.

**Objetivos.** El síndrome de privación alcohólica es la expresión clínica de la interrupción brusca o disminución de la ingesta de alcohol en un paciente que ha desarrollado una dependencia física al mismo. El objetivo del estudio busca analizar la sintomatología y morbilidad asociadas, así como la repercusión orgánica, las complicaciones y su tratamiento.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo observacional basado en 70 episodios de Síndrome de Privación Alcohólica ingresados en la Unidad de Toxicología del CHGUV entre 2005 y 2009. Se analizaron antecedentes previos, días de abstinencia, comorbilidad, tóxicos al ingreso, tratamiento inicial y pautado al alta. Así mismo, se recogieron datos del estado nutricional y la repercusión orgánica asociados al consumo de alcohol.

**Resultados.** Se evaluaron 70 episodios, el 87% eran varones con una edad media de  $45 \pm 9$  años. Un 70% de los pacientes había ingresado previamente por privación alcohólica. El 94% eran fumadores. Los síntomas más frecuentes de presentación fueron temblor (68%), náuseas y sudoración (34%) y ansiedad (32%). Los tóxicos en orina fueron positivos para benzodiazepinas (14%), cannabis (14%) y cocaína (4%). El 41% llevaba menos de 24 horas de abstinencia alcohólica. La escala CIWAR-Ar (Clinical Institute Withdrawal Alcohol) obtuvo un resultado leve (menos de 15 puntos) en el 77% de los casos. El 40% de los pacientes presentaba anemia, siendo la mayoría de tipo normocítica, trombopenia en el 32% y alteración del índice de Quick en un 16%. Un 8% presentó hipoglucemia al ingreso. Respecto al estado nutricional, el 31% tenía hipoalbuminemia, con un déficit de ácido fólico y vitamina B12 en el 13% y 4% respectivamente. Se detectó una elevación de GOT, GPT y GGT en un 71%, 63% y 81% respectivamente. La amilasa pancreática fue normal en un 72% de los casos. El 11% tenían serología positiva para VHC y un 17% para VHB. La ecografía abdominal mostraba signos compatibles con esteatosis hepática en un 83%. Al ingreso se administró perfusión con benzodiazepinas en un 21% de los casos. Únicamente cuatro casos presentaron convulsiones (5%) y sólo uno de los episodios requirió ingreso en UCI (1%). No hubo ningún éxito. En el tratamiento al alta, los fármacos que se pautaron con más frecuencia fueron benzodiazepinas (87%), naltrexona (73%), tiamina (68%), ácido fólico (58%) y vitamina B12 (53%).

**Conclusiones.** En nuestra serie un alto porcentaje de los pacientes ingresados por privación alcohólica tenían antecedentes de ingresos previos por la misma patología. La sintomatología se presentó en un 41% de los pacientes en menos de 24 horas tras la supresión de alcohol. La clínica más frecuente fue temblor, seguido de náuseas, sudoración y ansiedad. El tratamiento se basa en el uso de benzodiazepinas, que en nuestra serie fue por vía intravenosa en un 21% de los casos, lo que refleja que la mayoría de pacientes presentaron un síndrome de abstinencia alcohólica de carácter leve.

#### V-114 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 23 CASOS DE SÍNDROME DE WERNICKE-KORSAKOFF

M. Álvarez Pérez, O. Bisbal Pardo, J. Gil Niño y D. García Esparza<sup>4</sup>

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

**Objetivos.** Revisión de los casos de Síndrome de Wernicke-Korsakoff diagnosticados en los pacientes ingresados en un hospital de nivel terciario en un período de tiempo de 2 años (2007-2008).

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas de pacientes diagnosticados de Síndrome de Wernicke-Korsakoff durante su ingreso en distintos servicios del Hospital 12 de Octubre en el período 2007-2008. Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas, analíticas con especial atención a los marcadores séricos de alcoholismo, radiológicas y la evolución de dichos pacientes.

**Resultados.** Se estudian 118 pacientes con diagnóstico de síndrome neuropsiquiátrico asociado al consumo excesivo de alcohol, obteniendo 23 pacientes con diagnóstico de Síndrome de Wernicke-Korsakoff cuya edad media es de 55 años con predominio de varones (83%). La mayoría de los diagnósticos se producen en Medicina Interna (52%) y Neurología (26%). El abuso alcohólico está presente en todos los casos. Factores de riesgo añadidos como la desnutrición aparecen en el 43% de los casos. Existe un diagnóstico de hepatopatía alcohólica en el 65%. La triada clásica (confusión, ataxia y trastornos oculares) sólo se observa en el 26% de los

Tabla 1 (V-114). Triada clínica

Síndrome confusional	39%
Síndrome confusional + ataxia	
Síndrome confusional + trastornos oculares	35%
Síndrome confusional + ataxia + trastornos oculares	26%

casos. Un 78% de los pacientes desarrollaron alteraciones cognitivas compatibles con Psicosis de Korsakoff. Los parámetros séricos de alcoholismo más elevados son el VCM (media de  $100 \pm 2'35$  fL) y la GGT (media de  $206 \pm 102'8$  U/L). La albúmina se analiza como parámetro de desnutrición, encontrándose bajo (media  $2'9 \pm 0'31$  g/Dl). Se analizan niveles de vitamina B12 con importante elevación sobre los límites normales (media de  $1170 \pm 278'6$  pg/ml). El hallazgo más frecuente en el CT craneal es la atrofia cortical (43%). Las lesiones específicas en cuerpos mamilares en RMN craneal secuencia T2 sólo se observan en 3 enfermos. La  $\frac{1}{2}$  de nuestros pacientes reflejaron mejoría en la evolución,  $\frac{1}{4}$  empeoraron y  $\frac{1}{4}$  se mantuvieron estables clínicamente.

**Discusión.** Todos los pacientes tienen algún grado de dependencia alcohólica, aunque casi la mitad de ellos asocian otros factores de riesgo, fundamentalmente la desnutrición. Los marcadores séricos de alcoholismo se encuentran elevados y los reducidos valores plasmáticos de albúmina marcan la desnutrición, bien interpretada en el contexto de abuso alcohólico o independientemente del mismo como factor de riesgo que contribuiría al desarrollo de la enfermedad. Observamos una importante macrocitosis sin anemia, y sin déficit de vitamina B12 ni fólico que creemos principalmente relacionada con la toxicidad directa medular del alcohol. Los excesivos niveles séricos de vitamina B12 detectados, en nuestra opinión son debidos a que el tratamiento intensivo con complejos vitamínicos del grupo B se realiza posteriormente al diagnóstico y podrían indicar una buena replección vitamínica tras éste.

**Conclusiones.** El Síndrome de Wernicke-korsakoff puede diagnosticarse más frecuentemente en Servicios de Medicina Interna que en otros servicios hospitalarios. Los marcadores séricos de alcoholismo (GGT y VCM), así como de desnutrición (albúmina) pueden ayudar a identificar sujetos de riesgo.

#### V-118

##### PANHIPOUITARISMO: EXPERIENCIA EN 5 AÑOS

A. Romero Alegría<sup>1</sup>, J. Miramontes González<sup>1</sup>, E. Puerto Pérez<sup>1</sup>, N. Cubino Bóveda<sup>1</sup>, A. García Mingo<sup>1</sup>, J. Martín Oterino<sup>1</sup>, T. Santos Jiménez<sup>2</sup> y Á. Sánchez Rodríguez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. H. Virgen de la Vega. Salamanca.

<sup>2</sup>Unidad de Documentación. Complejo Asistencial de Salamanca. Salamanca.

**Objetivos.** Se realiza un análisis retrospectivo de los pacientes diagnosticados de panhipopituitarismo con el fin de conocer las características epidemiológicas y etiológicas de los casos hallados.

**Material y métodos.** Se realiza una búsqueda conjuntamente con el servicio de documentación que se enmarcan en un hospital de tercer nivel. Se establece como criterio de búsqueda los números de la CIE-9-MC: 253.2 y 253.7, que atienden a los diagnósticos de panhipopituitarismo y a la misma etiología cuando es de origen isquémico. Se seleccionan los datos de edad, sexo y diagnóstico al alta durante un período de 5 años. Se excluyen los pacientes que fallecen el proceso diagnóstico o la etiología no es filiada.

**Resultados.** El total de casos hallados es de 26, varones: 12, Mujeres: 14. La edad media 57,92 años. En cuanto a la etiología: Sd de Sheehan 6, Postquirúrgicos: 15 (adenoma: 9, geminomas: 1, Prolactinoma: 1, craneofaringioma: 3, Quiste coloide: 1), apoplejía: 3, Síndrome de silla turca vacía 1, metástasis de tumores filiaados 1 (mama).

#### V-119

##### NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE HIPOTIROIDISMO PRIMARIO GRAVE EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

J. Lamas Ferreiro<sup>1</sup>, L. González González<sup>1</sup>, P. Sánchez Sobrino<sup>2</sup>, R. Longueira Suárez<sup>1</sup>, E. Álvarez Martínez<sup>3</sup>, C. Páramo Fernández<sup>2</sup>, M. Freire Dapena, A. Rivera Gallego<sup>1</sup> y C. Martínez Vázquez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición, <sup>3</sup>Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Xeral de Vigo. Vigo (Pontevedra).

**Objetivos.** El hipotiroidismo es una entidad frecuente. Su incidencia exacta en pacientes hospitalizados es desconocida. En pacientes mayores de 65 años ingresados se ha estimado en un 1,8%. Ocasionalmente se encuentran pacientes con hipotiroidismo severo que ingresan con sintomatología

muy diversa. El objetivo de este estudio ha sido valorar la frecuencia de nuevos diagnósticos de hipotiroidismo primario grave en pacientes ingresados en el área médica del Hospital Xeral de Vigo, así como sus características clínicas y analíticas.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio observacional y retrospectivo. Se utilizó la base de datos del servicio de análisis clínicos del Hospital Xeral de Vigo. Se creó un listado con aquellos pacientes con niveles de TSH > 25 mUI/ml entre el 1-06-2007 y el 1-06-2009. Criterios de inclusión: edad > 18 años, TSH > 25 mUI/ml, T4 libre < 0,7 ng/dl y hospitalización en el área médica del Hospital Xeral-Cies de Vigo en el momento de la determinación. Criterios de exclusión: diagnóstico previo de hipotiroidismo. Se revisaron las historias clínicas y se creó una base de datos con diversas variables demográficas, clínicas y analíticas.

**Resultados.** De un total de 949 pacientes con TSH mayor de 25 mUI/ml, 7 cumplieron con los criterios de selección. Teniendo en cuenta el número de ingresos en el período de estudio en el área médica de nuestro hospital (10415 pacientes) la incidencia de hipotiroidismo primario grave fue de 0,067%. Todos los casos eran mujeres, con una mediana de edad de 78 años (rango: 48-91). La causa más frecuente de hipotiroidismo fue la tiroiditis autoinmune (57%). La mediana de TSH fue de 49 mUI/ml (rango: 25-139). 3 de los 7 pacientes presentaron concentraciones indetectables de T4. La causa fundamental de ingreso fue el propio hipotiroidismo en 4 (57%) casos. Sin embargo, la disfunción tiroidea sólo fue el diagnóstico de sospecha inicial en uno de los pacientes. Los síntomas más frecuentes fueron: astenia (85%), palidez (85%), somnolencia (71%), bradipsiquia (71%), artralgiás (42%), rigidez articular (42%), síndrome del túnel carpiano (28%), cambios de personalidad (28%) y cara abotargada (28%). Analíticamente, cabe destacar la presencia de anemia (71,4%), insuficiencia renal (71%), hipercolesterolemia (57%), hipertrigliceridemia (42%) y elevación de CPK (28%).

**Discusión.** El hipotiroidismo es una entidad potencialmente grave que debe figurar obligadamente en el diagnóstico diferencial ante un paciente ingresado con síntomas generales. Esto lo corrobora el hecho de que las manifestaciones más frecuentes halladas en nuestro estudio fuesen síntomas inespecíficos. Por esta misma razón se explica que sólo en un caso se hubiese sospechado la presencia de disfunción tiroidea como parte del diagnóstico principal en el momento del ingreso, a pesar de que fuese la propia alteración hormonal la que produjese el cuadro clínico que motivó la hospitalización en 4 casos. Las alteraciones analíticas asociadas son también un motivo de posible confusión, siendo las más frecuentes en nuestros enfermos la anemia, la insuficiencia renal y la dislipemia, así como la alteración de las enzimas musculares. Dentro de nuestro conocimiento este es el primer estudio que aporta datos sobre la incidencia de hipotiroidismo primario grave en pacientes ingresados. Consideramos que el screening sistemático de hipotiroidismo en los pacientes hospitalizados sería una opción válida para evitar que la hipofunción tiroidea condicione una importante morbilidad en estos enfermos.

**Conclusiones.** El hipotiroidismo primario grave es una entidad a tener en cuenta ante todo paciente ingresado con un cuadro general y nuestro grado de sospecha tiene que ser siempre elevado. Es necesario establecer un protocolo de screening de hipotiroidismo en pacientes ingresados para evitar que se llegue a fases tan avanzadas de disfunción tiroidea y para iniciar tratamiento de forma precoz en aquellos que ya se encuentren en dicha situación.

#### V-120

##### ATROFIA CEREBRAL EN EL PACIENTE ALCOHÓLICO

M. Durán Castellón, E. González Reimers, F. Santolaria Fernández, M. Sánchez Pérez, J. Viña Rodríguez, I. Hernández Betancor, J. Jorge Hernández y C. Martín González

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Ofra. Santa Cruz de Tenerife.

**Objetivos.** Analizar la atrofia cerebral del paciente alcohólico y qué factores intervienen en la misma.

**Material y métodos.** Hemos estudiado 48 alcohólicos, de edad media  $46.5 \pm 9$  años, determinando en ellos diversos índices clásicamente empleados para el estudio de la atrofia cortical (Huckmann, Evans, bifrontal, ventricular, célula media, índice de atrofia cortical), comparándolos con los de 12 controles sanos de similar edad ( $41.3 \pm 19$  años,  $t = 1.38$ ). En los alcohólicos hemos determinado la fuerza muscular, antropometría, IMC, y masa magra y grasa mediante DEXA; parámetros de función hepática y analítica general.

**Resultados.** Encontramos relaciones significativas entre Huckmann y tiempo de consumo ( $r = 0.31$ ) y atrofia cortical ( $r = 0.37$ ); índice bifrontal y tiempo de consumo ( $r = 0.38$ ,  $p = 0.011$ ), célula media y protrombina ( $r = -0.41$ ,  $p < 0.01$ ), bilirrubina ( $r = 0.30$ ;  $p < 0.05$ ) y perímetro braquial ( $r = -0.36$ ,  $p = 0.02$ ). Mediante análisis multivariante pretendimos ver qué factores guardaban relación independiente con el grado de atrofia: si el total consumido, la función hepática o el estado nutricional; solo la nutrición (PB,  $\beta = -0.31$ ,

$p = 0.059$ , y como primer parámetro, la bilirrubina ( $\beta = 0.41$ ,  $p = 0.011$ ), pero no el consumo de alcohol, guardaron relación con la intensidad de la atrofia, sugiriendo que ésta depende más de la función hepática y del estado nutricional que de la cuantía de alcohol consumida.

**Conclusiones.** La atrofia cortical es intensa en el alcohólico y guarda relación con el deterioro de la función hepática y el estado nutricional más que con la cuantía de alcohol consumida.

#### V-121

### VALOR PRONÓSTICO DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL ALCOHÓLICO

**R. Ros Vilamajó, E. González Reimers, M. Durán Castellón, M. Rodríguez Gaspar, E. Rodríguez Rodríguez, M. Monedero Prieto, I. Hernández Betancor y F. Santolaria Fernández**

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

**Objetivos.** Analizar el estado nutricional del paciente alcohólico y determinar su valor pronóstico.

**Materiales y métodos.** 94 alcohólicos, de ellos 37 cirróticos, a los que se les realiza un estudio densitométrico de composición corporal total, evaluando masa magra y masa grasa en distintas regiones del organismo, comparándolos con 31 controles de similar edad y sexo. Cuarenta y siete pacientes fueron evaluados de nuevo a los 6 meses.

**Resultados.** Había diferencias altamente significativas entre los parámetros que determinan masa magra entre alcohólicos cirróticos y no cirróticos con respecto a los controles (por ejemplo, masa magra a nivel de brazo izquierdo,  $F = 18.61$ ,  $p < 0.0001$ ); masa magra total ( $F = 7$ ,  $p < 0.0001$ ), siendo más intenso el descenso en los cirróticos que en los no cirróticos. En cambio los parámetros relacionados con la grasa no eran significativamente diferentes en los 3 grupos. Los pacientes fueron seguidos durante una mediana de 39 meses (24-96), al cabo de cuyo período habían fallecido 22. Había diferencias significativas entre vivos y fallecidos, tanto en lo que se refiere a la masa magra en varios partes del organismo (por ejemplo, en brazo izquierdo,  $p = 0.0027$ ) como a la masa grasa. Cuarenta y siete pacientes fueron evaluados a los 6 meses de nuevo. Aquellos que habían perdido masa magra presentaban una peor supervivencia que los que habían ganado masa magra (log rank,  $p = 0.021$ ), e igualmente, aquellos que habían perdido masa grasa (log rank,  $p = 0.01$ ). Aunque la abstinencia se asociaba a mejor supervivencia ( $p = 0.04$ ), los cambios observados en masa magra y masa grasa entre pacientes abstinentes y no abstinentes no fueron significativos. Sin embargo, al realizar un análisis de regresión de Cox, la variable cirrosis desplazó a todas las demás con respecto a la supervivencia.

**Conclusiones.** El estado nutricional determinado por DEXA tiene valor pronóstico en la hepatopatía alcohólica, aunque por detrás de la insuficiencia hepática. La pérdida de masa magra y masa grasa a los 6 meses se asocia a peor pronóstico.

#### V-122

### ESTUDIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE LA HIPONATREMIA DURANTE 5 AÑOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA I

**L. Mateos Polo, A. García Mingo, I. González Fernández, A. Bello Conesa y A. Sánchez Rodríguez**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. H. Virgen de la Vega. Salamanca.

**Objetivos.** Determinar las características clínico-biológicas, la distribución etaria, por sexos y la etiología responsable de la hiponatremia en los enfermos atendidos en el Servicio de Medicina Interna I durante 5 años (desde Enero del 2004 hasta Diciembre del 2008).

**Materiales y métodos.** A través de la base de datos de ingreso hospitalario se extrajeron durante 5 años todos aquellos sujetos cuyo diagnóstico de entrada fue el de Hiponatremia. Se encontraron 112 pacientes siendo rechazados 27 por carecer de alguna de las pruebas de valoración analítica. Se valoró además de una anamnesis completa (con historia de fármacos y de traumatismo) y de una exploración física y neurológica, la existencia de los siguientes datos: hemograma completo con coagulación, iones en sangre y orina, osmolaridad plasmática y urinaria, función renal y hepática, hormonas tiroideas y suprarrenales, radiografía de tórax y abdomen. Niveles de ADH., estudio de LCR, TAC torácico, craneal, Resonancia Craneal y estudio de LCR según los casos. Se agruparon todos los diagnósticos en dos categorías: 1. Hiponatremia normo o hipertónica (osmolaridad normal o elevada) secundarias a hiperglucemias extremas, infusión de manitol, hipertriglicéridemias y/o hiperproteinemias. 2. Hiponatremia Hipotónica: a) por exceso de agua: polidipsia primaria, sobrecarga hídrica b) con volumen extravascular bajo: vómitos, diarrea, sudoración excesiva. diuréticos. c) con volumen ex-

travascular alto: insuficiencia cardíaca congestiva, cirrosis hepática, síndrome nefrótico, etc y d) con volumen extravascular normal: síndrome de secreción inadecuada de ADH (SIADH), hipotiroidismo, insuficiencia suprarrenal, etc

**Resultados.** De los 85 sujetos analizados que cumplían los requisitos determinados en el apartado Material y métodos, el 58,8% fueron del sexo femenino con edad media de 87,9 años. La etiología más frecuente fue de Hiponatremia hipotónica con VE bajo con el 56,4% seguida de la Hiponatremia Hipotónica con VE alto 24,7% y de la Hiponatremia Hipotónica con VE normal 18,8%. Y, por último, la Hiponatremia Hipertónica con el 4,7%. Dentro del primer grupo la causa más frecuente fueron la administración de diuréticos tiazídicos solos o asociados a diuréticos de asa (fundamentalmente de predominio femenino) con el 79,1% seguido de las pérdidas por vómitos y/o diarrea con el 20,8%. Respecto al grupo con VE alto son los cirróticos con el 81% seguidos de la insuficiencia cardíaca con el 18% las etiologías responsables. Dentro de la Hiponatremia Hipotónica con VE normal es el SIADH el responsable del diagnóstico en el 76,9% (8 traumatismos craneoencefálicos, 2 paraneoplásicos y 2 por ACV) siendo el hipotiroidismo y la insuficiencia suprarrenal responsables del 23%.

**Conclusiones.** Nuestros datos están de acuerdo con las series publicadas en donde la primera causa de hiponatremia en los sujetos ingresados es la secundaria al uso de diuréticos esencialmente tiazídicos seguida de la hiponatremia debida a hepatopatía crónica fundamentalmente la cirrosis. En tercer lugar se sitúa la insuficiencia cardíaca y en cuarto lugar el SIADH. Llama a atención el predominio de traumatismos craneoencefálicos, pero hay que considerar que nuestro Servicio está ubicado dentro del espacio físico, en donde está el Servicio Regional de Neurocirugía, y por tanto, los traumatismos craneoencefálicos son derivados directamente a este centro.

#### V-123

### PÚRPURA PALPABLE: MISMA LESIÓN, DIFERENTE EVOLUCIÓN. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

**M. Bannasar Remolar<sup>1</sup>, V. Gaya Sancho<sup>1</sup>, C. Teruel López<sup>1</sup> y V. Raducan<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital General de Castelló. Castellón de la Plana (Castellón).

**Objetivos.** La púrpura palpable supone un importante reto para el internista ya que hace plantearnos un variado diagnóstico diferencial. Esta entidad puede ser desde la manifestación de una vasculitis benigna de corta duración con afectación puramente cutánea a la manifestación de una vasculitis sistémica que puede acompañarse de afectación orgánica con compromiso vital. Presentamos dos casos que así lo demuestran.

**Materiales y métodos.** CASO 1: Mujer de 79 años en tratamiento con acenocumarol por ACxFA que desde hacía una semana su MAP le había pautado corticoides por una gonalgia, presentando a los 2 días una debilidad generalizada con lesiones cutáneas de predominio en los miembros inferiores. 3 días más tarde, consultó en urgencias destacando en la analítica una plaquetopenia de 49.000 con INR: 8 por lo que se le administró vit K y se remitió al domicilio. Acudió nuevamente por empeoramiento del cuadro con síndrome miccional asociado. En la exploración se confirmaba la púrpura palpable. Analíticamente destacaba urea: 149, creatinina: 1'45 mg/dl, Na: 132, K: 5'60, sedimentación urinaria: leucocitos 10-15/campo, hemáties 0-5/campo, cilindros hialinos en cantidad moderada y en el urincultivo: *E. coli* > 100000 UFC. Se suspendió el tratamiento corticoideo y la anticoagulación y se inició tratamiento para la infección urinaria según antibiograma. La biopsia realizada de las lesiones informó de una vasculitis de pequeño vaso superficial dérmico con mínimo componente leucocitario y sin necrosis, mayormente linfocitario. La paciente evolucionó favorablemente estando en el momento actual con una analítica completamente normalizada. CASO 2: Varón de 59 años que consultó por presentar desde hacía 3 meses, un cuadro compatible con una infección urinaria por lo que su médico le pautó un antibiótico iniciando entonces la aparición de lesiones cutáneas que inicialmente fueron en los miembros inferiores y se acompañaba de edematización de los mismos, extendiéndose al resto del cuerpo en menor cuantía. Aunque inicialmente el sedimento urinario informaba de proteínas en tira orina 100 mg/dl, 10-25 hemáties/campo y moderados cilindros hialinos granulosos con resto de analíticas dentro de la normalidad, en una semana la función renal llegó a 1.54 mg/dl. En la analítica sistemática destacaba C3: 74, C4: 6, beta2 microglobulina: 7.1, factor reumatoide: 589.1, anti-peptido citrulinado cíclico: 17.89, crioglobulinas: positivo. Se biopsiaron las lesiones cutáneas que informaban de una vasculitis necrotizante de pequeño vaso superficial. Se realizó también una biopsia renal que informó de glomerulonefritis proliferativa, compatible con crioglobulinemia, con depósito de Ig A, Ig G, Ig M y C3d. Con el paso de los días el paciente fue empeorando a pesar del tratamiento precisando tratamiento de hemodiálisis, siendo exitus en el plazo de 1 mes.

**Discusión.** Las vasculitis son grupo heterogéneo de entidades de etiologías y manifestaciones diversas que se caracterizan por la inflamación de los

vasos sanguíneos. Esta inflamación vascular puede ir desde el desarrollo de manifestaciones locales dependientes del órgano afecto hasta una sintomatología general. El órgano que con más frecuencia se afecta es la piel y el tejido subcutáneo, siendo la manifestación más frecuente el desarrollo de púrpura palpable en extremidades inferiores.

**Conclusiones.** Es muy importante reconocer lo más rápidamente posible las manifestaciones cutáneas de las vasculitis ya en algunos casos serán el primer indicio de una enfermedad grave subyacente.

#### V-124

### NEOPLASIAS DIAGNOSTICADAS EN LA PLANTA DE MEDICINA INTERNA

**M. Pérez Rueda, B. Comeche, L. Tellez, M. Delgado, C. Guijarro y B. Herreros**

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

**Objetivos.** Descripción de características de los pacientes diagnosticados de neoplasia maligna en una planta de medicina interna (MI).

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de una muestra aleatoria de 1000 pacientes ingresados en MI entre los años 2005-2009. Se creó una base de datos donde se registraron las variables edad, sexo, motivo de consulta, deterioro cognitivo, tipo de neoplasia, diagnóstico por anatomía patológica (AP), extensión al diagnóstico, actitud terapéutica y éxito durante el ingreso. Análisis de los datos con el paquete estadístico SPSS.

**Resultados.** Se diagnosticaron 36 nuevas neoplasias (3,6% del total de ingresos). Edad media de 76 años (73 en los varones y 87 en las mujeres), varones 64% y el 33% tenían deterioro cognitivo. Motivo de consulta: síntomas locales de neoplasia 58%, Sd. constitucional 22% y síntomas por la extensión del tumor 8%. Extensión al diagnóstico: Enfermedad localizada 44 %, metástasis a distancia 39%, afectación ganglionar 3%, ambas (ganglionar y a distancia) 11% y extensión por contigüidad 3%. Al 44% no se le realizó diagnóstico por AP. Tipos de neoplasias: Digestivas 44%, Pulmón 17%, Hematológicas 14%, Urológicas 8%, Ovario 6%, Cerebral 3% y origen desconocido 8%. Tratamiento: Paliativo 56% y oncológico activo 44% (cirugía 12%, QT 56 %, cirugía + Qt 12%, cirugía + RT 6% y QT + RT 12%). El 14% falleció durante el ingreso (1 sin haberse decidido actitud terapéutica).

**Discusión.** La mayor parte de los ingresos en los servicios de MI se deben a patologías respiratorias y a complicaciones de las enfermedades cardiovasculares, pero también son considerables los ingresos relacionados con patología tumoral, bien por complicaciones de neoplasias ya diagnosticadas o por diagnóstico de nuevas neoplasias (las neoplasias en tratamiento activo ingresan en oncología). En nuestra serie un 3,6% de los pacientes ingresados en MI fueron diagnosticados de nuevas neoplasias. La mayoría estaba en edad geriátrica y una tercera parte presentaba deterioro cognitivo. La mayor parte consulto por síntomas locales de la neoplasia, a pesar de estar localizada en menos de la mitad de los enfermos. Casi dos tercios se localizaron en aparato digestivo y pulmón y en más de la mitad de los enfermos el tratamiento recibido fue paliativo, posiblemente en relación con la edad de los enfermos de la serie y con sus características clínicas.

**Conclusiones.** Las neoplasias no diagnosticadas son una causa infrecuente (< 5%) de ingresos en una planta de medicina interna. La inmensa mayoría son pacientes ancianos o muy ancianos y en más de la mitad de los casos la enfermedad estaba diseminada a su diagnóstico. Debido a las características de los enfermos ingresados en MI, en un alto porcentaje de casos no se consideró útil o factible el diagnóstico histológico de confirmación y no se realizó tratamiento oncológico activo.

#### V-125

### ESTUDIO DE LA CITOLOGÍA PLEURAL EN EL DERRAME PLEURAL MALIGNO

**G. Donaire, C. Alemán, J. Recio, J. Suriñach, A. Segura, J. Alegre, E. Ruiz y T. Fdez. de Sevilla**

*Servicio de Medicina Interna. Hospitals Vall d'Hebrón. Barcelona.*

**Objetivos.** Analizar la sensibilidad y rentabilidad del estudio citológico del líquido pleural (LP) en el derrame pleural maligno y evaluar qué parámetros bioquímicos del líquido pleural se asocian a la obtención de una citología positiva.

**Material y métodos.** Se han revisado retrospectivamente 253 enfermos con derrame pleural (DP) maligno. En 156 se confirmó la etiología neoplásica (DPN) por citología o histología positivas para células malignas y en 97 pacientes el DP se atribuyó a la neoplasia subyacente (DPPN) tras haber descartado otras etiologías a pesar de no conseguir demostrar una citología o histología positivas. Se analizaron las citologías sucesivas, parámetros analíticos del LP y datos radiológicos del DP (tamaño y localización). Se

analizó cuál era el tumor primario al ingreso y si estaba asociado a neoplasia previa.

**Resultados.** La sensibilidad global de la citología fue del 57,69%. La sensibilidad de una primera citología fue del 85,56%, de una segunda citología cuando la primera era negativa fue del 13,33%, mientras que los que presentaban dos citologías negativas presentaron una tercera positiva en un 1,11%. La sensibilidad de la biopsia pleural fue del 89,99%. El tipo de tumor que se asoció con más frecuencia a una citología positiva fue el adenocarcinoma (43,3%), frente al mesotelioma (0%). El tumor que se asoció con más frecuencia a la aparición de DPN fue el de origen pulmonar (adenocarcinoma en un 41,67%). Un cociente glucosa LP/glucosa suero < 0,70 (p = 0,01) y LDH > 1500 tuvieron capacidad para predecir la positividad de la citología (p = 0,01).

**Discusión.** Los avances en técnicas de imagen y en el análisis del líquido pleural pueden facilitar la identificación de un número significativo de pacientes con alta probabilidad de presentar un derrame pleural neoplásico. Esto es relevante para el estadiaje y tratamiento de los enfermos. Por ello, es indispensable la realización del estudio del líquido pleural. El porcentaje de casos en los que se establece el diagnóstico de malignidad mediante análisis citológico del líquido pleural se encuentra entorno a 40-87%. Entre las razones que influyen en la obtención de un examen citológico tumoral se incluyen la variedad del tipo tumoral, el número de muestras obtenidas y la experiencia del citopatólogo. Se ha establecido la necesidad de realizar de forma seriada hasta 3 citologías cuando las anteriores han resultado negativas sin evidencia de que aumente de manera significativa la sensibilidad de la prueba. Existen trabajos contradictorios respecto a las variables del líquido pleural que se asocian con una mayor rentabilidad en la citología del líquido pleural. Así pues, hay estudios que describen una mayor sensibilidad de la citología en pacientes con concentraciones bajas de glucosa y pH mientras otros no confirman estos datos.

**Conclusiones.** La probabilidad de obtener una citología positiva depende del tipo de tumor primario y de algunas características bioquímicas del LP, como el cociente glucosa LP/suero y niveles de LDH. La obtención de citologías seriadas debería limitarse a pacientes con determinadas características en el líquido pleural.

#### V-126

### CARCINOMA MEDULAR DE TIROIDES: A PROPÓSITO DE 20 CASOS

**E. Oliveros, M. Ferrer, D. Salor, O. Marín, E. Vilalta, C. López, M. Villalba y R. Salomón**

*Servicio de Medicina Interna D. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

**Objetivos.** Nuestro objetivo fue analizar las características epidemiológicas y de la forma de presentación del Carcinoma medular de tiroides (CMT) en un Hospital General.

**Material y métodos.** Se estudiaron retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes con CMT tratados en nuestro hospital durante los años 2001 a 2009. Se evaluaron variables demográficas (edad, sexo), antecedentes familiares, forma de presentación, características biológicas del tumor, como el tamaño y la extensión local o a distancia. Analizamos también la evolución. Para el estudio estadístico utilizamos el paquete estadístico SPSS.

**Resultados.** Durante el período del estudio encontramos 20 casos de CMT, 55% esporádicos (n = 11 pacientes), 9 pacientes con CMT familiar (35% MEN2A, 5% MEN 2B y 5% no MEN). La edad media en el momento del diagnóstico fue de 47 ± 17 años (10-70 años). El 70% eran mujeres. En el 80% de los casos, la forma de presentación fue la existencia de un nódulo tiroideo (menor de 2 cm en 45% (n = 9), entre 2 y 4cm en el 35% (n = 7) y superior a 4 cm en el 15% (n = 3)). Otras formas de presentación menos frecuentes fueron: Clínica atribuible a feocromocitoma 15% (Hipertensión, palpitations, cefalea, diaforesis) y en un 5% de los casos el diagnóstico se realizó por la presencia de síntomas atribuibles a metástasis (disnea por metástasis pulmonares). En 4 pacientes (20%) existía afectación de ganglios linfáticos al diagnóstico. Los niveles de calcitonina fueron anormales (> 20 picogramos/ml) en el 43% de los pacientes. No encontramos relación entre los niveles de calcitonina y el desarrollo de metástasis y la mortalidad. El 35% de los pacientes (n = 7) presentaron metástasis a lo largo de la evolución (3 a distancia, pulmón y hueso). Los tumores mayores de 4 cm tenían mayor riesgo de desarrollar metástasis ganglionares y a distancia (100% de metástasis en los mayores de 4 cm vs 25% de metástasis a distancia en los menores de 4 cm, p < 0,013). El 66% de los casos familiares desarrollaron metástasis frente al 9% de los casos esporádicos, (p < 0,007). A todos se les realizó tiroidectomía. La mortalidad fue del 10%.

**Discusión.** El carcinoma medular de tiroides (CMT) comprende sólo el 5-10% de todos los tumores tiroideos. La mayoría de los CMT (70-80%) son formas esporádicas, siendo las restantes (20-30%) formas familiares, bien sin asociación a otros tumores o asociados a los síndromes de neoplasia

endocrina múltiple 2A y 2B. A diferencia de otras series descritas en la literatura, en la nuestra la frecuencia de CMT familiar es superior. Encontramos que los casos familiares tenían un comportamiento más agresivo, con mayor proporción de metástasis al diagnóstico.

**Conclusiones.** El CMT familiar tiene un comportamiento más agresivo. Deberíamos extremar el estudio de los familiares sanos de pacientes afectados por MEN 2 A y 2B para descartar la presencia de nódulos tiroideos sospechosos de CMT

#### V-127

### LA ELASTOGRAFÍA EN LA HEPATOPATÍA CRÓNICA POR VIRUS C

**E. Solla Babío, S. Pintos Martínez, S. Sánchez Trigo, T. Cainzos Romero, L. Vilariño Maneiro, R. Sardina Ferreiro, E. Pastor Rubin de Celis y M. Suárez Sambade**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Arquitecto Marcide. Ferrol (A Coruña).*

**Objetivos.** Evaluar la fiabilidad del Fibroscan para medir la fibrosis hepática. **Material y métodos.** En este estudio observacional seleccionamos una serie de 50 casos de nuestra consulta de Hepatología, son pacientes mayores de 18 años, con Hepatopatía Crónica por VHC (se excluyen otras etiologías, coinfectados por VHB o VIH y pacientes con Hepatocarcinoma), algunos de ellos con grado de fibrosis conocido mediante biopsia. A todos se les practica un Fibroscan. Realizamos un análisis descriptivo de nuestra población y valoramos el grado de correlación entre el resultado del Fibroscan y otros indicadores de fibrosis, intentando ver qué variables explican las discordancias entre ellos.

**Resultados.** En nuestra serie de casos se observa una buena correlación entre el resultado del Fibroscan y el de la biopsia; igualmente, en los pacientes no biopsiados se observa una buena correlación entre el Fibroscan y la fibrosis estimada por modelos bioquímicos como el APRI (AST/platelet ratio index) o por parámetros morfológicos como la presencia de datos de hipertensión portal en la ecografía. Observamos que el mejor parámetro para valorar la fiabilidad de un resultado de esta técnica es el cociente IQR/stiffness. En los pacientes con pániculo adiposo grueso, se observan resultados menos fiables, con IQR más altos.

**Discusión.** La Elastografía transitoria (Fibroscan) es una técnica que mide la dureza del hígado, estimando así su grado de fibrosis. Está basada en ultrasonidos, por lo tanto no radia ni es invasiva, y es muy bien aceptada por los pacientes. Su fiabilidad todavía está en estudio. Entre las principales limitaciones de la técnica se encuentran la variabilidad interobservador, la dificultad para discriminar grados de fibrosis y la presencia de un pániculo adiposo grueso. Estudios recientes demuestran que el mejor indicador de fiabilidad de la técnica es el cociente IQR/stiffness, cuanto mayor es este valor menos fiable es el resultado, sobre todo si es mayor de 0'21.

**Conclusiones.** El Fibroscan tiene un grado de correlación alto con la biopsia y otros marcadores de fibrosis. El cociente IQR/stiffness es el mejor determinante de la fiabilidad del resultado del Fibroscan.

#### V-128

### ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON PORFIRIA

**S. Rodríguez, L. Gómez, L. Beltrán, A. Vallejo, S. García-Morillo, E. Pamiés, M. Miranda y P. Stiffel**

*Unidad de Riesgo Vascular. Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Objetivos.** Analizar las características clínicas, epidemiológicas y de laboratorio de una cohorte de pacientes con Porfirias.

**Material y métodos.** Se describe una cohorte de pacientes con el diagnóstico de Porfiria, en sus diferentes variantes, estudiados en el servicio de Medicina Interna del hospital Virgen del Rocío desde enero de 2004 hasta Diciembre de 2008. El diagnóstico de porfiria se realizó en base a la existencia de síntomas clínicos clásicos y fue confirmado con el perfil de porfirinas y precursores (ALA y PBG) en orina de 24 horas, en sangre y en heces, cuando fue necesario. En los casos de PAI también se realizó determinación de la actividad de la PBG-deaminasa y en caso de afectación cutánea (porfirias mixtas y porfiria cutánea tarda) se confirmaron con biopsia cutánea. Se recogieron diferentes variables epidemiológicas, clínicas y de laboratorio como la edad, el sexo, las porfirinas y precursores en orina, los síntomas predominantes, el número de brotes, los tratamientos realizados, el consumo de alcohol o estrógenos, etc.

**Resultados.** Se estudiaron 45 pacientes con el diagnóstico de porfiria, con una edad media de 47 años, con una proporción de hombre y mujeres 28/17 (62,2%/37,8%). La proporción de los distintos tipos de porfirias fueron: porfiria aguda intermitente (PAI) 22,2% (10 casos), porfiria variegata (PV) 13,3%

(6 casos), coproporfiria hereditaria (CPH) 8,9% (4 casos), y porfiria cutánea tarda (PCT) 55,6% (25 casos). En cuanto a la distribución por sexo de las 17 mujeres 9 de ellas eran PAI, 2 fueron PV, 4 CPH, y 2 PCT. Del total de 28 hombres, 23 de ellos fueron PCT, solo 1 caso con PAI, y los 3 restantes PV. Dentro de la actividad propia de la enfermedad, durante el último año, los síntomas más frecuentes fueron de carácter cutáneo (hasta el 14% del total) fundamentalmente en la PCT, CPH, PV, en segundo lugar la sintomatología digestiva (10%), y por último neurológica (7%). Centrándonos en las porfirias agudas y mixtas se plantearon los siguientes resultados: más de la mitad de los pacientes, no presentaron ningún brote en el último año, tan solo un paciente con PAI tenía un brote de actividad mensual y dos pacientes presentaron algún brote en el último año. Todos los pacientes con PAI, PV y CPH con brote agudo de enfermedad fueron tratados con hematina, sin efectos colaterales, salvo los derivados de la administración por vía periférica (irritación, flebitis, etc.) en dos casos. En cuanto a las porfirias crónicas la edad media fue de 59 años. De los 24 pacientes con PCT, 12 pacientes (50%) presentaba alguno de los polimorfismos del gen HFE. Todos los casos de PCT asociados a VHC, eran genotipo I, que tras tratamiento normalizaron la carga viral y la actividad cutánea y biológica. Del total de las PCT, 4 recibieron tratamiento con hidroxycloloquina durante el último año, y otros cuatro con sangrías, también durante el mismo período. Todos los pacientes finalizaron el tratamiento antiviral durante seis meses sin interrupciones, con los efectos adversos habituales. Y en el caso de la hidroxycloloquina, no se observó en ninguna paciente toxicidad digestiva ni ocular con fondo de ojo y lámpara de hundidura anual). Hubo en la serie, 3 exitus en el grupo de PCT, 1 por enfermedad renal crónica y dos más por tumores, un Hepatocarcinoma y otro por un Carcinoma de pulmón.

**Conclusiones.** En nuestra serie de pacientes con alteraciones del metabolismo de las porfirinas, cada tipo de porfiria se relacionaba con un perfil clínico: las PAI se asociaban al sexo femenino, edad temprana de aparición y baja actividad de la enfermedad. En cuanto a las crónicas, predomina el sexo varón, las lesiones cutáneas y la asociación al consumo de alcohol e infección por el VHC. Respecto al tratamiento médico, tanto la hematina como el tratamiento con interferón-ribavirina e hidroxycloloquina son seguros, y esto últimos pueden ser una alternativa a las sangrías para los pacientes con PCT.

#### V-129

### INICIA EN INSULINIZACIÓN DE MANERA AMBULATORIA. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

**F. Olmo Montes<sup>1</sup>, C. Morales Portillo<sup>2</sup>, C. Peñas Espinar<sup>1</sup>, J. Sojo Dorado<sup>1</sup>, L. López Cortés<sup>1</sup>, M. Tomé García<sup>2</sup> y V. Marrugal Sánchez<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

<sup>3</sup>Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla.

**Objetivos.** El siguiente estudio pretende analizar el control metabólico conseguido tras la insulinización ambulatoria en el hospital de día de diabetes (HDD) en varios grupos de pacientes, realizándose revisiones periódicas para titulación de dosis y un programa educacional por parte de educadores/enfermería.

**Material y métodos.** Durante el período 2007-2008 se incluyen a los primeros 318 pacientes que inician un programa estructurado de insulinización. Se les realiza una valoración inicial con inicio de una pauta insulínica que se optimiza en las siguientes revisiones impartiendo educación diabetológica desde el principio. Se han analizado entre otras variables el motivo de insulinización, pauta elegida, HbA1c al inicio y a los tres meses, ganancia de peso, unidades de insulina por kilo, hipoglucemias y años de evolución. Se analizan los datos con SPSS15.0 realizando el análisis descriptivo y una test de student para datos apareados en HbA1c pre-post.

**Resultados.** Han sido insulinizados 318 pacientes (33,3% hombres, 66,7% mujeres), con una media de edad de 42,9 ± 17,4, de los cuales 67 (21,1%) fueron por Debut de DM1, 32 (10,1%) por Debut de DM2, 132 (41,5%) por Diabetes en el Embarazo y 87 (27,4%) por DM2 descompensada. Los tratamientos utilizados fueron: Mezclas (17,2%), Basal más ADO (10,7%), Bolus Basal (30,5%), Insulina NPH y análogos insulina rápida (41,5%) en embarazadas. El número de hipoglucemias graves fue 0. Del total de pacientes analizados se registraron 17 pacientes con al menos 1 hipoglucemia leve. La media de años de evolución del grupo DM2 descompensada, en el momento de iniciar la insulinización fue 9,15 ± 8,5. El análisis de subgrupos se resume en la tabla 1, con una p < 0,01 para datos apareados \*\*.

**Conclusiones.** El HDD es una herramienta eficaz y segura para la insulinización de pacientes diabéticos, al proporcionar un dispositivo funcional cercano al paciente con posibilidad para educación y revisiones flexibles para la titulación de dosis. Las hipoglucemias observadas no fueron significativas, remarcando la seguridad de este sistema.

Tabla 1 (V-129). Resultados por subgrupos

Grupo	N	Media/Edad	Media/Ui/kg	Tto	Media Dif peso	Media HBA1C Pre	Media HBA1C Post
Debut DM1	67	28,96 ± 9,2	0,6 ± 0,33	BB = 67	2,656 ± 3,74	11,476 ± 2,32	6,816 ± 1,59 **
Debut DM2	32	57,66 ± 14,07	0,446 ± 0,22	MIX = 10 B+ADOS=9 BB=13	0,976 ± 4,51 **	12,196 ± 1,57 **	6,756 ± 0,87
DM2 DESC	87	63,16 ± 12,1	0,566 ± 0,40	MIX = 45 B+ADOS=23 BB=19	4,206 ± 11,3 **	10,226 ± 1,92 **	7,366 ± 1,37
Embarazo	130	33,16 ± 5,03	0,296 ± 0,28			5,46 ± 0,69	5,36 ± 0,51

**V-130****INFLUENCIA DE LA SOBRECARGA FÉRRICA DE LAS MUTACIONES CYS282 E HIS63 DEL GEN HFE EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON PORFIRIA CUTÁNEA TARDA**

L. Gómez, A. Vallejo, L. Beltran, S. Rodríguez, S. García-Morillo, E. Pamiés, M. Miranda y O. Muñiz

Unidad de Riesgo Vascular. Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** La porfiria cutánea tarda (PCT) es el trastorno más frecuente del metabolismo de las porfirinas por una disminución de la actividad enzimática a nivel hepático de la uroporfobirino gen decarboxilasa. Esta bien documentada la importancia de la sobrecarga ferrica en la patogenia de este trastorno, de forma que es uno de los factores precipitantes, junto a otros, para el desarrollo de las manifestaciones clínicas de la PCT. Diferentes estudios poblacionales, han puesto de manifiesto una relación entre las mutaciones del gen de la hemocromatosis (HFE) y PCT, en sus variantes tipo I y tipo II. Objetivo: Establecer cómo estas podrían determinar el status férrico y metabólico en estos pacientes.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio retrospectivo analizando las historias clínicas de una cohorte de pacientes con porfiria cutánea tarda (PCT) atendidos en el servicio de Medicina Interna de los hospitales universitarios Virgen del Rocío desde enero de 2004 hasta Diciembre de 2008. El diagnóstico de PCT se realizó en base a la existencia de síntomas clínicos clásicos y fue confirmado con biopsia cutánea y/o determinación del perfil de porfirinas típico en orina de 24 horas. Además se determinaron los siguientes parámetros clínicos y de laboratorio: edad, sexo, porfirinas en orina, índice de saturación de transferrina, ferritina, alanino transferasa (GPT), aspartato transferasa (GOT), gammaglutamiltranspeptidasa (GGT), consumo de alcohol, estrógenos, serología para virus de la Hepatitis C (VHC) y mutaciones C282Y, H63D y S65C del gen de la hemocromatosis hereditaria (HFE). Por último, se realizó un estudio genético mediante PCR-Arms, buscando mutaciones en los exones 2 y 4 del gen de la HFE, como posible determinante genético de sobrecarga hepática de hierro.

**Resultados.** Se estudiaron 24 pacientes con Porfiria cutánea tarda esporádica con una edad media de 58 años, con una proporción de hombres y mujeres 21/3 (87,5/12,5%), que presentaban como factor precipitante principal: alcohol: 16 pacientes (66%), VHC: 5 pacientes (20%), ACO: 2 pacientes (8%) y radiación UVA: 2 pacientes (8%). El perfil hepático, férrico y los niveles de uroporfirina-I en orina de 24 horas se exponen en la tabla 1. En nuestra cohorte, los pacientes con PCT presentaban una sobrecarga ferrica asociada medida por el índice de saturación y los niveles plasmáticos de ferritina (tabla 1). De los 24 pacientes con PCT, 12 pacientes (50%) presentaba alguno de los polimorfismos del gen HFE. 7 pacientes presentaban la mutación H63D en heterocigosis (29,1%) y 2 en homocigosis (8,3%). Además, había 1 paciente doblemente heterocigótico (Cys282Tyr/His63Asp) (4,1%) y 2 enfermos presentaban la mutación C282T en heterocigosis (8,3%). Ninguno de los pacientes presentaba la mutación S65C. No hubo relación entre la mutación C282T con el factor precipitante pero si encontramos una tendencia de asociación de la presencia de la mutación H63D con la infección por VHC (todos genotipos 1) (chi cuadrado: 4,915, p = 0.08). Ninguna de las dos mutaciones influyó en un mayor grado de sobrecarga ferrica medido por el índice de saturación, ferritina, nivel de hemoglobina o enzimas hepáticas. Encontramos entre aquellos pacientes que presentaban el polimorfismo Cys282 mayores niveles de glucosa y triglicéridos, siendo estos estadísticamente significativos.

**Conclusiones.** En nuestra cohorte de pacientes con PCT esporádica, los factores precipitantes más relevantes son el consumo de alcohol y la infección por el virus C de la hepatitis, con una importante sobrecarga ferrica asociada. La frecuencia alelica de la mutación H63D del gen HFE fue elevada (37,4%) y hubo una tendencia a asociarse con la infección por VHC. Ninguna de las mutaciones del gen HFE se asoció a dicha sobrecarga ferrica. Los pacientes con PCT y portadores de la mutación Cys282 presentaron mayores niveles de glucemia y triglicéridos.

**V-131****CONSULTORÍA DE MEDICINA INTERNA: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE PSIQUIATRÍA**

C. Hernández Quiles, N. Ramírez Duque, L. De la Higuera Vila, D. Mendoza Giraldo, M. Ollero Baturone, L. Rivero, S. Gutiérrez Rivero y J. Cuello Contrera

Servicio de Medicina Interna. UCAMI. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** Analizar los motivos de consulta más frecuentes realizados al servicio de Medicina Interna desde una Unidad de Agudos de Psiquiatría. **Material y métodos.** Estudio prospectivo de todos los pacientes consultados a Medicina Interna desde el Servicio de Psiquiatría en los últimos 15 meses (Marzo de 2008 a Junio de 2009). Se ha realizado un análisis descriptivo de los motivos de consulta más frecuentes, así como de las características de los pacientes.

**Resultados.** De un total de 855 pacientes ingresados en Psiquiatría durante el período de estudio se consultaron un total de 41 (4,7%). La edad media fue de 47,1 ± 11,5 años y el 56,1% ellos eran varones. Los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes fueron: esquizofrenia en el 61%, 22% depresión y en un 17% neurosis. Había tenido un intento de autolisis el 19,5% y el 75% había necesitado al menos un ingreso previo en Psiquiatría. El 41,5% de los pacientes presentaban al menos una enfermedad crónica y un 25% había requerido al menos un ingreso previo en un área médica. Los motivos de consulta más frecuentes fueron: 1) Enfermedad nosocomial en 18 casos (43,9%): infecciones (61,1%) de ellas el 63,3% fueron respiratorias y un 18,1% urinarias, sobredosificación de sedantes (22%) y otras causas (16%), 2) Despiñaje de organicidad: 11 casos (26,8%), confirmándose tan solo uno, 3) Seguimiento de patología crónica: 7 casos (17,1%) y 4) Agravamiento de patología crónica: 5 casos (12,2%). El seguimiento medio fue de 7 ± 4 días y en el 100% de los casos se produjo curación o mejoría. Tan solo fue preciso el traslado de un paciente por enfermedad grave (unidad de Cuidados Intensivos).

**Conclusiones.** La Medicina Interna se consolida como un importante apoyo al servicio de Psiquiatría tanto en la resolución de problemas derivados de la hospitalización como en el seguimiento de patologías crónicas que pueden presentar estos pacientes. Estudios de prevalencia serán necesarios para establecer estrategias de intervención en este sentido.

**V-132****MANEJO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE PACIENTES CON HEMORRAGIA MAYOR INTRABDOMINAL POR ANTICOAGULACIÓN SISTÉMICA**

A. Domínguez, S. Chamorro, P. G. Vasco, G. López, M. Moreno, J. Patier y Á. Ruedas

Servicio de Medicina Interna. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

**Objetivos.** Analizar las características clínicas, evolución, manejo diagnóstico y terapéutico y pronóstico en pacientes con hemorragia intrabdominal mayor.

**Material y métodos.** Realizamos una búsqueda en las historias clínicas del servicio de medicina interna del hospital universitario Ramón y Cajal. Los criterios de selección fueron: sangrado fatal, sangrado sintomático en un órgano crítico y/o sangrado que cause un descenso de la hemoglobina de 2 g/dl o más o precise de transfusión de 2 o más unidades de sangre total o hemáties. Los pacientes debían recibir anticoagulación oral con antagonistas de la vitamina K (AVK; acenocumarol) ó heparinas de bajo peso molecular (HBPM) según las recomendaciones actuales. Todos los datos fueron analizados utilizando el programa estadístico SPSS versión 15.1.

**Resultados.** Los 12 casos tenían una edad media de 73,83 años. Había 8 mujeres y 4 varones. El 83,3% eran hipertensos, un 25% tenían insuficiencia renal, el 83,3% tenían arritmias y/o cardiopatía isquémica y un 33,3% eran

portadores de prótesis metálicas valvulares. Un 16,7% habían tenido una hemorragia digestiva. Sólo un caso tenía un hematoma abdominal previo. El 16,7% habían tenido un ictus previo. Dos pacientes tenían una enfermedad oncológica. Ningún paciente tenía insuficiencia hepática. El dolor abdominal era el motivo de ingreso hasta en el 50% de los casos. En el momento del diagnóstico el 75% de los pacientes estaban en tratamiento con AVK, el 50% con HBPM y un 25% con AVK y HBPM. La dosis total media al día de HBPM fue 46,67 mg. La media de días de hospitalización hasta el evento agudo fue de 4,64 días. Los pacientes tenían un aclaramiento renal medio de 43,52 ml/min. Se realizó una TAC abdominal en el 91,7% de los casos y una ecografía abdominal en el 50%. Se realizó una arteriografía. La localización de los hematomas fue: 25% perirrenales, 16,7% retroperitoneales y 58,3% eran de pared abdominal. Se transfundió una media de 2,42 concentrados de hemáties por paciente y al 91,7% se les administró vitamina K y plasma fresco. En el 83,3% de los casos se suspendió la anticoagulación. Un 33,3% de los casos precisaron de drogas vasoactivas, siendo un 25% trasladados a cuidados intensivos (UVI). Un 50% de los pacientes sufrieron complicaciones (ictus, TEP, shock). En un 33,3% de los casos se suspendió la anticoagulación oral con AVK al alta. La mortalidad fue del 16,7%. La estancia media fue de 22,1 días. Ningún paciente fue sometido a cirugía.

**Discusión.** Los casos analizados tenían una edad mayor de 65 años, hipertensión arterial, insuficiencia renal y cardiopatía. Los hematomas intrabdominales pueden ser la causa del dolor abdominal en un paciente con anticoagulación tanto al ingreso como en los primeros días de hospitalización. La ecografía abdominal puede detectar la presencia de hematomas, pero es necesario realizar una TAC para precisar su localización, extensión y presencia de sangrado activo. La mayor parte de los casos requieren de la suspensión de la anticoagulación, de transfusión de productos sanguíneos (hemáties, plasma) y de vitamina K. Además se debe realizar una vigilancia clínica estrecha, ya que las complicaciones no son infrecuentes. El deterioro de la función renal es un factor importante para realizar ajustes en las dosis de HBPM y AVK y así evitar la sobre-dosificación de anticoagulantes.

**Conclusiones.** Los hematomas intrabdominales son una complicación grave de la anticoagulación sistémica con AVK ó HBPM. Es preciso ajustar las dosis de anticoagulantes a la función renal actualizada de los pacientes para minimizar la sobre-dosificación. El manejo conservador incluye transfusiones de hemáties, suspensión y reversión de la anticoagulación y medidas de soporte hemodinámico. La TAC abdominal es la prueba de imagen de elección para llegar al diagnóstico. Hasta en un tercio de los pacientes se indica la suspensión de acenocumarol al alta.

### V-133 SARCROIDOSIS EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN INMEDIATA EN MEDICINA INTERNA

**S. Inés Revuelta, L. Moralejo Alonso y A. Fuertes Martín**  
Servicio de Medicina Interna. UCAI. Hospital Universitario de Salamanca. H. Clínico. Salamanca.

**Objetivos.** La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa multisistémica de etiología desconocida, que afecta a adultos jóvenes y se caracteriza por la presencia de granulomas no caseificantes en los órganos afectados. La Unidad y Consulta de Atención Inmediata (UCAI) del Servicio de Medicina Interna II del Hospital Universitario de Salamanca, comenzó su funcionamiento en junio de 2008. Uno de los principios de esta unidad es el de prestar asistencia a pacientes con diagnóstico no demorable, generando un circuito de acceso directo al entorno hospitalario que posibilite el estudio de estos enfermos sin necesidad de ingreso. En la cartera de servicio de la UCAI se incluyen pacientes con alteraciones radiológicas, sin diagnóstico

Tabla 1 (V-133). Características de los pacientes (I)

	Motivo de derivación	Procedencia	Ed.	Sexo	Signos y síntomas
Caso 1	Alt. Rx (patrón intersticial)	Atención Primaria	71	Mujer	Disnea y tos
Caso 2	Alt. Rx (patrón intersticial)	Atención Primaria	36	Mujer	Tos y dolor torácico
Caso 3	Alt. Rx(ensanchamiento mediastínico)	Urgencias	32	Mujer	Tos y dolor torácico
Caso 4	Alt. Rx(ensanchamiento mediastínico)	S <sup>o</sup> Dermatología	34	Mujer	Lesiones cutáneas

Tabla 2 (V-133). Características de los pacientes (II)

	Órganos afectados	ECA N:(27-68)	CD4/CD8	D <sup>o</sup> certeza	Tratamiento
Caso 1	Pulmón, ganglios	29	2	Punción transbronquial con ecobroncoscopia	Si
Caso 2	Pulmón, ganglios, piel	74	1,5	Punción transbronquial con ecobroncoscopia	Si
Caso 3	Ganglios	55	1,5	Punción transbronquial con ecobroncoscopia	No
Caso 4	Ganglios, piel	76	-	Biopsia cutánea	No

conocido. El objetivo del trabajo es el de evaluar las características de los pacientes diagnosticados de sarcoidosis.

**Material y métodos.** Durante el primer año de funcionamiento de la UCAI han sido estudiados 670 pacientes, en 4 de ellos el diagnóstico principal ha sido el de sarcoidosis. Hemos analizado las características de estos 4 pacientes.

**Resultados.** En la cartera de servicios de la UCAI se incluyen pacientes con alteraciones radiológicas sin diagnóstico conocido. De los 670 pacientes estudiados (período junio '08-junio '09), 26 fueron derivados por alteraciones en la radiografía de tórax (3,88%); sarcoidosis fue el diagnóstico final en 4 pacientes (15,38%).

### V-134 ANÁLISIS DE INGRESOS NO ADECUADOS EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA

**P. Sánchez Conde, A. Sanjurjo Rivo, R. Puerta Louro, J. Paz Ferrín, J. Montero Tinnirello, S. Rodríguez Pecci, S. Araujo Fernández y J. De la Fuente Aguado**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Povisa S. A. Vigo (Pontevedra).

**Objetivos.** Analizar los ingresos no adecuados en una Unidad de Corta Estancia, teniendo en cuenta la edad, el sexo, el diagnóstico inicial y la evolución.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo descriptivo de los pacientes ingresados en nuestra Unidad de Corta Estancia desde Noviembre de 2006 hasta Mayo 2009. Los criterios de calidad de nuestra unidad incluyen una estancia máxima de 4 días y un porcentaje máximo de ingresos no adecuados de un 20%. La adecuación del ingreso se estableció en función del cumplimiento de unos criterios generales y específicos por patología previamente establecidos.

**Resultados.** De un total de 1468 ingresos, el 16.1% se consideraron no adecuados. Con respecto a la distribución por sexos, el 43.2% eran mujeres y el 56.8% hombres. La edad media de los no adecuados fue mayor ( $66.91 \pm 20.73$  vs  $63.8 \pm 20.1$  años,  $p = 0.03$ ) con una estancia media también mayor ( $3.57 \pm 1.01$  vs  $3.31 \pm 1.01$  días,  $p < 0.001$ ). Los diagnósticos que con más frecuencia asociaron inadecuación fueron: descompensación diabética (19%), EPOC reagudizada (17.6%); insuficiencia cardíaca (15.6%); infección del tracto urinario (13.4%); neumonía comunitaria (9.9%) y accidente cerebrovascular agudo (8.2%). Analizando la evolución de los pacientes en relación con la adecuación del ingreso el 58.5% de los no adecuados fueron dados de alta en un tiempo máximo de 4 días frente al 87.7% de los adecuados, precisando traslado al servicio de Medicina Interna el 32.2% de los no adecuados frente al 9% de los adecuados ( $p < 0.01$ ).

**Conclusiones.** En nuestro estudio las patologías con mayor porcentaje de ingresos no adecuados en ningún caso superaron el criterio de calidad del 20%. No obstante, creemos que se debe realizar una selección más estricta en los pacientes con descompensación diabética, EPOC e insuficiencia cardíaca.

### V-135 RELACIÓN ENTRE LA RESERVA PANCREÁTICA Y EL TRATAMIENTO ANTIDIABÉTICO ORAL EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2

**C. Gómez Cuervo, F. Álvarez de Miguel, B. Otero Perpiñá, M.de Castro Martínez, A. Moreno Fernández y J. Medina Asensio**

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

**Objetivos.** Estudio de la reserva pancreática, medida a través del péptido C en ayunas, en un grupo de diabéticos tipo 2 y de la relación de la misma con el uso de antidiabéticos orales y el control glucémico en dicho grupo.

**Material y métodos.** Estudio observacional de 109 pacientes que han acudido a nuestro servicio entre 2007 y 2008. Se evaluaron entre otras variables, la edad y el sexo, el tratamiento antidiabético utilizado, el péptido C en ayunas y el control de la diabetes mediante la Hb1Ac. Los resultados se presentan como media y desviación típica para las variables cuantitativas y frecuencias relativas y absolutas para las variables cualitativas. Los datos se analizan mediante el programa R-Sigma, empleándose la t-Student para la comparación de medias y el Ji-cuadrado para la comparación de proporciones.

**Resultados.** La población estudiada presenta una edad media de  $71 \pm 12,5$  años, el 46% son varones y tiene un tiempo medio de evolución de su diabetes de  $15 \pm 10,2$  años. El antidiabético oral más utilizado es la metformina (72%) Los pacientes que reciben monoterapia con metformina presentan un péptido C mayor que aquellos que reciben otros antidiabéticos orales ( $4,38 \pm 2,44$  vs  $2,98 \pm 1,31$  p < 0,05). Además el grupo con metformina presenta un mejor control glucémico, con cifras de HbA1c menores ( $6,66 \pm 1,59$  vs  $8,49 \pm 1,97$  p < 0,01). No se encuentran otras diferencias entre los dos grupos en las variables estudiadas.

**Discusión.** La base etiopatogénica de la diabetes tipo 2 es la aparición de resistencia frente a la acción de la insulina en los tejidos periféricos (fundamentalmente hígado, músculo esquelético y tejido adiposo). Es con el tiempo, y entre otros factores, por la propia acción tóxica de la hiperglucemia mantenida, cuando se produce una disfunción de la célula beta y la caída en la producción de insulina. Ello lleva a que la primera aproximación terapéutica sea con fármacos antirresistencia como la metformina. En nuestra serie los pacientes tratados con ella presentan mejor función pancreática (medida a través del péptido C) y lo más importante un mejor control glucémico que aquellos con otros antidiabéticos.

**Conclusiones.** Con todo ello consideramos que hay que enfatizar las medidas antirresistencia en los diabéticos tipo 2 antes que otras opciones terapéuticas.

#### V-136

#### DIFERENCIAS ENTRE PACIENTES MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS ATENDIDOS EN UNA MICI

**A. Simónetti, M. Bodro Marimont, I. Cabello Zamora, X. Solanich Moreno, A. Ribera Puig, I. Pelegrín Senent, A. Riera-Mestre y R. Pujol Farríols**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).*

**Objetivos.** Describir las características de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intermedios de Medicina Interna (MICI), diferenciando tanto en las características basales así como en la evolución entre pacientes afectos prevalentemente de patología médica y pacientes afectos de patología quirúrgica.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo de todos los pacientes ingresados en la MICI en un hospital universitario de tercer nivel con 800 camas, con 60 camas de Medicina Intensiva. Nuestra MICI atiende pacientes procedentes de UCI tras una larga estancia, que requieren una vigilancia estrecha de las vías aéreas y digestiva, así como rehabilitación. Se han recogido características demográficas, clínicas, nutricionales y evolución de los pacientes ingresados en esta Unidad durante un período de 24 meses, dividiendo los pacientes en dos grupos: unos afectos prevalentemente de patología médica y otros de patología quirúrgica como motivo de ingreso hospitalario, y se han comparado tanto las características demográficas como los resultados entre los dos grupos. La mortalidad en la MICI se ha definido como durante su ingreso o al mes del alta de dicha Unidad.

**Resultados.** Se obtuvieron un total de 241 pacientes, 104 de predominante patología médica y 137, quirúrgica. El grupo de los pacientes médicos presentaba una edad media de 58,3 años (DE: 16,3). Un 62,5% eran varones. La estancia media en UCI fue de 34 días (DE: 28). A su ingreso en MICI, un 32% presentaban úlceras por decúbito, el 72% eran portadores de cánula de traqueostomía y un 59% de sonda naso-gástrica (SNG). Durante su ingreso en MICI se pudo retirar la traqueostomía al 55% y la SNG al 66% de los pacientes portadores. La media del Índice de Barthel (IB) al ingreso y al alta de MICI fue de 12 (DE: 16) y 38 (DE: 30) puntos, respectivamente. Los pacientes ingresaron en la unidad con una media de cifras de albúmina y prealbúmina de 25,7 g/L (DE:5,9) y 154,4 mg/L (DE: 117,9), respectivamente. La media de los valores de albúmina al alta de la MICI fue de 33,1 g/L (DE: 5,4). La estancia media en MICI fue de 11,8 días (DE: 9,9). Necesitaron reingreso en UCI 2 pacientes (1,9%); la mortalidad durante el ingreso en MICI y al mes del alta fue del 5,7%. El grupo de los pacientes quirúrgicos presentaba una edad media de 57,2 años (DE: 16). Un 70,8% eran varones. La estancia media en UCI fue de 41 días (DE: 28). A su ingreso en MICI, un 45% presentaban úlceras por decúbito, el 84% eran portadores de cánula de traqueostomía y un 71% de SNG. Durante su ingreso en MICI se pudo retirar la traqueostomía al 43% y la SNG al 51% de los pacientes portadores. La media del IB al ingreso y al alta de MICI fue de 8 (DE: 12) y 28 (DE: 29) puntos, respectivamente. Los pacientes ingresaron en la unidad

con una media de cifras de albúmina y prealbúmina de 26,4 g/L (DE:6,8) y 118,1 mg/L (DE: 68,1), respectivamente. La media de los valores de albúmina al alta de la MICI fue de 32,2 g/L (DE: 5,1). La estancia media en MICI fue de 11,5 días (DE: 7,8). Necesitaron reingreso en UCI 10 pacientes (7%); la mortalidad durante el ingreso en MICI y al mes del alta fue del 6,5%.

**Conclusiones.** Las MICI son efectivas en la gradación asistencial del paciente crítico, tanto en el paciente médico como en el quirúrgico. Los pacientes quirúrgicos presentan una mayor complejidad (más elevado porcentaje de pacientes con úlceras por decúbito, portadores de cánula de traqueostomía y de SNG, peor estado nutricional al ingreso en la MICI y mayor número de reingresos en UCI). A pesar de ello, la mortalidad en ambos grupos fue similar. Los internistas están capacitados para el manejo de estas unidades y pueden proporcionar asistencia en las dos clases de pacientes observados.

#### V-137

#### CARCINOMA NEUROENDOCRINO PULMONAR, REVISIÓN DE UNA SERIE DE 23 CASOS

**E. González<sup>1</sup>, M. Alvarado<sup>1</sup>, Á. Coto<sup>1</sup>, L. Biritxinaga<sup>2</sup>, F. Idrovo<sup>3</sup> y C. Fernández-Miranda<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Hematología, <sup>3</sup>Anatomía Patológica. Hospital 12 de Octubre. Madrid.*

**Objetivos.** Revisar las características clínico-epidemiológicas, formas de presentación, estadificación, características histológicas e inmunohistoquímicas, técnicas diagnósticas, tratamiento empleado y pronóstico de una serie de 23 pacientes con este tipo de neoplasia.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de la totalidad de 23 pacientes, diagnosticados de carcinoma neuroendocrino de pulmón, variante microcítica, en nuestro hospital durante los últimos 10 años. Incorporación de la información a un protocolo de recogida de datos previamente diseñado a tal efecto. Análisis estadístico descriptivo de las variables sometidas a estudio.

**Resultados.** En el período estudiado, 23 pacientes fueron diagnosticados de carcinoma neuroendocrino de células pequeñas. La relación de sexos fue 22:1 (H/M). La edad media al diagnóstico fue de 68 años. El 95,6% de los pacientes eran o habían sido fumadores con un índice acumulado medio de 55 paquetes/año. La forma de presentación más frecuente fue el síndrome constitucional (45,5%), seguido de la alteración radiológica (36,4%) y los síntomas respiratorios. Las técnicas diagnósticas más utilizadas fueron el TAC toracoabdominal (100%) y la broncoscopia (78%). Además, hasta en el 60% de los casos se realizó TAC craneal. La anatomía patológica reveló la presencia de nidos celulares sólidos, escaso citoplasma, núcleo hiper cromático y ausencia de nucleolo. La inmunohistoquímica fue positiva para los marcadores: TTF-1, Enolasa neuroespecífica, Cromogranina A, Panquetinas, Sinaptofisina y Bombesina. El tiempo medio de retraso diagnóstico fue de entre 2 y 3 meses, al final del cual, la mayoría de los pacientes se encontraban en estadio IV. Los antineoplásicos más utilizados fueron etopósido (VP-16) y cis/carbo/platino, habitualmente en combinación. En todos los casos y estadios los pacientes recibieron quimioterapia. La cirugía se limitó a los estadios más precoces al igual que la radioterapia, aunque ésta también se utilizó en estadios avanzados para el tratamiento paliativo de los síntomas o de determinados síndromes. Una mayor supervivencia ocurrió en los estadios iniciales (IA y IB).

**Discusión.** Un mayor nº de paquetes/año se correlaciona con un estadio más avanzado y peor pronóstico. En nuestra serie el 45,5% de los casos debutaron como síndrome constitucional, a diferencia de otras series de la literatura en las que lo hicieron como un nódulo o una masa pulmonar radiológica. Tanto la cirugía como la radioterapia juegan un papel terapéutico secundario limitado a estadios precoces. El tratamiento usual fue la quimioterapia de combinación. La respuesta inicial al tratamiento fue buena en estadios tempranos, pero en un gran porcentaje la enfermedad progresó en un breve espacio de tiempo. La supervivencia global media en nuestra serie fue de 5,2 meses. Cinco años después del diagnóstico sólo sobrevivió un paciente (estadio IB).

**Conclusiones.** El carcinoma neuroendocrino de pulmón es una enfermedad de pronóstico muy grave y la mayoría de los pacientes en el momento del diagnóstico presentan una enfermedad avanzada. La quimioterapia combinada es el tratamiento de elección en el momento actual. Sería importante disponer de técnicas de detección diagnóstica más precoz (marcadores biológicos) que tal vez cambiarían el actual abordaje terapéutico.

#### V-138

#### FACTORES DE RIESGO DEL HEPATOCARCINOMA Y SU ASOCIACIÓN CON LA DIABETES

**J. Llor Baños y M. Vázquez del Campo**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital de León. León.*

**Objetivos.** Es conocido que el hepatocarcinoma (HCC) es una neoplasia de alta incidencia. Ocupa la sexta más frecuente en el mundo, y la tercera cau-

sa de muerte por cáncer. Tras provocar cirrosis en el 80% de los casos, son conocidos como factores de riesgo que favorecen el HCC: la hepatitis B crónica (HVB), la hepatitis C (HVC), y el alcohol; siendo menos relevantes: la hemocromatosis, la cirrosis biliar primaria, la esteatohepatitis no alcohólica, y la enfermedad de Wilson. Sin embargo, varios estudios epidemiológicos han puesto de relieve que la obesidad y la diabetes provocan factores, que han llegado a calificar de alto riesgo, en la génesis de HCC.

**Material y métodos.** Se han estudiado 130 casos de HCC de los últimos años en la provincia de León. El diagnóstico de HCC se realizó según los criterios determinados por imagen (dos estudios concluyentes) y el morfológico (citología y/o biopsia), además de los valores significativos para el diagnóstico de alfa feto proteína (> 300). Se valoró la presencia, en cada paciente, de factores de riesgo del alcohol (junto a tabaquismo), HVB, HVC, y diabetes (tipo 1 y 2).

**Resultados.** De los 130 casos de HCC recogidos, 32 (24,6%) presentaban diabetes (30 del tipo 2 -el 94,1%- y 2 del tipo 1) junto a los demás factores de riesgo, y como único factor de riesgo 2 casos (1,5%) con sólo diabetes (tipo 2). Los factores de riesgo se asociaban a la diabetes según la siguiente proporción: de 25 sólo alcohólicos, 5 (20%) estaban asociados a diabetes; de los 39 alcohólicos y fumadores, 10 (25,6%) tenían además diabetes (1 del tipo 1); de los 8 con sólo HVC, 3 (37,5%) presentaban diabetes; de los 9 con HVC y alcohólicos, 3 (33,3%) se asociaban a diabetes; de los 8 con HVC, alcohol y fumar, 2 (25%) incluían diabetes; de los 5 HVC fumadores, 3 (60%) eran diabéticos; de los 3 HVB, 1 (33,3%) era diabético; de los 4 HVB y alcohólicos, 3 (75%) eran diabéticos (1 del tipo 1); de los 3 con HVB, alcohol y fumadores, 1 (33,3%) era diabético; y de los 7 fumadores como único factor, 1 (14,2%) presentaba diabetes.

**Discusión.** La diabetes está con cierta frecuencia relacionada con hepatopatía tipo esteatosis hepática no alcohólica (ENA) y esteatohepatitis no alcohólica (EHNA). Se sabe que la (EHNA) puede evolucionar a cirrosis con posterior aparición de HCC. De hecho, en nuestro estudio se encuentran 2 casos en donde el único factor de riesgo es el presentar diabetes. También, en este trabajo, el hallazgo de la importante proporción de HCC asociados a diabetes tipo 2 junto con los factores de riesgo como alcohol, HVB y HVC, sugiere que a la cirrosis inducida por los factores de riesgo (alcohol, HVB, y HVC) se añadiría la que es capaz de generar la diabetes tipo 2 a través de la EHNA, potenciando la aparición de HCC. Por otra parte, se observa en nuestros pacientes que los HCC asociados a diabetes tipo 2 es prevalente entre los infectados por la hepatitis viral, especialmente la HVC (del 60%-33% entre los HVC; frente 20%-25% por el alcohol, tabaquismo). Probablemente la propia HVC, activando la ya conocida resistencia a la insulina, induciría el paso a EHNA y posterior evolución a cirrosis, que se sumaría a la otro mecanismo de acción patogénico inflamatorio degenerativo de la HVC, lo que facilitaría por doble vía el desarrollo del HCC.

**Conclusiones.** La alta presencia de diabetes tipo 2 entre los pacientes con HCC induce a pensar que ésta pueda asociarse a través del pase a cirrosis y posterior HCC activando la EHNA, que como riesgo añadido potenciaría la acción cirrótica propia de los otros factores de riesgo como el alcohol, HVB y HVC. Incluso en el caso de la HVC, se facilitaría el doble mecanismo de aparición del HCC; por un lado, a través de inducir por sí misma la resistencia a la insulina y generar cirrosis desde la EHNA, y por otro, el mecanismo patogénico propio de la acción cirrótica inflamatoria de la HVC.

#### V-139

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA ENFERMEDAD DE BEHÇET EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

S. Gómez Ramírez<sup>1</sup>, A. Ferro Expósito<sup>1</sup>, J. Espada Muñoz<sup>1</sup>, R. Martín Morales<sup>1</sup>, M. De Haro Liger<sup>2</sup>, A. Hidalgo Conde<sup>1</sup>, J. Rodríguez Andreu<sup>2</sup> y P. González Santos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Sección de Reumatología. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

**Objetivos.** La Enfermedad de BehVet (EB) es una vasculitis sistémica de expresión clínica y curso muy variables, dependiendo del pronóstico del espectro clínico. El objetivo de este trabajo es conocer la expresión clínica de la enfermedad en nuestro medio con objeto de mejorar la asistencia a este grupo de pacientes.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de 22 pacientes con diagnóstico de EB según los criterios del Grupo Internacional de Estudio para la EB. Se recogieron datos demográficos, manifestaciones clínicas y resultados del test de patergia y pruebas analíticas a lo largo de la evolución.

**Resultados.** Se incluyeron 22 pacientes (7 hombres y 15 mujeres, edad 27-63 años). Frecuencia de manifestaciones clínicas: aftas orales 100%; genitales 86,4%, afectación cutánea 86,4%; ocular 77,3%; articular 68,2%; neurológica 50%; gastrointestinal 22,7%; vascular 9,1%; epididimitis 4,5%; cardíaca 0%; manifestaciones generales: 59,1%. La edad media al debut fue de 26 años (presentación juvenil en 4 pacientes, tardía en 3), siendo el primer síntoma más frecuente las aftas orales (31,8% de los casos), se-

guido de las bipolares (22,7%), artritis (18,2%), uveítis y manifestaciones neurológicas (9,1% ambas). Un 45,5% de los pacientes reunió criterios diagnósticos en el primer año tras el debut, y un 27,3% en los 4 siguientes. La prevalencia de formas graves -pérdida de agudeza visual o secuelas neurológicas limitantes- es del 36,4%, sin diferencias significativas por sexo ni edad de presentación. El test de patergia fue positivo en el 60% de los casos en que se realizó, el HLA B51 en 54,5%, los ANA en 23,8%, los ACA en 21,4% y el FR en 0%. Más de la mitad de los pacientes eleva reactivantes de fase aguda durante las exacerbaciones.

**Discusión.** A diferencia de lo descrito en la literatura, en nuestra serie la EB es más frecuente en mujeres (relación V/M = 1/2), y no hay relación entre gravedad y sexo o edad de presentación. El período entre debut y diagnóstico es mayor de 5 años en más del 25% de los casos. El test de patergia, que a menudo se obvia, es positivo con una frecuencia superior a la de otras series y su uso generalizado podría acelerar el diagnóstico en los BehVet incompletos.

**Conclusiones.** En nuestro medio la EB no es más frecuente ni más grave en hombres. El uso del test de patergia en el diagnóstico no debe desestimarse. Los pacientes que no reúnen criterios diagnósticos deben tener un seguimiento periódico especializado.

#### V-140

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL NEUROBEHÇET EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

S. Gómez Ramírez<sup>1</sup>, A. Ferro Expósito<sup>1</sup>, R. Martín Morales<sup>1</sup>, J. Espada Muñoz<sup>1</sup>, A. Hidalgo Conde<sup>1</sup>, M. De Haro Liger<sup>2</sup>, J. Rodríguez Andreu<sup>2</sup> y P. González Santos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Sección de Reumatología. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

**Objetivos.** El pronóstico de la enfermedad de BehVet (EB) depende del espectro clínico siendo la afectación neurológica una de las principales causas de morbilidad y discapacidad. La cefalea es una manifestación frecuente en la EB aunque no se ha demostrado una relación con la afectación inflamatoria del sistema nervioso. El objetivo de este trabajo es conocer las características clínicas de la enfermedad neurológica en la EB en nuestro medio con objeto de mejorar la asistencia a este grupo de pacientes.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo sobre 22 pacientes con diagnóstico de EB según los criterios del Grupo Internacional de Estudio para la EB. Se registraron las manifestaciones neurológicas y resultados de las pruebas de imagen a lo largo de la evolución.

**Resultados.** El 50% de los pacientes (5 hombres, 6 mujeres) han presentado afectación neurológica. Los 11 pacientes han desarrollado la forma parenquimatosa de la enfermedad. En 6 casos la evolución ha sido monofásica, en 3 recurrente y en 1 progresiva. La edad media de presentación fue de 36 años, constituyendo el debut del BehVet en el 9,1% de los casos. El desarrollo de neurobehVet es más frecuente entre los pacientes que han presentado cefalea (75% vs 20%, p: 0.01, Test Exacto de Fisher). El perfil clínico de la cefalea es vascular en la mayor parte de los casos con y sin afectación neurológica. La RMN cerebral fue normal al debut del neurobehVet en el 72,8% de los casos.

**Discusión.** En nuestro medio la afectación neurológica tiene una prevalencia mayor a la esperable, constituye con frecuencia el debut, se precede de cefalea en la mayoría de los casos y puede presentarse con resonancia normal.

**Conclusiones.** La EB debe tenerse en cuenta en el diagnóstico del paciente con manifestaciones neurológicas y pruebas de imagen inicialmente normales. La cefalea no debe considerarse un síntoma menor en la EB; debe interrogarse al paciente sobre su presencia y realizarse una evaluación neurológica periódica a aquellos que la presenten.

#### V-141

### EFFECTOS DEL TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL-ALFA SOBRE EL METABOLISMO FÉRRICO EN PACIENTES CON ARTRITIS INFLAMATORIA CRÓNICA

S. Gómez Ramírez<sup>1</sup>, M. Gallego Blázquez<sup>1</sup>, A. Cobos Díaz<sup>2</sup>, A. López Ruiz<sup>1</sup>, A. Ferro Expósito<sup>1</sup>, T. Moreno García<sup>1</sup>, R. García Portales<sup>3</sup> y P. Valdivielso Felices<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Análisis Clínico, <sup>3</sup>Sección de Reumatología. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

**Objetivos.** La anemia que con frecuencia acompaña a las artritis inflamatorias crónicas (AIC) impacta negativamente en la calidad de vida de estos pacientes. El factor de necrosis tumoral-alfa (TNF-α) interviene en la fisiopatología de la anemia de trastornos crónicos. El objetivo de este trabajo es analizar el efecto de los Anti-TNF sobre el metabolismo férrico y la secreción de eritropoyetina (EPO) en los pacientes con AIC.

Tabla 1 (V-141). Evolución de los parámetros hematimétricos

	Basal	3 meses	p
Hb (g/dL)	13.7 ± 1.8	13.8 ± 1.9	1.000
HCM (pg)	29 ± 3	29 ± 3	0.609
VCM (fL)	88 ± 9	89 ± 9	0.178
Índice Eritropoyetina observada/esperada	1.31 ± 1.16	1.20 ± 0.96	0.309
Hierro (mcg/dL)	82 ± 31	88 ± 40	0.469
Transferrina (mg/dL)	246 ± 40	257 ± 48	0.039
IST (%)	24 ± 9	26 ± 13	0.438
Ferritina (mcg/L)	99 ± 96	75 ± 71	0.012
Índice sTfR/log ferritina	1.07 ± 0.56	1.29 ± 0.88	0.068

**Material y métodos.** Estudio prospectivo sobre 17 pacientes (10 mujeres, 7 hombres; 45 ± 13 años) con AIC (7 artritis reumatoide, 4 espondilitis anquilopoyética, 6 artritis psoriásica) que iniciaban tratamiento con anti-TNF (10 Adalimumab, 5 Etanercept, 2 Infliximab). Se realizó hematimetría y se determinaron parámetros inflamatorios, del metabolismo férrico y EPO al inicio y a los 3 meses de tratamiento. La actividad de la enfermedad se estimó mediante los índices DAS-28 en las artritis, y BASDAI y BASFI en la espondilitis.

**Resultados.** A los tres meses de tratamiento se observó una mejoría clínica y del estado inflamatorio (reducción de DAS-28, BASDAI, BASFI, VSG y PCR). Sin embargo no hubo cambios significativos en los parámetros del metabolismo férrico, excepto por un aumento de la transferrina y una disminución de la ferritina, ambos reactantes de fase aguda (Tabla 1. Test de rangos de Wilcoxon). Tampoco hemos encontrado una mejoría en la disponibilidad de hierro para la eritropoyesis (persisten ferritina baja a los 3 meses en 47% de los casos, IST bajo en 29%, índice receptor transferrina/ferritina alto en 29%) ni en la secreción de EPO (índice eritropoyetina observada/esperada < 0.8 en 53%).

**Discusión.** A priori era esperable que el tratamiento con anti-TNF mejorase la secreción de EPO y la disponibilidad de hierro para la eritropoyesis. En nuestra serie no se observa tal efecto, lo que podría explicarse por la persistencia del estado inflamatorio reflejado por los niveles patológicos de PCR (> 5 mg/L en más de la mitad de los pacientes tras el tratamiento).

**Conclusiones.** En nuestra serie, el tratamiento de las AIC con anti-TNF no mejora a corto plazo la disponibilidad de hierro para la eritropoyesis ni la secreción de EPO, posiblemente debido a la persistencia de cierto grado de estado inflamatorio. Son necesarios estudios más amplios y prolongados para determinar si los anti-TFN son capaces de mejorar las alteraciones de la eritropoyesis que acompañan a las AIC.

#### V-143

### METÁSTASIS ÓSEAS DISEMINADAS (CAPTACIÓN GAMMAGRÁFICA EN "SUPERSCAN")

M. Sancho Zamora<sup>1</sup>, M. Orduña Díez<sup>2</sup> y M. Rioja Martín<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Cuidados Paliativos, <sup>2</sup>Medicina Nuclear. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

**Objetivos.** Las metástasis óseas son frecuentes en muchas neoplasias en situación avanzada. La gammagrafía ósea (GO) continua siendo una técnica muy útil para su diagnóstico, por su alta sensibilidad y capacidad para explorar todo el esqueleto de una sola vez. Pueden detectarse lesiones focales solitarias o múltiples, fotopénicas, de partes blandas, reacción de llamarada y patrón normal (falso negativo). La afectación difusa y global del esqueleto, "patrón superscan" (SC), es relativamente rara, y se ha descrito en cáncer de próstata, mama, pulmón, estómago, vejiga, linfoma y SNC. **Objetivo:** Describir en qué tumores y con qué frecuencia relativa se presenta SC en los pacientes estudiados en nuestro centro. Determinar la posible utilidad de captación SC como criterio para considerar la inclusión en un programa de cuidados paliativos de estos pacientes.

**Material y métodos.** De la base de datos informática del hospital se tuvo acceso a un listado de todas las GO con diagnóstico SC realizadas entre el 01/01/2000 y el 31/12/2008. Se consultaron las historias clínicas y se seleccionaron aquellas con diagnóstico de cáncer, excluyéndose las que tenían algún diagnóstico de enfermedad metabólica ósea. Se registraron datos epidemiológicos relativos al sexo, edad, tipo de tumor, fecha de diagnóstico, fecha de la GO y del fallecimiento en los pacientes en los que se tenía constancia.

**Resultados.** De todas las GO realizadas en el período analizado 93 fueron SC (78 pacientes). Fueron excluidos 10 por enfermedad metabólica ósea o neoplasia de origen no filiado. De los 68 pacientes seleccionados, 48 (70,6%) eran varones con edad media 69,2 (16-91) años y 20 (29,4%) mujeres con edad media 55,1 (36-78) años. Los tipos de tumor y número de pacientes diagnosticados fueron: Próstata, 32 (43,2%); mama, 18 (24,3%); pulmón, 7 (9,5%); vejiga, 4 (5,4%); C y C, 2 (2,7%); estómago, 2 (2,7%);

carcinoide, 1 (1,4%); SNC, 1 (1,4%); riñón, 1 (1,4%). El tiempo medio desde el diagnóstico de cáncer hasta la GO en SC fue de 35,7 meses (0-210): En el de próstata, 22,7 (0-159); en el de mama 73,4 (0-210) y en el de pulmón 10,4 (0-67). Presentaron SC 39 (57,4%) pacientes en la primera GO que se les realizó. En el momento del estudio se tenía certeza del fallecimiento de 33 pacientes. En éstos, la supervivencia media en meses desde el diagnóstico de cáncer fue de 28,9 (0-167): En el de próstata, 35,2 (0-167); en el de mama, 31 (0-95); en el de pulmón, 4,3 (0-11). La supervivencia media desde la GO en SC fue de 6,5 (0-55) meses: En el de próstata, 10,4 (0-55); en el de mama, 5,1 (0-13); en el de pulmón, 2,8 (1-5). Un total de 17 pacientes (51,5%) falleció antes de 6 meses tras el diagnóstico de SC, siendo éste el diagnóstico inicial de enfermedad metastásica ósea en 11 de ellos (64,8%).

**Discusión.** No hemos encontrado una serie similar de casos en nuestro medio. Sin embargo, constatamos que se trata de un tipo de patrón gammagráfico relativamente raro. Soloway (1988), Imai (1991) y otros autores han estudiado la supervivencia del cáncer de próstata en función de la afectación metastásica en la GO (EOD). Nuestro trabajo pretendía conocer si el SC puede servir de herramienta para la inclusión de los pacientes en un programa de cuidados paliativos, en el caso de asociarse a supervivencia limitada. No se consideraron las causas específicas de fallecimiento ni el tratamiento recibido antes o después del diagnóstico de SC.

**Conclusiones.** 1) Las neoplasias más frecuentes en las GO realizadas con diagnóstico SC fueron las de próstata, mama y pulmón. 2) Registramos dos casos de tipos de tumor (laringe, y carcinoma de células basaloideas de mandíbula) de los cuales no se tenía constancia de captación gammagráfica según este patrón. 3) La supervivencia tras el SC fue variable de unas neoplasias a otras y dentro de un mismo tipo; sin embargo, y especialmente en tumores distintos al de próstata y mama, los pacientes con SC tuvieron supervivencias de pocos meses. Por tanto, estimamos que la captación en SC en pacientes con cáncer puede servir de apoyo a la hora de decidir su inclusión en programas de cuidados paliativos.

#### V-144

### OMEPRAZOL COMO CAUSA DE HIPOMAGNESEMIA SEVERA

R. Labra González, E. Sánchez Maganto, V. Cano Llorente, M. Díaz Sotero, P. Toledano Sierra, M. Martín-Toledano, A. Sánchez Castaño y J. Largo

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

**Objetivos.** Los inhibidores de la bomba de protones son los fármacos de uso más común en el alivio de los síntomas en la enfermedad por reflujo gastroesofágico y la úlcera péptica al inhibir de forma potente todas las fases de la secreción de ácido gástrico. La absorción gástrica del magnesio al igual que la de otros iones como el calcio, es óptima en presencia de un pH ácido, pero está disminuida en pacientes con aclorhidria, lo que puede dar lugar a déficits minerales, especialmente en pacientes con tratamientos prolongados con inhibidores de la bomba de protones. Presentamos 2 casos con hipomagnesemia secundaria al tratamiento con omeprazol.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, retrospectivo de las historias clínicas de 2 pacientes con síntomas de afectación neuromuscular a los cuales se les detectó hipomagnesemia secundaria al tratamiento prolongado con omeprazol.

**Resultados.** Caso 1. Mujer de 62 años con antecedentes patológicos de HTA, DM tipo 2, dislipemia, EPOC, ACVA hemisférico derecho con hemiplejía izquierda residual y litiasis renal. Seguía tratamiento con Omeprazol desde hacía años a dosis de 20 mg diarios. Ingresó con cuadro de intensa debilidad muscular, convulsiones y agudización de su insuficiencia respiratoria. Bioquímica: Mg < 0,20 mg/dL (valores normales 1,90-2,50), Ca corregido 6,2 mg/dL (valores normales 8,4-10,2), P 4,1 mg/dL (valores normales 2,5-4,5). Responde adecuadamente tras suspensión de Omeprazol y reposición de magnesio, sin precisar aporte de Mg al alta. Caso 2. Varón de 61 años con antecedentes patológicos de HTA, DM tipo 2, dislipemia, cardiopatía

isquémica, estenosis carotídea izquierda con colocación de stent y cirugía de revascularización coronaria. Seguía tratamiento con Omeprazol a dosis de 20 mg diarios. Consulta por presentar parestias periorales y en miembros desde unos días después del alta tras cirugía de revascularización coronaria. Bioquímica: Mg < 0,20 mg/dL (valores normales 1,90-2,50), Ca corregido 5,04 mg/dL, P 5,1 mg/dL. Inicialmente se interpreta como una alteración electrolítica en el seno del postoperatorio tras circulación extracorpórea. Sin embargo, al intentar suprimir los suplementos de magnesio varios meses tras la cirugía, los niveles disminuyeron de nuevo de forma severa, normalizándose al suspender el tratamiento con omeprazol.

**Discusión.** Los inhibidores de la bomba de protones constituyen un tratamiento eficaz de la enfermedad por reflujo gastroesofágico y la úlcera péptica al actuar sobre la enzima H<sup>+</sup>-K<sup>+</sup>-ATPasa favoreciendo así la inhibición de la secreción ácida gástrica. La aclorhidria presente en pacientes que han recibido tratamiento prolongado con estos fármacos puede dar lugar a una absorción gástrica deficiente de grasas, minerales y vitaminas. Nuestros pacientes recibían tratamiento con omeprazol de forma crónica. Ninguno de ellos era alcohólico ni tomaba tratamiento con diuréticos ni otros fármacos o tóxicos relacionados con la hipomagnesemia. Al ingreso presentaban niveles bajos de magnesio con hipocalcemia secundaria lo que explica la clínica neuromuscular que motivó la consulta en ambos casos. Los niveles de magnesio en orina estaban disminuidos (< 1 mg/dL en los dos casos). Los niveles de PTH eran normales, 34,61 pg/mL en el caso 1 y 16,57 pg/mL en el caso 2 (valores normales 10,00-65,00) y la 25-hidroxivitamina D estaba disminuida, 7,7 ng/mL y 6,1 ng/mL respectivamente (valores normales 20-100 ng/mL). El caso 1 presentaba déficit de vitamina B12 probablemente secundario a una deficiencia de factor intrínseco en el seno del tratamiento con omeprazol. En los dos casos los niveles de magnesio permanecieron normales tras la suspensión del tratamiento con omeprazol. Los niveles de calcio fueron normales tras la recuperación de los niveles de magnesio. Los pacientes presentaron una buena evolución con desaparición de la clínica al alta.

**Conclusiones.** El tratamiento crónico con omeprazol puede dar lugar a alteraciones electrolíticas severas como la hipomagnesemia con repercusión clínica importante.

#### V-145

#### **DÉFICIT DEL C1- INHIBIDOR. PRESENTACIÓN DE 4 CASOS CLÍNICOS B. Martínez López<sup>1</sup>, C. Andreu<sup>2</sup>, F. López García<sup>1</sup>, M. Santa-Olalla<sup>1</sup>, I. Sánchez Rodríguez<sup>1</sup> y R. Hernández Ros<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Alergología. Hospital de la Agencia Valenciana de Salud Vega Baja. Orihuela (Alicante).

**Objetivos.** El déficit de C1- inhibidor es un raro síndrome que produce episodios de angioedema debido a la activación incontrolada de la vía clásica del complemento. Puede afectar a la piel, abdomen y vías respiratorias superiores. Se describen principalmente 2 tipos: hereditario y adquirido. El diagnóstico de confirmación se da por unos niveles antígenicos bajos de C1- inhibidor o de la actividad funcional de C1-inhibidor.

**Materiales y métodos.** Revisión de las historias clínicas de 4 pacientes con déficit de C1-inhibidor.

**Resultados.** Caso 1. Mujer de 28 años con antecedentes de episodios recurrentes de angioedema desde la infancia, localizados principalmente en manos, pies y periné; y de forma aislada en faringe. También presentan angioedema de repetición su madre, tía materna y primo. Ingresó por dolor en hemiabdomen inferior y epigastrio y edemas localizados y migratorios. La exploración física y analítica de sangre y orina fueron normales. Se le realizó una ecografía abdominal y pélvica que mostró una pequeña cantidad de líquido libre intraperitoneal en hemiabdomen superior y sobretodo en pelvis, y un TAC abdomino-pélvico posterior que no reveló hallazgos significativos. Fue valorada por cirugía que descartó abdomen agudo. Posteriormente, se solicitaron los niveles de complemento, de C1-inhibidor y del C1-inhibidor funcional, obteniéndose una determinación de C3 y C4 normales, una deficiencia de C1- inhibidor junto con una disminución de su actividad funcional. La evolución fue favorable tras el inicio del tratamiento médico con estanozolol, sin nueva recurrencia clínica. Caso 2. Mujer de 50 años con historia de crisis recurrentes de angioedema y de dolor abdominal desde la infancia. Hija diagnosticada de déficit de C1-inhibidor. Se le solicitaron los niveles de complemento, además de los niveles y actividad de C1-inhibidor, obteniéndose valores normales de C3 junto con C4 disminuido y déficit de C1-inhibidor y de su actividad funcional. La evolución ha sido satisfactoria sin necesidad de tratamiento profiláctico. Caso 3. Mujer de 44 años que desde su infancia presenta episodios intermitentes de angioedema predominantemente en miembros superiores. Hermana y sobrina con déficit de C1-inhibidor e hijo con clínica similar. Se confirmó el diagnóstico mediante la determinación de unas cifras bajas de C1-inhibidor y de su actividad funcional. Su evolución favorable sin necesitar tratamiento sintomático. Caso 4. Varón de 9 años con antecedentes de madre, tía materna y prima con

déficit de C1-inhibidor. Desde los 5 años presenta episodios recidivantes de angioedema en diversas localizaciones, sobretodo en miembros inferiores. Se confirmó el diagnóstico de déficit de C1-inhibidor tras la realización de analítica. No ha requerido por el momento tratamiento sintomático.

**Discusión.** El diagnóstico de una deficiencia de C1-inhibidor se sospecha por la historia de crisis recurrentes de angioedema y de dolor abdominal. En los 4 casos presentados, los síntomas aparecieron al inicio de la vida, acompañándose de una historia familiar. El fenotipo es muy variable incluso en miembros de una misma familia y la gravedad y frecuencia de la clínica no se correlaciona con los niveles de C1-inhibidor. Las crisis agudas de dolor abdominal simulan una urgencia quirúrgica, de ahí la importancia de realizar un diagnóstico diferencial entre ambas patologías, ya que pueden conducir a errores en la actitud terapéutica. Está indicado tratar los ataques agudos cuando exista edema laríngeo o síntomas severos en otras localizaciones. Es importante conocer que las crisis no responden con esteroides, antihistamínicos o adrenalina. En los pacientes con más de un ataque al mes y/o un único episodio de edema de glotis, se realiza una profilaxis a largo plazo con andrógenos atenuados que son de elección en las formas hereditarias tipo I y II excepto en niños y embarazadas, donde están indicados los antifibrinolíticos.

**Conclusiones.** El diagnóstico presuntivo viene dado por episodios repetidos de angioedema. Su confirmación precisa de la determinación analítica de bajos niveles antígenicos de C1-inhibidor o de la actividad funcional del mismo.

#### V-146

#### **CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES: EL TUMOR DEL INTERNISTA M. Hernández Ros, M. Santa-Olalla González, I. Sánchez Rodríguez, B. Martínez López, C. Jiménez Guardiola, I. González Cuello, F. López García y J. Gregori Colomé**

Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Agencia Valenciana de Salud Vega Baja. Orihuela (Alicante).

**Objetivos.** El hipernefroma o carcinoma de células renales ha sido considerado clásicamente como "el tumor del internista" debido a su crecimiento relativamente lento, que permitía el diagnóstico cuando el paciente presentaba síntomas locales, síntomas derivados de las metástasis o por la expresión de un síndrome paraneoplásico. Desde la generalización de las pruebas de imagen (TC y ecografía) cada vez es más frecuente el diagnóstico en pacientes asintomáticos. Presentamos todos los casos de carcinoma de células renales diagnosticados en nuestro Hospital en los años 2007 y 2008.

**Materiales y métodos.** Revisión de las historias clínicas de los pacientes diagnosticados en nuestro Hospital de carcinoma de células renales, durante los años 2007 y 2008.

**Resultados.** Se diagnosticaron un total de 16 casos de carcinoma de células renales. El 75% de los casos (12 pacientes) fue diagnosticado en el Servicio de Medicina Interna y el resto en el Servicio de Urología. El rango de edad en el momento de diagnóstico fue de 38-88 años (mediana de edad: 71 años). 10 casos se presentaron en mujeres (62.5%) y 6 en varones. La forma clínica de presentación más frecuente fue: dolor abdominal (50%), hematuria (25%), anorexia (25%) y pérdida de peso (12.5%). La triada clásica formada por hematuria, dolor abdominal y sensación de masa abdominal sólo se presentó de forma completa en 1 paciente. No hubo clínica de nueva aparición de hipertensión arterial, policitemia o fiebre. En todos los casos se demostró masa renal con pruebas de imagen (ecografía y/o TC). En el 31.25% de los casos el diagnóstico fue incidental, al realizar pruebas de imagen por otros motivos. Sólo 2 casos presentaron afectación metastásica al momento del diagnóstico. La alteración analítica más frecuente fue la anemia (43.75%). 5 pacientes presentaron alteraciones leves de la función renal; 3 mostraron elevación de reactantes de fase aguda; 2 pacientes cursaron con hipercalcemia; y un único caso presentó afectación hepática con hipertransaminasemia. Se realizó diagnóstico histológico en 11 casos. Los tipos histológicos más frecuentes fueron: adenocarcinoma de células claras (43.75%), cromóforo (12.5%), oncocitoma (6.25%) y papilar (6.25%). El tratamiento de elección fue la cirugía radical del tumor que se realizó en 10 casos. En los 6 casos restantes se desestimó la cirugía por la situación basal del paciente y el alto riesgo quirúrgico.

**Discusión.** Según la literatura, el carcinoma de células renales es más frecuente en varones entre 60-70 años. En nuestra serie, se han dado más casos en mujeres, con una mediana de edad de 71 años. Los síntomas que se le atribuyen habitualmente a este tumor son bastante inespecíficos, siendo común que se realice el diagnóstico en los servicios de Medicina Interna, tal como refleja nuestra serie, ya que la triada clásica de presentación urológica es poco habitual. Cabe destacar que casi un tercio de los casos se han diagnosticado en pacientes asintomáticos. La histología más habitual es el adenocarcinoma de células claras, coincidiendo con la bibliografía consultada. El tratamiento de elección es quirúrgico.

**Conclusiones.** El internista debería incluir este tumor en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal, el síndrome constitucional o la anemia a estudio, generalizando la realización de una prueba de imagen abdominal.

**V-147**

#### **RESERVA PANCREÁTICA EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS Y SU RELACIÓN CON LA HbA1C**

**F. Álvarez de Miguel, C. Gómez Cuervo, M.de Castro Martínez, B. Otero Perpiñá, A. Moreno Fernández y J. Medina Asensio**

*UPPAMI-Medicina Interna. Hospital 12 de Octubre. Madrid.*

**Objetivos.** Estudio del control glucémico a través de la hemoglobina glicada en un grupo de diabéticos tipo 2 y de la relación de la misma con la reserva pancreática, medida a través del péptido C en ayunas.

**Material y métodos.** Estudio observacional de 109 pacientes que han acudido a nuestro servicio entre 2007 y 2008. Se evaluaron entre otras variables, la edad y el sexo, el péptido C en ayunas y el control de la diabetes mediante la Hb1Ac. Los resultados se presentan como media y desviación típica para las variables cuantitativas y frecuencias relativas y absolutas para las variables cualitativas. Los datos se analizan mediante el programa R-Sigma, empleándose la t-Student para la comparación de medias y el Ji-cuadrado para la comparación de proporciones.

**Resultados.** La población presenta una edad media de  $71 \pm 12,2$  años, el 46% son varones, el tiempo medio de evolución de la diabetes es de  $15 \pm 10,5$  años. La HbA1c media es de  $7,6 \pm 2,03\%$ . El péptido C medio es de  $2,94 \pm 1,98$  ng/mL. Distribuimos los pacientes en dos grupos en función de su péptido C: aquellos con cifras superiores a 2 frente a los que presentan valores menores, los primeros presenta cifras menores de HbA1c ( $7,24$  vs  $8,23$   $p < 0,05$ ), menos años de evolución de ( $10,42 \pm 10,26$  vs  $19,07 \pm 9,47$   $p < 0,05$ ) y un menor uso de insulina ( $92\%$  vs  $34\%$   $p < 0,001$ ).

**Discusión.** El primer fenómeno etiopatogénico de la diabetes tipo 2 es la aparición de resistencia frente a la acción de la insulina en los tejidos periféricos (fundamentalmente hígado, músculo esquelético y tejido adiposo). Posteriormente, y entre otros factores por la acción tóxica de la hiperglucemia mantenida, cuando se produce una disfunción de la célula beta y la caída en la producción de insulina. En nuestra serie, los pacientes con mejor función pancreática (medida a través del péptido C) llevan menos tiempo de evolución de la enfermedad y tienen un mejor control glucémico.

**Conclusiones.** Ello podría indicarnos que la pérdida de función pancreática dificulta el control de la enfermedad con todas las implicaciones clínicas que ello conlleva.

**V-148**

#### **FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN UN GRUPO DE DIABÉTICOS Y SU RELACIÓN CON LA RESERVA PANCREÁTICA**

**C. Gómez Cuervo, B. Otero Perpiñá, F. Álvarez de Miguel, M.de Castro Martínez, A. Moreno Fernández y J. Medina Asensio**

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

**Objetivos.** Describir los factores de riesgo cardiovascular asociados en un grupo de diabéticos tipo 2 ingresados en nuestro hospital o vistos en consulta por cualquier causa, durante los años 2007 y 2008 y la relación de los mismos con la reserva pancreática medida a través del péptido C en ayunas.

**Material y métodos.** Revisión observacional de 109 pacientes que han acudido a nuestro servicio entre 2007 y 2008. Se evaluaron entre otras variables, la edad y el sexo, la presencia de factores de riesgo clásico, incluyendo la microalbuminuria, el control de la diabetes mediante la Hb1Ac, y la reserva pancreática a través del péptido C en ayunas. Los datos se analizan mediante el programa R-Sigma, empleándose la t-Student para la comparación de medias y el Ji-cuadrado para la comparación de proporciones.

**Resultados.** Los pacientes tienen una edad media de  $71 \pm 12,5$  años, siendo el 46% varones. Presentan un tiempo medio de evolución de su diabetes de  $15 \pm 10,2$  años. El 73,3% de los pacientes son hipertensos, 51% presentan dislipemia, 37% obesidad, 25% microalbuminuria y un 13,4% son fumadores activos. Los pacientes obesos tienen valores mayores de péptido C que los no obesos ( $3,64(2,42)$  vs.  $2,41(1,59)$   $p < 0,019$ ). No encontramos diferencias significativas entre los niveles medios de péptido C en el resto de los factores de riesgo.

**Discusión.** La población estudiada presenta una edad media elevada, con un largo tiempo de evolución de su enfermedad, lo que se relaciona con un aumento de los factores de riesgo asociados. Así, nuestros pacientes presentan alta frecuencia de hipertensión y dislipemia. Por otra parte, nos

encontramos que los obesos presentan niveles más altos de péptido C respecto a los no obesos. Es conocida la asociación de la obesidad con la resistencia a la insulina. Uno de los principales mecanismos es la liberación de ácidos grasos libres (AGL) desde el tejido adiposo, de manera que los obesos tienen mayor nivel de AGL circulantes. Éstos son potentes secretagogos, compensando la resistencia con un aumento de la secreción de insulina.

**Conclusiones.** Todo lo expuesto nos justifica los niveles más altos de péptido C en el grupo de pacientes obesos.

**V-149**

#### **ESTUDIO Y CONTROL EVOLUTIVO DE PORTADORES ASINTOMÁTICOS DE POLINEUROPATÍA AMILOIDÓTICA FAMILIAR (PAF) O ENFERMEDAD DE ANDRADE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL**

**C. Nadal Martí<sup>1</sup>, T. Bosch Rovira<sup>1</sup>, L. Gil Alonso<sup>1</sup>, M. Munar-Qués<sup>2</sup> y J. Forteza-Rey Borralleras<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>*Servicio de Medicina Interna. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca (Illes Balears).*

<sup>2</sup>*Grupo de Estudio del foco balear de la PAF. Illes Balears.*

**Objetivos.** Protocolizar el estudio y control evolutivo de portadores asintomáticos de PAF en un hospital de tercer nivel de Baleares con el objetivo de diagnosticar la enfermedad en fase precoz en caso de desarrollarse.

**Material y métodos.** Material: individuos que presentan la mutación TTRVal30Met para la PAF detectada por técnica de PCR y se encuentran asintomáticos en relación a la clínica atribuida a esta enfermedad. Métodos: estudio descriptivo de portadores asintomáticos de la PAF desde diciembre/2002 hasta junio/2009 controlados en consultas externas de Medicina Interna de un hospital de tercer nivel. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, antecedentes familiares de la PAF, lugar de nacimiento, antecedentes patológicos, síntomas relacionados con la PAF, exploración física y pruebas complementarias practicadas para el seguimiento (analítica general, determinación de microalbuminuria en orina de 24 horas, ecocardiograma con estudio del sistema nervioso autónomo (SNA) valorando la variabilidad del intervalo RR con diversos estímulos físicos y farmacológicos. La persistencia de microalbuminuria y las alteraciones del SNA nos permiten detectar aquellos portadores asintomáticos que están en fase preclínica de la PAF. Se protocoliza el seguimiento de estos pacientes con una periodicidad entre 9-12 meses con posibilidad de adelantar cita si apareciesen síntomas guía. Se realiza también consejo genético integral.

**Resultados.** Se ha realizado el estudio a 12 portadores asintomáticos: 5 varones y 7 mujeres. Todos ellos presentaron la mutación TTRVal30Met y han sido heterocigotos. Edad media  $43,3$  ( $23-64$ ). Tenían familiar de primer grado afecto de PAF 6 portadores (madre 3, padre 2, hermano 1). Nacieron en Palma Mallorca 5, Consell 2, Campanet 2, Manacor 2, Barcelona 1. Pertenecían a 3 familias nucleares 6 portadores (2 hermanas, padre-hija, madre-hijo). Antecedentes patológicos: esclerosis múltiple 1, hipotiroidismo 1, HTA 2, neoplasia de colon intervenida y tratamiento posterior con quimioterapia 1. Presentaron durante el seguimiento algún síntoma que podía ser compatible con la PAF 3 portadores. La analítica básica de control durante el seguimiento fue normal en todos ellos. La determinación de microalbuminuria fue patológica en un portador (atribuido a HTA). Aunque se solicitó a todos ecocardiograma con estudio del SNA solo se practicó en uno. Se detectó HVI (2) y en el resto el ecocardiograma fue normal. En el que se realizó estudio del SNA se observó una alteración leve que requiere seguimiento. Se realizó electromiograma (EMG) en 3 portadores por referir parestesias en miembros superiores o inferiores siendo los resultados: sdr del túnel carpiano unilateral (2), polineuropatía de predominio en MMSS en relación a tratamiento previo con quimioterapia (1). A uno de los portadores se le había realizado de rutina tres biopsias rectales y una de grasa subcutánea siendo negativas. Tenían hijos 7 de los portadores, un total de 11 hijos de los cuales 5 han sido estudiados para la mutación detectando 3 portadores. La educación sobre la clínica de la PAF permitió el diagnóstico precoz en un hijo de uno de los portadores.

**Discusión.** A pesar de haber solicitado a todos los portadores ecocardiograma con estudio de SNA únicamente se ha practicado en uno el examen completo. Algunos familiares rechazaron el estudio genético. Aconsejamos el estudio genético a partir de la pubertad.

**Conclusiones.** Todos ellos presentaron la mutación TTRVal30Met y han sido heterocigotos. Es importante realizar en los portadores una educación exhaustiva en cuanto a los síntomas más prevalentes de la PAF con el objetivo de conseguir el diagnóstico precoz. Algunos portadores comentaban síntomas que podían atribuirse a la PAF aunque con el seguimiento y pruebas complementarias practicadas no se ha confirmado. Uno de los portadores estudiados podría estar en fase preclínica de la PAF. No creemos indicado realizar EMG ni biopsias de rutina.

**V-150**  
**POLIARTERITIS NODOSA CUTÁNEA (PANc) ASOCIADA A ENFERMEDAD DE CROHN (EC): REVISIÓN DE 3 CASOS**

J. Pérez<sup>1</sup>, B. Mari<sup>1</sup>, E. Sàez<sup>2</sup>, S. Calzado<sup>1</sup>, C. Tolosa<sup>1</sup> y J. Oristrell<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Anatomía Patológica. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona).

**Objetivos.** Conocer la frecuencia de PANc asociada a EC en nuestro ámbito. Análisis descriptivo de las manifestaciones clínicas, analíticas y evolutivas de estos pacientes.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva a partir de los datos disponibles en las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico histológico de PANc realizado entre enero-1998 y abril-2009 en los que se asociaba EC diagnosticada por biopsia intestinal. Se recogieron: edad, sexo, tiempo entre el debut cutáneo e intestinal, tipo y localización de lesiones cutáneas, síntomas sistémicos asociados, tratamiento, respuesta al mismo y mortalidad asociada.

**Resultados.** De los 27 casos de PANc diagnosticados 3 se asociaban a EC, 2 varones y una mujer, con un rango de edad entre 19-46 años en el momento del debut. Los nódulos subcutáneos dolorosos en extremidades inferiores estaban presentes en todos. El diagnóstico histológico con afectación de dermis profunda y panículo adiposo se confirmó en todos ellos. La asociación con enfermedad sistémica se descartó mediante estudio inmunológico negativo y ausencia de lesiones viscerales. Se asociaron artralgias en 2 casos, neuropatía periférica en 1, lesiones ulceradas en 1 y afectación cutánea de extremidad superior en 1. En 2 pacientes la PANc precedió a la EC en 7y 10 años. Ambos referían clínica abdominal intermitente de larga evolución y habían presentado previamente varios brotes cutáneos (4 y 2) resueltos con prednisona sólo o asociada a inmunosupresor (mycofenolato) en el momento del debut de la EC. La EC se localizó en dos casos en ileon terminal y válvula ileocecal, uno de ellos con extensión a colon y recto. La enfermedad cutánea permaneció inactiva durante su evolución. La evolución de la EC fue tórpida en ambos y uno de ellos falleció por colitis fulminante con peritonitis secundaria. El debut cutáneo y digestivo fue simultáneo en el tercer caso, en el que se perdió seguimiento.

**Discusión.** La PANc es una vasculitis poco frecuente que afecta arterias de pequeño y mediano calibre de la dermis profunda y panículo adiposo. La presencia de nódulos subcutáneos dolorosos localizados en extremidades inferiores con livedo reticular asociada es característica. La PANc asociada a EC con afectación colónica es clásica aunque poco frecuente, quizás infradiagnosticada por la localización típica nodular maleolar que puede confundirse con eritema nodoso o artritis, más frecuentes en la EC. La PANc podría ser una complicación inmunológica incluida en el grupo de manifestaciones extraintestinales de la EC con afectación colónica más que una asociación casual de ambas entidades. La presencia de inmunocomplejos circulantes detectada en la PANc y la EC con vasculitis intestinal inespecífica asociada sugieren una etiopatogenia común. El curso de la PANc es poco predecible con respuesta variable al tratamiento. En general su evolución recurrente en brotes, las lesiones ulceradas o la clínica sistémica asociada (poliartritis, mialgias, febrícula o neuropatía periférica) no cambia su curso benigno ni implica afectación visceral. Los cambios histológicos a nivel del tejido subcutáneo visibles en los nódulos de PANc, con afectación ocasional de nervio periférico y músculo esquelético de la extremidad afecta, permiten diferenciarla claramente de otras entidades también asociadas a la EC y otras formas de PAN. Los casos descritos en nuestra serie confirman la clínica habitual de la enfermedad, aunque no se ha podido confirmar la afectación colónica en dos casos. La mortalidad observada no puede relacionarse con la enfermedad cutánea. Por otra parte, la paciente con mayor afectación sistémica y curso cutáneo más tórpido presentó una evolución clínica más favorable.

**Conclusiones.** La asociación de PANc y EC es infrecuente y tal vez infradiagnosticada. Las características clínicas e histológicas de la PANc permiten diferenciarla claramente de otras enfermedades nodulares cutáneas asociadas a la EC. La clínica intestinal puede presentarse en cualquier momento de la evolución de la PANc, incluso en ausencia de actividad cutánea. Su curso recidivante en brotes y la presencia de lesiones ulceradas o síntomas sistémicos asociados no cambia su curso benigno.

Tabla 1 (V-151).

	1995-2008	1995-2008	2006	2007	2008	2008
Lunes	532	14,8	34	44	31	12,7
Martes	549	15,3	34	41	40	16,4
Miércoles	512	14,3	49	46	27	11,1
Jueves	489	13,6	34	49	39	16,0
Viernes	523	14,6	43	47	31	12,7
Sábado	491	13,7	36	45	32	13,1
Domingo	490	13,7	41	41	44	18,0
Totales	3586		271	313	244	

**V-151**  
**ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD DURANTE FIN DE SEMANA EN EL SERVICIO DE MIR DEL HUP**

M. Contreras Muruaga, J. Curbelo García, P. Parra Caballero, P. Sánchez Molini y C. Suárez Fernández  
 Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

**Objetivos.** 1º. Cuantificar el número de éxitos ocurridos durante los años 1995-2008 entre los pacientes ingresados a cargo de Medicina Interna (MIR) durante el sábado, domingo y compararlos con los del resto de la semana. 2º. Describir las características y asistencia recibida de los pacientes que fallecieron en fin de semana, durante 2008.

**Material y métodos.** Se cuantifican los éxitos ocurridos durante 1995-2008 y su distribución a lo largo de la semana. Se describen las características de los fallecidos en fin de semana durante 2008 (sexo, edad, estancia media), cuantificándose el porcentaje de ellos esperables (en base a estar recibiendo sedación paliativa o estar registrado en historia si PCR no RPC),% en los que no se ha pasado visita reglada durante el fin de semana,% que no ha sido valorado por su equipo responsable,% en los que se solicitó asistencia por equipo de guardia antes de su fallecimiento.

**Resultados.** Se produjeron 3.586 muertes durante el período 1995-2008 en el Servicio de MIR, distribuidas según tabla adjunta. En 2008 de los 244 éxitos, 76 (31,1%) fueron en fin de semana (52 mujeres, 24 varones). La edad media de los ingresados en MIR fue de 80,70 años, la de los fallecidos de 87 años, (87,65 años éxitos en fin de semana y 87,04 no fin de semana) y la de las altas 79,73. La estancia media de los pacientes fallecidos y que habían sido valorados por su ER fue de 10,93 días y la del servicio 10,8. El 78,9% de ellos fueron valorados por su equipo responsable y el 70% eran esperables. En el 60% se pasó visita reglada previa al éxitos durante el fin de semana, y en el 46% se solicitó asistencia por parte del médico de guardia antes del fallecimiento.

**Discusión.** A nivel nacional se ha descrito una mayor mortalidad durante los fines de semana en los servicios de MIR. Se ha sugerido que podría contribuir a ello, la prestación de una menor asistencia reglada durante este período; en nuestro servicio, donde se pasa visita por el equipo habitual uno de los dos días del fin de semana, estando el resto del tiempo a cargo del equipo de guardia, no hemos encontrado que los pacientes mueran más en fin de semana, siendo esperable el desenlace en la mayoría de los casos.

**Conclusiones.** En nuestro servicio, no fallecen más pacientes de lo esperado durante el fin de semana que durante el resto de la semana. En un alto porcentaje de los fallecidos en fin de semana el éxitos era esperable. No parece inadecuada la atención recibida por estos pacientes.

**V-152**  
**INFLUENCIA DE LOS NIVELES SÉRICOS DE ALBÚMINA EN LA EVOLUCIÓN DE PACIENTES TRAS UN ICTUS ISQUÉMICO**

S. Rodríguez-Fernández<sup>1</sup>, J. Paz Esquete<sup>2</sup>, S. Rodeiro Marta<sup>3</sup>, T. López Monteagudo<sup>1</sup>, E. Sánchez García<sup>1</sup> y J. Diéguez Paz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Medicina Preventiva, <sup>3</sup>Nutrición. Complejo Hospitalario de Pontevedra. Pontevedra.

**Objetivos.** Estudiar la influencia de los niveles de albúmina al ingreso de los pacientes con ictus isquémico en su evolución en los años posteriores.

**Material y métodos.** Estudio de cohortes históricas, observacional, descriptivo y analítico, de los pacientes ingresados en el servicio de Neurología del Complejo Hospitalario de Pontevedra (CHOP) con el diagnóstico de ictus isquémico, entre el 1 de Enero y el 31 de Diciembre de 2005. Tomamos como variable explicativa la presencia de albúmina baja (< 3.5 g/dl), y como variables resultado: mortalidad, ingresos hospitalarios y eventos vasculares.

**Resultados.** Se estudiaron 103 pacientes, con un seguimiento medio de 31,37 meses. Veintidós pacientes (21,4%) tenían hipoalbuminemia. En la tabla 1 se recogen las características basales de ambos grupos. La tabla

Tabla 1 (V-152). Características basales

	Alb normal	Alb < 3,5	p
Casos (n)	81	22	-
Sexo (H/M)	45/36	12/10	NS
Edad	70 (61,5-77)	79,5 (71-83)	0,001
Albumina	4,0 (3,7-4,0)	3,3 (3,08-3,4)	< 0,001

Tabla 2 (V-152). Resumen de las variables resultado y comparación estadística entre ambos grupos

	Alb normal	Alb < 3,5	p
Mortalidad	5 (6,2%)	3 (13,6%)	NS
Ingresos	29 (35,8%)	14 (63,6%)	0,019
Eventos (ictus/IAM/ICC)	11 (14,02%)	4 (19,57%)	NS

2 muestra la comparativa de las variables resultado. El porcentaje de pacientes que reingresaron durante el seguimiento fue mayor en el grupo con hipoalbuminemia ( $p < 0,05$ ), con riesgo relativo de 1.78 (IC95%:1,16-2,73). No se encontraron diferencias significativas en cuanto a mortalidad ni eventos cardiovasculares.

**Discusión.** La hipoalbuminemia y los problemas nutricionales se han asociado a mayor tasa de complicaciones en la fase aguda del ictus y hasta los 3-6 primeros meses. Nuestro trabajo sugiere una peor evolución también a medio-largo plazo ( $> 2,5$  años), por lo que debería prestarse atención a este aspecto en el manejo del ictus.

**Conclusiones.** Los pacientes con ictus isquémico que presentan hipoalbuminemia tienen mayor riesgo de ingresar en los 2 años posteriores, con respecto a aquellos con albúmina normal.

## V-153

### EFICACIA DE EPOETINA ALFA EN DIFERENTES PAUTAS DE DOSIFICACIÓN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA NO EN DIÁLISIS

J. Vicario Bermúdez<sup>1</sup>, A. Gascón Mariño<sup>2</sup>, E. Iglesias Quirós<sup>1</sup>, F. Lerín Sánchez<sup>1</sup>, G. Pérez Vázquez<sup>1</sup> y A. Fernández Alamán<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Nefrología. Hospital Obispo Polanco. Teruel.

**Objetivos.** Epoetina alfa corrige la anemia en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC), que todavía no requieren diálisis. El incremento de los niveles en las cifras de hemoglobina produce numerosos beneficios, incluyendo entre ellos la disminución en la aparición de anemia, así como una disminución de la morbimortalidad que acompaña a la IRC.

**Material y métodos.** Estudio observacional retrospectivo y transversal. Datos expresados en media y desviación estándar (DE). Se analizan datos de 50 pacientes (Mujeres 29/Hombres 21) con IRC (aclaramiento de creatinina 26.8 ( $\pm$  12.0)ml/min), controlados en consultas de Nefrología y Medicina Interna durante los años 2007-2008. Edad 79.5 ( $\pm$  9.1) años. Los pacientes debían llevar como mínimo un año en tratamiento estable con epoetina alfa para ser incluidos en el estudio. Los datos clínicos y analíticos se obtienen de la última revisión en consultas (Hb, urea, creatinina, aclaramiento de creatinina con orina de 24 horas, sideremia, ferritina, índice de saturación de la transferrina, albúmina, proteína C reactiva, parathormona intacta (PTH)). Etiología de IRC: nefropatía vascular 23 casos, nefropatía diabética 17, otras causas 10. Se utilizaron distintas dosis de epoetina alfa desde la de 2000 UI hasta 10000 UI. Los intervalos entre dosis se ajustaron según la respuesta eritropoyética: 9 casos cada 7 días, 7 casos cada 10 días, 17 casos cada 14 días, 1 caso cada 21 días y 16 casos con intervalo igual o superior a 30 días.

**Resultados.** La dosis media de epoetina alfa en cada aplicación fue de 5000 ( $\pm$  2873)UI, la dosis media semanal calculada 3012 ( $\pm$  2497) UI, la media de intervalo de días entre dosis 18.9 ( $\pm$  12.3) días. La hemoglobina (Hb) media de los pacientes 12.2 ( $\pm$  0.7) g/dl. Se establecieron tres grupos de pacientes para su comparación en función del intervalo de días entre dosis: A) igual o inferior a 10 días (n = 16), B) igual a 14 días (n = 17), C) superior a 14 días (n = 17). El grupo A mantenía una Hb 11.9 g/dl con dosis semanal de epoetina alfa 5202 UI; el grupo B Hb 12.3 g/dl con dosis semanal de 2882 UI; el grupo C Hb 12.4 g/dl con dosis semanal de 1082 UI ( $p < 0.0001$ , entre los tres grupos, Test ANOVA).

**Discusión.** Actualmente, se inicia tratamiento con epoetina alfa una vez por semana, vía subcutánea, cuando la hemoglobina es inferior a 11 g/dl. En los últimos años se han desarrollado nuevos agentes estimulantes de la eritropoyesis con una vida media más larga (Activador Continuo del Receptor

de la Eritropoyesis: CERA, Darbepoetín Alfa), que permiten prolongar el intervalo entre dosis. No obstante, hay cada vez más evidencias que epoetina alfa, aún con una vida media más corta, puede administrarse con intervalos más prolongados entre dosis.

**Conclusiones.** La mayor afinidad de la epoetina alfa por el receptor de la eritropoyetina permite aumentar el período de tiempo entre las dosis a administrar. Este efecto se alcanza mediante un incremento de dosis en cada aplicación de epoetina alfa.

## V-154

### DOCTOR, ¿TENGO UN LINFOMA? – ENFERMEDAD DE KIKUCHI-FUJIMOTO COMO ETIOLOGÍA DE ADENOPATÍAS

M. Santa-Olalla González<sup>1</sup>, F. López García<sup>1</sup>, M. Hernández Ros<sup>1</sup>, I. Pacheco Tenza<sup>1</sup>, J. Ruiz Maciá<sup>2</sup>, I. Sánchez Rodríguez<sup>1</sup> y B. Martínez López<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Anatomía Patológica. Hospital de la Agencia Valenciana de Salud Vega Baja. Orihuela (Alicante).

**Objetivos.** La Enfermedad de Kikuchi-Fujimoto (EKF) es una patología rara, benigna y autolimitada. Se presenta clínicamente como linfadenopatías cervicales y fiebre ocasional, lo que obliga a distinguirla de otras patologías más graves. El diagnóstico es histopatológico, realizando la biopsia del ganglio linfático afecto. Comunicamos tres casos de EKF diagnosticados en nuestro hospital.

**Material y métodos.** Revisión de tres casos diagnosticados de EKF en el Hospital Vega Baja de Orihuela (Alicante) durante el período 1998-2009. Describimos sus principales características clínicas y diagnóstico.

**Resultados.** -Caso 1: Mujer de 29 años, sin antecedentes de interés, que consulta por tumoración cervical izquierda de 3 días de evolución. Refiere además sensación distérmica, con febrícula objetivada, y sudoración nocturna las últimas semanas. A la exploración se palpa a nivel cervical una masa adenopática de 3-3'5 cm de diámetro. El estudio inicial con TC cervical y PAAF de adenopatía fueron compatibles con linfoma, por lo que se realizó biopsia urgente. La histopatología demostró linfadenitis necrotizante histiocitaria, característica de EKF. Los estudios autoinmune y serológico fueron negativos. - Caso 2: Mujer de 33 años, que presenta desde hace un mes, dos nódulos laterocervicales derechos dolorosos de aproximadamente 1 cm de diámetro, sin otra clínica acompañante. Se realiza TC cervical que demuestra varias adenopatías a nivel cervical posterior derecho. Una PAAF posterior es compatible con Linfoma No Hodgkin, pero en biopsia de confirmación se demuestra Linfadenitis de Kikuchi-Fujimoto. En estudio etiológico se obtiene una serología para Toxoplasma Ig M positiva, por lo que recibe tratamiento específico. - Caso 3: Varón de 31 años que ingresa por cuadro febril de origen desconocido de 3 semanas de evolución, con sudoración nocturna, astenia, anorexia y pérdida de peso. No antecedentes de interés. A la exploración sólo se objetiva una adenopatía supraclavicular izquierda. Los estudios de imagen (TC y PET) demostraron múltiples adenopatías mediastínicas e infradiaphragmáticas. Analíticamente destaca un pico monoclonal Ig G lambda en proteinograma, siendo la inmunofijación en suero y orina negativa. Los marcadores tumorales (incluida la beta2-microglobulina) fueron normales. Ante la sospecha de proceso linfoproliferativo se realiza biopsia ganglionar, que objetiva linfadenitis necrotizante de Kikuchi. Los estudios etiológicos fueron negativos.

**Discusión.** Los datos de esta serie coinciden con las ya publicadas en que la EKF es más habitual en el sexo femenino, con una edad media de 30 años, y que las manifestaciones más frecuentes son las adenopatías (100%), principalmente laterocervicales y supraclaviculares, y fiebre (35%). En la patogénesis se ha propuesto un mecanismo inmune desencadenado por distintos agentes (pe: VEB, VHH6, Bartonella, Brucella y Toxoplasma, como ocurre con nuestro Caso 2), aunque otros autores proponen una etiología autoinmune, considerándolo un proceso LES-like autolimitado. En las últimas series se ha demostrado su relación con el desarrollo de Lupus Eritematoso Sistémico con los años, por lo que es necesario un seguimiento evolutivo. El diagnóstico es histológico, al realizarse la biopsia del ganglio afecto. No existe tratamiento específico, sólo sintomático, resolviéndose el cuadro en entre uno y cuatro meses. Se debe hacer un seguimiento durante años ya que puede recidivar, y como hemos visto, puede evolucionar hacia procesos autoinmunes.

**Conclusiones.** La importancia del diagnóstico de esta enfermedad radica en que es una entidad benigna y autolimitada, que clínicamente mimetiza otras patologías más severas (como son: linfoma, metástasis ganglionares, adenitis tuberculosa o enfermedad de Kawasaki) que requieren un tratamiento específico y tienen peor pronóstico. Como hemos visto en nuestra serie, el cuadro clínico inicial de sospecha en los 3 casos era el linfoma, apoyado por los estudios iniciales, pero que finalmente se descartó gracias a la anatomía patológica.

### V-155 FENÓMENO DE RAYNAUD: MOTIVO DE CONSULTA...

**M. Igúzquiza Pellejero<sup>1</sup>, C. González González<sup>2</sup>, T. Matajira Chia<sup>3</sup>, M. Navarro Aguilar<sup>1</sup>, V. Garces Horna<sup>1</sup>, B.de Escalante Yangüela<sup>1</sup>, A. Marín Balvé<sup>1</sup> y J. Hortells Aznar<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Hematología y hemoterapia, <sup>3</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

**Objetivos.** Estudio epidemiológico descriptivo de una muestra de 51 pacientes que habían sido remitidos a una consulta de medicina interna de un hospital de referencia. Cuyo motivo de consulta era el Fenómeno de Raynaud. **Material y métodos.** Se seleccionaron 51 pacientes remitidos a una consulta de medicina interna, cuyo motivo de consulta consistía en cambios de coloración en regiones acras y se revisaron sus historias clínicas recogiendo datos de filiación, servicio del cual se remitían, presentación, pruebas complementarias, tratamiento y evolución.

**Resultados.** De los 51 casos revisados 45 eran mujeres y 6 hombres, la edad media fue de 49,6 ( $\pm$  14,1) años. La mayoría acudían del servicio de cirugía vascular (58%), en segundo orden de atención primaria (22%) y el resto de otros servicios (20%). La severidad fue clasificada en función de 5 variables: frecuencia, duración, presencia de dolor y/o parestasias, limitación de la actividad y presencia de lesiones tróficas. Obteniendo un total de 25 pacientes clasificados como leve, 18 moderado y en 8 severos. Tras la realización de estudio inmunario se obtuvo un total de 30 pacientes con ANAs positivos, de entre los cuales 25 presentaban un patrón moteado y 5 nucleolar. De estos se obtuvieron 13 pacientes con ENAs positivos, presentando 11 positividad para anti-Ro y anti-La, 4 con anti-Ro positivo y negatividad para anti-La, 6 con positividad para RNP, 4 con positividad para SMB, presentando una positividad también para SMA, 9 pacientes con anti-centrómero y 1 frente Scl-70. Se obtuvieron 2 pacientes con positividad para crioglobulinas. Otros datos obtenidos en nuestra serie: 10 positivos para FR, 2 anticardiolipinas positivas, 8 con ATA positivos y 7 con AMA. Respecto al resultado en el estudio capilaroscópico en 23 de ellos se objetivaron datos patológicos. Tras la obtención de las pruebas complementarias 34 fueron clasificados como Fenómenos de Raynaud Secundarios y 17 Primarios. En cuanto al tratamiento instaurado consistía en: 15 de ellos mediante medidas físicas, 17 fueron tratados con vasodilatadores periféricos como Naftidrofurolo oxalato, 18 con nifedipino y 1 con bosentan. Tras inicio del tratamiento presentaron mejoría 46 pacientes, únicamente 5 empeoramiento a pesar del tratamiento.

**Discusión.** Se presenta en población general con una prevalencia en torno 3-5%, ligero predominio en mujeres. Consiste en episodios de vasoespasmo de regiones acras, en respuesta a estímulos térmicos (frío) u otros. Característicamente se producen tres fases: palidez, cianosis y rubor. En la mayoría se trata de un fenómeno primario, aunque puede aparecer asociado a innumerables causas. Se relaciona en mayor medida a enfermedades del tejido conectivo. Por ello se deben realizar un cribado, ya que se encuentra asociado a: esclerosis sistémica (90%), lupus eritematoso sistémico (10-40%), síndrome de Sjögren (30%), miositis inflamatoria (20%) y artritis reumatoide (10-20%). El diagnóstico debe ser fundamentalmente clínico, apoyado mediante estudio de autoinmunidad y capilaroscópico. El tratamiento debe ir dirigido a evitar los factores de riesgo: el tabaquismo, la exposición al frío y algunas actividades laborales. Así como mediante medidas farmacológicas en pacientes que lo requieran, basándonos en el uso de: antagonistas del calcio (nifedipino de elección), IECAs, bloqueadores alfa-adrenérgicos (prazosin), prostanoides (Iloprost o alprostadil), inhibidores de la endotelina (bosentan), inhibidores de la fosfodiesteras (sildenafil) o antitrombóticos para mejorar la evolución previniendo el vasoespasmo y mejorando el flujo sanguíneo. Un porcentaje no desdeñable, 9,8% en nuestra serie, no mejoraron con el tratamiento instaurado o presentaron complicaciones que precisaron ingreso hospitalario y/o tratamiento más agresivos.

**Conclusiones.** El Fenómeno de Raynaud es una patología frecuentemente infradiagnosticada y aunque en la mayor parte de los casos se trata de fenómenos primarios sin mayor repercusión clínica, hay que tener en cuenta que puede estar asociada a patología autoinmune, especialmente a ES, presentándose en muchos ocasiones como síntoma inicial de estas patologías.

### V-156 PIDERMA GANGRENOSO, A PROPÓSITO DE 3 CASOS

**O. Portolà<sup>1</sup>, M. Roca<sup>1</sup>, A. Ródenas<sup>1</sup>, D. Riesco<sup>1</sup>, N. Manresa<sup>1</sup>, P. Turégano<sup>2</sup>, J. Porras<sup>1</sup> y C. Richart<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII. Tarragona.

**Objetivos.** El pioderma gangrenoso (PG) es una infrecuente pero grave afectación cutánea a menudo infradiagnosticada. Presentamos 3 casos diagnosticados en nuestro centro, 2 sin enfermedad subyacente y 2 formas recidivantes.

**Material y métodos.** CASO 1: Varón, 78 a. Hipertenso. Diabético tipo 2. Noviembre-08: lesión nodular, dolorosa y pruriginosa en zona aquilea izquierda (I) sin traumatismo previo. Recibe tratamiento (tto) tópico + analgesia oral y antibioterapia oral. Evolución tórpida, ulceración de la lesión, ingresando en S. Medicina Interna. Biopsia de lesión: úlcera inespecífica con denso tejido de granulación, zonas de microabscesificación, compatible con PG. Se inicia prednisona oral (PDN) 1 mg/kg peso/día con buena respuesta. Ambulatoriamente descenso progresivo de dosis de PDN, resolución completa a los 6 meses (m). Se descarta enfermedad subyacente. CASO 2: Mujer, 53 a. Ex-fumadora. Hipertensa. Noviembre 2007 presenta lesión eritematosa, dolorosa y pruriginosa en 1/3 medio de gemelo I que se ulcera. Con tto tópico + amoxicilina-clavulánico, presenta evolución tórpida. Ingresa en nuestro servicio. Biopsia: compatible con PG. Se inicia PDN oral (1mg/kg peso/día) con respuesta parcial. Se realiza estudio de enfermedad asociada siendo negativo. Alta al mes de ingreso, sin remisión completa. Febrero 2008: ingresa por aparición de PG múltiple, se añade Ciclosporina A (CsA) (250 mg/día), con mejoría parcial. Posteriores brotes en Mayo-08, Oct-08 y Abril-09, alguno de ellos con microtraumatismo como desencadenante. Controlada en CCEE entre ingresos, nunca en remisión completa, habiendo requerido mantener tto con CsA y dosis decrecientes-crecientes de PDN oral según evolución. Se ha descartado enfermedad subyacente. CASO 3: Varón, 67 a. Ex-fumador. Cardiopatía isquémica. Colitis ulcerosa (1996) con colectomía. Gammapatía monoclonal de significado incierto. Hipotiroidismo. Insuficiencia renal crónica (Creatinina 1,6 mg/dL). Septiembre 2004 fractura 1/3 proximal de húmero (enclavado medular), presenta lesiones cutáneas dolorosas que se ulceran en tórax. Biopsia: patrón morfológico compatible con PG. Tto con PDN oral (1 mg/kg peso/día) con resolución completa a los 8 m. Presenta recidivas de PG: Septiembre 2005, absceso en dedo 5º pie D, respuesta parcial a PDN oral, se complica con osteomielitis que requiere amputación 5º dedo y resolución del cuadro en 7 m. Junio-07, lesiones en tórax anterior similares a previas, tto con PDN oral (1 mg/kg peso/día) resolución en 8 m. Diciembre-08, oclusión intestinal por bridas, tto quirúrgico urgente. En postoperatorio presenta infección de herida quirúrgica por *P. aeruginosa*, supuración crónica, escasa respuesta a antibioterapia según Abg. Ingresa en febrero-09 en nuestro servicio para revaloración, se diagnostica de nuevo brote de PG, remisión completa con PDN oral (1 mg/kg/día) en 6m. En los 3 casos, se realiza antibioterapia según antibiograma si presencia de sobreinfección bacteriana.

**Discusión.** El PG es una dermatosis inflamatoria neutrofilica estéril, de causa desconocida, incidencia general 3-10/millón y año, puede cursar de forma recurrente. Relación mujer: varón 2:1. Nuestros 3 pacientes (p) son 2 varones y una mujer que superan el pico de incidencia descrito en literatura (20 a 50 a.). La forma de presentación de los 3 p corresponde a PG ulcerativo. Se localiza extremidades inferiores (80%), pero descrita en cualquier localización, así como complicación de heridas quirúrgicas. El diagnóstico es de exclusión, con ayuda de la anatomía patológica. En las series publicadas, 50% de pacientes presentan enfermedad asociada (10-15% colitis ulcerosa) y menos del 3% de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal desarrollan PG. Describimos un único paciente en el que existe enfermedad subyacente. Los esteroides sistémicos son el tto de elección consiguiendo remisión a los 6-12m en el 60-70% de casos, a los 3 a. en el 95%. En los casos refractarios (5-7%), otros ttos inmunosupresores están en uso, principalmente Ciclosporina A, a menudo en combinación con PDN, debiéndose controlar los efectos secundarios.

**Conclusiones.** 1. Debe descartarse enfermedad asociada a todo paciente diagnosticado de PG, aunque en la mitad de casos aproximadamente no la presentan. 2. Las formas recidivantes de PG son infrecuentes así como los casos refractarios al tratamiento. En estos pacientes, se están ensayando tratamientos biológicos.

### V-157

#### FACTORES PREDICTORES DE LESIONES DE ALTO RIESGO EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA

**E. García Lamberechts, D. Chaparro Pardo, R. Cuervo Pinto, F. Martín Sánchez, C. Fernández Alonso, J. González Armengol y P. Villaroel González-Elipe**

Urgencias. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

**Objetivos.** La hemorragia digestiva baja (HDB) es una patología con un porcentaje de ingresos significativo en los servicios de urgencias. En nuestro centro, la HDB se ingresa por lo general en la Unidad de Corta Estancia (UCE) con el fin de realizar el estudio etiológico y un plan terapéutico definitivo. Nuestro objetivo es, por tanto, documentar los factores clínicos predictores de lesiones de alto riesgo en la HDB.

**Material y métodos.** Hemos realizado un estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes con hemorragia digestiva baja ingresados en la UCE del Hospital Clínico San Carlos (HCSC) durante 2008. Se diseñó un pro-

toloco para recogida de datos obtenidos de los informes de alta de cada paciente, incluyéndose variables demográficas, antecedentes personales, variables clínicas, pruebas complementarias, el diagnóstico definitivo y el destino final. Se realizó el análisis dividiendo la muestra en 2 grupos, alto o bajo riesgo, en función del riesgo quirúrgico y la necesidad de ingreso en planta convencional: Grupo 1 de pacientes con lesiones de bajo riesgo (hemorroides, divertículos, angiodisplasia, fisura-úlceras rectal y rectitis actínica); y Grupo 2 de pacientes con lesiones del alto riesgo (tumores, colitis inflamatorias, infecciosas o isquémicas).

**Resultados.** Se recogieron un total de 109 pacientes. Con el fin de etiquetar la etiología se realizaron las siguientes pruebas diagnósticas: colonoscopias (86,4%), gastroscopias (11,8%), TAC abdomino-pélvicos (9,2%) y ecografías abdominales (5,5%). Los diagnósticos definitivos fueron: Grupo 1 (62,8%): hemorroides 57%, divertículos 21,9%, rectitis actínica 10,4%, fisura-úlceras rectal 4,7%, angiodisplasia 3,8% y pólipos 1,9% y Grupo 2 (37,2%): colitis isquémica 30,6%, cáncer 29%, desconocida 19,3%, colitis infecciosa 12,9% y enfermedad inflamatoria 8,06%. Los motivos de consulta más frecuente fueron: hematoquecia (Grupo 1: 4,2% vs Grupo 2: 24,6%), rectorragia (Grupo 1: 87,5% vs Grupo 2: 67,7%) y otra (Grupo 1: 8,3% vs Grupo 2: 7,7%). Las manifestaciones clínicas asociadas: dolor abdominal (Grupo 1: 16,7% vs Grupo 2: 49,2%;  $p = 0,001$ ), fiebre (Grupo 1: 4,3% vs Grupo 2: 17,7%;  $p = 0,031$ ), taquicardia (Grupo 1: 8,3% vs Grupo 2: 22,2%;  $p = 0,068$ ) e hipotensión (Grupo 1: 4,2% vs Grupo 2: 12,7%;  $p = 0,182$ ). Los parámetros analíticos estadísticamente significativos fueron: Leucocitosis (Grupo 1: 4,2% vs Grupo 2: 12,7%;  $p = 0,182$ ) y pH (Grupo 1: 7,40 (DE 0,02) vs Grupo 2: 7,39 (DE 0,05);  $p = 0,029$ ). Los pacientes del grupo 2 fueron más frecuentemente intervenidos quirúrgicamente (Grupo 1: 0 vs Grupo 2: 11,8  $p = 0,04$ ), tratados con antibioterapia (Grupo 1: 0 vs Grupo 2: 37,7%;  $p = 0,000$ ) e ingresados en planta convencional (Grupo 1: 12,2% vs Grupo 2: 66,1%;  $p = 0,000$ ).

**Conclusiones.** Dentro de la HDB existe un grupo de patologías de alto riesgo quirúrgico y de ingreso en planta convencional. El dolor abdominal, la fiebre y la acidosis son factores de riesgo ante una hemorragia digestiva baja. Además la hematoquecia es una presentación clínica asociada más frecuentemente a lesiones de alto riesgo que de bajo riesgo.

#### V-158

##### RESERVA PANCREÁTICA E INSULINOTERAPIA

**B. Otero Perpiñá, C. Gómez Cuervo, F. Álvarez de Miguel, M. de Castro Martínez, A. Moreno Fernández y J. Medina Asensio**  
UPPAMI Medicina Interna. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

**Objetivos.** Estudio de la reserva pancreática, medida a través del péptido C en ayunas, en un grupo de diabéticos tipo 2 y de la relación de la misma con el uso de insulina y el control glucémico en dicho grupo.

**Material y métodos.** Estudio observacional de 109 pacientes que han acudido a nuestro servicio entre 2007 y 2008. Se evaluaron entre otras variables, la edad y el sexo, el tratamiento antidiabético utilizado, el péptido C en ayunas y el control de la diabetes mediante la Hb1Ac. Los resultados se presentan como media y desviación típica para las variables cuantitativas y frecuencias relativas y absolutas para las variables cualitativas. Los datos se analizan mediante el programa R-Sigma, empleándose la t-Student para la comparación de medias y el Ji-cuadrado para la comparación de proporciones.

**Resultados.** La población estudiada presenta una edad media de  $71 \pm 12,5$  años, el 46% son varones y tiene un tiempo medio de evolución de su diabetes de  $15 \pm 10,2$  años. El 55% de los pacientes recibían tratamiento con insulina. Distribuímos a los pacientes en tres categorías en función de sus niveles de péptido C (bajo, normal y alto). Un 13,7% de los pacientes presentan niveles bajos, un 62,1% normales y un 24,2% altos. Todos los pacientes con péptido C bajo están siendo tratados con insulina mientras que los que lo tienen alto están la mayoría sólo con ADO ( $p < 0,001$ ). Si analizamos los pacientes con niveles altos de péptido C nos encontramos que aquellos que están en tratamiento con insulina reciben menos frecuentemente metformina en comparación con aquellos sin insulino terapia (14% vs 69%  $p < 0,01$ ). Estudiando al grupo de seis pacientes con péptido C alto, que recibe insulina pero no metformina nos encontramos con que dos presentan contraindicaciones (una insuficiencia renal avanzada (CICr  $< 50$  mL/min) y otro con insuficiencia hepática por cirrosis evolucionada), otro paciente estaba diagnosticado de proceso neoplásico en fase paliativa, otro de diabetes esteroidea y los dos últimos no aparecían registrados. No hallamos diferencias en el uso de los otros antidiabéticos ni en el control glucémico.

**Discusión.** La base patogénica de la diabetes tipo 2 es la aparición de resistencia a la acción de la insulina, y sólo en fases más avanzadas disminuye la secreción de insulina. El péptido C es un buen marcador de la función pancreática. En nuestra serie destaca como los pacientes con niveles bajos de péptido C requieren insulina para su control, y por el contrario aquellos con niveles altos se controlan con antidiabéticos orales, principalmente con metformina. También vemos cómo los pacientes que con péptido C alto es-

tán en tratamiento con insulina presentan alguna contraindicación clínica para el uso de antidiabéticos orales. Por todo ello el péptido C puede tener un papel como guía para el tratamiento de los pacientes diabéticos, de manera que aquellos con buena reserva pancreática podrían ser manejados con fármacos antirresistencia principalmente.

#### V-159

##### IDONEIDAD DEL INGRESO DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA

**D. Chaparro Pardo, R. Cuervo Pinto, E. García Lambrechts, C. Fernández Alonso, F. Martín Sánchez, P. Villarreal González-Elípe y J. González Armengol**

Urgencias. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

**Objetivos.** La hemorragia digestiva alta (HDA) es un motivo frecuente de consulta en un ser vicio de Urgencias requiriendo ingreso en una mayoría de ocasiones, o en su defecto, un diagnóstico precoz para evitar complicaciones severas. En nuestro hospital, frecuentemente, dichos pacientes son ingresados en la Unidad de Corta Estancia (UCE) dado que la atención continuada en dicha unidad permite un estudio más rápido de dichos pacientes y llegar al diagnóstico con mayor prontitud llegando a ahorrar al paciente y al hospital días de ingreso innecesarios. Nuestro objetivo es describir el perfil de paciente con hemorragia digestiva (HD) atendido en una UCE y valorar desde dicha descripción la idoneidad de los ingresos en dicha unidad como alternativa al ingreso en planta convencional o su manejo ambulatorio.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes con HDA ingresados en la UCE del Hospital Clínico San Carlos (HCSC) durante 2008. Se diseñó un protocolo para recogida de datos obtenidos de los informes de alta de cada paciente, incluyéndose variables clínicas, analíticas y asistenciales.

**Resultados.** Se recogieron los datos de 73 pacientes que no se distribuyeron homogéneamente por sexos siendo el 71,2% varones. La edad media fue de 74,53 años. Siendo la mediana del índice de Comorbilidad de Charlson de los pacientes analizados de 2 (1-4), como antecedentes personales de los pacientes destacaron: Hemorragia Digestiva 25(34,7%), hepatopatía 8(11,3%), antiagregados 19 (32,2%) y anticoagulados 11(18,7%). Motivo de consulta: 15(21,1%) hematemesis, 12(16,9%) vómitos posos de café, 41(55,0%) melenas y 5(7,0%) anemia. Exploración física: 30 (41,7%) dolor abdominal, 6(8,6%) fiebre, 18 (25,0%) taquicardia, 5(6,9%) hipotensión y 5(7,2%) confusional. Pruebas complementarias: hemoglobina 12,3 (DE 2,8), urea 41,75(DE 29,6), creatinina 1,1 (DE 0,4), sodio 139,2(DE 2,7), potasio 4,0(DE 0,4), leucocitos 8820,2(DE 3406,2), plaquetas 262137 DE 119746), INR 1,2 (1-3), ttpa 30 (DE 7,2), PCR 1 (0,2-5,3), lactato 1,2(0,6-2,1), ph 7,4(DE 0,03), amilasa 53,9(DE 21,4), 55(76,4%) radiografía simple, 67(93,1%) gastroscopia, 16(22,9%) colonoscopia, 1(1,4%) capsula endoscópica, ecografía y TAC abdominal. Clotest+: 8(53,3%). Diagnósticos: úlcera gastroduodenal 30 (41,1%), esófago/gastro/duodenitis 26(35,6%), varices esofágicas y angiodisplasia 3(4,1%), cáncer gástrico 1(1,4%), mallory-weiss e indeterminada 5(6,8%). Rockall 3,4 (57,8%  $> 2$ ). Forrest: III (21), IIc (3), IIb(4), IIa(2). Tratamiento (100% médico): 69 (94,5%) IBP, 26(35,6%) transfusión, 5(6,8%) antihipertensivos, 1(1,4%) vasopresores. 13(18,3%) endoscópico. Estancia mediana: 1 (1-3) días. Altas (15,2% festivos): 57 (78,1%) a domicilio (50,9% con consulta externa), 8(11,0%) traslado interno (7 a medicina y 1 a cirugía) y hospital de apoyo. Reingreso: 3(4,2%).

**Conclusiones.** En un plazo máximo de 72 horas, con una mediana de 24 horas, se llegó a un diagnóstico definitivo en la totalidad de los pacientes, con una mortalidad durante la estancia del 0% y con una baja tasa de reingresos, destacando que, debido a la actividad asistencial continuada, se dieron de alta a un 15% de los pacientes en días festivos, suponiendo por tanto un ahorro de días de ingreso y de medios al gasto sanitario del Hospital. Por tanto la UCE representa una unidad de alta resolución para pacientes con hemorragia digestiva alta con criterios determinados.

#### V-160

##### ANÁLISIS DE LA PATOLOGÍA MÉDICA DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO QUIRÚRGICO

**L. Pérez Ordoño, F. Álvarez de Miguel, O. Bisbal Pardo, A. Pérez-Jacoste Asín, C. Gómez Cuervo, E. Muro Fdz de Pinedo y J. Medina Asensio**  
Servicio de Medicina Interna. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

**Objetivos.** Analizar la prevalencia de patología médica en un servicio quirúrgico y la necesidad de solicitar interconsultas a especialidades no quirúrgicas para el manejo adecuado del paciente durante su ingreso y la asociación entre comorbilidad y aparición de complicaciones durante el ingreso.

**Material y métodos.** Estudio observacional de corte transversal en el que se incluyen 232 pacientes ingresados a cargo de los servicios de Urología,

Traumatología, Cirugía general y Cirugía vascular del Hospital 12 de Octubre. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, tipo de ingreso (urgente/programado), días de ingreso, necesidad de intervención quirúrgica, aparición de complicaciones (médica y/o quirúrgicas), comorbilidad, pluripatología, número de fármacos previos y durante el ingreso y petición de interconsulta. Los datos se analizan mediante el programa R-Sigma, empleándose la t-Student para la comparación de medias y el Ji-cuadrado para la comparación de proporciones.

**Resultados.** Los pacientes presentan una edad media de  $65,1 \pm 17$  años, siendo el 54% varones. Un 72,6% presentan comorbilidad asociada, aunque sólo cumplen criterios de pluripatología un 17% del total de pacientes. El 52,6% fueron ingresados de forma urgente. Según la gravedad un 21% de los casos fueron leves, 55% moderados y 24% graves. Requirió cirugía un 80,5%. Un 24,2% presentaron complicaciones (13,5% médicas, 2,2% quirúrgicas y 8,5% ambas). Se solicitó interconsulta a una especialidad médica en el 36,7%. Si comparamos la tasa de complicación entre pacientes sin y con comorbilidad, sin y con pluripatología y sin y con polimedición no encontramos diferencias significativas (24% vs 29% ( $p = 0,44$ ); 25% vs 38% ( $p = 0,098$ ); 21% vs 30% ( $p = 0,128$ ) respectivamente). Así mismo, se compara el porcentaje de interconsultas solicitadas entre pacientes sin y con comorbilidad, sin y con pluripatología y sin y con polimedición encontrando significación estadística (25% vs 39% ( $p = 0,042$ ); 31% vs 51% ( $p = 0,022$ ); 22% vs 43% ( $p = 0,0006$ )).

**Discusión.** Actualmente, la mayoría de los pacientes ingresados en un servicio quirúrgico son pacientes añosos y con comorbilidad asociada, como se objetiva en nuestra serie. Esto se manifiesta en la solicitud múltiples partes de interconsultas para el manejo de estos pacientes.

**Conclusiones.** Dado que consideramos que es fundamental una atención integral del paciente, atendiendo tanto a la patología quirúrgica que motiva el ingreso como al resto de factores que pueden verse descompensados por el estrés quirúrgico, creemos que es necesaria una relación más fluida entre los servicios quirúrgicos y medicina interna.

#### V-161

### ATENCIÓN DE PACIENTES CON OBSTRUCCIÓN INTESTINAL INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA

D. Chaparro Pardo, E. García Lamberechts, R. Cuervo Pinto, F. Martín Sánchez, C. Fernández Alonso, J. González Armengol y P. Villaroel González-Elipe

Urgencias. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

**Objetivos.** Describir el perfil del paciente con obstrucción intestinal (OI) atendido en una Unidad de Corta de Estancia de Urgencias (UCE).

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de una serie de casos de todos los pacientes con obstrucción intestinal (OI) ingresados en la Unidad de Corta Estancia de Urgencias (UCEU) del Hospital Clínico San Carlos de Madrid durante el año 2008. Se diseñó un protocolo para recogida de datos obtenidos de los informes de alta de cada paciente, incluyéndose variables clínicas y asistenciales.

**Resultados.** N = 131 pacientes. Mujeres 50,4%. Edad media 74,08 años (DE 12,312). Índice de comorbilidad de Charlson media 2,79 (DE 1,898), mediana 3 (2-5). Antecedentes personales: cirugía abdominal previa (n = 81; 61,8%), obstrucción abdominal previa (n = 47; 35,9%), inmovilidad (n = 17; 13%), tratamiento radioterápico previo (n = 26, 19,8%), demencia (n = 14; 10,7%). Motivo de consulta: Dolor abdominal (67,2%), estreñimiento (18,4%), vómitos (12%) y pseudodiarrea (1,6%). Datos de la exploración: fiebre (6,4%), taquicardia (12,1%), hipotensión (12,2%), confusión (11,3%). Pruebas complementarias: Análisis sangre: leucocitos 10736,06 (DE1296), hemoglobina 13,69 (DE 1,965); plaquetas 251506,59 (DE 103219), PCR 4,7008 (DE 7,5); urea 51,71 (DE 26,9), creatinina 1,2109 (DE 0,606), sodio 137,7 (DE 4,82), potasio 4,1 (DE 0,508), INR 1,23 (DE0,808), TTPA 30,48 (DE 9,099), lactato 1,93 (DE 1,32), LDH 424,59 (DE 133,617), Ph 7,41 (DE 0,77) y amilasa 57,55 (DE 22,324). Estudios radiológicos: Ra-

diografía simple (n = 120; 96%), ecografía (n = 7; 5,6%) y TAC abdominal (n = 13; 10,4%). Estudios endoscópicos: Colonoscopia (n = 25; 20,3%). Diagnósticos: al ingreso: OI delgado (n = 73, 56,2%) colon (n = 48, 36,9%) e indeterminado (n = 9; 6,9%). OI parcial (n = 106; 85,5%), total (n = 17, 13%), además se presentó un caso de perforación. Diagnóstico etiológico de OI delgado: bridas (n = 37, 49,3%), causa desconocida (n = 27, 36%), hernias (n = 6, 8%), tumores, isquemia intestinal, ileo adinámico, estreñimiento y vólvulo de ileon fueron otras causas (todas n = 1, 1,3%). Diagnóstico etiológico de OI grueso: causa desconocida (n = 25, 48,1%), cáncer de colon (n = 10, 19,2%), fecaloma (n = 7, 13,5%), Vólvulo de sigma (n = 4, 7,7%), estreñimiento (n = 4, 7,7%), divertículos (n = 1, 1,9%), dolico-colon (n = 1, 1,9%). Tratamiento: médico (n = 118, 92,2%) y cirugía (n = 10, 7,8%). Uso de Antibióticos (n = 22, 17,6%), colonoscopia descompresiva (n = 4, 3,3%), sonda nasogástrica (n = 67, 54,9%). La estancia media fue de 2,48 días (DE 1,464) mediana: 2 (1-3). Hubo 19 altas en festivos (17,1%). Las altas a domicilio fueron 90 (69,8%) e ingresaron un total de 32 pacientes (24,8%) y 7 pacientes fueron trasladados a centros de apoyo (5,4%). De los pacientes que se fueron de alta 39 (40,6%) fueron remitidos a consultas externas, y de los pacientes que ingresaron 16 (50%) fueron a servicios médicos, y 16 (50%) a cirugía general. Reingresaron durante los 30 días siguientes al alta 17 (15,7%) pacientes, 2 de ellos fallecieron en el segundo ingreso.

**Conclusiones.** La UCE puede suponer una unidad de alta resolución para pacientes con obstrucción intestinal con criterios determinados, sin embargo, la alta tasa de reingresos en los primeros treinta días, superior al 15%, hace pensar que el alta precoz no es una buena alternativa en estos pacientes salvo que se tenga absoluta certeza del diagnóstico, y de su baja probabilidad de reingreso.

#### V-162

### LA INTERCONSULTA MÉDICA EN UN SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA

A. Serrado Iglesias<sup>1</sup>, J. Torres Martínez<sup>1</sup> y J. González Ares<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Docencia e Investigación. Hospital Municipal de Badalona. Badalona (Barcelona).

**Objetivos.** Desde Octubre de 2008, los servicios quirúrgicos del Hospital Municipal de Badalona disponen de un internista consultor. Al inicio la valoración se hacía a demanda; posteriormente considerando que el 60% de los consultados padecían una fractura de fémur y considerando que dicha patología es una de las mayores causas de morbi-mortalidad en ancianos se ha actuado de forma proactiva haciendo una valoración inicial de todos los pacientes ingresados por fractura de fémur. Se ha dado respuesta también a las descompensaciones médicas de los enfermos ingresados en COT que así lo han requerido. El objetivo del presente estudio es describir los resultados de esta primera experiencia entre Octubre 2008 y Junio 2009 en una planta de 30 camas.

**Material y métodos.** El internista acude diariamente a la planta de traumatología y dispone de un dispositivo localizable. Se realizó un seguimiento y valoración de 72 pacientes recogiendo datos demográficos, datos sobre el proceso traumatológico y datos sobre la intervención del médico internista. Se dividió el tiempo en 2 períodos: 1 etapa entre Octubre 2008 y Marzo 2009, en ella el internista actúa a demanda del servicio de COT; la 2 etapa entre Abril y Junio 2009, el internista selecciona los pacientes en función de su patología de base.

**Resultados.** (ver tabla). La variable Anemia sólo se ha estudiado en la 2 etapa. Se define como  $Hb \leq 11$  g/dl post-intervención, presentándola el 82% de los casos. Únicamente el 20% ha recibido transfusión. Sólo el 10% de los pacientes se les ha prescrito tratamiento con Fe oral al alta.

**Conclusiones.** El cambio de criterio entre 1 y 2 etapa ha representado una disminución significativa en el número de visitas sin que ello vaya en detrimento del nivel de control de los pacientes. Muchas líneas se abren para mejorar la atención del anciano con fractura de fémur. Se constata un infra

Tabla 2 (V-162). Resultados

	1 etapa	2 etapa
Edad	81 años	77 años
Sexo	78% mujeres	82% mujeres
Frac femur	57%	72%
PTR	25%	25%
Otras	18%	3%
Nº medio visitas/pac ( $p < 0,01$ )	5	2,7
Visitas control ( $p < 0,01$ )	18,8%	85%
Visitas a demanda ( $p < 0,01$ )	81,3%	15%
Diagnósticos más frec.	Infección nosocomial, descompensaciones DM	Sd confusional, descompensaciones DM

tratamiento de la anemia postquirúrgica durante el ingreso y al alta, siendo esta una línea para trabajar en profundidad en el futuro.

#### V-163

### MANEJO DE LA DESNUTRICIÓN EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

A. Herrero Carrera<sup>1</sup>, I. González Negro<sup>1</sup>, C. Suárez Fernández<sup>1</sup>, N. Ruiz-Giménez Arrieta<sup>1</sup> y J. De Ulibarri Pérez<sup>2</sup>

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

**Objetivos.** Evaluar el manejo de los pacientes con riesgo de desnutrición durante su estancia hospitalaria y posterior alta del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de La Princesa.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de una muestra de 156 pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del HUP durante el período Mayo-Junio de 2009. Se realizó un screening informatizado mediante el Sistema de Control Nutricional CONUT, desarrollado por el Servicio de Nutrición del hospital, en aquellos pacientes a los que se les solicitó durante el ingreso al menos un perfil analítico básico. Este programa informatizado y por tanto aplicable a gran parte de la población hospitalizada clasifica el riesgo nutricional en bajo, moderado o de alto riesgo a partir de una puntuación otorgada en función de los niveles de albúmina, colesterol y linfocitos totales. El sistema asigna de forma automática una puntuación que varía entre 12 (desnutrición grave) a 0 (ausencia de desnutrición). Se investigó si en los pacientes con riesgo moderado-alto se instauró durante el ingreso algún tipo de suplemento nutricional; si se recogió el diagnóstico de desnutrición en el informe de alta y si se recomendó algún tratamiento.

**Resultados.** Del total de 156 pacientes recogidos, 38 no pudieron ser incluidos por la ausencia de suficientes datos. De los incluidos en el análisis (n: 118), el 49,2 por ciento presentaba un riesgo nutricional bajo (n: 58), el 41,5 un riesgo intermedio-moderado (n: 49) y el 9,3% tenían un alto riesgo nutricional (n: 11). De los 60 pacientes con riesgo moderado-alto, 18 recibieron suplementos nutricionales durante el ingreso, lo que representa un 30 por ciento. El diagnóstico de desnutrición fue mencionado en 11 informes de alta, y también a 11 pacientes les fue recomendado el tratamiento con suplementos en el momento del alta (18% del total).

**Discusión.** La desnutrición hospitalaria afecta al 30-55% de los pacientes ingresados, incrementando significativamente el tiempo de estancia media, la tasa de mortalidad y el consumo de recursos sanitarios. Las características de los pacientes que ingresan en Medicina Interna hacen que nos encontremos ante una elevada prevalencia de población desnutrida. Es necesario intervenir sobre ellos de una manera más activa, ya que una parte importante de los pacientes no reciben los suplementos nutricionales que deberían.

**Conclusiones.** Un bajo porcentaje de los pacientes ingresados en Medicina Interna con indicación de suplementos nutricionales lo reciben, mientras que el registro en los informes de alta del estado nutricional del paciente es muy deficitario.

#### V-164

### SÍNDROME DE LHERMITTE-DUCLOS. ASOCIACIÓN CON SÍNDROME DE COWDEN. A PROPOSITO DE 2 CASOS

E. Muñoz Pérez<sup>1</sup>, V. Medrano<sup>2</sup>, S. Fernández Izquierdo<sup>2</sup>, L. Pesce<sup>1</sup>, A. Belsa Candela<sup>1</sup> y R. Pascual Pérez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital de Elda Virgen de la Salud. Elda (Alicante).

**Objetivos.** Descripción de 2 casos clínicos con Síndrome de Lhermitte-Duclos, y establecer la relación existente con el síndrome de Cowden.

**Material y métodos.** Caso 1: Mujer de 34 años que acude a la consulta de Neurología por presentar cefalea holocraneal de unas 2 semanas de evolución, se acompaña de malestar general con náuseas constantes y vómitos aislados, fotofobia y sonofobia. Describe visión borrosa con episodios de bruscos de pérdida de visión binocular y reducción del campo visual. A la exploración se objetiva un llamativo edema de papila bilateral. Se decide ingreso de la paciente urgente para realización de pruebas de neuroimagen. En TAC craneal se detecta la presencia de una gran lesión hipodensa y mal definida que ocupa el hemisferio cerebeloso izquierdo, la lesión no capta contraste, desplaza la protuberancia y comprime el IV ventrículo, originando una llamativa hidrocefalia triventricular. La RMN encefálica muestra una masa en el hemisferio cerebeloso izquierdo, no encapsulada, de contorno irregular, que no realiza tras la administración de contraste sugestivas de Enfermedad de Lhermitte-Duclos. La afectación del estado general de la paciente junto con la grave y rápida disminución de su campo visual obligan a la realización sin demora de una técnica quirúrgica que restablezca

el drenaje del líquido cefalorraquídeo. La paciente mejora de forma significativa de las alteraciones clínicas que motivaron su ingreso. Permanece en la actualidad asintomática en espera de la exéresis de la masa tumoral localizada en el hemisferio cerebeloso izquierdo. Caso 2: Mujer de 26 años de edad que ingresa por dos episodios de crisis convulsiva generalizada. Como antecedentes personales la paciente fue intervenida a los 15 años de poliposis múltiple colorectal, un año previo al ingreso fue intervenida de carcinoma papilar de tiroides. La paciente refería 2 semanas previas al ingreso cefalea intensa. Se realizó TAC craneal que presentaba imagen hipodensa localizada en hemisferio cerebeloso izquierdo, de aproximadamente 3,3 por 4,7 cm. En la RMN cerebral se aprecia lesión extensa de hemisferio cerebeloso izquierdo que afecta corteza y área subcortical. Se diagnosticó de Gangliocitoma Displásico, o Anomalia de Lhermitte-Duclos. Se realizó ecografía abdominal donde se objetivó poliquistosis ovárica izquierda. Reconsiderando el caso y teniendo en cuenta los antecedentes de la paciente se estimó como probable que se tratara de un Síndrome de Cowden; se biopsió pequeñas lesiones en frente y mano que resultaron triquilemomas, lo que confirmó el diagnóstico de presunción. La paciente fue dada de alta con tratamiento antiepiléptico, pendiente de cirugía del gangliocitoma displásico.

**Discusión.** El gangliocitoma displásico del cerebelo fue descrito originalmente en 1920 por Lhermitte y Duclos. Es una entidad rara, caracterizada por ser una lesión tumoral hamartomatosa de la corteza cerebelosa que produce un efecto masa en la fosa posterior, causando síntomas de disfunción cerebelosa, hidrocefalia no comunicante y disfunción de nervios craneales. Por su crecimiento lento se suele diagnosticar alrededor de la tercera y cuarta década de la vida. Las imágenes de RNM son características. El aspecto microscópico es característica, ya que la capa granular y de célula de Purkinje son sustituidas por 2 poblaciones de neuronas displásicas. La etiología de la enfermedad es desconocida, pero en un 25% de los casos se ha descrito una asociación de la enfermedad de Lhermitte-Duclos y el Síndrome de Cowden. El síndrome de Cowden se define por la presencia de triquilemomas, papilomatosis oral, queratosis acral, pápulas faciales cutáneas, macrocefalia, cáncer de mama o enfermedad fibroquística, cáncer de tiroides, bocio multinodular, tumores o malformaciones genitourinarias, lipomas y fibromas. En el caso de nuestra primera paciente no se ha detectado hasta el momento alteraciones compatibles con el síndrome de Cowden. En el caso de nuestra segunda paciente es clara la asociación entre ambas.

**Conclusiones.** 1. El sd de Lhermitte –Duclos es una enfermedad rara, las imágenes de RNM encefálica y el aspectomicroscópico son características de la lesión. 2. Ante el hallazgo de un gangliocitoma displásico cerebeloso siempre hay que descartar la presencia de un Sd. De Cowden.

#### V-165

### MORTALIDAD DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA ALCOHÓLICA EN GALICIA. INFLUENCIA DEL SERVICIO DE INGRESO

R. Puerta Louro<sup>1</sup>, F. Fernández Fernández<sup>1</sup>, L. González Vázquez<sup>1</sup>, P. Sánchez Conde<sup>1</sup>, J. Paz Ferrín<sup>1</sup>, M. Valle Feijoo<sup>1</sup>, C. Carballeira Roca<sup>2</sup> y J. De la Fuente Aguado<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Povisa S. A. Vigo (Pontevedra).

<sup>2</sup>Servicio de Codificación. Servicio Xeral de Información e Servicios Tecnológicos. Consellería de Sanidade.

**Objetivos.** Conocer la mortalidad en función del Servicio de Ingreso del paciente en Galicia.

**Material y métodos.** Se estudiaron las características epidemiológicas, evolución y mortalidad de los pacientes ingresados en los centros hospitalarios de Galicia entre cuyos diagnósticos se incluía Abstinencia de Alcohol (AA) o Delirio por Abstinencia de Alcohol (DAA) desde 1 de Enero de 1996 al 31 de Diciembre de 2008. Los datos fueron facilitados de la base de datos del CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) de altas hospitalarias de los hospitales de agudos del Sergas y de Povisa.

**Resultados.** Se identificaron 7990 casos en (6452 pacientes). La mortalidad fue del 4,6%. Cuando el paciente ingresó en los Servicios de Medicina Interna y Psiquiatría la mortalidad fue del 3,5% y 0,2% respectivamente, menor que en el resto de Servicios como Neumología 10%, Cirugía General 10%, Digestivo 7%, Unidad de Cuidados Intensivos 6,5%, Neurología 6% y Traumatología 4,6%. La mortalidad se asoció con mayor edad (60 años vs 51 años), ingreso en UCI (6,5% vs 4%), sexo masculino (5% vs 2,3%), con una estancia media mayor (16 días vs 13 días), y con una mortalidad menor cuando el SAA fue diagnóstico principal (1,9% vs 6,2%).

**Conclusiones.** La mortalidad en pacientes con SAA es diferente según el servicio de ingreso. Los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna tienen una estancia menor (11 días) y menor mortalidad, en probable relación con el amplio conocimiento de la sintomatología y complicaciones médicas del SAA.

## V-166

**ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL SEGUIMIENTO DE 201 PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL**

**R. García Arjona<sup>1</sup>, J. Gutiérrez Zafra<sup>1</sup>, Á. García Egido<sup>1</sup>, P. Jiménez Aguilera<sup>1</sup>, J. Andrey Guerrero<sup>1</sup>, C. Asencio Méndez<sup>2</sup> y F. Gómez Rodríguez<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).

<sup>2</sup>Urgencias. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga).

**Objetivos.** Análisis de las características epidemiológicas y clínicas de un grupo de 201 pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Se elaboró protocolo de recogida de datos y se seleccionaron 201 pacientes al azar ingresados en el S. de Medicina Interna a lo largo de 6 meses.

**Resultados.** La edad media fue de 66.80 años, con una desviación estándar de 18.79. El 58% de los pacientes fueron varones y el 42% mujeres. Los antecedentes personales más frecuentes fueron la HTA (45.77%), seguida de la cardiopatía (30.85%, en primer lugar la FA con un 48.38% del total) y la DM tipo 2 (30.85%). Las pruebas complementarias realizadas con más frecuencia (excluyendo básicas como analítica general, radiografía simple y electrocardiograma) fueron pruebas microbiológicas (50.25%), ecografía (38.81%) y TAC (27.86%). Los principales diagnósticos fueron sepsis (47.26%, en primer lugar de origen respiratorio en el 67.36% del total), insuficiencia renal (33%, siendo IR aguda en el 62.60% del total) y neoplasias (21.39%, en primer lugar de origen digestivo en el 25.58% del total). El diagnóstico principal en varones fue la sepsis respiratoria (35.34%), y en mujeres la insuficiencia cardíaca (30.85%). La estancia media fue de 10.56 días, destacando un aumento sobre todo en neoplasias digestivas (16.36 días) y en neumonía nosocomial (15.25). Los tratamientos más frecuentemente pautados fueron ATB (63.18%, siendo el 74.80% del total betalactámicos), diuréticos (36.82%) y antiagregantes (32.84%). Al alta el 54.73% fue remitido para seguimiento por su MAP, el 22.39% se envió a CCEE de MI, el 14.43% a otras consultas, el 1.99% fue trasladado a otro servicio y 6.47% fue exitus.

**Conclusiones.** Nuestro servicio de Medicina Interna atiende a una población añosa, la mayoría de ella con importante y variada patología crónica de base. El diagnóstico principal es la sepsis de origen respiratorio, que en pacientes seniles y con patología concomitante la mayoría de las veces desencadena complicaciones como insuficiencia renal aguda de origen prerenal o por fallo multiorgánico así como descompensaciones de patologías crónicas fundamentalmente insuficiencia cardíaca y fibrilación auricular. A pesar de ello cabe destacar un índice de mortalidad del 6%.

## V-167

**INCIDENCIA DE EFECTOS ADVERSOS MEDICAMENTOSOS (EAM) EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN MEDICINA INTERNA**

**E. Lorenzo Serrano, M. Piedecausa Selfa, A. Aquilino Tari, N. Luquin Ciuro, C. Soler Portmann, M. López Buitrago, V. Canovas García y A. Mora Rufete**

Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Elche. Elche/Elx (Alicante).

**Objetivos.** Primario: determinar la incidencia de EAM en el servicio de Medicina Interna del Hospital General Universitario de Elche, los grupos farmacológicos responsables y los efectos que produjeron, a saber, leve (no prolonga estancia hospitalaria), moderado (prolonga la estancia al menos 1 día) o grave (exitus, incapacidad al alta). Acogemos como definición de efecto adverso todo accidente imprevisto e inesperado, recogido en la historia clínica que ha causado lesión y/o incapacidad y/o prolongación de la estancia y/o exitus, que se deriva de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad de base del paciente. Secundarios: determinar las características demográficas de los pacientes tales como sexo, edad, pluripatología (presencia de dos o más enfermedades de carácter crónico) y polifarmacia (administración de más de 5 fármacos), la afectación en la estancia media hospitalaria.

**Material y métodos.** Estudio observacional descriptivo. Revisamos un total de 799 historias correspondientes a los ingresos desde Febrero a Julio del año 2008 en el servicio de Medicina Interna. Recogemos como variable principal la aparición de EAM, el fármaco al que se atribuye, variables epidemiológicas y repercusión en la duración del ingreso. Se emplean los criterios de Beers y del proyecto ACOVE (Assessing Care of Vulnerable Elders) para definir los grupos farmacológicos de riesgo en pacientes de edad avanzada. Comparamos los datos con los disponibles a nivel nacional por el estudio ENEAS (Estudio Nacional de Efectos Adversos).

**Resultados.** Durante el período analizado se produjeron 799 ingresos de entre los cuales se detectaron 89 EAM. La prevalencia de EAM se estima en un 11.1%, siendo leves un 61.7%, por lo que no supusieron un alargamiento en la hospitalización, un 38.2% fueron moderados, produjeron al menos un día más de estancia y en ningún caso supusieron una reacción

de carácter grave. La estancia media fue de 8.61 días (respecto a 8.32 días del promedio total de ingresos). El grupo farmacológico principalmente implicado fueron los antihipertensivos (32.5%), seguido por los corticoides (16.8%), anticoagulantes/antiagregantes (12%), antibióticos (10.8%) y fentanilo transdérmico (4.81%). En el análisis de subgrupos de antihipertensivos el que produce mayores efectos adversos es el grupo de los diuréticos (48.2%), seguido por los ARA II (30%), y en similar proporción IECA, Calcioantagonistas y Nitratos, siendo el principal efecto adverso las alteraciones hidroelectrolíticas seguido por la insuficiencia renal y los episodios de hipotensión sintomática. La asociación de mayor riesgo la representan IECA/ARA II + Diurético, y Digoxina + Diurético. Respecto a los datos demográficos la media de edad se estima en 76.5 años con una distribución de sexos con predominio de mujeres, 60.6% respecto a un 39.3% de varones, con gran prevalencia de pluripatológicos (96.6%) y polimedicados (83.1%) prácticamente correlacionados.

**Discusión.** Según los estudios internacionales aproximadamente un 10% de los pacientes que ingresan en el hospital sufren un efecto adverso como consecuencia de la atención sanitaria y de ellas son evitables alrededor de un 50%. El estudio ENEAS establece la incidencia de efectos adversos en España (de carácter global, no sólo medicamentosos) en un 9.3%, de los cuales los más frecuentes son los asociados al uso de fármacos (28.7%), en su mayoría de carácter leve, siendo casi el 43% de efectos adversos evitables, en mujeres e ingresados en planta.

**Conclusiones.** Comparando los datos obtenidos en nuestro análisis nos encontramos en la media nacional de presentación de efectos adversos y en la distribución que marca el estudio ENEAS: mujeres, mayores de 65 años ingresadas en un servicio médico que presentan en su mayoría reacciones leves que no aumentan la estancia hospitalaria. Aún así debemos insistir en el porcentaje que pudieran ser evitables y tomar las medidas adecuadas para ello.

## V-168

**ANEMIA EN PACIENTES CON EPOC AGUDIZADA INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, ¿PROTAGONISTA O ACTOR SECUNDARIO?**

**J. Hergueta González, P. Chacón Testor, L. Abejón López, E. Águila Fernández-Paniagua, C. Betancort Plata, J. Barrio Gordillo, J. García de Tena y M. Rodríguez Zapata**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario. Guadalajara.

**Objetivos.** Describir la prevalencia de anemia en pacientes que ingresan por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) agudizada en un Servicio de Medicina Interna y analizar sus implicaciones clínicas.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio descriptivo de los pacientes EPOC ingresados de junio de 2008 a mayo de 2009 en un servicio de Medicina Interna por reagudización de su enfermedad pulmonar, analizando la prevalencia de anemia y sus diferentes tipos y las posibles implicaciones clínicas y pronósticas. Se revisaron los informes de alta de junio de 2008 a mayo de 2009 con diagnóstico al alta de EPOC agudizada, analizando la prevalencia de anemia así como su etiología y gravedad. También se recogieron una serie de parámetros relacionados con la actividad inflamatoria (PCR, leucocitosis, fibrinógeno), la gravedad de la EPOC según parámetros espirométricos y gasométricos y el número de reingresos por EPOC. Se excluyeron aquellos pacientes que al ingreso presentaron un sangrado activo (hemorragia digestiva, hemoptisis o hematuria macroscópica), infección crónica, enfermedades autoinmunes, hepatopatía, insuficiencia renal crónica avanzada o neoplasia.

**Resultados.** Se identificaron 170 pacientes con EPOC reagudizado en los diagnósticos al alta de los cuales 76 cumplían los criterios de inclusión, siendo 63 (82%) varones con una mediana de edad de 79 ± 12 años. El 44.7% (n = 34) presentaba anemia al ingreso, siendo la etiología más frecuente la ferropenia (50%), seguido de la anemia de causa multifactorial (35%) y de la anemia de trastorno crónico (11%). En un 70% (n = 24) de los pacientes con anemia la cifra de hemoglobina se situó entre 11 y 12 g/dL. Hemos observado que los pacientes con EPOC y anemia presentan enfermedad más grave, con menor FEV1 (50,6 ± 3,2 en EPOC con anemia vs. 54,1 ± 4,1 en no anémicos) y menor FEV1/FVC (56,5 ± 5,9 vs. 63,2 ± 4,9, respectivamente). Además, la proporción de pacientes que requirieron oxígeno domiciliario fue mayor en los pacientes con anemia (47% en EPOC con anemia vs. 31% en no anémicos) y presentan una tendencia no significativa a mayor número de reingresos (3,27 ± 0,47, vs 2,93 ± 0,55, respectivamente). No hemos observado una clara relación entre la anemia en paciente EPOC y un aumento de los marcadores inflamatorios (PCR, fibrinógeno y leucocitosis) con respecto a los no anémicos. De los 76 pacientes, tan sólo 6 pacientes (8%) recibió una o más transfusiones sanguíneas durante el ingreso.

**Discusión.** Llama la atención el alto porcentaje de anemia entre los pacientes con EPOC, representando la causa más frecuente la ferropenia, seguido de la anemia multifactorial y la anemia de trastornos crónicos, siendo el grado de dicha anemia leve en la mayoría de los pacientes. La presencia de

anemia parece relacionarse con una tendencia no significativa a una mayor gravedad de la enfermedad pulmonar, una mayor necesidad de oxígeno domiciliario y una mayor tasa de reingresos. No se ha visto que haya una mayor actividad inflamatoria en los pacientes con anemia como sugieren estudios previos lo que puede estar en relación con el escaso número de pacientes del estudio. Serán necesarios estudios con un mayor tamaño muestral para confirmar el significado clínico y pronóstico de estas variables en los pacientes que ingresan por EPOC agudizada.

**Conclusiones.** La anemia se trata de una entidad muy frecuente en los pacientes con EPOC, que debe ser tenida en cuenta en el tratamiento y seguimiento de estos pacientes ya que puede desempeñar un papel importante tanto en la gravedad de la enfermedad como en su evolución, sobre todo por la frecuencia con la que presentan agudizaciones de su EPOC que precisan ingreso hospitalario, afectando de manera drástica a su calidad de vida. Sin embargo, nuestro estudio está limitado por el pequeño tamaño de la muestra, por lo que se requieren estudios prospectivos para poder establecer las implicaciones patogénicas y pronósticas de la anemia en la EPOC y más concreto en las agudizaciones.

#### V-169

### ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DE HEMOCONCENTRADOS EN MEDICINA INTERNA

**F. Rubio Toral, L. Ceresuela Eito y P. Armario**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital de L'Hospitalet-Consorci Sanitari Integral. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).*

**Objetivos.** Estudiar las indicaciones de transfusión de concentrados de hemáties, valorando el perfil del paciente, el motivo de la transfusión así como la etiología de la anemia.

**Material y métodos.** Análisis retrospectivo de las transfusiones realizadas en el servicio de Medicina Interna durante el año 2008. Se recogieron los datos a partir del banco de sangre y se incluyeron todos los pacientes transfundidos en la planta de hospitalización de Medicina Interna. Se analiza edad, sexo, comorbilidad, hemoglobina, motivo de la transfusión y etiología de la anemia. Se valoran otros parámetros analíticos como VCM, Creatinina, filtrado glomerular estimado (FGe), Hierro, Ferritina, Fولاتos y Vitamina B12. No están incluidos paciente que por enfermedad renal avanzada sigan controles en nefrología.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 134 pacientes con una edad media de 76 años. El 57% de los mismo fueron mujeres. El 20% de los pacientes fueron transfundidos en mas de una ocasión. Se transfundieron un total de 410 bolsas de hemoconcentrados. La hemoglobina media previa a la transfusion fue de 7,2 g/dl (9.9 g/dl - 2 g/dl). El motivo de consulta mas frecuente fue la disnea en 45% de casos, astenia 30%; otros menos frecuentes fueron angor y sangrado macroscópico. La etiología más frecuente fue la ferropenia en el 56% de pacientes (siendo la causa más habitual de ésta el sangrado digestivo crónico oculto 52%), en segundo lugar consta la insuficiencia renal crónica 21% de pacientes (estos pacientes presentaban enfermedad renal en estadio III - IV, con filtrado glomerular estimado de 38ml/min). Otras etiologías menos frecuentes fueron el déficit de Vit B12, trastornos hematológicos primarios, hematurias agudas o rectorragias agudas.

**Discusión.** Se constata un elevado consumo de hemoderivados, realizándose más de una transfusion diaria en nuestro servicio. Se aprecia una elevada incidencia de anemia secundarias a sangrado digestivo crónico oculto o insuficiencia renal. Ambos procesos son tratables mediante hierro o eritropoyetina, y dado que dichas anemias aparecen de forma progresiva su detección precoz permitiría realizar un diagnóstico adecuado y una corrección de los déficit (tanto de hierro como de eritropoyetina), que reduciría el consumo de hemoderivados.

**Conclusiones.** El paciente transfundido en nuestro servicio presenta una edad media de 76 años predominantemente mujer y con anemia secundaria procesos no hematológicos centrales. El motivo de la transfusión fue mayoritariamente la disnea, con un valor medio de Hb de 7 en el momento de la transfusión. Las dos etiologías más frecuentes fueron el déficit de hierro por sangrado digestivo y la insuficiencia renal crónica, suponiendo estas dos etiologías más de la mitad de los casos.

#### V-170

### PRESENTACIÓN, ETIOLOGÍA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL DERRAME PERICÁRDICO: REVISIÓN DE DICIETE CASOS

**M. Vázquez Ronda, E. Núñez Cuerda, M. Vivas del Val, A. Vizuet Calero y F. Marcos Sánchez**

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

**Objetivos.** Se presenta una revisión de diecisiete casos en los que el diagnóstico principal fue derrame pericárdico recogidos en nuestro servicio en

un período de cuatro años y seis meses, para conocer la forma de presentación, etiología y características.

**Material y métodos.** Se revisan de forma retrospectiva las historias clínicas de los derrames pericárdicos ingresados desde enero del 2005 hasta junio del 2009.

**Resultados.** Se diagnosticaron un total de 17 pacientes (9 hombres y 8 mujeres). La edad media fue de 68 años (52-89). Las formas más frecuentes de presentación fueron: dolor torácico 5 casos (38%), disnea 5 casos (38%), fiebre 1 caso (7.5%), anuria (7.5%), astenia (7.5%). Los diagnósticos fueron: neoplasia confirmada en 5 casos (29.4%): adenocarcinoma de esófago, adenocarcinoma de pulmón, linfoma NH, neoplasia vesical, linfoma B de alto grado; sospecha de neoplasia ginecológica sin confirmación histológica en 1 caso (5.5%), vírica en 4 casos (23.5%), urémica en 2 casos (11.7%), autoinmune, lupus eritematoso sistémico, en 1 caso (5.5%), idiopática en 2 casos (11.7%) y 1 caso (5.5%) en relación con sobredosificación de acenocumarol. Todos presentaban PCR y VSG elevada y en 4 había elevación de troponinas y en 7 aumento de LDH. En 4 pacientes se determinó VIH por presentar factores de riesgo siendo éste negativo. La TSH fue normal en todos los casos. No había alteraciones electrocardiográficas que hicieran sospechar derrame pericárdico salvo en dos casos de taponamiento cardiaco que presentaban potenciales totales menores de 10 mV. En todos los casos el ecocardiograma mostraba un derrame moderado-severo y en 4 pacientes (23.5%) había datos de taponamiento cardiaco de los cuales a 3 se les practicó pericardiocentesis con mejoría y uno falleció. El resto respondió a AINES y/o CE con resolución del proceso en el 84% de los casos. El tiempo medio en el que se objetiva la resolución del derrame es de 14 días (5-20).

**Discusión.** El derrame pericárdico es una acumulación anormal de líquido en la cavidad pericárdica. Del 7 al 15% se puede producir tamponamiento cardiaco. Etiologías como: hipotiroidismo, traumatismo torácico, cirugía cardiaca, asociadas a VIH, no se dieron en nuestros pacientes. Siendo en nuestra serie la vírica, autoinmune, neoplásica, urémica e idiopática las causas registradas. Debemos llamar especialmente la atención sobre el derrame hemorrágico en un caso con sobredosificación de acenocumarol resolviéndose tras su retirada y corrección de la coagulación. Las neoplasias en nuestra serie son una importante causa de derrame pericárdico, aunque cualquier neoplasia puede metastatizar en pericardio, las neoplasias vesicales son una causa muy rara de metástasis. Todos los pacientes presentaban evidente cardiomegalia, plétora yugular y disnea como datos de derrame moderado-severo tal y como se confirmó con el ecocardiograma.

**Conclusiones.** El derrame pericárdico es una causa más de disnea, se manifiesta como una semiología rica cuando se presenta en cuantía moderada y una simple radiografía de tórax puede hacer sospechar esta entidad cuyo diagnóstico definitivo se consigue mediante la realización de un ecocardiograma. Es importante pensar en ello por las implicaciones terapéuticas inmediatas que conlleva.

#### V-171

### DOLOR TORÁCICO EN URGENCIAS. ¿SE PUEDE EXTRAPOLAR LOS RESULTADOS DE ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO DE UNA HOSPITAL PÚBLICO A UNO PRIVADO?

**J. Cruz Senovilla, J. Cuevas González, J. Rodríguez Santana, P. Manglano Pintó, J. Aguilar Escalera, D. Castell Benito, E. Cebrían Patiño y M. Marín Blanco**

*Urgencias. Hospital La Moraleja. Madrid.*

**Objetivos.** El dolor torácico en urgencias es una preocupación para los médicos que asisten en los servicios de urgencias, y leemos con avidez los artículos publicados por nuestros colegas de otros centros con el interés de mejorar nuestra asistencia en el centro donde trabajamos, e intentamos extrapolar los datos. Nos planteamos ver si tenemos los mismos resultados que obtienen otros compañeros. Sabiendo que el volumen que se atiende no es el mismo y la población atendida posiblemente varía por las características de los paciente que adquieren una póliza de asistencia.

**Material y métodos.** Realizamos un estudio retrospectivos de los paciente que han acudido a urgencias desde el 1 de diciembre de 2008 al 30 de mayo de 2009, por dolor torácico, por medio de búsqueda informática de motivos de consulta y ver si es posible la aplicación de tablas de estratificación de riesgo UDT-65 publicado en revista cardiológico de 2008.

**Resultados.** En el servicio de urgencias se han visto 17896 urgencias, de las cuales por dolor torácico son 166 lo que significa el 0.92% que está lejos del 5 al 20% que se aprecia en otros centros. La población que atendemos está entre los 14 años y 85 años con una media de 44.74 años. Fueron diagnosticado de dolor atípico el 29.54% y ninguno de ellos presentaba cardiopatía isquémica en las revisiones a las 24 h. Dolor torácico de características mecánicas en un 7.9%, Infección de vías respiratorias altas el 20,45%, Infección de vías respiratorias bajas el 5.68%. Se realizaron EKG en 64,77% de los pacientes, Troponina I en el 52,27%. Ingresaron en UCI el 4,54% (4 pacientes) con diagnóstico de cardiopatía isquémica, en el 75%

se realizó cateterismo urgente con confirmación diagnóstica y en el 25% se dirigió el cateterismo, con obstrucción confirmada posteriormente. No hubo muertes por este motivo. El número de paciente con Cardiopatía isquémica es muy escaso para estratificar el riesgo, no obstante todos ellos tenían HTA, eran diabéticos, con dislipemia y eran mayores de 60 años.

**Discusión.** La población de asistencia en un hospital público y privado varía en el nivel de asistencia urgencias, mientras la red pública dispone de centros de atención primaria, los hospitales privados no disponen de este recurso, por lo que varía el porcentaje de la patología que se puede atender en estos centros. Como vemos en los resultados obtenidos la mayor parte de los dolores torácico que son atípico son visto en el servicio de cardiología en las primeras 24 horas después de realizar seriación de enzimas y si precisa se realizará test de esfuerzo en esas primeras 24 horas, en el seguimiento realizado, ninguno de los pacientes remitido, presentó cardiopatía isquémica. Cuando una paciente que acude a urgencias presenta dolor torácico, se le realiza EKG en un 57% y si presenta factores de riesgo de cardiopatía como HTA, Diabetes Mellitas, dislipemia y fumador permanece en un box hasta ser valorado por un médico, sino se difiere su asistencia.

**Conclusiones.** En un hospital de asistencia privada se aprecia más patología banal (infección de vías respiratorias bajas en un 20,45%) y menos patología coronaria aguda, el 4.54% por lo que es más complicado extrapolar los resultados de los estudios realizados en grandes hospitales de asistencia pública. Es más importante los factores de riesgo tradicionales y sería la troponina I.

#### V-172

### ESTUDIO DE FACTORES PREDICTIVOS DE REINGRESO HOSPITALARIO POR EXACERBACIÓN DE EPOC EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DURANTE DOS AÑOS

**T. Aldámiz-Echevarría Lois, J. Cabrera Aguilar, S. Gordo Remartinez, J. Hens Gutiérrez, B. Pinilla Llorente, M. Gómez Antúnez, C. López González-Cobos y A. Muñio Miguez**

*Servicio de Medicina Interna IIA. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

**Objetivos.** Establecer qué variables predictivas se relacionan con el reingreso hospitalario por exacerbación de EPOC.

**Material y métodos.** Se recogen los pacientes ingresados en nuestro servicio durante el año 2007 con diagnóstico de EPOC. Se hace un control de los mismos a los dos años de iniciado el estudio mediante consulta de su Historia Clínica y/o contacto telefónico para saber cuantos pacientes habían ingresado de nuevo. Se estudian las siguientes variables predictivas: edad, sexo, motivo de ingreso hospitalario, días de estancia, grado de disnea basal (escala MMRC), vacunación, oxigenoterapia domiciliaria, parámetros gasométricos y de espirometría, hemoglobina, IMC, escala Charlson, tabaquismo y índice paquetes-año en los fumadores, así como el número de reingresos. Para el análisis estadístico se empleó el programa spss 15.0.

**Resultados.** Se obtienen un total de 73 pacientes de los cuales reingresan 35, no reingresan 25 y no se localizan a 13. Del total de pacientes, 69 (95,5%) eran hombres y 4 mujeres (5,5%). Su edad media era de 72,55 años. 70 de los pacientes recogidos eran fumadores (95,9%) siendo la media del índice paquetes-año 44,15. En 4 (5,5%) del total el motivo de su ingreso inicial fue una patología no relacionada con su enfermedad pulmonar de base, en 56 (76,7%) se debió a una descompensación de EPOC de causa infecciosa y en el resto (17,8%) a una descompensación de etiología no infecciosa. El tiempo medio de estancia hospitalaria durante ese ingreso fue de 8,26 días. 35 pacientes (46,9%) tenían oxígeno domiciliario previo al ingreso, siendo 46 (63%) el número de pacientes con oxigenoterapia domiciliaria al alta. Sólo 12 (16,4%) de los pacientes recogidos en el estudio habían sido vacunados previamente contra el neumococo. El grado de disnea basal según la escala modificada MMRC era de I en 8 (11%), II en 29 (39,7%), III en 32 (43,8%); y IV en 4 (5,5%). Y su FEV1 de media 49,44% (moda 46%, desviación típica 12,48), 1283,62 ml. A todos los pacientes se les aplicó la escala de Charlson siendo la media en éstos 6,52. En cuanto a los parámetros gasométricos en el momento de su ingreso, la pO2 media en éstos pacientes era de 56,64, la pCO2 45,89; y el pH 7,4. Otros datos considerados fueron el IMC cuya media fue 25,49; y hemoglobina al ingreso cuya media fue de 13,69. En el análisis bivariante sólo la oxigenoterapia antes del ingreso mostró significación estadística como predictor de reingreso siendo también la única variable estadísticamente significativa en el análisis multivariante.

**Discusión.** La EPOC es una de las patologías más prevalentes en nuestro entorno y una de las causas de ingreso más frecuentes en unidades de Medicina Interna. Asocia, por tanto, una gran morbimortalidad y un elevado coste. La identificación de aquellos factores más directamente implicados en su exacerbación nos permitiría elaborar estrategias de prevención y tratamiento encaminadas a una mejora de la calidad de vida y una disminución de la tasa de reingreso. Para ello consideramos que es imprescindible una

valoración global del paciente teniendo en cuenta todos aquellos factores implicados sobre los que podamos incidir; tales como estado nutricional, tabaquismo o tratamiento de la enfermedad pulmonar y de las comorbilidades que puedan influir en el curso de ésta. En nuestro trabajo, observamos que si bien sólo la oxigenoterapia es predictor de reingreso por su probable relación con un estado más evolucionado de la enfermedad; existen otros parámetros que aunque no alcanzan significación estadística se muestran como potenciales factores influyentes; es el caso de un bajo IMC, una mayor disnea basal, retención de carbónico o un Charlson alto. De su correcto abordaje terapéutico dependerá un mejor control del número de exacerbaciones.

**Conclusiones.** Los pacientes con IMC bajo reingresan más que los que tienen un índice alto probablemente porque se relacionan con enfisema, por tanto más atrapamiento aéreo, que junto a la menor masa muscular empeora la sensación de disnea. La oxigenoterapia domiciliaria en el paciente con EPOC se asocia a un mayor número de reingresos hospitalarios.

#### V-173

### ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS CON SUPERVIVENCIAS MAYORES DE 6 MESES

**S. Plaza Canteli, C. Vicente Martín, G. Flox Benitez, A. Espigares Correa, L. Morata Ruiz, I. González Martil y J. Jusdado Ruiz Capilla**

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

**Objetivos.** El Sº de Medicina Interna del hospital Severo Ochoa maneja desde el año 2002 una unidad de hospitalización de cuidados paliativos con 6 camas. Los cuidados paliativos constituyen un método de atención que mejora la calidad de vida de pacientes y familias al afrontar los problemas asociados a enfermedades incurables mediante la prevención y alivio del sufrimiento. Los programas que se han desarrollado para la atención de los enfermos paliativos centran su actividad en aquellos pacientes con un pronóstico de vida inferior a 6 meses. Sin embargo, en nuestra práctica diaria, la necesidad de cuidados paliativos también la encontramos en pacientes con supervivencia mayor. No existen trabajos en la literatura inglesa ni española que describan específicamente el perfil de los pacientes con supervivencias mayores de 6 meses que son incluidos en programas de atención paliativa. Nuestro objetivo es describir las características de los pacientes que viven 6 meses o más.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, retrospectivo de una cohorte de pacientes ingresados en la unidad de cuidados paliativos de un hospital de segundo nivel desde el 1 de Enero de 2006 hasta el 1 de Junio de 2009. Se incluyeron todos los pacientes con supervivencias mayor o igual a 6 meses considerando como final del seguimiento la fecha de fallecimiento o la fecha fin del estudio, que hayan ingresado en nuestra unidad o hayan sido atendidos como interconsulta. Entre las variables recogidas, el tiempo de seguimiento es la diferencia entre la fecha del primer ingreso en la unidad y la de éxitus o fin del estudio en aquellos pacientes que no habían fallecido. Se realizó análisis descriptivo mediante SPSS v11.

**Resultados.** Durante el período del estudio ingresaron 850 pacientes de los cuales 14 se excluyeron por falta de datos para realizar el análisis y 743 pacientes por tener supervivencias menores de 6 meses. De los 93 pacientes con supervivencia mayor o igual a 6 meses, 55,9% eran hombres y tenían una edad de 68,5 años (DE 12,9). En 59 pacientes se conocía el Índice de Karnofsky (IK) siendo > 50% en 46 pacientes (49,5%) y < o igual al 50% en 13 (14%). De todos nuestros pacientes 49 habían fallecido al final del estudio (52,7%) y 44 (47,3%) permanecían vivos. La mayoría fallecieron en la unidad (36,7%), seguido de unidades de hospitalización de media estancia (28,5%), domicilio (24,4%), servicio de urgencias (6,1%) y en hospitalización de MI (4%). De los 93 pacientes, 6 (6,4%) eran pacientes no oncológicos siendo la patología más frecuente la demencia (5,4%). El resto eran pacientes oncológicos siendo los cánceres más frecuentes el de colon (22,6%), el de pulmón (14%), próstata (10,7%), mama (7,5%), el gástrico (5,4%), la vejiga (4,3%) y el páncreas (4,3%). Las causas que motivaron el ingreso más frecuentes fueron dolor tumoral en 17 pacientes (18,2%), la infección respiratoria en 17 (18,2%), el control de síntomas en 7% (7,5%), y la obstrucción intestinal en 26 (27,4%). El dolor (38,7%), la fiebre (25,8%), la disnea (10,7%) y el síndrome confusional (4,3%) fue la sintomatología más frecuente. El tiempo de seguimiento fue de 327 días (p25-75:239 - 476). Treinta y tres pacientes (35,4%) tuvieron más de un ingreso.

**Conclusiones.** El 11,1% de los pacientes que ingresan en nuestra unidad tiene un tiempo de seguimiento mayor de 6 meses y un tercio de ellos va a ingresar más de una vez siendo la causa más frecuente el control del dolor. El ingreso en unidades de paliativos de estos pacientes permite mejorar o mantener su calidad de vida mediante un enfoque multidisciplinar. Los Cuidados Paliativos deben ser un área de capacitación de la Medicina Interna mientras los pacientes en esa situación estén hospitalizados.

## V-174

**ENTEROPATÍA EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS**

**M. Vives Fernández<sup>1</sup>, M. Rodríguez-Carballeira<sup>1</sup>, M. Castillo Vilella<sup>2</sup>, M. Marín Guillem<sup>1</sup>, F. Fernández-Bañares<sup>3</sup>, C. González Mínguez<sup>4</sup>, P. Almagro Mena<sup>1</sup> y M. Esteve Comas<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Reumatología, <sup>3</sup>Digestivo, <sup>4</sup>Anatomía Patológica. Hospital Mutua de Terrasa. Terrassa (Barcelona).

**Objetivos.** Analizar si existen diferencias en la prevalencia de enteritis linfocítica detectada en un estudio previo de cribado para enteropatía sensible al gluten (ESG) entre las distintas enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS).

**Material y métodos.** Se incluyeron 176 pacientes con EAS (142 mujeres; edad media 48 años –DE 17-) de los que se obtuvieron datos demográficos, clínicos, analíticos e inmunológicos y se cribó para ESG según el algoritmo descrito con anterioridad (mediante marcadores genéticos y serológicos). Cuando uno o más de estos marcadores resultaron positivos o existían datos sugestivos de ESG (anemia, clínica sugestiva, transaminitis,...) se proponía biopsia duodenal. La enteritis linfocítica se definió como la presencia de > 25 linfocitos intraepiteliales por campo (grado I según los criterios de Marsh). Para el análisis de datos las distintas EAS se agruparon en 4 grupos: conectivopatía bien definida, enfermedad indiferenciada del tejido conectivo, vasculitis sistémicas y enfermedades autoinflamatorias (sarcoidosis y Behçet). La comparación de medias se realizó con la prueba de la t de Student, el estudio bivariado entre variables categóricas con la prueba de Chi-cuadrado y se aplicaron pruebas no paramétricas cuando fue necesario.

**Resultados.** Se realizó biopsia duodenal a 97 pacientes (82 mujeres, edad media 46 años –DE 15-). La distribución según la EAS fue: 63,9% conectivopatía bien definida, 21,5% enfermedad indiferenciada del tejido conectivo, 4,1% vasculitis sistémicas y 11,3% enfermedad autoinflamatoria. El tiempo medio de evolución de la enfermedad de base fue de 62 meses (DE 66). Su estado de actividad en el momento de la biopsia fue: 55% estables, 30% inactivos y 16% en brote. Se halló enteritis linfocítica en el 32,9% de los pacientes y atrofia vellositaria en el 1% (con lo que en este caso se estableció el diagnóstico de enfermedad celíaca). En comparación con el resto de grupos, la incidencia de EL fue significativamente mayor en el grupo de enfermedades autoinflamatorias (64% vs. 29%,  $p = 0,03\%$ ; OR = 2,1; IC 95% 1,3-3,8). Sin embargo, en dicho grupo no se hallaron diferencias significativas en la prevalencia de marcadores genéticos (55% vs. 76%,  $p = 0,15$ , OR 0,4; IC 95% 0,3-1,4), síntomas digestivos, anemia, niveles de ferritina, VSG, PCR, presencia de *H. pylori* ni tampoco en características demográficas, tiempo de evolución de la enfermedad de base o uso de corticoterapia.

**Conclusiones.** Aunque una tercera parte de los pacientes con EAS presentan enteritis linfocítica, este porcentaje es significativamente mayor entre los pacientes con Sarcoidosis y Behçet aunque ello no suponga que tengan una mayor prevalencia de síntomas ni de marcadores serológicos o genéticos de ESG. Por dicho motivo el significado de la lesión duodenal es incierto, sin que se pueda descartar su relación con la EAS de base.

## V-175

**ESTUDIO DE LAS INTERCONSULTAS REALIZADAS A UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA**

**L. González Vázquez, F. Fernández Fernández, R. Puerta Louro, D. Cid Gómez, P. Sánchez Conde, A. Sanjurjo Ribo, M. Páramo de Vega y J. De la Fuente Aguado**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Povisa S. A. Vigo (Pontevedra).

**Objetivos.** Estudiar la características de las interconsultas realizadas al servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, prospectivo de todas las valoraciones solicitadas al servicio de Medicina Interna mediante interconsultas de pacientes ingresados en otros servicios, entre el 1 de marzo del 2008 y el 28 de febrero del 2009. Se incluyeron sólo las solicitadas durante el horario laboral de 8 a 15 horas, de lunes a viernes. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, servicio que realizó la interconsulta, si era urgente o no, demora en contestarla, motivo de consulta, antecedentes médicos más relevantes, índice de comorbilidad de Charlson, actuación realizada (ajuste de tratamiento, solicitud de pruebas complementarias, interconsultas a otros servicios o cambio de servicio), si precisó o no seguimiento, nº de visitas realizadas, si ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o en la Unidad de Cuidados Intermedios (UDI) y la evolución (alta, cambio de servicio o éxitus).

**Resultados.** Se valoraron un total de 367 pacientes realizando 948 visitas, lo que hace una media de 3,7 visitas por día laborable. Los servicios de origen más frecuentes fueron: Traumatología: 91 (24,8%), Cirugía General: 74 (20,2%), Neurocirugía: 39 (10,7%), Urología: 25 (6,8%), Cardiología: 21 (5,7%), Cirugía Plástica: 21 (5,7%), ORL: 18 (4,9%), y Cirugía Vascul

(4,4%). La edad media de los pacientes valorados fue de  $67.8 \pm 18$  años y la estancia media fue de 23.2 días. La primera valoración fue urgente en 136 pacientes (37,1%) y la media de demora en contestar las interconsultas no urgentes fue de 0,3 días. Los motivos de consulta más habituales fueron: ajustar tratamiento en 55 (14,9%), seguimiento de patología respiratoria en 30 (8,2%), disnea en 26 (7,1%), HTA en 26 (7,1%), valorar cambio de servicio en 26 (7,1%) y fiebre en 23 (6,3%). Precizaron seguimiento 223 (60,7%) pacientes y 265 (72%) necesitaron interconsultas con otros servicios. El 11% (40) estuvieron ingresados en UCI y el 5,4% (19) precisaron ingreso en la Unidad de Cuidados Intermedios. En cuanto a la acción realizada, la mayoría necesitaron ajustes en el tratamiento: 282 (77%); el 44% (161) necesitaron la solicitud de pruebas complementarias y en 60 pacientes (16,3%) se efectuó un cambio de servicio. La mayoría se trasladaron a Medicina Interna: 40 (66%). Se elaboró un informe de alta complementario al de su servicio de ingreso en 57 pacientes (15,5%). El 12,8% (47) fallecieron, la mayoría por patología respiratoria (36%), y sepsis con fallo multiorgánico (17%). La mortalidad se asoció de forma significativa con el antecedente de neoplasia ( $p = 0,002$ ), la estancia en UCI ( $p < 0,001$ ), o en la UDI ( $p = 0,002$ ), un índice de Charlson  $> 5$  ( $p = 0,002$ ) y el precisar transfusión sanguínea durante el ingreso ( $p < 0,001$ ). Además, la media de edad en los pacientes fallecidos ( $74.8 \pm 14$ ) fue significativamente mayor ( $p = 0,004$ ) que en los que no fallecieron ( $66.8 \pm 18,3$ ).

**Conclusiones.** Los pacientes de otros servicios valorados por el internista, suelen tener una elevada comorbilidad que en muchas ocasiones es la que marca el pronóstico. La mayoría, presenta patologías que no se resuelven mediante una visita, sino que precisan seguimiento. El ajuste del tratamiento y seguimiento de patologías médicas diferentes de la que motivó el ingreso debe ser realizada por un médico habituado a tratar enfermos pluripatológicos, ya que la mortalidad es elevada.

## V-176

**DEGENERACIÓN CEREBELOSAL ALCOHÓLICA DESDE LA MEDICINA INTERNA**

**M. Álvarez Pérez, O. Bisbal Pardo, J. Gil Niño y D. García Esparza**

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

**Objetivos.** Revisión de los casos de Degeneración cerebelosa alcohólica diagnosticados en nuestro hospital en los últimos 2 años (2007-2008)

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas de pacientes diagnosticados de Degeneración cerebelosa alcohólica durante su ingreso en el período 2007-2008. Se analizan variables epidemiológicas, clínicas, diagnósticas y la evolución de dichos pacientes.

**Resultados.** Se estudian 118 pacientes con diagnóstico de síndrome neuropsiquiátrico asociado al consumo de alcohol, obteniendo 11 casos de Degeneración cerebelosa alcohólica (DCA). Los diagnósticos se producen en Medicina Interna (4 casos), Neurología (4 casos) y M. Aparato Digestivo (3 casos). La edad media de los pacientes es de 53 años con claro predominio de varones (90%). La totalidad de los casos tienen el antecedente de abuso enólico y tabáquico importante. La media de consumo de alcohol supera los 100 gramos alcohol/día. La desnutrición grave es un factor encontrado en la mitad de los casos. Se detecta hepatopatía en 9 de los 11 casos (5 casos de esteatosis y 4 casos de cirrosis). Se diagnostican también de Síndrome de Wernicke-Korsakoff 5 de los pacientes y 3 presentan neuropatía periférica. Todos los pacientes presentan ataxia de tronco y de las extremidades inferiores, respetándose la coordinación de extremidades superiores en 9 casos. Sólo 4 pacientes presentan déficit cognitivo. El hallazgo más frecuente en las pruebas de imagen (CT y RMN) es atrofia cerebral cortico-subcortical (54%), con 2 únicos casos de atrofia específicamente cerebelosa informada en estudios con RMN secuencia T2. Tras el inicio del tratamiento es evidente la mejoría en la mayoría de los pacientes (9 casos).

**Discusión.** La Degeración cerebelosa es un trastorno más del espectro de afectación neuropsiquiátrica por consumo excesivo de alcohol y en muchas ocasiones coexiste con éstos. Está especialmente relacionado con patrones de consumo de grandes cantidades y muy continuado en el tiempo. La desnutrición también podría tener un importante papel en su fisiopatología. Clásicamente se trata de una cerebelopatía en la que predomina afectación de extremidades inferiores con respeto de la coordinación de miembros superiores y del estado cognitivo. En nuestro estudio se detecta integridad en 8 pacientes de la coordinación en extremidades superiores sin detectar dismetría. El resto de la sintomatología compatible con afectación cerebelosa como temblor postural, disartria, nistagmus son poco frecuentes en este síndrome aunque en nuestra serie éstos hallazgos podrían verse afectados por la importante coexistencia de Síndrome de Wernicke-Korsakoff. Su diagnóstico es fundamentalmente clínico, con dificultad para demostrar en pruebas de imagen atrofia cerebelosa específicamente, sino se dispone de un estudio con RMN completo. El tratamiento no difiere del resto de patologías neurológicas causadas por el alcohol. La evolución es irregular, persistiendo

en la mayoría de los casos algún grado de ataxia, aunque si se indica en nuestra revisión mejoría al alta de los pacientes.

**Conclusiones.** La Degeración cerebelosa alcohólica es un trastorno frecuentemente asociado a otros síndromes neurológicos ocasionados por el consumo excesivo de alcohol como el Síndrome de Wernicke Korsakoff y la polineuropatía alcohólica. Generalmente se asocia a consumos de alcohol diarios por encima de 100 gramos. El diagnóstico es clínico y presenta peculiaridades en la exploración cerebelosa. La abstinencia alcohólica y una adecuada nutrición tras el diagnóstico son las únicas medidas que han demostrado mejorar su evolución.

#### V-177

##### ANÁLISIS DE UNA SERIE DE 63 PACIENTES ADULTOS CON SVCID EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

**M. Núñez Campos<sup>1</sup>, A. Gil Aguado<sup>1</sup>, A. Robles Marhuenda<sup>1</sup>, P. Romero Gallego-Acho<sup>1</sup>, T. Sancho Bueso<sup>1</sup> y G. Fontan<sup>2</sup>**

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

**Objetivos.** El campo de las Inmunodeficiencias primarias de anticuerpos un mundo a menudo olvidado, antes reservado a los pediatras ha cambiado. Los avances en investigación y en el manejo clínico con inmunoglobulinas han hecho tarea del internista familiarizarse con esta patología y sus complicaciones, además de la importancia de un pronto diagnóstico de estos pacientes y un abordaje multidisciplinar. En esta revisión proponemos "Análisis de evolución de 63 pacientes adultos con SVCID".

**Material y métodos.** Todos los enfermos mayores de 18 años diagnosticados de SVCID por la clasificación de la OMS, seguidos por los servicios de Medicina Interna e Inmunología desde Abril 1981 hasta julio 2009.

**Resultados.** Se incluyeron en la base de datos 63 pacientes con SVCID, 31 mujeres y 32 varones. La media de edad al diagnóstico fue de 26 años, con un retraso en el diagnóstico desde el inicio de los síntomas de 15 años. Siendo la media de edad de comienzo de síntomas los 10 años. El 100% de los pacientes habían presentado infecciones de repetición desde adolescencia: respiratorias 60 pacientes, GI 49, SNC 8, infección de partes blandas y piel 23 y sepsis 13. Se observó patología autoinmune en 34 pacientes: presentaron PTI 13 pacientes, tiroiditis 10, vitíligo 4, LES 3, anemia hemolítica 10 y gastritis atrófica 13. Se diagnosticaron 8 neoplasias (5 carcinomas y 3 linfomas) Respecto al tratamiento con inmunoglobulinas la media de edad de inicio de tratamiento fue 27 años y se trataron el 95% de los pacientes con SVCID. Fallecieron 10 enfermos con una media de edad al fallecimiento de 36 años. La causa de muerte fue infecciosa en 5, tumoral en 2 y otras en 3.

**Discusión.** Es importante el abordaje multidisciplinar de los paciente con SVCID con servicio de inmunología para un seguimiento riguroso de los niveles de inmunoglobulinas. Durante el seguimiento se ha observado la importancia del control de los niveles de inmunoglobulinas y tratamiento con Igs para evitar complicaciones sobre todo de tipo infeccioso. Ha sido frecuente encontrar que estos pacientes asocian patología autoinmune que en ocasiones es la forma de presentación junto con las infecciones de repetición.

**Conclusiones.** 1) Importancia de edad al diagnóstico e inicio del tratamiento con Igs lo más pronto posible ya que esto mejora el pronóstico de los pacientes con SVCID. 2) La frecuencia de patología autoinmune y tumoral es elevada en SVCID. 3) Las infecciones respiratorias y Gastrointestinales son las más frecuentes en estos pacientes.

#### V-178

##### SEGUIMIENTO DE LA ENTERITIS LINFOCÍTICA DETECTADA EN UN GRUPO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS

**M. Vives Fernández<sup>1</sup>, M. Rodríguez-Carballeira<sup>1</sup>, M. Marín Vidal<sup>1</sup>, M. Maríné Guillem<sup>1</sup>, F. Fernández-Bañares<sup>2</sup>, C. González Mínguez<sup>3</sup>, P. Almagro Mena<sup>1</sup> y M. Esteve Comas<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Digestivo, <sup>3</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Mutua de Terrasa. Terrasa (Barcelona).

**Objetivos.** Evaluar la evolución de la enteritis linfocítica (EL) detectada en un subgrupo de pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS).

**Material y métodos.** Se incluyeron 98 pacientes con EAS a los que se les realizó biopsia duodenal dentro del cribado de ESG mediante anticuerpos antitransglutaminasa (tTGA, IFI), anticuerpos antiendomiso (EmA, ELISA) y estudio genético HLA DQ2/DQ8 (PCR). Dicha biopsia se llevó a cabo tras la retirada, al menos durante 2 meses, de tratamiento crónico con AINES. Se obtuvieron datos analíticos, inmunológicos y sobre la enfermedad de base de todos los pacientes, y se les administró una escala analógica visual (EAV) sobre síntomas digestivos (dolor abdominal, distensión abdominal, flatulencia, diarrea y astenia). Se consideró que un síntoma estaba presente

cuando puntuaba > 20 en la EAV (0-100). La lesión histológica se definió según los criterios de Marsh (Marsh I: EL definida por > 25 linfocitos intraepiteliales por campo, Marsh II: hiperplasia de criptas, Marsh III: atrofia de vellosidades). Aquellos sujetos con EL y presencia de *H. pylori* o parásitos se les propuso tratamiento de la causa, mientras que a los EL sin infección y con marcadores genéticos o anticuerpos positivos se les propuso inicio de dieta sin gluten (DSG). A todos los pacientes se propuso nueva biopsia duodenal a los 12 meses. Se utilizó la prueba de la t-Student para comparar las medias entre datos apareados, la Chi-cuadrado para el estudio bivariado entre variables categóricas y test no paramétricos cuando fueron necesarios.

**Resultados.** El 85% fueron mujeres, edad media 46 años (DE 15). Los diagnósticos de la EAS de base fueron: 63,9% conectivopatía, 21% enfermedad indiferenciada del tejido conectivo, 4,1% vasculitis y 11,3% enfermedades autoinflamatorias. De forma global, el 56,7% de pacientes presentaban anemia mientras que el 97% tenían al menos un síntoma asociado. Los datos histológicos fueron los siguientes: 1 paciente era Marsh III y 32 presentaban lesión histológica tipo Marsh I, de los cuales 8 (25%) resultaron *H. pylori* positivo y en 1 (3%) se detectó presencia de *Giardia lamblia*. Cuando se compararon los grupos con y sin EL, no se hallaron diferencias significativas en cuanto a sus características demográficas, tiempo de evolución de la EAS de base, uso de corticoterapia, síntomas digestivos ni presencia de anemia. En 19 pacientes (59,3%), se obtuvo seguimiento con biopsia duodenal al año, observándose de forma global un descenso significativo del grado de EL (39 vs 24, p = 0,001). De los 19 pacientes, 7 (36,8%) iniciaron DSG, 6 recibieron tratamiento erradicador para *H. pylori* y 6 no realizaron ningún tratamiento específico. Tanto en el grupo que recibe DSG como el que recibe tratamiento para el *H. pylori*, se observa un descenso significativo de la EL (38 vs 27, p = 0,014; 41 vs. 19, p = 0,019 respectivamente). En cambio dicho descenso no se observó en el grupo de no tratados (36 vs 28, p = 0,27).

**Discusión.** La enteritis linfocítica (EL) constituye la lesión histológica de menor intensidad de la enteropatía sensible al gluten (ESG) según los criterios de Marsh, y se define por la presencia de > 25 linfocitos intraepiteliales (LIEs) por campo en la mucosa duodenal. No obstante, existen otras situaciones que pueden condicionar la aparición de dicha lesión como son la colonización por *H. pylori*, la ingesta continuada de AINES o la presencia de parásitos. Este trabajo parece sugerir que en este grupo de pacientes, subyace un desencadenante externo, ya que el descenso que se aprecia globalmente en la EL es a expensas de los que reciben tratamiento erradicador para *H. pylori* y los que hacen DSG.

**Conclusiones.** Un tercio de los pacientes con EAS presentan EL. En algunos casos dicha EL responde a un tratamiento específico (antibioticoterapia para erradicar *H. pylori* o DSG), mientras que en el grupo restante no se evidencian cambios.

#### V-179

##### ESTUDIO DE LA POBLACIÓN EXTRANJERA ATENDIDA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DURANTE 12 MESES

**G. Sotres, V. Sendín, P. Ruiz, P. González, B. González, E. Agrela, A. Molino y J. Marco**

Servicio de M. Interna-III. Complejo Universitario de San Carlos. Madrid.

**Objetivos.** Analizar un subgrupo de pacientes cuyo rasgo distintivo y común es el país de origen diferente al español y su comparación con la población general de los pacientes atendidos en Medicina Interna según el estudio del CMBD de los hospitales españoles en el bienio 2005-2006.

**Material y métodos.** Se analizaron todos los pacientes ingresados en una parte de las camas de nuestro servicio (una media de 50 camas) durante un período de un año (Abril/2008-Marzo/09) mediante el cruce de las bases del registro de pacientes y el CMBD hospitalario para el período de estudio

**Resultados.** Se identificaron un total de 100 pacientes (66 hombres, 34 mujeres) con una edad media de 43,66 años (mediana 40,30 años). La población extranjera ingresada en nuestras camas -100 pacientes de un total de 1.378 ingresados- durante el período de estudio supone un 13,78% del total. La estancia media fue de 9,63 días en planta (mediana 8 días) con una mortalidad del 5%. El diagnóstico más frecuente fue infección, 71 casos (71%). Por orden de frecuencia, las infecciones más frecuentes fueron: respiratoria (48 casos, 48%), infección del sistema nervioso (4 casos, 4%), infección intra-abdominal (7 casos, 7%) e infección urinaria (4 caso, 4%). Los 29 casos (29%) restantes corresponden a patología no infecciosa.

**Discusión.** En comparación con la población general de medicina interna, la edad media de este subgrupo es significativamente más baja (43,66 vs 70,6) con una clara preponderancia de varones (66%) cuando para este rango de edad existe una distribución paritaria entre ambos sexos en la población general. Respecto a los diagnósticos principales, el caso mix en nada se parece al del global de pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna de la red del Sistema Nacional de Salud donde los primeros puestos están ocupados por los trastornos respiratorios no especificados exceptuando infecciones y el EPOC (GRDs 541 y 88) así como la

insuficiencia cardíaca (GRDs 544 y 127). En nuestra serie el predominio es casi total a favor de las infecciones, mayoritariamente respiratorias (muchas de ellas tuberculosas).

**Conclusiones.** Por tanto, la población extranjera que ingresa en medicina interna en este muestreo es significativamente más joven, predominantemente masculina, y lo hace por infecciones, fundamentalmente respiratorias con una mortalidad nada despreciable teniendo en cuenta que la patología preponderante es infecciosa y por lo tanto potencialmente curable.

#### V-181

### UNIDAD DE CORTA ESTANCIA EN GUADALAJARA: UNA HISTORIA DE TRES AÑOS

**B. Martínez Lasheras, A. Costa Cerdá, E. Martín Echevarría, M. Torralba, D. Bernal, T. Megino, M. Morales Ballesteros y M. Rodríguez Zapata**  
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario. Guadalajara.

**Objetivos.** En los últimos años se han propuestos varias alternativas a la hospitalización convencional como respuesta a la necesidad creciente de optimizar el ingreso y la disponibilidad de camas en los hospitales. En este contexto han nacido proyectos como hospitales de día, unidades de observación, de hospitalización domiciliaria y las unidades de corta estancia. Con motivo de agilizar y facilitar el acceso a la hospitalización desde urgencias de pacientes que no requieran una estancia prolongada, y para intentar mejorar la calidad y eficiencia en la atención de este grupo de pacientes, se puso en marcha la Unidad de Corta Estancia (UCEH) en el Hospital Universitario de Guadalajara hace ahora tres años. Para ello se buscaron profesionales de la medicina interna con experiencia en el manejo de la urgencia hospitalaria. Se establecieron unos criterios de ingreso consensuados con los demás Servicios, bajo la premisa de una estancia máxima previsible de 3 días. Se asignaron diez camas, una consulta rápida con acceso a analíticas urgentes, realizando un pase de visitas de lunes a sábado.

**Material y métodos.** Se realiza un análisis descriptivo de la actividad asistencial de la unidad en estos tres años, enfatizando en las características epidemiológicas, antecedentes médicos, estancia media y patologías más frecuentes por las que se ingresa.

**Resultados.** En estos tres años se han atendido 2.124 pacientes con una media de 64 paciente/mes, de los cuales 1126 (53%) fueron varones y 998 (47%) mujeres. La edad media fue de 56 (13-95). La estancia media fue de 3.54 días, con un índice de rotación del 6.76% y un índice de ocupación del 83,30%. Respecto a su procedencia el 61% fueron ingresados desde urgencias, el 37% desde la observación y el 2% desde de nuestras consultas externas. En el 73% de los pacientes existían antecedentes personales múltiples, con uno o varios de los siguientes factores de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial, diabetes Mellitus, dislipemia, tabaquismo, obesidad, cardiopatía, neumopatía, hepatopatía o nefropatía. Respecto a las patologías más frecuentemente ingresadas destacan un 15.86% (337 pacientes) con pielonefritis, 14.5% (308 pacientes) con infección respiratoria, 10.21% (217 pacientes) con insuficiencia cardíaca, 8.09% (57 pacientes) con gastroenteritis, 7.25% (154 pacientes) con neumonía, 5.6% (120 pacientes) con agudización de EPOC, 4.94% (105 pacientes) con descompensación DM, 4.61% (98 pacientes) con insuficiencia renal, 3.8% (81 pacientes) con arritmias cardíacas, 2.87% (61 pacientes) con hepatopatía, 2.73% (58 pacientes) con síndrome febril y finamente 0.94% (20 pacientes) con celulitis y 0.7% (15 pacientes) con enfermedades reumatológicas. El 4.7% (100 pacientes) fueron trasladados a otros servicios, siendo medicina interna (41%) y cirugía (20%) los más destacados. Respecto al seguimiento el 30% de los pacientes se revisaron a las 48 horas del alta, 45% se revisaron en consulta y 25% fueron enviados a su especialista o médico de atención primaria.

**Conclusiones.** La experiencia en nuestro centro es satisfactoria tanto desde el punto de vista médico como del paciente, de tal forma que en nuestra encuesta de satisfacción el 95% reingresarían en nuestra unidad si fuera pertinente. Sin embargo debemos proseguir tanto para tener una mayor perspectiva de la utilidad de estas unidades y para mejorarlas y perfeccionarlas en su funcionamiento en base a la experiencia propia.

#### V-182

### MORTALIDAD DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE INTERCONSULTAS DE MEDICINA INTERNA: ANÁLISIS DE 1.263 PACIENTES

**J. Marco<sup>1</sup>, P. González<sup>1</sup>, V. Sendín<sup>1</sup>, V. López<sup>1</sup>, G. Sotres<sup>1</sup>, P. Ruiz<sup>1</sup>, J. Castiello<sup>1</sup> y S. Plaza<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de M. Interna-III. Complejo Universitario de San Carlos. Madrid.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid).

**Objetivos.** Por tratarse de un Servicio muy disgregado, la Medicina Interna de nuestro hospital tenía dificultades para dar respuesta a la demanda de in-

terconsulta de otras especialidades. Se creó en agosto de 2007 una Unidad Monográfica con dos médicos que centralizara todas estas interconsultas que los especialistas hicieran a los internistas. Nos proponemos analizar y describir los éxitos acaecidos durante el período de estudio (agosto de 2007 a junio de 2009).

**Material y métodos.** Explotación de una base de datos local creada al efecto que consta de datos administrativos. Datos que tienen que ver con el episodio: fecha de solicitud de la interconsulta, médico que la responde, fecha en que la responde, número de visitas, fecha de última visita y días de estancia (algunos de ellos calculados automáticamente por la aplicación informática que fue diseñada por nosotros). Finalmente datos puramente clínicos: servicio solicitante de la interconsulta, motivo de ingreso del paciente, causa de petición de la interconsulta, diagnóstico final, grupo diagnóstico o sistema aparato al que pertenece el diagnóstico final y motivo del alta.

**Resultados.** Se incluyen un total de 16 pacientes (11 hombres, edad media 74,6 años; 5 mujeres, edad media 78,2 años), lo que supone un 1% de nuestra serie total (1263 pacientes; (53,7% varones, 46,3% mujeres) con una edad media de 63 años (rango 16-100, [65 años varones, 61 años mujeres]). Respecto a la información puramente clínica, predomina el diagnóstico tumoral, seguido del infeccioso, con preponderancia del foco pulmonar. El servicio solicitante de la interconsulta es por orden de frecuencia: neurocirugía (5 casos, 31%), cirugía vascular (5 casos, 31%) cirugía general (2 casos, 12.5%), neurocirugía (2 casos, 12.5%) y otros (2 casos, 12.5%). Como patología de base suele existir un tumor, generalmente prostático (12.5%), digestivo (12.5%) o cerebral (12.5%). El número medio de visitas realizadas a cada paciente fue de 10,14 y la estancia media con nosotros (tiempo desde el primer contacto hasta el momento del éxitus), de 15,56 días. La comorbilidad entre nuestros pacientes fue elevada, algo que calculamos de forma indirecta mediante la presencia de patología asociada, la edad y los ingresos hospitalarios en el último año. Un 75% de los pacientes fallecidos habían sido sometidos a cirugía mayor en el último año y un 18,75% lo habían sido en dos ocasiones.

**Discusión.** La mortalidad de nuestra serie es claramente inferior a la de los servicios de Medicina Interna (1% vs 9,93%). La edad media de nuestros pacientes fallecidos (75 años), se aparta de la edad media de nuestros pacientes atendidos en la Unidad de Interconsultas (63 años) así como su distribución por sexos, en nuestra serie de fallecidos existe claro predominio de sexo masculino (68,75% vs 53,7%). En este subgrupo, nuestra actuación se prolonga y en muchos casos, sobre todo cuando el número de visitas es corto, ejercemos funciones fundamentalmente de paliativistas. Sorprende el predominio de los pacientes vasculares entre nuestros fallecidos cuando la cirugía vascular ocupa el séptimo lugar de los servicios solicitantes de interconsultas (cirugía general y COT están por delante en solicitudes). Un gran porcentaje de los fallecidos habían sido sometidos a intervenciones quirúrgicas mayores.

**Conclusiones.** El perfil del paciente fallecido durante su atención en interconsulta por los internistas se aparte en muchos aspectos del paciente visto habitualmente en este tipo de unidades: es mayor, predomina el sexo masculino (11 pacientes, 68,75%) y de forma más marcada la patología tumoral como diagnóstico categórico respecto a la serie global analizada de 1263 pacientes si bien la sepsis es el proceso final que lleva a la muerte. En muchos de ellos es necesaria una buena formación del internista consultor en cuidados paliativos, lo que de nuevo recalca el valor de la formación polivalente de nuestra especialidad respecto a otras.

#### V-183

### ENFERMEDAD DE PARKINSON Y VARIACIÓN CIRCADIANA DE LA PRESIÓN ARTERIAL

**Á. Hermida Ameijeiras<sup>1</sup>, J. López Paz<sup>1</sup>, M. Pazo Núñez<sup>1</sup>, M. Romero Míguez<sup>1</sup>, I. Rodríguez López<sup>2</sup>, F. Lado<sup>2</sup>, A. Castro<sup>3</sup> y C. Calvo Gómez<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Unidad de Hipertensión Arterial y Riesgo Vascular, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela (A Coruña).

**Objetivos.** Los pacientes con enfermedad de Parkinson (EP) presentan frecuentemente episodios de hipotensión ortostática (HO) que, muchas en ocasiones, son difíciles de objetivar. Además, existe la hipótesis de que la HO se asocia a un descenso excesivo de la presión arterial (PA) nocturna (perfil very-dipper). El objetivo del estudio ha sido analizar comparativamente, mediante monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA), los cambios posturales de la PA y el perfil circadiano, en pacientes diagnosticados de enfermedad de Parkinson y de HO.

**Material y métodos.** En un análisis retrospectivo, identificamos 26 pacientes con enfermedad de Parkinson (edad 75.9 años) y 26 pacientes con HO (edad 74.7 años) a los que se había realizado MAPA. Evaluamos la PA

clínica (decúbito y ortostatismo), valores de PA diurna y nocturna, perfil circadiano de la PA, episodios de hipotensión postprandial y la variabilidad de la frecuencia cardíaca. La PA se monitorizó ambulatoriamente cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00 horas y cada 30 minutos en la noche utilizando, en todos los casos, monitores Spacelabs, y se hizo un seguimiento del diario del paciente, para evaluar los posibles episodios de hipotensión postprandial.

**Resultados.** Un perfil circadiano alterado (no-dipper) se identificó en 23 pacientes con EP (88.5%) y en 18 pacientes con HO (69.2%). La hipotensión postprandial se produjo en 24 pacientes con EP (92.3%) y en 21 pacientes (80.8%) con HO. Un aumento de la FC en las situaciones de hipotensión postprandial se produjo en el 53,8% EP vs 42,3% HO ( $p < 0.01$ ). Los pacientes con EP presentaron HTA nocturna en el 96,2% vs 73,1% los pacientes con HO ( $p < 0.001$ ). En ningún caso, tanto en EO como en HO se identificó ningún paciente con perfil circadiano very-dipper.

**Conclusiones.** La presión arterial ambulatoria analizada en un grupo de pacientes con enfermedad de Parkinson y con Hipotensión Ortostática, se caracteriza por una importante alteración en la variabilidad circadiana, con una elevada prevalencia de patrón no-dipper e hipotensión postprandial, posiblemente relacionado con la disfunción autonómica que presentan estos pacientes. Además, no parece que un descenso de la presión arterial nocturna se asocie a la hipotensión ortostática, lo que abre nuevas vías de investigación en el abordaje terapéutico de estos pacientes.

#### V-184

### 17 CASOS DE HIPERCALCEMIA TUMORAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

C. Vicente Martín, G. Delgado Cárdenas, I. González Martil, B. García Martín, S. Plaza Canteli, G. Flox Benítez, L. Morata Ruiz y J. Jurdado Ruiz-Capillas

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

**Objetivos.** El Hospital Severo Ochoa dispone, dentro del Servicio de Medicina Interna, de una Unidad de Cuidados Paliativos (MIPA) dotada con 6 camas. Nuestro objetivo es describir las características de 17 casos de hipercalcemia tumoral ingresados en nuestra unidad.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio transversal retrospectivo entre febrero del 2002 y junio del 2009 de los pacientes que ingresaban por hipercalcemia en la MIPA. Las variables recogidas fueron las siguientes: edad, sexo, diagnóstico y síntoma principal al ingreso, estancia en la unidad, motivo de alta, tiempo desde el diagnóstico del tumor hasta la aparición de la hipercalcemia así como tiempo transcurrido hasta el éxitus. Los datos fueron analizados mediante el SPSS.

**Resultados.** Un total de 17 pacientes ingresaron con el diagnóstico de hipercalcemia tumoral, lo que representó un 0,8% del total de ingresos (2056) en la MIPA. La edad media fue de 65,9 años (DE 8,7) con un 75% de varones. Los tumores más frecuentes fueron pulmón (18,8%), mama (18,8%) y laringe (12,5%). El resto eran tumores digestivos (31%), vejiga (6,3%), próstata (6,3%) y otros ginecológicos (6,3%). Todos los pacientes al diagnóstico de hipercalcemia se encontraban en estadio IV, y únicamente 2 de ellos tenían tratamiento activo en el momento del ingreso. La media de calcio sérico corregido fue 13,5 mgr/dl (DE 1,43). Los síntomas que presentaban los pacientes al ingreso fueron: síndrome confusional (56%), dolor (56%), astenia (18%), disnea (6%), vómitos (6%), deshidratación (6%) y otros (18%). Dos pacientes ingresaron en situación de agonía (12%). La estancia mediana fue de 6 (p25-75: 4,5-10,5) días. El alta fue por éxitus en 8 pacientes (47,1%), 5 fueron a domicilio (29,4%) y 4 a otros centros (23,5%). Durante el seguimiento fallecieron 15 pacientes (93,7%). El tiempo mediano desde el diagnóstico del tumor hasta el episodio de hipercalcemia (TDX) fue de 727 días (p25-75: 188-1635) y de éste hasta el fallecimiento (TDE) de 10,5 días (p25-75: 5,7-38). Estos datos se muestran en la tabla 1 distribuidos por tumores.

**Conclusiones.** Como en estudios previos se objetiva que los tumores que con más frecuencia se asocian a hipercalcemia son los de mama y los de pulmón. Es un evento que aparece en fase final de la enfermedad y puede ser un indicador que oriente al ajuste del esfuerzo terapéutico.

Tabla 1 (V-184)

Tumor	TDX mediana (p25-75)	TDE mediana (p25-75)
Genitourinario	257 (180,5-815)	9 (8,5-22)
Digestivos	421 (113-1628,2)	10,5 (5,5-15,5)
ORL	3489 (883-6096)	41 (39-43)
Mama	1736,5 (461,5-5081,5)	28 (14,5-259,5)
Pulmón	571 (368-886,5)	8 (6,5-27,5)

#### V-185

### DIFERENCIAS SEGÚN EL GÉNERO ENTRE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE INTERCONSULTAS DE MEDICINA INTERNA: ANÁLISIS DE 1.263 PACIENTES

R. Sanz, P. Ruiz, V. Sendin, E. Agrela, V. López, P. González, C. Grandá y J. Marco

Servicio de Medicina Interna-III. Complejo Universitario de San Carlos. Madrid.

**Objetivos.** Nos proponemos analizar y describir las diferencias existentes entre los varones y las mujeres que nos fueron consultados durante el período de estudio (agosto de 2007 a junio de 2009).

**Material y métodos.** Explotación de una base de datos local con datos administrativos, datos que tienen que ver con el episodio y datos puramente clínicos.

**Resultados.** Se identifican 1263 pacientes (53,7% varones, 46,3% mujeres) con una edad media de 63 años (rango 16-100, [65 años varones, 61 años mujeres]). En la tabla 1 se exponen los datos más relevantes respecto al episodio y la comparación entre sexos en la atención por servicios más demandantes. En la tabla 2 exponemos la distribución por sexos respecto a los diagnósticos finales categóricos.

**Discusión.** Respecto a los diagnósticos finales, existe un gran predominio de la patología infecciosa entre los varones (78%), la cardiopulmonar (71%), los procesos hematológicos (65%) y los procesos no definidos (60%). Respecto a las mujeres, dominan en los trastornos hidroelectrolíticos (87%), los vasculares (63%) y los mentales (63%).

**Conclusiones.** Algunas diferencias están justificadas tales como la masculina en urología o la de ORL. La mayor incidencia de patología cardiovascular en varones coincide con lo observado en este rango de edad en los pacientes atendidos en Medicina Interna.

Tabla 1 (V-185). Distribución por sexos de las interconsultas solicitadas de los servicios más demandantes

	Hombre	Mujer
Psiquiatría	44%	56%
COT	46%	54%
Cir. Gral.	42%	58%
URO	65%	35%
NeuroCx	68%	32%
Cir. Vasc.	32%	68%

Tabla 2 (V-185). Diagnósticos categóricos y su distribución por sexos

Diag. categórico	Hombres	Mujeres
Tumoral	53%	47%
Infeccioso	78%	22%
Cardiorres	71%	29%
T. Mental	37%	63%
Neurolog	58%	42%
Vascular	37%	63%
Urologic.	50%	50%
Multi Orgánico	50%	50%

#### V-186

### ANÁLISIS EVOLUTIVO DE NEFROPATÍA LÚPICA

A. Renau<sup>1</sup>, E. Ros<sup>2</sup>, P. Berrocal<sup>1</sup>, J. Todolí<sup>1</sup>, A. García<sup>3</sup>, L. Micó<sup>1</sup>, J. Moll<sup>2</sup> y J. Calabuig<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Nefrología, <sup>3</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

**Objetivos.** Describir la evolución de una serie de 15 pacientes con nefropatía lúpica (NL) y comparar su evolución en función del tratamiento.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo y retrospectivo en el que se incluyeron 15 pacientes diagnosticados de NL mediante biopsia renal. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, fecha de diagnóstico, criterios diagnósticos de la ACR, hemoglobina, VCM, leucocitos, plaquetas, VSG, PCR, auto anticuerpos (ANA, Anti-dsDNA, Anti-RNP, Anti-Sm, Anti-Ro, Anti-La, Anticardiolipina, Anticoagulante lúpico), C3, C4, biopsia renal, síntoma de debut de la nefropatía, proteinuria (en g/24h), alteraciones del sedimento urinario (hematuria, cilindros), urea y creatinina. Se describe el tratamiento establecido al diagnóstico de la NL y la evolución a los 6 meses, al año, a los 2 años y a los 3 años. Se analiza la evolución de los pacientes con nefropatía lúpica tipos III-IV según el tratamiento inicial con ciclofosfamida en bolos ( $n = 6$ ), micofenolato ( $n = 2$ ) u otros (corticoides con o sin azatioprina,  $n = 5$ ). Las variables cuantitativas se presentan como media (DE) y las cualitativas como

Tabla 1 (V-186)

	Basal (N 15)	6 meses (N 12)	12 meses (N 11)	24 meses (N 11)	36 meses (N 11)
F. Renal normal (Creat)	86.66%	100%	100%	100%	100%
Creat media (DE)	0.89 (0.22)	0.77 (0.11)	0.82 (0.13)	0.81 (0.17)	0.84 (0.17)
Proteinuria media (DE)	3.65 (3.9)	0.89 (0.78)	0.90 (1.3)	0.68 (0.6)	
Proteinuria < 0.5 g/24h	13.33%	36.3% (n 11)	63.6%	45.5%	90.1%

porcentajes. El análisis por grupos de tratamiento se ha realizado mediante test no paramétricos.

**Resultados.** De 20 pacientes con diagnóstico de NL se decidió realizar biopsia sólo en 15 (75%); Presentamos los resultados de los mismos. Se analizaron 15 pacientes, 13 mujeres (86,66%) y 2 varones (13,33%). La edad media fue 34.8 años con una DE de 8.662. 9 de los pacientes (60%) se presentaron asintomáticos al diagnóstico mientras que en los 6 restantes (40%) el síntoma debut fue el edema. La presencia de sedimento patológico (cilindruria, hematuria) se objetivó en 13 de los pacientes (86,66%). Analizando las biopsias renales encontramos 12 pacientes (80%) con NL tipo IV (proliferativa difusa), 1 paciente (6,66%) con NL tipo II (mesangial), 1 (6,66%) con NL tipo III (proliferativa focal) y 1 (6,66%) con NL tipo V (membranosa). Los AAN fueron positivos en el 100% de los pacientes (15 pacientes), los Anti-DNA en el 60% (9), los Anti-Sm en el 20% (3), los Anti-SSA en el 26,66% (4), los Anti-SSB en el 13,33% (2), los Anti-RNP en el 13,33% (2), el Anticoagulante lúpico en el 6,66% (1) y los ACAS en ninguno de los pacientes. Se presenta una tabla con la evolución de la proteinuria y de la función renal (Tabla 1). No hemos encontrado diferencias significativas evolutivas por grupos de tratamiento, esto puede deberse al pequeño tamaño muestral.

**Conclusiones.** 1. El 20% de los pacientes con NL no fueron biopsiados. 2. Llama la atención la buena evolución de los pacientes incluidos en nuestra serie a los tres años, independientemente del tratamiento establecido. 3. La ciclofosfamida continúa siendo el tratamiento de inducción de elección en la mayoría de pacientes de nuestra serie para formas severas de NL. 4. El micofenolato cobra importancia como tratamiento de mantenimiento en un alto porcentaje de pacientes de nuestra serie y empieza cada vez más a emplearse en el tratamiento de inducción.

#### V-188

##### REVISIÓN DE CASOS DE ADENOCARCINOMA DE DUODENO

V. Delgado Sardina, C. Gómez Ayerbe, L. Pérez Sánchez, E. Montero Ruiz y J. López Álvarez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid).

**Objetivos.** Nuestro propósito es hacer una revisión retrospectiva de una serie de 4 casos de "adenocarcinoma de duodeno" en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias en un período de tiempo comprendido entre 2004-2008.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de una serie de casos en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias, mediante revisión de historias clínicas.

**Resultados.** Los tumores de intestino delgado presentan una incidencia menor de 1,4 por 100000 habitantes. El adenocarcinoma es el tipo histológico más frecuente, representando el 35-55%, siendo la localización más frecuente en duodeno. Presentan un pico de incidencia entre los 60-70 años. Su diagnóstico se ve dificultado por la presentación clínica inespecífica y la difícil accesibilidad para la obtención de biopsias, por lo que suele ser tardío, empeorando el pronóstico. El tratamiento es quirúrgico y aun así el 50% de los tumores resecables recidivan. Todos los casos estudiados de presentación en duodeno, en mujeres y de edades comprendidas entre 57 y 80 años. Aunque la técnica de elección es la endoscopia ya que permite la visualización directa, todos los casos de la serie fueron diagnosticados mediante TAC abdominal. De los 4 casos tres fueron diagnosticados en estadios avanzados (estadios III y IV) y fallecieron en los primeros 6-12 meses tras el diagnóstico y el otro diagnosticado en estadio II, con tratamiento quirúrgico curativo, presenta remisión completa a los dos años.

**Conclusiones.** Los tumores de intestino delgado son tumores poco frecuentes. Los síntomas vagos y tardíos y la poca accesibilidad al intestino delgado retrasan su diagnóstico hasta 6-8 meses desde el inicio de los síntomas. Cuando se llega al diagnóstico los tumores presentan un estadio avanzado lo que disminuye mucho la supervivencia. En cuanto al tratamiento, la cirugía es curativa si el estadio lo permite aunque se piensa que la quimioterapia adyuvante podría ser beneficiosa a pesar de no existir estudios concluyentes en la bibliografía.

#### V-189

##### PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES VALORADOS POR UN EQUIPO DE SOPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

R. Domínguez Álvarez<sup>1</sup>, F. Martínez Peñalver<sup>2</sup>, J. Boceta Osuna<sup>3</sup>, J. Royo Aguado<sup>3</sup> y M. Aguayo Canela<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna B, <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna A. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. USP Hospital de Málaga (Málaga).

**Objetivos.** Conocer las características epidemiológicas y clínicas del paciente consultado al equipo de soporte de Cuidados Paliativos hospitalario (ESCPH), su destino al alta y el número de sedaciones que se precisan.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio descriptivo de la actividad clínica del ESCPH desde el 01/03/08 al 28/02/09. Se creó una ficha de valoración de pacientes y una base de datos, recogiendo servicio remitente, edad, sexo, diagnóstico, estadio de la enfermedad, síntomas detectados y su intensidad (recogida del 1 al 10), la estrategia terapéutica a seguir, si requiere sedación y destino al alta. Las valoraciones se realizan a petición del médico responsable del paciente, que contactan telefónicamente o mediante hoja de petición de consulta. El análisis de datos se realizó en SPSS 15.0.

**Resultados.** Analizamos 315 pacientes con criterios de inclusión en CP. El 96% fueron pacientes oncológicos, con una edad media de 63,87 años; el 41% eran mujeres y el 59% varones. El 71.4% se encontraban en situación terminal, el 24.4% avanzada no terminal y el 1.6% en situación de cronicidad. El 41.8% procedían de Oncología, el 26.8% Medicina Interna, el 14.1% de otras especialidades médicas y el 8.8% de especialidades quirúrgicas. El 4.9% estaban ya en Proceso de CP y el 95.1% fueron casos nuevos. La media de tiempo de seguimiento fue de 6,16 días y generaron un total de 922 visitas. El 29,1% recibieron una única visita, y el 50.3% requirieron un Plan de Atención Compartida con los profesionales remitentes. La distribución por tipo de tumores fue de: 37.1% gastrointestinal, 22.5% broncopulmonar, 10.2% genitourinario, 8.6% ginecológico, 7% mama, 13.3% otros tipos. La media para el índice de Karnofsky fue de 40,39. En el momento de la valoración los síntomas que presentaban eran: náuseas 70.5%, disnea 53.7%, dolor 35.9%, estreñimiento 27%, delirium 23.5%, insomnio 20.3%. Al alta, se remitieron a Atención Primaria los 23 pacientes de baja complejidad, 125 a los ESCP domiciliarios y se trasladaron 39 pacientes a otros centros. Finalmente 110 pacientes (34,9%) fallecieron bajo la asistencia compartida del ESCPH y del servicio remitente. De los fallecidos, el 75.8% precisaron sedación paliativa según protocolo del centro, que corresponden con un 7.03% del total de los fallecidos en el Hospital en el mismo período.

**Discusión.** Consideramos que el equipo de cuidados paliativos en nuestro Hospital valora un importante número de pacientes, que en su mayoría precisan seguimiento, bien en domicilio o bien en el propio hospital, de los cuales un considerable porcentaje precisan sedación paliativa. En mayor número de pacientes consultados procede de Oncología. La coordinación con este servicio confiere un valor añadido a esta actividad clínica, que simultanea tratamiento específico y paliativo en un modelo que convendría extender. La coordinación con Unidades de Cuidados Paliativos y con el ESCP domiciliario del área sanitaria facilita la derivación de pacientes, con la ventaja de haber sido valorados desde un recurso avanzado de CP. El aumento gradual de consultas de otros servicios podría relacionarse con la accesibilidad, rapidez de respuesta, resolución de problemas en equipo, y agilización de las altas, junto con actividades de formación básica en cuidados paliativos en los distintos servicios.

**Conclusiones.** El perfil clínico del paciente consultado al equipo es: paciente de 60 años, oncológico en fase terminal, incapacitado, con primario broncopulmonar o gastrointestinal fundamentalmente, y con deficiente control sintomático. El 35% fallecen durante su ingreso recibiendo CP, precisando en su mayoría sedación paliativa. El resto de pacientes se derivaron principalmente a recursos de cuidados paliativos, aumentando la derivación a ESCPD en 125 pacientes. La ubicación de las Unidades de Cuidados Paliativos en hospitales de segundo nivel es eficiente, pero conviene mantener y promover el enfoque de cuidados paliativos en los grandes hospitales.

### V-190 ESTUDIO DE LOS INGRESOS PROCEDENTES DE UCI EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DURANTE 12 MESES

C. Granda, V. López, P. Ruiz, P. González, V. Sendin, B. González, A. Molino y J. Marco

Servicio de M. Interna-III. Complejo Universitario de San Carlos. Madrid.

**Objetivos.** Analizar los ingresos procedentes de la UCI en nuestro servicio durante el período comprendido entre Abril-08 y Marzo-09 y compararlos con la población general de los pacientes atendidos en Medicina Interna, según el estudio del CMBD de los hospitales españoles en el bienio 2005-2006.

**Material y métodos.** Se analizaron todos los pacientes trasladados de los tres servicios de Unidad de Cuidados Intensivos de nuestro centro durante un año. La identificación se realizó mediante el HIS hospitalario.

**Resultados.** Se identificaron un total de 37 pacientes (26 hombres, 11 mujeres) con una edad media de 55,78 años (mediana: 49,22 años). La estancia media en la UCI había sido de 6,78 días (mediana 3 días) con una estancia media en planta de 21,82 días (mediana: 14,50 días). La mortalidad precoz (48 horas tras el traslado), fue de 0% y la mortalidad global del 10,8%. El diagnóstico principal fue infeccioso en 11 casos (29,7%).

**Discusión.** En comparación con la población general de medicina interna, la edad media de este subgrupo es significativamente más baja (55,78, vs 70,6) con una distribución con clara preponderancia de varones (71%) cuando para este rango de edad, existe una distribución paritaria entre ambos sexos en la población general. La estancia media en planta es claramente superior (14,5 días vs 10 días) tras 3 días en UCI, algo que seguramente se explica por la procedencia de este subgrupo. La mortalidad en este subgrupo es discretamente superior a la observada en la población general (10,8% vs 9,9%). Respecto a los diagnósticos principales, los trastornos respiratorios no especificados exceptuando infecciones y EPOC así como la insuficiencia cardiaca ocupan los primeros puestos de los pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna de la red del Sistema Nacional de Salud mientras que en nuestro subgrupo el diagnóstico principal es el infeccioso, fundamentalmente de origen respiratorio. Es llamativa la ausencia de diferencias en la mortalidad entre la población general y la que ha permanecido en la UCI algo que difiere de alguna serie similar publicada. También sorprende la ausencia de mortalidad precoz en nuestros pacientes lo que desmiente el mito de que exista un alto porcentaje de pacientes que sale de la UCI por razones humanitarias "a morir".

**Conclusiones.** Existen claras diferencias entre la población general de pacientes atendidos por los internistas en la planta convencional y los pacientes que salen de las unidades de Cuidados Intensivos. Son pacientes más jóvenes, predomina el sexo masculino y la patología infecciosa. Los datos de mortalidad nos han parecido algo sorprendentes.

### V-191 POBLACIÓN ATENDIDA EN UNA UNIDAD DE INTERCONSULTAS DE MEDICINA INTERNA: DESCRIPCIÓN DE 1.263 PACIENTES

J. Marco<sup>1</sup>, I. Fraga<sup>1</sup>, P. González<sup>1</sup>, R. Sanz<sup>1</sup>, V. Sendin<sup>1</sup>, P. Ruiz<sup>1</sup>, V. López<sup>1</sup> y S. Plaza<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de M. Interna-III. Complejo Universitario de San Carlos. Madrid.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid).

**Objetivos.** Por tratarse de un Servicio muy disgregado, la Medicina Interna de nuestro hospital tenía dificultades para dar respuesta a la demanda de interconsulta de otras especialidades. Se creó en agosto de 2007 una Unidad Monográfica con dos médicos que centralizara todas estas interconsultas. Nos proponemos describir los pacientes atendidos durante este período.

**Material y métodos.** Explotación de una base de datos local creada al efecto que consta de datos administrativos. Datos que tienen que ver con el episodio: fecha de solicitud de la interconsulta, médico que la responde, fecha en que la responde, número de visitas, fecha de última visita y días de estancia (algunos de ellos calculados automáticamente por la aplicación informática que fue diseñada por nosotros). Finalmente datos clínicos: servicio solicitante de la interconsulta, motivo de ingreso del paciente, causa de petición de la interconsulta, diagnóstico final, grupo diagnóstico o y motivo del alta.

**Resultados.** Se identifican 1263 pacientes (53,7% varones, 46,3% mujeres) con una edad media de 63 años (rango 16-100, [65 años varones, 61 años mujeres]). El tiempo transcurrido desde la solicitud de la interconsulta hasta la primera atención fue de 0,33 días, si bien el 82,5% de los pacientes fueron atendidos en el día y el 92,5% dentro de las primeras 24 horas de la demanda de atención. Se realizaron un total de 8.128 visitas durante el período analizado, que supone un número medio de visitas de 6,1 por paciente y episodio. El número de pacientes vistos en una sola visita fue de 262 (un 20,74% del total de pacientes atendidos durante el período de estudio). Nuestro servicios demandantes más importantes fueron: psiquiatría 34,6%, COT 15,3%, cirugía general 13,6%, urología 11,9%, ginecología 5,7%, neurocirugía 5,3%, ORL 2,4%, cirugía vascular 2,2%, neurología 1,66% y el

resto de servicios el 14,8%. No es posible realizar una descripción de los motivos de la interconsulta por ser demasiado dispersos ni tampoco de los diagnósticos finales por la misma causa. Si hemos realizado una clasificación por diagnósticos categóricos siendo estos: 16,7% tumorales, 13% cardiorrespiratorios, 13% patología multiorgánica, 12,5% infecciosos, 4,2% metabólica, 4,2% trastorno mental, 3,4% digestiva, 3,3% vascular, 2,8% no definible, 2,3% neurológica, 1,6% hematológica, 0,8% urológica, 0,8% hidro-electrolítica. Respecto a los motivos de alta, el 73,5% fue dado de alta por nosotros por mejoría, la mortalidad mientras estábamos atendiendo al paciente alcanzó el 5,44%. Se realizaron un 19,21% de traslados (52,3% hombres, 47,6% mujeres): 10,74% a otro centro, 6,65% a otros servicios (muchos de ellos a la UCI) y 1,81% a Medicina Interna. Un 1,96% de los destinos no entran dentro de ninguna de estas categorías.

**Discusión.** El perfil de los pacientes atendidos en interconsultas, se aparta un poco del de los pacientes de Medicina Interna que tienen una edad media superior (70,6 años), un caso mix diferente (EPOC e insuficiencia cardiaca en los dos primeros puestos) y una mortalidad más alta (casi del 10%). Datos que implican un buen estándar de calidad en nuestra serie son la rapidez en la atención (más del 90% de pacientes atendidos en las primeras 24 horas) y la rápida resolución de los episodios (más del 20% resueltos en la primera visita). Sorprende algún nicho de actividad que no preveíamos como los pacientes psiquiátricos que se colocan a la cabeza, si bien en la mayoría de los casos presentan problemas de fácil resolución.

**Conclusiones.** Estandarizar este tipo de bases de datos puede ser un objetivo de este tipo de unidades de nueva creación ya que permitiría comparar resultados y homogeneizar la forma de trabajo entre ellas. Mantener una base de datos actualizada es un recurso eficaz con fines investigadores además de mejorar las posibilidades de negociación con los estamentos gestores. La variedad de la patología atendida recalca la importancia de los internistas en el entorno hospitalario a la hora de solucionar los pacientes quirúrgicos que son intervenidos en situaciones cada vez de mayor fragilidad.

### V-192

#### FORMAS DE PRESENTACIÓN DE LA ENFERMEDAD INTESTINAL EN UNA CONSULTA DE DIAGNÓSTICO DE MEDICINA INTERNA

S. Vidal Ferrer<sup>1</sup>, A. Casanovas Martínez<sup>1</sup>, I. Pons Martín del Campo<sup>1</sup>, D. Grau<sup>2</sup> y B. Cisteró Roig<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Enfermería, <sup>3</sup>Servicio de Urgencias. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona).

**Objetivos.** Revisión de los pacientes diagnosticados de enfermedad inflamatoria desde una consulta de medicina interna en un hospital con una área poblacional de referencia de 400 000 habitantes. Describir su forma de presentación, herramientas de diagnóstico, tiempo de diagnóstico desde el primer síntoma y algunos datos de laboratorio.

**Material y métodos.** Selección de 28 pacientes con diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal desde una base de datos Acces de la consulta diagnóstica de medicina interna, donde se han registrado los 8345 pacientes visitados desde 1998 hasta julio 2008. Realizamos una revisión retrospectiva de las historias clínicas y una análisis descriptivo con paquete estadístico SPSS v12.

**Resultados.** (n = 28). Datos demográficos: edad media 35'8 años (15-76), sexo hombres 16 (57,4%), mujeres 12 (42,9%). Antecedentes: familiares de enfermedad inflamatoria intestinal 2 (7,14%), fumador 13 (46,4%), ex-fumador 4 (14,3%) y enolismo 3 (10,7%). Ninguno presentaba antecedente de enfermedad autoinmune. CLÍNICA: dolor abdominal 11(29,2%); diarreas 9 (28,5%); diarreas con sangre 10 (35,7%) de las cuales 9 en pacientes diagnosticados de *E. coli* (p < 0,05), y 9 eran mayores de 31 años (p < 0'05); diarreas con moco 4 (14%); fiebre 11(39,2%) y otros 15 (53%). Tiempo medio desde el primer síntoma al diagnóstico: 89 días (3-365). EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS: radiografía de abdomen 14 (50%) informadas como normales todas, tránsito gastro-esofágico 10 (35,7%) siendo patológicos 2 (7,1%), TC abdominal 10 (35,7%) no mostraban ninguna alteración significativa, fibrogastroscoopia 2 (10,7%) ninguna muestra alteraciones, fibrocolonoscopia 28 (100%), coprocultivos negativos 15 (53,5%), parásito negativos en heces 15 (53,5%), enema opaco 2 (0,7%) uno de los cuales era patológico. LABORATORIO: leucocitosis (> 11 000 10<sup>9</sup>/L) 19 (67,8%), Hemoglobina < 12g/L 12 (42,8%), VSG elevada (> 20) 19 (67,8%), PCR > 0'5 17 (60,7%). ANATOMÍA PATOLÓGICA: enfermedad de Crohn 12 (42,8%), colitis ulcerosa 15 (53,5%) y 1 forma indeterminada (3,5%).

**Discusión.** Presentamos una revisión de los pacientes diagnosticados de enfermedad inflamatoria intestinal desde julio de 1998 hasta junio del 2008 en nuestra consulta diagnóstica de medicina interna. Hemos seleccionado 28 pacientes de los 925 pacientes diagnosticados de patología digestiva. Como describe la literatura el dolor abdominal y la diarrea con o sin sangre siguen siendo la forma más habitual de presentación. Continúa siendo un diagnóstico mayormente de adultos jóvenes, con un porcentaje no despreciable de fumadores en nuestros pacientes seleccionados. Destacar de

nuestra serie que se ha observado correlación estadística entre el diagnóstico de *E. coli* ulcerosa y presentar diarreas con sangre, asimismo que presentar diarreas con sangre en pacientes mayores de 31 años. A nivel analítico la presencia de anemia se observa en casi la mitad de los pacientes, y la elevación de reactantes de fase aguda en la mayoría. La herramienta diagnóstica clave en todos los casos fue la fibrocolonoscopia, siendo el TC y la radiografía simple de abdomen herramientas de poca ayuda diagnóstica. El retraso diagnóstico viene a menudo ligado con el retraso de derivación y/o consulta por el paciente.

**Conclusiones.** 1) Es una entidad poco frecuente en una consulta de medicina interna 2) La colitis ulcerosa se relaciona más que la enfermedad de Crohn con presentar diarreas con sangre, y sobretodo en pacientes mayores de 31 años. 3) La herramienta diagnóstica clave es la fibrocolonoscopia, dada la baja rentabilidad de otras pruebas, lo que impone su realización rápida ante una clínica muy sugestiva. 4) Sigue siendo una causa de anemia a tener en cuenta en pacientes jóvenes.

#### V-193

### CARCINOMATOSIS PERITONEAL EN PACIENTES INGRESADOS CON TUMORES DE APARATO DIGESTIVO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

**C. Vicente Martín, I. González Martil, B. García Martín, G. Delgado Cárdenas, S. Plaza Canteli, G. Flox Benítez, A. Espigares Correa y J. Jusdado Ruiz-Capillas**

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

**Objetivos.** El Hospital Severo Ochoa dispone, dentro del Servicio de Medicina Interna, de una Unidad de Cuidados Paliativos (MIPA) dotada con 6 camas. Nuestro objetivo fue describir las características de los pacientes con tumores digestivos ingresados por carcinomatosis peritoneal.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio transversal retrospectivo entre febrero del 2002 y junio del 2009 de los pacientes que ingresaban por carcinomatosis peritoneal de tumores digestivos en la MIPA. Las variables recogidas fueron las siguientes: edad, sexo, diagnóstico y síntoma principal al ingreso, estancia en la unidad, motivo de alta, tiempo desde el diagnóstico del tumor hasta el diagnóstico de la carcinomatosis, así como tiempo transcurrido hasta el óbito. Los datos fueron analizados mediante el SPSS. Una  $p < 0,05$  se consideró significativa.

**Resultados.** De 2056 ingresos, 88 (4,2%) fueron por carcinomatosis peritoneal que se dio en 72 pacientes. Cincuenta pacientes (69%) tenían un tumor digestivo: 24 colon, 19 gástrico, 4 páncreas, 1 esófago, 1 colangiocarcinoma y 1 tumor del estroma gastrointestinal. Los 22 pacientes restantes (30,5%) tenían un tumor ginecológico (19 pacientes), de vejiga (1 paciente) o de origen desconocido (2 pacientes). En 32 pacientes (64%), el diagnóstico de carcinomatosis peritoneal fue al mismo tiempo que el tumor primario. Veinticinco (50%) eran mujeres y la edad media fue de 67,1 (DE 10,81). Un total de 10 pacientes (17%) ingresaron más de una vez por carcinomatosis peritoneal. La mayoría de los pacientes presentaron dolor (97%). Otros síntomas fueron los vómitos en 36 pacientes (72%), estreñimiento en 7 (14%) y ascitis en 4 (8%). Dieciséis pacientes (14%) tenían opioides al ingreso lo que se incrementó en 34 pacientes (68%) en el momento del alta siendo esta diferencia significativa ( $p < 0,002$ ). La estancia mediana fue de 10 días (P25-75: 5-18). La mayoría de pacientes fallecieron al final del estudio (94%) siendo el lugar más frecuente la MIPA (63,8%), seguido por las unidades de media estancia (21,3%) y el domicilio (10,6%). El tiempo de evolución desde el diagnóstico del tumor hasta el primer ingreso por carcinomatosis peritoneal fue de 183 días (P25-75: 61,2-531,2) y desde ese ingreso hasta el óbito de 24,5 días (P25-75: 9,2-59,5). Precisarón sedación 6 pacientes (12,8%) siendo la principal causa la agitación (6,3%).

**Conclusiones.** La carcinomatosis peritoneal en tumores digestivos es un dato que acorta el pronóstico vital de los pacientes a un mes aproximadamente como muestran los datos de nuestro estudio. La mayoría de los pacientes tienen dolor y hay que controlarlo con opioides. El fallecimiento en domicilio con buen control de síntomas es posible (10,6%) si existe un equipo que de soporte al paciente y a los familiares.

#### V-194

### ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES: ESTUDIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE 17 AÑOS

**E. Rodríguez Ávila, E. Fonseca Aizpuru, A. Álvarez-Uría Miyares, R. Fernández Regueiro, G. López Colina, C. Cienfuegos Basanta, I. Arias Miranda y J. Morís de la Tassa**

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

**Objetivos.** Describir las características epidemiológicas, clínicas y evolutivas de pacientes diagnosticados de Arteritis de Células Gigantes (ACG) en

nuestro medio. Estudiar si existen diferencias que nos permitan identificar cuáles van a tener biopsia de arteria temporal (BAT) positiva o complicarse con una Neuropatía Óptica Isquémica Anterior (NOIA).

**Material y métodos.** Análisis descriptivo y retrospectivo de una cohorte de pacientes diagnosticados de ACG en el Servicio de Medicina Interna del Hospital de Cabueñes, referencia del Área Sanitaria V de Asturias, que atiende una población de 300.000 habitantes. El estudio comprende 17 años, desde enero de 1991 hasta diciembre de 2007. Se incluyeron pacientes con BAT positiva y aquellos que cumplieron, al menos, 3 criterios del ACR (American College of Rheumatology) con evolución compatible. Se analizaron datos demográficos, clínicos y evolutivos. Las variables cuantitativas se expresan en media  $\pm$  ds, las cualitativas en proporciones. Las cuantitativas se compararon mediante la  $t$  de Student y las cualitativas mediante el test de Chi2. El nivel de significación fue para un valor de  $p < 0,05$ .

**Resultados.** De los 79 casos diagnosticados, 65 fueron mujeres (82,3%) y 14 hombres (17,7%), con edad media de 76,7  $\pm$  6,1 años (IC95 75,4-78,1). La incidencia anual estimada es de 3,65/100.000. El retraso diagnóstico fue 12,2  $\pm$  16,8 semanas. Las manifestaciones clínicas fueron: cefalea 67 (84,8%), síndrome constitucional 60 (75,9%), claudicación mandibular 38 (48,1%), clínica de polimialgia reumática (PMR) 28 (40,5%), clínica visual 17 (19%) y ceguera 6 (7,6%). La NOIA se diagnosticó en 5 (6,3%). Las características clínicas, analíticas y evolutivas de pacientes con y sin PMR, con o sin NOIA, y con o sin BAT positiva no mostraron diferencias significativas. La longitud media de BAT es 1  $\pm$  0,45 cm (IC95 0,85-1,12). La BAT fue positiva en 57 (72,2%) y negativa en 22 (27,8%). Hubo complicaciones del tratamiento en el 62%, osteoporosis en 10 (12,7%). Recibieron tratamiento antiagregante 19 (20,1%). Observamos complicaciones isquémicas: NOIA contralateral 1, IAM 1 y ACV 7.

**Discusión.** Habitualmente se describen más casos en mujeres, nuestra proporción es 4:1. El tramo de edad más frecuente es 70-79 años, igual que lo descrito. Una mayor sospecha diagnóstica de esta entidad, podría explicar el aumento de la incidencia que parece existir en los últimos años. La demora diagnóstica es alta, aunque muestra variaciones, en ello influyen la expresividad clínica y presentación con síntomas atípicos. La BAT normal no excluye el diagnóstico, pues las lesiones son segmentarias. Se recomiendan longitudes de 3-5 cm. El número de biopsias negativas en nuestra serie es inferior al referido en la literatura (40%). Observamos que 11 (19,2%) de los casos con BAT positiva, cumplen un máximo de 2 criterios, de modo que la ausencia de cambios típicos nos haría dudar del diagnóstico. Un paciente se complicó con una NOIA contralateral a pesar de un tratamiento esteroideo correcto. Como explicaciones posibles de este hecho están: hipoperfusión del disco óptico, retraso del tratamiento, descenso rápido de los esteroides o hipercoagulabilidad asociada.

**Conclusiones.** 1. La incidencia de ACG en nuestro medio es baja, pero similar a la descrita en nuestro ámbito geográfico. 2. La presentación clínica con PMR no condiciona diferencias en manejo ni seguimiento. 3. La aplicación de criterios no evita la necesidad de BAT, aunque son de utilidad para establecer el diagnóstico en los pacientes en los que es negativa. 4. La NOIA es una complicación grave para la que no encontramos ningún factor que nos permita predecir su aparición.

#### V-195

### ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS INTERCONSULTAS REALIZADAS A UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

**L. Deus, N. Gago Arsenal, M. Asensio Tomas, J. Pérez Silvestre, V. González Valles, F. Pedro Lelis y A. Herrera Ballester**

*Servicio de Medicina Interna. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia.*

**Objetivos.** La interconsulta (IC) médica es la forma de comunicación entre los diferentes servicios de un hospital. Cumple la función de aportar conocimientos específicos a otras especialidades no familiarizadas con la causa de la IC correspondiente. Supone una inversión extra de tiempo y de recursos. El conocimiento de la patología atendida es clave en la previsión de la formación y actuación del internista que realiza esta labor. Los objetivos son conocer las características de las interconsultas solicitadas al Servicio de Medicina Interna de un hospital universitario de 590 camas y valorar la carga de trabajo que conllevan.

**Material y métodos.** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de las interconsultas realizadas al Servicio de Medicina Interna del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (CHGUV) entre octubre del 2002 a octubre del 2007. Se analizaron el sexo y edad del enfermo, servicio petionario, motivo, diagnóstico, demora de atención, duración del seguimiento y destino. Las características del Servicio de Medicina Interna son particulares porque posee a su cargo la Unidad de Diabetes y la de Enfermedades Autoinmunes del CHGUV.

**Resultados.** Se recibieron 2980 interconsultas. El 52,8% fueron mujeres. El número de IC recibidas cada día de trabajo fue de 2,7. La mediana de edad

fue de  $64,4 \pm 16,8$  años. El 98% de las interconsultas se atendieron el mismo día de su petición. La mediana de días de seguimiento fue de  $4,24 \pm 2,1$  días. El 56,3% proceden del área quirúrgica, del cual el 17,6% correspondió al servicio de Traumatología. El 44,1% fue motivado por valoración/patología relacionada a la diabetes, el 5,3% a valoración del paciente pluripatológico y el 5,3% y 4,6% por disnea y fiebre respectivamente. En 1198 casos (46,9%) se diagnosticó de patología relacionada a diabetes mellitus tanto tipo 1 como tipo 2, así como en 172 casos (6,7%) se diagnosticó de infección de vía respiratoria baja y en 145 casos (5,7%) de sepsis de diferentes focos. En 109 casos se trasladó a los pacientes al Servicio de Medicina Interna. La carga de trabajo adicional fue de 9,7 pacientes/día.

**Conclusiones.** La mayoría de las IC proceden de los servicios quirúrgicos lo que indica la importancia de un internista en estas áreas. Las diferencias entre los servicios solicitantes se deben a sus distintas formas de organización y dotación junto a los diferentes tipos de formación o criterios de los médicos solicitantes. Predomina la patología relacionada con la diabetes mellitus, reflejo de las características del servicio de medicina interna y de la alta prevalencia de esta en la comunidad y el hospital. La carga de trabajo que originan las interconsultas es similar a la que soporta un internista en su área de hospitalización a diario.

#### V-196

### EFFECTOS DE LA REPOSICIÓN DE VITAMINA D SOBRE LA ASTENIA, LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD Y EL DAÑO ORGÁNICO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)

S. Gordo<sup>1</sup>, G. Ruiz-Iratorza<sup>2</sup>, N. Olivares<sup>2</sup>, M. Egurvide<sup>2</sup> y C. Aguirre<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cruces. Barakaldo (Vizcaya).

**Objetivos.** Distintos estudios han relacionado la hipovitaminosis D con un mayor riesgo de padecer enfermedades autoinmunes entre ellas el lupus eritematoso sistémico (LES). En un estudio trasversal en 2006, nuestro grupo encontró una relación entre la deficiencia de vitamina D y astenia, pero no se encontró correlación entre los niveles de vitamina D y la actividad de la enfermedad (SLEDAI) o el daño orgánico acumulado (SLICC). Los objetivos de este estudio son evaluar si las dosis terapéuticas habituales de vitamina D oral son suficientes para tratar la hipovitaminosis D en pacientes con LES e investigar si cambios en los niveles de vitamina D se asocian a cambios en la astenia, la actividad de la enfermedad y el daño orgánico acumulado.

**Material y métodos.** Los 92 pacientes con LES (criterios ACR) en seguimiento en el Hospital de Cruces que participaron en la primer estudio trasversal en 2006 (T1) fueron invitados a participar en ésta segunda parte longitudinal del estudio realizada entre los meses de octubre y noviembre de 2008 (T2). 12 pacientes se perdieron entre el primer y segundo estudio. Se recogieron datos demográficos, variables relacionadas con LES (duración de la enfermedad, tratamiento, SLEDAI, SLICC), dosis y duración de tratamiento con vitamina D, niveles de vitamina D y grado de astenia mediante una escala analógica visual (0-10).

**Resultados.** Las características clínicas del grupo de pacientes perdidos ( $n = 12$ ) no diferían de forma significativa de las del resto de pacientes que fueron estudiados en T1 ( $p > 0,05$ ), salvo en el SLICC ( $p = 0,41$ ). Efectos de la intervención terapéutica: 60 pacientes (75%) fueron tratados con vitamina D3 oral durante una mediana y rango de 24 (7-24) meses. Los niveles medios de 25(OH)D se incrementaron de T1 a T2 ( $21,7$  vs  $24,8$  ng/ml,  $p = 0,04$ ). Similares resultados encontramos al analizar el subgrupo con 25(OH)D  $< 30$  ng/ml en T1 ( $16,6$  vs  $23,6$  ng/ml,  $p < 0,001$ ) y el subgrupo con 25(OH)D  $< 10$  ng/ml en T1 ( $6,4$  vs  $20,1$  ng/ml,  $p = 0,001$ ). Sin embargo, 57 pacientes (71%) tuvieron en T2 niveles de 25(OH)D  $< 30$  ng/ml, 26 (31%)  $< 20$  ng/ml y 5 (6%)  $< 10$  ng/ml. Relación entre niveles de vitamina D y astenia: La media de astenia disminuyó significativamente tras la intervención en la población general ( $4,1$  s  $3$ ,  $p = 0,015$ ), mejorando la significación estadística al excluir del análisis aquellos pacientes que no fueron tratados ( $4$  vs  $3$ ,  $p = 0,012$ ). Se encontró una correlación inversa entre los niveles de 25(OH)D y la astenia en T2 ( $p = 0,001$ ), independiente del efecto de otras variables (edad, SLEDAI y tratamiento con hidroxicloroquina). La media de astenia fue más baja en pacientes con niveles de 25(OH)D  $> 30$  ng/ml ( $1,4$  vs  $3,7$ ,  $p = 0,06$ ),  $> 20$  ng/ml ( $2,1$  vs  $4,9$ ,  $p < 0,001$ ) y  $> 10$  ng/ml ( $3$  vs  $4,9$ ,  $p = 0,5$ ) frente a los que tenían niveles inferiores, respectivamente. La variación en el nivel de astenia de T1 a T2 se asoció con los cambios en los niveles de 25(OH)D en los pacientes con 25(OH)D  $< 30$  ng/ml en T1 ( $p = 0,017$ ). Relación entre los niveles de 25(OH)D y la actividad de la enfermedad y el daño orgánico acumulado: No encontramos correlación entre los niveles de 25(OH)D y el SLEDAI y SLICC ( $p = 0,5$  y  $p = 0,3$  respectivamente). Además las medias del SLEDAI o SLICC no fueron significativamente diferentes en pacientes que tuvieron los niveles de 25(OH)D superiores o inferiores a los distintos puntos de corte. No encontramos correlación significativa entre la

variación en el SLEDAI o el SLICC y la de los niveles de 25(OH)D de T1 a T2 ( $p = 0,87$  y  $p = 0,63$ , respectivamente). Estos resultados se mantuvieron al analizar el subgrupo de pacientes con 25(OH)D  $< 30$  ng/ml en T1 ( $p = 0,84$  y  $p = 0,64$ , respectivamente),  $< 20$  ng/ml ( $p = 0,58$  y  $p = 0,64$ , respectivamente) y  $< 10$  ng/ml ( $p = 0,64$  y  $0,85$ , respectivamente).

**Conclusiones.** El tratamiento con dosis de 400-800UI/d de vitamina D3 es insuficiente para restablecer los niveles óptimos en pacientes con LES. Hay una reducción de la astenia asociada a un incremento de niveles de 25(OH)D. No hay asociación entre los niveles de 25(OH)D y la actividad de la enfermedad o el daño orgánico acumulado.

#### V-197

### METÁSTASIS HEPÁTICAS

M. Lobo Pascua, A. Calvo, J. Sequeira Lopes, F. Olgado Ferrera, G. Guerrero Barrero, D. Magro Ledesma y J. Bureo Dacal

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo H. Universitario de Badajoz. Badajoz.

**Objetivos.** Origen de los tumores primarios que con más frecuencia metastatizan en hígado.

**Material y métodos.** El estudio se realiza a partir de 107 informes clínicos de al pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna en el período comprendido entre 2007-2009. Analizados mediante un modelo estadístico descriptivo.

**Resultados.** Son los cánceres del tracto gastrointestinal (Colorrectal 73%, gástrico 3%), los que con mayor frecuencia diseminan al hígado. Seguidos por el cáncer de páncreas, pulmón, mama y más raramente encontrados los tumores neuroendocrinos. Clínicamente se caracterizan por producir dolor en hipocondrio derecho, astenia e hiporexia. En la analítica es frecuente encontrar ligeras elevaciones de la bioquímica hepática junto con elevación de la fosfatasa alcalina y un aumento desproporcionado de la LDH. Los marcadores: Alfafetoproteína (AFP) suele ser negativa y el Antígeno carcinoembrionario (CEA) positivo si el cáncer es gastrointestinal, pulmón o mama. Las metástasis hepáticas suelen estar presentes en el momento del diagnóstico del tumor primario. Se detectan mediante eco y/o TAC abdominal; en ningún caso se realiza biopsia dirigida, que es el método más sensible para su diagnóstico. En un 75% de los casos aparecen como múltiples lesiones ocupantes de espacio (LOES  $> 2$  cm) en ambos lóbulos hepáticos, "hígado metastático":no resecable.

**Discusión.** Casi todos los tipos de neoplasia, excepto las cerebrales pueden metastatizar al hígado. Los primarios más frecuentes son los digestivos (colon, estómago y páncreas) ya que la sangre fluye directamente desde estos órganos hacia el hígado. El adenocarcinoma de colon es el más prevalente, sobre todo en mujeres mayores de 75 años, con antecedentes en familiares de primer grado. Se asocia con hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia (LDL), a niveles bajos de ácido fólico, lo que refleja dietas ricas en grasas y pobres en fibra. Anomalías en la bioquímica hepática, hepatomegalia dolorosa, astenia, pérdida de peso o apetito son los datos que pueden orientar hacia la posibilidad de metástasis hepáticas. Los marcadores tumorales CEA y Antígeno carbohidratado citosólico 19-9 (CA 19-9), están elevados en aproximadamente un 80% de los pacientes, pero carecen de especificidad, pues se elevan en proceso no tumorales y se utilizan pruebas de imagen para su diagnóstico. No obstante, su determinación puede ser útil en los tumores resecables, como referencia para comparar y valorar la posibilidad de resección tumoral incompleta o recidiva. El screening de las metástasis hepáticas, por su prevalencia y agresividad en el cáncer de colon se basa en: 1) Seguimiento clínico cada 3-6 meses durante 3 años, 2) Colonoscopias cada 6-12 meses durante 5 años, 3) Valor CEA cada 2-3 meses durante 2 años, 4) Rx, Eco o TAC abdomen, 5) Bioquímica hepática: GOT, GPT, GGt y FA, 6) Marcadores tumorales.

**Conclusiones.** El adenocarcinoma de colon, dada su alta prevalencia, es el tumor que con más frecuencia metastatiza al hígado, produciendo dolor en hipocondrio derecho, astenia y pérdida de peso. Puede presentar insuficiencia hepática en estadios avanzados. El hígado metastático no es curable.

#### V-198

### MARCADORES TUMORALES: UTILIDAD Y LIMITACIONES

M. Lobo Pascua, J. Sequeira Lopes, A. Calvo, O. González Casas, L. Morillo Blanco, V. Bejarano Moguel, D. Magro Ledesma y J. Arrebola García

Servicio de M. Interna. Complejo H. Universitario de Badajoz. Badajoz.

**Objetivos.** Un marcador tumoral será útil, sólo si es capaz de reconocer la existencia de una neoplasia antes que cualquier otro procedimiento diagnóstico.

**Material y métodos.** El estudio se realiza a partir de 461 informes clínicos de al pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna en el período

comprendido entre 2005-2008. Analizados mediante un modelo estadístico descriptivo.

**Resultados.** Los marcadores tumorales por su fácil accesibilidad se solicitan de rutina ante cualquier paciente que ingresa por síndrome constitucional y que tras una anamnesis y exploración física, se sospecha un origen neoplásico. Los marcadores tumorales más solicitados son el Antígeno Carcinoembrionario (CEA) y Antígeno Carbohidratado citosólico 19-9 (CA 19-9), ya que ambos aparecen relacionados con el cáncer colorrectal, que es el más prevalente entre nuestros pacientes. Además el CEA puede estar aumentado en: cáncer de vejiga, mama, útero, ovario y cervix. Así como en grandes fumadores con bronquitis crónica, cirrosis hepática, colitis ulcerosa y pancreatitis. El CA19-9 se relaciona con el cáncer de páncreas, estómago y vías biliares. Puede aumentar en procesos no neoplásicos: litiasis biliar, colecistitis, pancreatitis o cirrosis hepáticas. Suelen ser normales en fases iniciales de la enfermedad cuando el tumor es pequeño. Es frecuente encontrar una concentración normal del marcador en tumores diseminados (falsos negativos), sin embargo el número de falsos positivos es bajo. No tienen valor en la detección precoz o como ayuda para un diagnóstico temprano de la enfermedad, pero son útiles para el diagnóstico precoz de las recaídas. Sustancias inespecíficas como la lactato deshidrogenasa (LDH) o la velocidad de sedimentación globular, pueden tener valor como marcadores tumorales.

**Discusión.** Los marcadores tumorales son marcadores biológicos, que se pueden detectar en el tejido neoplásico, plasma u otros fluidos orgánicos. Son inespecíficos pues se expresan en varios tipos de tumores, o no se expresan en todos los tumores o bien pueden estar presentes sin que exista tumor. Su guarda relación, hasta cierto punto, con la magnitud de la masa tumoral. Su valor como marcador radica más en su cuantificación que en su presencia. Son útiles para el diagnóstico precoz de las recaídas.

**Conclusiones.** No existe un marcador tumoral universal. Carecen de valor patogénico, pero por su accesibilidad son útiles en la práctica clínica. Son útiles para el diagnóstico precoz de las recaídas.

#### V-199

### IMPACTO DEL LUGAR DE RESIDENCIA SOBRE LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN LATINOAMÉRICA. EVALUACIÓN DE LA COHORTE GLADEL

G. Pons-Estel<sup>1</sup>, B. Pons-Estel<sup>2</sup>, L. Catoggio<sup>3</sup>, N. Quagliatto<sup>4</sup>, C. Battagliotti<sup>2</sup> y G. Alarcón<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Enfermedades Autoinmunes. Hospital Clínico y Provincial de Barcelona. Barcelona.

<sup>2</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Escuela Eva Peron, Granadero Baigorria, Rosario, Argentina.

<sup>3</sup>Departamento de Inmunología y Reumatología. Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina.

<sup>4</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Provincial de Rosario, Argentina.

<sup>5</sup>The Department of Medicine (Division of Rheumatology). The University of Alabama at Birmingham, Birmingham, Alabama.

**Objetivos.** Evaluar las variables asociadas con el lugar de residencia y el impacto de esta última sobre la evolución de la enfermedad en una cohorte con lupus eritematoso sistémico (LES) en Latinoamérica.

**Material y métodos.** La cohorte incluye 1480 pacientes con LES provenientes de 34 centros de 9 países (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Guatemala, México, Perú y Venezuela). La información obtenida de los pacientes e historias clínicas fue incorporada en la base de datos ARTHROS 6.0. Se analizaron las características socio-demográficas según sexo, edad, etnia, nivel de educación, nivel socioeconómico, residencia (rural  $\leq 10.000$  habitantes) y cobertura médica. Se evaluaron las características clínicas y de laboratorio de los 3 grupos étnicos mayoritarios (N:1426): Caucásicos (C) 603 (42.3%), Mestizos (M) 638 (44.7%) y Afro-Latinoamericanos (ALA) 185 (13.0%) al comienzo y durante el curso de la enfermedad, los índices de actividad (SLEDAI) y de daño (SLICC/ACR), así como los tratamientos y mortalidad. Las comparaciones según el lugar de residencia se realizaron utilizando test de Chi cuadrado y test exacto de Fisher. Las variables con una  $p \leq 0.10$  fueron incluidas en un modelo multivariado (MV) de asociación por regresión logística con lugar de residencia como el evento de análisis. Se realizaron modelos adicionales para evaluar el impacto del lugar de residencia sobre la actividad de la enfermedad, compromiso renal (ACR), daño renal (SLICC/ACR) y mortalidad.

**Resultados.** Se identificaron 122 pacientes (8.6%) con residencia rural y 1.304 con residencia urbana. Los pacientes con residencia rural presentaron las siguientes características: menor edad al diagnóstico (25.5 vs. 27.0 años,  $p = 0.044$ ), mestizos ( $p < 0.001$ ), menor nivel de educación ( $p = 0.002$ ), bajo nivel socioeconómico ( $p < 0.001$ ), ausencia de cobertura médica ( $p < 0.001$ ), mayor incidencia de compromiso renal ( $p = 0.001$ ), hipertensión arterial ( $p = 0.035$ ), tromboembolismo pulmonar (TEP) ( $p = 0.023$ ) y mayor actividad al diagnóstico de la enfermedad (media) (13 vs. 19,  $p = 0.006$ ).

Los pacientes rurales fueron tratados más frecuentemente con metotrexate ( $p = 0.011$ ), pulsos de ciclofosfamida ( $p = 0.039$ ), hemodiálisis ( $p = 0.011$ ) y dosis bajas de corticoides ( $p = 0.012$ ). El modelo MV mostró las siguientes asociaciones con residencia rural: etnia mestizo (HR: 3.20, 95% CI: 1.89-5.40), cobertura médica (HR: 0.26, 95% CI: 0.16-0.42), mas de 12 años de educación formal (HR: 0.36, 95% CI: 0.15-0.85) y TEP (HR: 5.16, 95% CI: 1.57-16.94). En modelos MV alternativos la residencia rural se asoció con SLEDAI al diagnóstico  $> 11$  y mayor compromiso renal (ACR), sin embargo no se encontró asociación con daño renal (SLICC/ACR) o mortalidad.

**Conclusiones.** La residencia rural en pacientes con LES muestra asociación con etnia mestiza, bajo nivel socioeconómico y desarrollo de TEP. Nuestro análisis también sugiere que el hecho de residir en zona rural estaría asociado con el desarrollo de compromiso renal y mayores niveles de actividad al diagnóstico de la enfermedad. Sin embargo, el lugar de residencia no parece influir ni en el daño renal acumulado ni en la supervivencia de los pacientes con lupus.

#### V-200

### TRATAMIENTO A LARGO PLAZO CON AGALSIDASA ALFA EN UNA COHORTE DE 27 ENFERMOS DE FABRY. DATOS PRELIMINARES DEL REGISTRO FOS (FABRY OUTCOME SURVEY)

N. Pazos Otero<sup>1</sup>, M. López Rodríguez<sup>2</sup>, F. Barbado Hernández<sup>2</sup>, G. Pintos Morel<sup>3</sup>, M. Barba Romero<sup>4</sup>, A. Rivera Gallego<sup>1</sup> y Registro FOS España

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

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

<sup>3</sup>Servicio de Pediatría. H. Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona).

<sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

**Objetivos.** La historia natural de los pacientes con enfermedad de Fabry parece estar cambiando tras la aparición del tratamiento de reemplazo enzimático (TRE). El objetivo de este estudio ha sido analizar la respuesta al TRE con Agalsidasa Alfa (Replagal<sup>®</sup>, Shire HGT, AB) 0,2 mg/kg/14 días de una cohorte de 27 pacientes con enfermedad de Fabry tras al menos cuatro años de tratamiento.

**Material y métodos.** Se ha estudiado el curso evolutivo de la filtración glomerular estimada (eGFR), masa ventricular izquierda ajustada a la talla (MVI talla) y la calidad de vida estimada por el paciente (medida mediante la escala EQ-5D, con valores de 0-100) en 27 pacientes diagnosticados de enfermedad de Fabry (17 hombres y 10 mujeres) incluidos en el registro Fabry Outcome Survey (FOS) tras una media de 6,4 años en TRE con Agalsidasa Alfa 0,2 mg/kg cada dos semanas vía perfusión intravenosa. El análisis estadístico es llevado a cabo mediante el programa SPSS 17.0; los valores se expresan mediante la media y desviación estándar.

**Resultados.** La edad media al inicio de tratamiento fue de 33 años  $\pm$  13 años, siendo de 39  $\pm$  14 años para los varones y 29  $\pm$  11 años. La eGFR se mantuvo estable (103,4  $\pm$  38,6 vs 109  $\pm$  50,1,  $p$  no significativa) en 20 pacientes en los que se disponen datos, al igual que la MVI talla (58,4  $\pm$  43,4 g/m<sup>2</sup>,7 vs 58  $\pm$  26,3 g/m<sup>2</sup>,7,  $p$  no significativa). La calidad de vida mejoró (49  $\pm$  29 vs 59  $\pm$  21,  $p < 0,05$ ). No existieron efectos adversos graves relacionados con el tratamiento.

**Discusión.** La enfermedad de Fabry es un trastorno lisosómico con herencia ligada al cromosoma X debido a una deficiencia de alfa-galactosidasa A, lo que produce una acumulación progresiva de globotriaosilceramida (Gb3), que ocasiona disfunción multiorgánica y muerte temprana. Las causas más frecuentes de muerte se deben a afectación renal y cardíaca. Desde hace pocos años se dispone de TRE, que en nuestra experiencia es efectivo al estabilizar el deterioro progresivo a nivel cardíaco y renal objetivado en aquellos pacientes (hombres y mujeres) antes de disponer de dicho tratamiento.

**Conclusiones.** -Agalsidasa Alfa fue seguro y bien tolerado durante el período estudiado sin observarse ningún efecto adverso grave relacionado con el fármaco. - Agalsidasa Alfa 0,2 mg/kg estabilizó la función renal y cardíaca incluso de los pacientes más afectados - Agalsidasa Alfa 0,2 mg/kg mejoró la calidad de vida de los pacientes tras cuatro años de tratamiento - Se recomienda el tratamiento de reemplazo enzimático precoz para evitar que la progresión de la enfermedad sea irreversible

#### V-201

### TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST). REVISIÓN DE 9 CASOS

F. Hidalgo, A. Domínguez, J. Santiago, I. Barbolla, M. Egea, O. Sánchez, G. Fraile y J. Calleja

Servicio de Medicina Interna. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

**Objetivos.** El objetivo de este trabajo es describir la presentación clínica, anatomía patológica, factores pronósticos, tratamiento y evolución de los tumores del estroma gastrointestinal (GIST).

**Material y métodos.** Se realizó una búsqueda retrospectiva de cinco años en la base de datos electrónica del servicio de medicina interna del hospital universitario Ramón y Cajal. Se introdujo como palabra clave tumor del estroma gastrointestinal (GIST). Se analizan las variables clínico evolutivas de 9 pacientes.

**Resultados.** La media de edad es de 66.1 años (rango 35-91 años). Sexo V/H: 5/4. Presentación clínica: dolor abdominal (n = 4), pérdida de peso (n = 3), diarrea (n = 2), distensión abdominal (n = 2) y masa abdominal (n = 2). En 3 casos el diagnóstico fue incidental. Localización: gastroduodenal (n = 6), ileon terminal (n = 1), rectal (n = 1), raíz del, raíz del mesenterio (n = 1). Al diagnóstico 6 pacientes presentaban enfermedad localizada, 2 irresecables por invasión local y 1 con enfermedad diseminada (metástasis hepáticas). La TAC abdominal objetivó masa en 7 pacientes (> 10 cm en 5, < 5 cm en 2). En los otros 2 casos uno fue diagnosticado por colonoscopia y otro fue un hallazgo incidental quirúrgico. Se realizó PET en 4 pacientes con objeto de evaluar la respuesta al tratamiento médico. Estudio histológico: patrón fusocelular en 5 muestras. Estudio inmunohistoquímico: positividad para c-Kit (n = 8). Según criterios de Fletcher se consideraron: alto riesgo (n = 6), bajo riesgo (n = 2) y muy bajo riesgo (n = 1). Tratamiento quirúrgico: se realizó extirpación completa del tumor en 6 pacientes, parcial en 1, no se realizó cirugía en 2. Se realizó tratamiento con imatinib en 7 pacientes: 2 adyuvante, 2 por recaída, 1 por enfermedad metastásica, 2 por enfermedad irresecable. El seguimiento medio fue de 35.3 meses (rango 3 a 74). Durante la evolución 3 pacientes permanecen libres de enfermedad, 4 con enfermedad estable, 2 con progresión, de los cuales uno fallece.

**Discusión.** Esta serie muestra la variabilidad en la presentación clínica, oscilando desde el hallazgo incidental hasta la presencia de enfermedad voluminosa, agresiva y/o metastásica. La edad media es de 66 años; la localización preferente es gastroduodenal (66%). La TAC muestra masas voluminosas heterogéneas en más del 50% de nuestros casos. El PET es más sensible pero no reemplaza a la TAC como método inicial de diagnóstico; su uso permite evaluar metástasis no detectadas y es muy útil para monitorizar la respuesta al tratamiento con inhibidores de la tirosin cinasa. Es importante el estudio inmunohistoquímico (c-Kit) en los casos de sospecha para el diagnóstico diferencial con otros tumores mesenquimales. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica completa. Imatinib es un inhibidor de tirosin cinasa que está indicado tanto en el tratamiento de GIST con enfermedad metastásica y/o irresecable como en tratamiento coadyuvante en pacientes de alto riesgo (criterios de Fletcher). También existen evidencias de su beneficio en neoadyuvancia en casos potencialmente resecables.

**Conclusiones.** Se trata de un tumor que en los últimos años ha mostrado un avance en su tratamiento gracias al desarrollo de las terapias con inhibidores de tirosin cinasa, por ello es importante realizar un correcto diagnóstico inmunohistoquímico (CD117/c-Kit). Tras una cirugía con la intención de resección completa se debe valorar el riesgo de recaída (criterios de Fletcher) considerando el tratamiento coadyuvante con imatinib en pacientes de alto riesgo. Los pacientes con enfermedad irresecable o metastásica son candidatos a tratamiento con imatinib de inicio. Los pacientes con GIST deben tener un estrecho seguimiento ante la alta posibilidad de recidiva.

#### V-204

### PANCREATITIS AGUDA: ANÁLISIS DE CASOS INGRESADOS EN UN AÑO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL COMARCAL

**M. Maíz Jiménez, M. Barón Ramos, M. Grana Costa, G. Jarava Rol, M. Escolano Fernández, M. González Benítez, G. Urizarri Sánchez y A. Ruiz Cantero**

UGC Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga).

**Objetivos.** Describir las características clínico epidemiológicas de los pacientes con Pancreatitis Aguda ingresados en nuestro Servicio durante el año 2008. Evaluar la evolución posterior de aquellos con indicación quirúrgica.

**Material y métodos.** Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo seleccionando a través del CMBD los pacientes con diagnóstico Pancreatitis Aguda al alta de Medicina Interna durante el año 2008. Se recogieron datos clínicos-epidemiológicos, parámetros suficientes para valorar índices de severidad habituales y evolución en relación con indicación de Cirugía al alta mediante revisión de informes, historias clínicas y bases de datos hospitalarias.

**Resultados.** De las 1895 altas de la UGC de Medicina Interna en 2008, 59 (3.1%) tuvieron como diagnóstico Pancreatitis Aguda. La edad media de las mismas fue de 63.39 ± 16.51 años, siendo un 64.4% varones. La etiología más frecuente fue Biliar (36 casos, 61%), seguida de Alcohólica (14 casos, 23.7%) y otras etiologías en 9 casos. El origen etílico estuvo asociado al sexo masculino (18 varones frente a ninguna mujer, p < 0.05), sin existir diferencias de género para las otras etiologías. Presentaron comorbilidad un 25 pacientes (42.5%) y fue el primer episodio de Pancreatitis en 54 ca-

sos (91.5%). En cuanto a la gravedad considerada mediante criterios de Ramson a las 48 h, Escala BISAP, Índice de Balthazar o insuficiencia de algún órgano se consideraron graves 25 casos (42.5%), desglosando: fallo orgánico en el 22%; mediana de los grados de severidad de Balthazar, B; escala de BISAP con mediana de 2 y moda 1. A pesar de esto se trasladaron a UVI sólo 4 pacientes (6.8%) y fallecieron durante el ingreso 3 pacientes (5.1%). El Desarrollo de Pancreatitis Aguda Grave no se asoció significativamente con la edad, el sexo, la etiología ni la comorbilidad al ingreso. En relación con las pruebas complementarias, se realizó ecografía abdominal en el 93.2% de los casos, TAC abdominopélvico en el 81.4 %, Colangio RMN o CPRE en un 11.9% para cada una de las pruebas. Se registraron complicaciones en 23 casos (39%) siendo las más frecuentes la Insuficiencia renal, 12 casos (20.2%), insuficiencia respiratoria, 6 casos (10.1%), infección del tejido pancreático, 6 casos (10.1%) y la formación de pseudoquistes en 4 casos (6.8%). Tras el episodio de Pancreatitis se indicó cirugía (principalmente colecistectomía) en 19 casos (32.2% del total), siendo desestimada por parte del Servicio de Cirugía en 10 casos (16.9% del total). El tiempo medio de espera quirúrgica fue de 5.06 ± 3.49 meses, produciéndose 3 recidivas durante el mismo, todas antes de los 3 primeros meses del episodio.

**Discusión.** La mayoría de las Pancreatitis ingresadas en nuestro Servicio ocurren en pacientes no ancianos y son leves -moderadas si se consideran las escalas BISAP y Balthazar, más representativas de la situación clínico-radiológica que los criterios de Ramson. La evolución de las mismas es favorable pero en las de etiología biliar, con indicación quirúrgica al alta existe una demora considerable hasta la intervención y un porcentaje elevado de desestimación de la misma a pesar de no ser pacientes añosos ni con pancreatitis previa grave.

**Conclusiones.** El presente trabajo se realizó con el fin de conocer la situación actual sobre el manejo de esta patología en nuestro hospital. Una vez analizados los resultados hemos planteado e iniciado actuaciones para mejorar el mismo que incluyen: - Utilizar los parámetros clínicos que definen el Síndrome de respuesta inflamatoria aguda incluido en la escala BISAP, así como la misma, como criterios de valoración de gravedad, - Consensuar con el Servicio de Radiodiagnóstico una valoración estandarizada de las pruebas de imagen, - Trabajar conjuntamente con la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía para protocolizar la valoración durante el ingreso de aquellos pacientes con indicación quirúrgica con el fin de optimizar la misma y los tiempos de espera hasta la intervención.

#### V-205

### BONO CRIPTOGÉNICA: UNA ENFERMEDAD POCO PREVALENTE EN NUESTRA POBLACIÓN

**M. López Paredes, C. Díez Romero, M. Torrea Valpérez, M. Artacho Rodríguez, F. Domingo Serrano, I. Cabezón Estévez, P. Díez Romero y F. Torres Segovia**

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

**Objetivos.** El objetivo del estudio es analizar la incidencia de BONO criptogénica y su presentación clínica, así como su manejo y evolución en la población sanitaria perteneciente al Hospital Gregorio Marañón, en los últimos diez años (1999-2009).

**Material y métodos.** Pacientes: Se estudia una población de 80 pacientes diagnosticados BONO, excluyéndose aquellos con formas secundarias. Se introducen en el estudio definitivo 35 pacientes con BONO idiopática, analizándose como características principales: edad, sexo, tabaco, técnica empleada en el diagnóstico, tratamiento y respuesta al mismo. Análisis estadístico: Se realiza un estudio descriptivo-analítico, para ello se utiliza una base de datos por medio del programa SPSS 16.0. Posteriormente se comparan las variables utilizando para ello la Chi-cuadrado.

**Resultados.** Se estudia una población de 35 pacientes, de los cuales el 48.6% son varones y 51.4% son mujeres, no habiendo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (p0.994). La edad media de los pacientes es de 67,71 ± 2,06, con el mayor número de pacientes entre 70-80 años. El 45,7% eran fumadores activos, mientras que el 54,3% eran no fumadores y/o ex-fumadores, sin encontrar diferencias significativas entre ambos (p 0,612). El diagnóstico se realizó con confirmación histológica en un 22,9%, mientras que en un 77,9% se efectuó exclusivamente mediante diagnóstico clínico-radiológico. El 80% recibieron tratamiento corticoideo, observándose una mejoría en la evolución clínica en un 88,6%. Sólo 2 pacientes (5,7%) necesitaron tratamiento inmunosupresor asociado a corticoides.

**Discusión.** La BONO idiopática afecta a individuos de entre 50 y 60 años de ambos sexos. Más frecuente en no fumadores. Con un comienzo subagudo: cuadro pseudogripal con tos seca, fiebre, disnea de esfuerzo, astenia y anorexia. Los patrones radiológicos son tres (Infiltrados alveolares parcheados múltiples, infiltrado intersticial difuso bilateral y neumonía focal aislada). Su

diagnóstico en la mayoría de las series descritas es clínico-radiológico. La mayoría presentan buena respuesta a tratamiento corticoideo.

**Conclusiones.** La BONO CRIPTOGÉNICA es una enfermedad poco prevalente en nuestro medio, siendo diagnosticados en nuestro Hospital en los últimos 10 años con una población de 700.000 habitantes, tan solo 35 casos. No habiendo aumento de incidencia en su diagnóstico. En la población estudiada no existen diferencias entre ambos sexos, siendo más prevalente entre 60-80 años, no encontrando relación con el hábito tabaquero en nuestra muestra. El diagnóstico se realiza principalmente por hallazgos clínicos - radiológicos, siendo el síntoma más frecuente de debut la disnea y la técnica más empleada el TAC. El tratamiento de primera línea siguen siendo los corticoides con buena respuesta en la mayoría de los pacientes siendo excepcional la necesidad del empleo de inmunosupresores, encontrado solo dos pacientes en los que este tratamiento fue necesario.

#### V-206

##### HIPOFOSFATEMIA INDUCIDA POR ADMINISTRACIÓN DE HIERRO INTRAVENOSO

**M. Salas Cabañas, M. Díaz Sotero, R. Labra González, E. Sánchez Maganto, M. Toledano Sierra, T. Núñez Gómez-Álvarez, A. Sánchez Castañero y E. Castañeda Alonso**

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

**Objetivos.** Analizar la repercusión que puede tener la administración de hierro sacarosa intravenoso sobre el metabolismo del fósforo.

**Material y métodos.** Análisis descriptivo, retrospectivo de tres casos atendidos en nuestro Hospital de Día, que desarrollaron hipofosfatemia durante el tratamiento con hierro sacarosa intravenoso.

**Resultados.** Caso 1: Paciente de 39 años diagnosticada de enfermedad de Rendu Osler y con anemia ferropénica severa por epistaxis de repetición. La administración de hierro oral no conseguía mantener los niveles de hemoglobina y le ocasionaba molestias gastrointestinales. Se inició tratamiento con hierro sacarosa intravenoso (100 mg 3 veces por semana). Tras trece dosis la hemoglobina aumentó desde 8.5 g/dL hasta 12.3 g/dL, pero la paciente comenzó a notar malestar general, cefalea, dificultad para la concentración y mayor astenia que cuando tenía hemoglobina más baja. Se comprobó que tenía cifras de fósforo sérico de 1 mg/dL (normal 2.5-4.5 mg/dL). No había datos clínicos ni analíticos de otros problemas añadidos. Se suspendió la administración de hierro y desaparecieron los síntomas, normalizándose los niveles de fósforo a las cuatro semanas (3.9 mg/dL). Cinco meses después, la hemoglobina disminuyó de nuevo hasta 8.7 g/dL y se inició de nuevo la administración de hierro sacarosa intravenoso (100 mg dos veces por semana). Tras la octava dosis se comprobó que los niveles de fósforo sérico habían disminuido a 1.3 mg/dL con fósforo en orina de 24 horas de 680 mg. Se suspendió de nuevo la administración de hierro intravenoso y se le practicó una esclerosis de los plexos submucosos nasales. Caso 2: Mujer de 39 años con anemia ferropénica por pérdidas ginecológicas y digestivas. Se inició tratamiento con hierro sacarosa intravenoso (100 mg dos veces por semana). Tras la octava dosis había mejorado la hemoglobina, pero los niveles de fósforo habían disminuido desde 3.8 mg/dL hasta 1.6 mg/dL. Tras suspenderse el hierro los niveles de fósforo se normalizaron. Caso 3: Mujer de 60 años con anemia ferropénica por pérdidas de origen digestivo e intolerancia a los preparados orales de hierro. Se inició administración de hierro sacarosa intravenoso (100 mg dos veces por semana). Tras siete dosis los niveles de fósforo disminuyeron desde 3.2 mg/dL hasta 1.1 mg/dL. Se suspendió la administración de hierro intravenoso y se comprobó que no había otras alteraciones. Los niveles de fósforo se recuperaron en 4 semanas.

**Discusión.** Los actuales preparados de hierro sacarosa para administración intravenosa se toleran mejor y permiten una administración rápida lo que ha propiciado un mayor uso en todas aquellas situaciones en las que se requieren grandes aportes de hierro o en aquellos pacientes que no toleran los preparados orales. Sin embargo, no están exentos de riesgo. Las pequeñas partículas de hierro pueden atravesar el glomérulo renal y producir una disfunción tubular proximal alterando sobre todo la reabsorción tubular de fosfato y dando lugar a hipofosfatemia y a una disminución de la actividad de la 1 $\alpha$ -hidroxilasa. Esta alteración ha sido descrita con más frecuencia por autores japoneses, especulándose con la posibilidad de que sea debido a una mayor farmacovigilancia en este país o a una predisposición de sus habitantes. La disminución de los niveles de fósforo sérico pueden dar lugar a problemas agudos sobre todo si caen por debajo de 1 mg/dL o a problemas crónicos como una osteomalacia hipofosfatémica si se mantienen durante un tiempo prolongado.

**Conclusiones.** Es necesario vigilar los niveles de fósforo sérico en aquellos pacientes a los que se les administre hierro sacarosa intravenoso durante períodos prolongados de tiempo. La disfunción tubular renal con disminución de la reabsorción de fósforo y su consiguiente disminución en sangre, pueden tener consecuencias clínicas importantes.

#### V-207

##### EL ÍNDICE DE MARTON COMO ORIENTADOR EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA PERDIDA DE PESO: ESTUDIO PROSPECTIVO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

**J. Gutiérrez Zafrá, R. García Arjona, S. Romero Salado, P. Jiménez Aguilár, J. Andrey Guerrero, J. Corzo Gilabert y F. Gómez Rodríguez**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).*

**Objetivos.** El Índice de Marton (IM) es una escala que nos permite orientarnos en el diagnóstico diferencial de la pérdida de peso hacia si hay una causa orgánica subyacente que explique esta pérdida de peso. Relaciona variables como el consumo de tabaco, la alteración de la actividad física diaria, síntomas como náuseas y vómitos, aumento de apetito, cambios recientes en la tos así como hallazgos de la exploración física. Si el resultado global de este índice es inferior a +9 indica que existe organicidad como causa de la pérdida ponderal. Nuestro objetivo es analizar la correspondencia de éste índice en nuestro medio.

**Material y métodos.** Estudio observacional prospectivo durante 4 meses de los pacientes ingresados en planta de Medicina Interna por síndrome constitucional. Analizamos el valor del IM (a su ingreso) y su posterior relación con la existencia o no de patología orgánica etiológica de la pérdida de peso.

**Resultados.** 29 pacientes ingresaron por síndrome constitucional. Edad media: 64.89. Sexo: Hombres (55.17%), Mujeres (44.82%). Estudios complementarios solicitados: Hemograma y bioquímica presentaban el 100% de los pacientes siendo el hallazgo más frecuente la anemia: 31.03% de los pacientes. La determinación de TSH solo se halló en 58% pacientes (no siendo concluyente). Pruebas de imágenes: Radiografía de tórax se solicitó en 86.2% de los pacientes (siendo patológica y fundamental para el diagnóstico en 24% de estos pacientes); TAC en 82.75% de los pacientes: de ellos 73.9% fue de abdomen y un 26.08% de tórax. Pruebas endoscópicas: en el 58.6% de los pacientes. Resultado de puntuación: > 9 presentó un 6.89%, entre 8-9 un 31.08% y < 8 62.08% de los pacientes. Diagnósticos objetivados: en el 24% de los pacientes no se encontró causa orgánica de la pérdida de dicho peso (de ellos un 28.57% presentaron cuadros psiquiátricos como causa de disminución ponderal con puntuación < 9) mientras que un 75.86% presentaron causa orgánica responsable de la pérdida ponderal (100% I. M. < 9). De estos últimos, un 22.72% debido a enfermedad orgánica no neoplásica mientras que un 77.27% se debía a enfermedad neoplásica (35.29% digestivas, 29.4% pulmonares, 17.64% hematológicas, 17.64% otras).

**Discusión.** Los ítems recogidos en el IM y la puntuación conjunta obtenida parecen servir de ayuda para establecer una primera aproximación etiológica a la causa de pérdida de peso (orgánica o no). Sospecha que ya se establece al ingreso del paciente y que motiva el mismo. Pruebas simples como la Rx de tórax es bastante rentable asociada a analítica general, TAC y técnicas endoscópicas. La menor puntuación del IM hace sospechar la mayor posibilidad de neoplasia oculta (en nuestro medio neoplasia digestiva).

**Conclusiones.** El IM en los valores inferiores cercanos a la normalidad (9-8), parece de menor utilidad para diferenciar entre la existencia de factor orgánico o no, así como para diferenciar si la enfermedad responsable de la disminución ponderal es neoplásica. La facilidad de realización del IM ayuda a establecer criterios de estudio hospitalario del paciente recogido en su historia de ingreso. A menor puntuación del IM la posibilidad de neoplasia oculta es mayor. La aplicación del IM en patología psiquiátrica es controvertida.

#### V-208

##### ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS INTERCONSULTAS REALIZADAS AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

**R. Alcaraz, E. López, F. Morales, J. Lozano, E. Mompean, J. Egea, M. Pérez y F. Herrero**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital J. M. Morales Meseguer. Murcia.*

**Objetivos.** Conocer las características de las interconsultas realizadas al servicio de medicina interna y valorar si existen diferencias significativas entre los servicios que las solicitan.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo que incluye el análisis de las 302 interconsultas realizadas al servicio de MI en un hospital general durante el año 2008 valorando distintas variables (servicio solicitante; fecha; sexo, edad e índice de Charlson de los pacientes; problema que se plantea; días de demora de atención; estancia media; días de seguimiento y la indicación o no de cambio de cargo). Todas las interconsultas, excepto en período vacacional, fueron valoradas por dos adjuntas de MI de forma intercalada. Las internistas consultoras también llevaban un buscapersonas para los requerimientos urgentes y se encargaban de la "unidad de fractura de cadera".

**Resultados.** Han sido incluidas un total de 302 interconsultas. La edad media de los pacientes es de 72 años, con una prevalencia por sexos del 50%. El índice de Charlson promedio calculado ha sido de 4. El problema que se nos plantea es terapéutico en el 54% de los casos, diagnóstico en el 42% y social en el 3%. Las interconsultas de los servicios quirúrgicos representan el 74% del total, siendo el más demandante Cirugía general (30%), seguido de Traumatología (24%) y Cardiología (14%). Las interconsultas fueron de tipo preferente en un 60%, urgente en un 24% y ordinaria en un 16%. La estancia media previa a la realización de la interconsulta es de 8 días y tras la valoración hasta el alta es de 11 días. El promedio de días de seguimiento es de 4, con un mínimo de 0 días y un máximo de 38. La demora en la valoración de las interconsultas es de 0.1 días, con un mínimo de 0 y un máximo de 4. El mes con mayor número de interconsultas es Julio (13%) seguido de Mayo (10%), por el contrario el mes de menor demanda es Diciembre (3%). En el 19% de los casos se realiza cambio de cargo al servicio de medicina interna. Al comparar la variable problema y la variable dicotómica servicios se observa que los servicios médicos consultan principalmente por problemas diagnósticos, mientras que los servicios quirúrgicos lo hacen por problemas terapéuticos ( $p < 0.001$ ). Al comparar la variable tipo de interconsulta y la variable dicotómica servicios se observa que tanto los servicios quirúrgicos como los médicos realizaron principalmente interconsultas preferentes, pero el número de interconsultas urgentes fue mayor en los servicios quirúrgicos ( $p < 0.001$ ). Finalmente el número de cambios de cargo a nuestro servicio es mayor en pacientes procedentes de servicios médicos frente a los procedentes de servicios quirúrgicos ( $p < 0.001$ ).

**Discusión.** Este estudio aborda la labor asistencial de la interconsulta hospitalaria en un hospital general y las características de las mismas. No son muchos los estudios en este campo, probablemente porque es un actividad infravalorada. La resolución de todas las interconsultas por dos adjuntas específicas aporta una valiosa coherencia interna al estudio. El papel del internista como interconsultor resulta fundamental a la hora de abordar problemas tanto terapéuticos como diagnósticos en pacientes ingresados en otros servicios, y al contrario que otros, se realiza en un tiempo record. Creemos que los servicios quirúrgicos se beneficiarían de la presencia de un internista en plantilla por las características y la urgencia de los problemas médicos y terapéuticos que presentan los pacientes ingresados a su cargo y por la creciente comorbilidad que los mismos presentan. La valoración conjunta por parte del internista y los distintos especialistas facilita el manejo clínico del paciente y el tratamiento de las distintas complicaciones, reduciendo la estancia media de los pacientes y la comorbilidad asociada a ingresos prolongados.

**Conclusiones.** La figura del interconsultor en nuestro hospital ha favorecido: 1. El manejo multidisciplinar entre servicios médicos, quirúrgicos y el servicio de Medicina Interna. 2. Mejoría de la calidad asistencial de los pacientes por los que se realiza la interconsulta.

## V-209

### PREVALENCIA DE MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS Y DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE RENDU-OSLER

M. Pérez Rodríguez<sup>1</sup>, B. Sopena<sup>1</sup>, A. Casal<sup>2</sup>, R. Longueira<sup>1</sup>, J. Lamas<sup>1</sup>, L. González González<sup>1</sup>, B. Maure<sup>1</sup> y C. Martínez Vázquez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Unidad de Trombosis y Vasculitis, <sup>2</sup>Atención Primaria. Complejo Universitario de Vigo. Vigo (Pontevedra).

**Objetivos.** La enfermedad de Rendu-Osler o hemorragia telangiectásica familiar (HTF) se asocia a la presencia de malformaciones vasculares múltiples: mucocutáneas, digestivas, hepáticas, pulmonares y cerebrales. La hipertensión arterial pulmonar (HAP) aunque es infrecuente en estos pacientes ( $< 1\%$ ), se asocia con las malformaciones hepáticas. El objetivo del estudio fue conocer la prevalencia de malformaciones arterio-venosas (A-V) pulmonares, hepáticas y cerebrales, y de HAP en una cohorte de 30 pacientes con enfermedad de Rendu-Osler.

**Material y métodos.** Se estudiaron todos pacientes con HTF que fueron ingresados entre enero de 1995 y diciembre de 2008 en el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

**Resultados.** Se revisaron 30 pacientes con HTF, 16 de ellos mujeres (53,3%), con una edad media al diagnóstico de  $60 \pm 16,4$  años. Fallecieron 18 pacientes (60%) con una edad media de  $73 \pm 8,1$  años. Se realizó TC torácico y/o abdominal a 22 pacientes y se demostraron malformaciones A-V en 14: 6/22 hepáticas (27,3%), 1/22 pulmonares (4,5%), 7/22 hepáticas y pulmonares (31,8%). Se realizaron 5 RM cerebrales objetivándose malformaciones A-V cerebrales en un paciente. Se realizaron 19 ecocardiogramas, detectándose HAP en 14 pacientes (46,7%). Todos los pacientes con HAP presentaban ingurgitación venosa yugular, 13/14 (92,9%) referían disnea y 12/14 (85,7%) insuficiencia cardíaca derecha. Se evidenciaron datos de sobrecarga de cavidades derechas en ECG en 8/14 pacientes

(57,1%). Mediante ecocardiograma se estimó la presión sistólica en la arteria pulmonar (PSAP). La media de la PSAP fue de  $64 \pm 21,4$  mmHg. Se demostró dilatación de cavidades derecha en 12/14 pacientes (85,7%). Se realizó TC torácico y/o abdominal en 10 pacientes con HAP detectándose malformaciones A-V en 9: 5 hepáticas aisladas, 1 pulmonar y 3 hepáticas y pulmonares. Fallecieron 11 pacientes (78,6%) con HAP con una edad media de  $69 \pm 8,0$  años; edad significativamente mayor que aquellos pacientes sin HAP ( $79 \pm 4,3$  años,  $p < 0,05$ ).

**Discusión.** Se encontró una alta prevalencia de HAP en comparación con otros estudios, a pesar de que la prevalencia de malformaciones A-V hepáticas o pulmonares fue similar a la publicada en otras series. La HAP se asoció en un 90% de los casos a la presencia de malformaciones A-V hepáticas y/o pulmonares. La HAP condicionó una mortalidad significativamente mayor y a una edad más temprana que en aquellos sin HAP.

**Conclusiones.** La HAP en pacientes con HTF en nuestro medio es elevada. La HAP se asoció con la presencia de malformaciones A-V hepáticas y/o pulmonares y con un peor pronóstico vital.

## V-210

### EVOLUCIÓN DEL USO DE LAS TRANSFUSIONES DE HEMATIES EN LOS ÚLTIMOS AÑOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

E. Escobar Martín, C. Sobrino Calzada, M. Joya Seijo, C. Blas Carracedo, E. Labrada González, C. Vicente Martín, P. del Valle Loarte y J. Jusdado Ruiz Capillas

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

**Objetivos.** Conocer el perfil de los enfermos transfundidos, si las transfusiones realizadas se ajustaron a las indicaciones de las guías clínicas, si el número de bolsas fue el adecuado y si se firmó el consentimiento informado. Analizar si existen diferencias significativas en las características de los enfermos transfundidos en el 2007 frente al 2008 que justifique un aumento del 29% de las transfusiones en nuestro servicio, con respecto a un 11% general del hospital.

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

**Resultados.** Se revisaron 86 historias clínicas, de ellas 33 en 2007 y 53 en 2008. No se aprecian diferencias significativas entre ambos años en sexo, edad, situación clínica de los pacientes, patología vascular periférica, DM, neumopatía, insuficiencia cardíaca y cardiopatía isquémica. El 84% de los pacientes eran mayores de 65 años en 2007 y el 77,7% en 2008. Se aprecia aumento significativo de la presencia de neoplasias 30,30% en 2007 frente a 54,7% en 2008. El tipo de anemia que presentaban los pacientes fue crónica en un 57,58% en 2007 y un 50,94% en 2008. La presencia de sangrado activo en 2007 y 2008 fue de un 63,6% y 58,4% respectivamente. Los niveles medios de Hb en el momento de la transfusión fueron 7,77 en 2007 y 7,42 en 2008, con una mediana de bolsas transfundidas de 2,00 para ambos años. Se solicitó consentimiento informado en un 58,49% de los pacientes transfundidos en 2008 y en un 3,03% en 2007.

**Discusión.** La naturaleza retrospectiva de nuestro estudio hace inevitable la pérdida de información e impide la valoración de las circunstancias en que se toma la decisión de trasfudir. Así mismo, las guías actuales de la SETS dejan un amplio rango de Hb en el que la transfusión queda a criterio médico, por lo que resulta difícil encontrar casos no indicados. Sin embargo, la cantidad de bolsas transfundidas si debería decidirse en función de la cifra de Hb a alcanzar sin sobrepasar los límites establecidos para indicar la transfusión. Existe un aumento estadísticamente significativo en el porcentaje de consentimientos de un año para otro lo que significa que hay una mayor concienciación de la necesidad de su realización.

**Conclusiones.** Los pacientes transfundidos en M. Interna son de edad avanzada y presentan comorbilidades en un elevado porcentaje de casos lo que obliga a modificar el dintel de Hb para indicar la transfusión. Hay que señalar que existe un incremento significativo de pacientes neoplásicos en 2008 lo que podría justificar el aumento en el número de transfusiones. Pese al aumento detectado en la cumplimentación del consentimiento informado y dados los riesgos potenciales del uso de hemoderivados debemos ser más escrupulosos en su aplicación.

## V-211

**GASTROENTEROCOLITIS POR SETAS: BROTE EPIDÉMICO****E. Sanjurjo Golpe<sup>1</sup>, L. El Messaoudi<sup>2</sup>, A. Angrill<sup>2</sup>, D. Alonso<sup>1</sup>, R. Navarro<sup>2</sup> y D. Riba<sup>2</sup>**<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Urgencias. Hospital Comarcal del Pallars. Tremp (Lleida).

**Objetivos.** Cada año se dan en nuestro medio intoxicaciones agudas por la ingesta de setas tóxicas. Pueden aparecer como casos aislados o bien afectan a todos los miembros de un grupo de comensales. Si bien es frecuente que aparezcan en gente sin experiencia en la identificación de setas, en ocasiones pueden darse casos en expertos.

**Material y métodos.** Se describen los casos de intoxicaciones agudas tras ingesta de setas atendidas en el Hospital Comarcal del Pallars en el período comprendido entre el 20 y el 29 de septiembre del 2008. De cada caso se han recogido los datos epidemiológicos, clínicos, analíticos, tratamiento administrado y evolutivos.

**Resultados.** Se atendieron un total de 19 casos que se agruparon de la siguiente forma: el día 20/09/2008 4 casos, el día 24/09/2008 1 caso, el día 28/09/2008 3 casos y el día 29/09/2008 dos grupos formados por 6 y 5 casos. Todos los grupos contaban con algún paciente que tenía experiencia previa en la identificación y recogida de setas. Todos ellos reconocieron la ingesta de los que se conoce comúnmente como "moxernó o moxerró de Sant Miquel" (*Clitocybe nebularis*). El cuadro clínico se inició entre 30 minutos y 2 horas tras la ingesta en forma de dolor abdominal, náuseas con vómitos y diarrea acuosa sin productos patológicos. En la exploración física no se registró fiebre y las constantes vitales (presión arterial y frecuencia cardiaca) siempre fueron normales. Se practicó en todos ellos una analítica básica de urgencias al ingreso en la que destacaron: 1 caso con hipopotasemia de 3,4 mEq/L y 6 casos con leucocitosis (rango 12.600–25.000). Se inició tratamiento sintomático y sueroterapia. A las 12 horas se repitió la analítica con normalización de los parámetros. Todos los pacientes fueron dados de alta tras la mejoría de los síntomas en 24 horas exceptuando 3 de ellos que precisaron de ingreso hospitalario durante 48 horas.

**Discusión.** Se trata probablemente de una intoxicación aguda por la ingesta de *Entoloma sinuatum* o bien de *Clitocybe nebularis* infectado con *Volveria* surrecta. La primera se trata de una seta enterotóxica con período de incubación corto que cursa típicamente con gastroenterocolitis autolimitada y que requiere únicamente tratamiento sintomático, y que a pesar de tener experiencia, esta especie puede confundirse con el popular "moxernó de Sant Miquel". La segunda en cambio es la variedad comestible pero en ocasiones presenta una infección asociada por un hongo capaz de producir sustancias tóxicas.

**Conclusiones.** Muchos de los recolectores de setas son expertos pero en determinadas ocasiones, sobretodo si el clima lo favorece, pueden ocurrir errores de identificación que den lugar a intoxicaciones agudas, ya sean leves o graves, producidas por la ingesta de setas tóxicas. En estos casos es importante intentar identificar al máximo la variedad responsable del cuadro para poder establecer un tratamiento y un pronóstico correcto y poder detectar y/o prevenir nuevos casos.

## V-213

**SARCOMA DE PARTES BLANDAS DE LOCALIZACIÓN INUSUAL****Z. Santos, N. Jaén, H. Sterzik, J. López, N. Notario, R. Apolinario, J. Pérez y J. Gómez**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos.** Descripción de dos casos de pacientes ingresados en nuestro servicio para estudio en los que se llegó al diagnóstico final de sarcoma de partes blandas de localización poco frecuente (Sarcoma epitelioides mediastínico y Liposarcoma retroperitoneal).

**Material y métodos.** Se revisaron las historias de los dos pacientes que ingresaron en nuestro servicio para estudio por cuadro constitucional acompañado de clínica compresiva (disfagia en uno de los casos y dolor en flanco izquierdo en otro).

**Resultados.** Se estudiaron dos pacientes varones de mediana edad (55-65 años) que como únicos antecedentes personales presentaban HTA en un

caso y hábito tabáquico en otro. Ambos pacientes ingresaron para estudio en el servicio de medicina interna por cuadro constitucional de dos meses de evolución que consistía en astenia, pérdida de peso y clínica compresiva (disfagia en un caso y "sensación de ocupación" en flanco izquierdo en el otro). Analíticamente sólo destacaba Anemia normocítica en ambos casos. En las pruebas de imagen se objetivó una masa mediastínica (78x66x104 cm) con compresión y desplazamiento traqueal, en el otro caso tumoración retroperitoneal izquierda (55x60x76). En ninguno de los casos se objetivó lesiones metastásicas a distancia. Los resultados de la anatomía patológica fueron: sarcoma epitelioides mediastínico y liposarcoma retroperitoneal. En ambos casos se realizó cirugía de resección incompleta, añadiéndose posteriormente al tratamiento QTT y RTT adyuvante.

**Discusión.** Los sarcomas de partes blandas son un grupo de tumores poco frecuentes, pues suponen < 1% de todas las neoplasias. Constituidos por más de 20 subtipos histológicos diferentes que se agrupan por tener un comportamiento biológico semejante. Suelen debutar con un aumento de volumen localizado que puede acompañarse de dolor y clínica compresiva. Pueden presentar cualquier localización, siendo la más frecuente a nivel de EEII, siendo la localización a nivel mediastínico (9%) y retroperitoneal (13%) muy infrecuentes.

## V-214

**EL INTERNISTA Y EL CIRUJANO: LA MEDICINA PERIOPERATORIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO ANDALUZ****B. Cervantes Bonet<sup>1</sup>, A. Barnosí Marín<sup>1</sup>, G. Gómiz Rodríguez<sup>1</sup>, M. Martínez Cortés<sup>1</sup>, N. Marín Gámez<sup>1</sup>, S. López Palmero<sup>1</sup>, H. Kessel Sardiñas<sup>2</sup> y F. Díez García<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Geriátria. Hospital Torrecárdenas. Almería.

**Objetivos.** La colaboración estrecha entre internistas y cirujanos es necesaria para el correcto tratamiento de pacientes con elevada complejidad quirúrgica. El objetivo es prevenir y tratar las posibles complicaciones durante el período perioperatorio, tanto las derivadas de la patología quirúrgica como las descompensaciones de las patologías concomitantes de estos pacientes. Llevamos a cabo desde el año 2004 un programa de Medicina Interna Perioperatoria en el que internistas incluidos en la Unidad Clínica de Gestión de servicios quirúrgicos realizan un seguimiento médico de pacientes quirúrgicos (fundamentalmente en los Servicios de C. Vascular, Neurocirugía y Traumatología, aunque también son atendidos pacientes de otras especialidades como Cirugía General, Cirugía Máxilofacial y Otorrinolaringología). Además de un seguimiento clínico diario, se realizan sesiones de programación de altas en las que participan internistas, cirujanos, rehabilitadores, enfermería de enlace y trabajadora social. Pensamos que este tipo de cooperación puede contribuir a mejorar la satisfacción de nuestros pacientes y, tal vez, a reducir la morbimortalidad. El objetivo de la comunicación es describir la actividad realizada por internistas en el Servicio de Neurocirugía durante los 6 primeros meses del año 2009: número de pacientes valorados y su repercusión en términos de satisfacción del usuario (nº de reclamaciones), estancia media y mortalidad. Se hace una comparación interanual continua en período semestral.

**Material y métodos.** Investigación evaluativa-descriptiva. Análisis de las interconsultas formuladas a Medicina Interna Perioperatoria por la UGC de Neurocirugía del Hospital Torrecárdenas y de los informes emitidos en el intervalo de tiempo referido como actividad específica de hospitalización médica.

**Resultados.** Durante el período de tiempo descrito ingresaron en el Servicio de Neurocirugía 503 pacientes. Se solicitó la intervención del internista en 145 pacientes (28,8%). La estancia media en Neurocirugía fue de 11,05 días, la mortalidad del 1,7% (j) y durante el período de tiempo descrito no hubo ninguna reclamación. La tabla 1 permite comparar estos datos con los obtenidos en años anteriores.

**Conclusiones.** La implicación asistencial de internistas en los servicios quirúrgicos, (v.g., Neurocirugía), ha ido aumentando a lo largo de los años. La variable estancia media cruda no retiene la aportación en calidad de este tipo de cooperación. Alternativamente es probable que hayamos influido en la reducción tanto de la mortalidad como de la satisfacción y acogida por parte de los pacientes de esta iniciativa. A la vista de los resultados, esta iniciativa parece haber "venido para quedarse".

Tabla 1 (V-214)

Año	Nº pacientes valorados	Estancia media (d)	Mortalidad (%)	Nº reclamaciones (%)
2002	0	12,32	2,50%	
2005	16 (1,8%)	10,48	2,25%	0,46%
2006	76 (26,9%)	10,45	2,36%	0,18%
2007	78 (17%)	10,53	2,23%	0,25%
2008	70 (18,5%)	11,34	1,58%	0,23%
2008	145 (28,8%)	11,05	1,70%	0%

### V-215 ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO EN EL HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS 2007-09

B. Consola Maroto<sup>1</sup>, M. Vila Vall-Ilovera<sup>1</sup>, A. Soler Sendra<sup>1</sup>, E. Ferrer Cobó<sup>1</sup>, E. Llargues Rocabrúna<sup>1</sup>, M. Fontané Miret<sup>2</sup>, M. Calahorra Magdaleño<sup>2</sup> y M. Segura Parra<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Enfermería Asistencial. Hospital General de Granollers. Granollers (Barcelona).

**Objetivos.** Describir la actividad asistencial llevada a cabo en la unidad de Hospitalización a Domicilio en el Hospital general de Granollers desde 2007 a 2009.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes ingresados en régimen de Hospitalización a Domicilio en desde enero 2007 a junio 2009. Se analizan variables demográficas, días de estancia, diagnóstico principal, tratamientos realizados, procedencia y destinación al alta.

**Resultados.** Se ha realizado un total de 787 ingresos, siendo 461 (58.5%) hombres y 326 (41.5%) mujeres. El rango edad está comprendido entre 18 y 97 años, con una media de 57.4 años. Los pacientes evaluados proceden mayoritariamente de Urgencias (36.2%) y de Medicina interna(29.8%). Otros servicios serían Hospital de Día / CCEE (7.4%), Cirugía general(5.7%), Geriátría(4.7%), Oncología (4%), Cirugía vascular (3.4%), Pneumología (2.6%) Los diagnósticos principales se basan en enfermedades respiratorias (41%), incluyendo la Traqueobronquitis, Pneumonia, MPOC y Asma como motivos de ingreso más frecuentes. Los siguientes grupos en frecuencia serían la Enfermedad tromboembólica (13%), Infección urinaria (7.6%), Enfermedades Cardíacas (10%), Curas de heridas (9%), ya sean pacientes post quirúrgicos, úlceras vasculares con o sin infección asociada, educación para portadores de nefrostomía o gastrostomía... Les siguen pacientes neoplásicos tributarios a tratamiento Quimioterápico(4%), celulitis (2%) y miscelánea (16.7 %) que incluye un amplio abanico de patologías: Tuberculosis, Diabetes Mellitus, Hepatopatía, paludismo, colecistitis, infección de prótesis articular, enfermedad inflamatoria intestinal, polimiositis, gastroenteritis... La estancia media ha resultado de 11.2 días. A 140 (17%) pacientes se le administró medicación vía endovenosa En 219 ingresos (27.8%) se precisó de oxigenoterapia domiciliaria y 122 (15.5%) realizaron tratamiento con nebulizaciones A un total de 108 pacientes (13.7%) se les realizó curas (control de drenajes, cura de heridas quirúrgicas, úlceras vasculares y/o de decúbito) Al alta, se derivaron principalmente para seguimiento en Atención primaria (46.8%), a CCEE especialidades (27.3%) y a Hospital de Día de Medicina Interna (15.7%). Se retornaron a Urgencias u hospitalización convencional en un 7.6%, hubo 2 exitus (0.02%) y 1 Alta voluntaria(0.01%).

**Discusión.** El concepto de Hospitalización a Domicilio nace del aumento de la demanda de hospitalización, requiriendo una optimización de los recursos sanitarios. El Hospital General de Granollers, un hospital comarcal de 337 camas, dispone de esta Unidad de forma definitiva desde 2002. En la actualidad, consta de 2 médicos y 2 enfermeras y da cobertura asistencial a un global de 150.000 habitantes aproximadamente. En régimen domiciliario, se consigue tratar a pacientes con patología aguda y crónica agudizada, principalmente patología respiratoria. Cabe destacar el amplio abanico de patologías y la flexibilidad en cuanto a tratamientos realizados y vías de administración. Se consigue reducir, o bien, evitar la estancia de estos enfermos en el hospital y mejorar la calidad de la asistencia sanitaria. El hecho de realizar visitas en el entorno habitual del paciente permite facilitar la educación sanitaria y funciona como puente entre primaria y especialidades médicas hospitalarias.

**Conclusiones.** 1. Aunque más de la mitad de enfermos proceden de los servicios de Urgencias y de Medicina interna, se debe remarcar la gran diversificación del origen de los pacientes. 2. La Hospitalización a Domicilio permite abarcar una amplia variedad de patologías, así como de tratamientos, lo que implica la necesidad de polyvalencia y adaptabilidad de los profesionales sanitarios. 3. La Hospitalización a Domicilio continua siendo una buena alternativa a la hospitalización convencional y responde adecuadamente a las necesidades requeridas, obteniendo resultados satisfactorios por parte del paciente y del centro hospitalario.

### V-216 VALORACIÓN DE LA ASTENIA TUMORAL EN ATENCIÓN PRIMARIA R. Domínguez Álvarez<sup>1</sup>, M. Mejías Estévez<sup>2</sup> y L. Calle Cruz<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna B. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

<sup>2</sup>Atención Primaria. C. S Las Letanías, Inmaculada Vieira, Área Virgen del Rocío (Sevilla).

<sup>3</sup>Atención Primaria. Distrito sur, Área Virgen de Valme (Sevilla).

**Objetivos.** La RAE define la astenia como "falta o decaimiento de fuerzas, caracterizado por apatía, fatiga física o ausencia de iniciativas". Presenta una alta prevalencia en la población general, siendo habitual en Consultas de Atención Primaria. Cada vez se reconoce más como un problema en pacientes con cáncer. El objetivo de este estudio es reconocer y diagnosticar la astenia tumoral (AT) en el ámbito de la Atención Primaria, y valorar las posibilidades que existen de evaluación y gradación.

**Material y métodos.** El estudio se ha llevado a cabo en la población de Utrera (Sevilla), realizándose un diseño observacional descriptivo. Los participantes del estudio son 61 pacientes afectados de cáncer, identificados por los profesionales sanitarios de la zona básica de Salud de Utrera, a través de sus correspondientes historiales clínicos en DIRAYA. Se realiza entrevista personal donde se recogen las siguientes variables: edad, sexo, tipo de Tumor, tipo de tratamiento anti-tumoral (cirugía, quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia), presencia o ausencia de enfermedad oncológica en estadio terminal, grado de conocimiento de su enfermedad y valoración de la Astenia Tumoral según el ICD-10 (CIE-10), que a continuación se expone: REQUISITOS: Evidencia por la anamnesis, exploración o pruebas complementarias de que los síntomas son consecuencia del cáncer o de su tratamiento y que no se deben a comorbilidad psiquiátrica. Debe cumplir, al menos, un criterio mayor y cinco menores, todos o casi todos los días, durante al menos dos semanas en el último mes. CRITERIOS MAYORES: Cansancio significativo. Cansancio desproporcionado para los cambios recientes de actividad. Disminución de la energía. Aumento de la necesidad de descansar. CRITERIOS MENORES: Queja de debilidad o pesadez de miembro. Malestar tras el esfuerzo que dura varias horas. Dificultad para completar las tareas diarias con normalidad. Percepción de la necesidad de luchar para superar la inactividad. Experiencia de sueño no reparador. Disminución de atención o concentración. Disminución de la motivación o interés por las actividades cotidianas. Insomnio o hipersomnia. Reactividad emocional marcada (tristeza, frustración o irritabilidad) a la sensación de fatiga. Percepción de problemas con memoria a corto plazo.

**Resultados.** Se obtienen como resultados más destacables que el 65,6% de la muestra son hombres. La edad media global se sitúa en 62,5 años. La situación de terminalidad está presente en el 23% de los casos. El grado de conocimiento de los pacientes se sitúa en el 82%. Los tumores más frecuentes son: cáncer de mama (26%), pulmón (20% y el más frecuente en hombres), colorrectal (11,18%) y próstata (10%). Los tratamientos anti-neoplásicos recibidos son: la cirugía en un 95,1% y la quimioterapia en un 77%. La astenia, según los criterios de la ICD-10, está presente en el 70,5% de los casos (el 32,9% con más de 7 criterios menores).

**Discusión.** Se plantean limitaciones derivadas del número limitado de sujetos del estudio, así como contar con pocos estudios previos sobre la AT. Al tratarse de un estudio descriptivo, sería preciso completar el estudio con más herramientas estadísticas.

**Conclusiones.** A la vista de estos resultados podemos establecer como conclusiones más reseñables que tanto los rangos de AT obtenidos con los criterios de la ICD-10, el rango de edad analizado y el porcentaje de hombres y de mujeres obtenidos son similares a los de los estudios referenciados en la bibliografía. De forma global, el tumor más frecuente es el de mama (misma incidencia global en Europa y España) y el más frecuente en hombres es el de pulmón (también a nivel mundial). La AT es un síntoma complejo, multifactorial, que conjuga aspectos físicos y psicológicos, y el más frecuente e incapacitante en pacientes con cáncer, encontrando pocos estudios rigurosos para su manejo adecuado. Por lo tanto, el conocimiento de la AT es necesario y útil para el manejo multidimensional del paciente oncológico.

### V-217 VARIABILIDAD BIESTACIONAL DEL PACIENTE INGRESADO EN MEDICINA INTERNA

R. Corzo Gilabert, G. García Domínguez, O. Mera Gallardo, J. Gutiérrez Zafra, R. García Arjona, M. Escobar Llompert, S. Romero Salado y F. Gómez Rodríguez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).

**Objetivos.** Conocer el perfil clínico y epidemiológico biestacional (invierno -I/-primavera -P-) de los pacientes (pc) ingresados en la Sección de Medicina Interna un día al azar en cada estación analizada.

**Material y métodos.** De la base de datos de nuestro hospital seleccionamos los pacientes ingresados ambos días (en invierno y primavera al azar). Variables de estudio: edad, sexo, motivo de ingreso y antecedentes personales (incluyendo pluripatología). El criterio de pluripatológico se definió según el cumplimiento de dos o más categorías clínicas descritas en el proceso pluripatológico del SAS.

**Resultados.** De 221/123 pacientes ingresados en el Área Médica, el 29% (62 pc/ 47 pc) estaban a cargo de la Sección de Medicina Interna. Edad media: 67 años/ 64 años, Sexo: 51% pertenecían al sexo masculino (SM)/ 50%. Motivo de ingreso corte de invierno: 20% Neumonía adquirida en la comunidad (NAC) fue el más frecuente con edad media de 70 años y en mujeres (53%); seguido de: síndrome constitucional (12%), insuficiencia cardíaca (9,6%), sd febril (6,4%), trombosis venosa profunda-meningitis (4.8%), otros (insuficiencia renal aguda, sd anémico, EPOC reagudizado y sd coronario agudo). En el corte de primavera el motivo de ingreso más frecuente fue la insuficiencia cardíaca descompensada, seguida del

sd constitucional y sd febril (la NAC fue motivo de ingreso en un 6,3%). Antecedentes personales (AP) en corte de invierno: el 24% y el 8% de los pacientes eran fumadores y consumidores excesivo de alcohol respectivamente, ambos de predominio en sexo masculino (SM) (80% y 80% respectivamente); HTA fue el antecedente clínico más frecuente (51%, con 62% de predominio femenino), seguidos de: DM tipo 2 (38%, el 41% SM), FA crónica (23%, 60% predominio masculino), ICC-dislipemia-bronquitis crónica (17% cada categoría con predominio SM), ACVA (16%, igual distribución por sexos) y otros (cardiopatía, isquemia, EPOC, neoplasia). En el corte de primavera el AP mas frecuente fue también la HTA, seguido de DM tipo 2, enfermedad cerebrovascular y EPOC. El 35% de los pacientes cumplían los criterios de pluripatología comparado con un 36% obtenido en el corte de primavera.

**Discusión.** Los pacientes ingresados en Medicina Interna respecto a otras especialidades suelen ser pacientes con patología compleja y, cada vez más, con pluripatología añadida. La variabilidad de este tipo de paciente es mínima como se obtiene en este corte invierno/primavera objetivándose que era de esperar la presencia de NAC como principal motivo de ingreso y causa de descompensación de su pluripatología respecto a la ICC como motivo principal en primavera. No hay variabilidad en el perfil de los antecedentes personales; se mantiene la HTA seguida de DM tipo 2 como los principales factores de riesgo de estos pacientes, así como la similitud en la presencia de pluripatología (35%/36%). Aún tratándose de dos cortes aislados los datos obtenidos son similares a lo que es el día a día de una planta de Medicina Interna.

**Conclusiones.** 1. El paciente ingresado en Medicina Interna suele ser un paciente con edad avanzada, clínica compleja. 2. Los problemas de salud más prevalentes y que son causas de ingreso, al igual que los antecedentes medicos se mantienen casi constantes a lo largo de las estaciones. 3. Más de un tercio de los pacientes ingresados a cargo de Medicina Interna corresponden a pacientes pluripatológicos. 5. La visión integral del médico internista lo capacita en la asistencia de este tipo de pacientes.

#### V-218

### DIFERENCIAS EN LAS ACTITUDES HACIA LA COMUNICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO AL PACIENTE CON ENFERMEDAD TERMINAL ENTRE LOS FACULTATIVOS ESPECIALISTAS DE ÁREA (FEA) Y LOS MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES (MIR)

C. López Robles<sup>1</sup>, R. Montoya Juárez<sup>2</sup>, J. Schmidt Rio-Valle<sup>2</sup> y R. Gálvez López<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Departamento Enfermería EUCS. Universidad de Granada (Granada).

**Objetivos.** Comparar la percepción y actitud de los médicos internos residentes (MIR) y los facultativos especialistas de área (FEA) del Hospital Universitario San Cecilio acerca de la comunicación del diagnóstico a pacientes con enfermedad terminal.

**Material y métodos.** Se elaboró un cuestionario ad hoc que se administró a MIRs y a FEAs. Las preguntas iban dirigidas a conocer por un lado la percepción de los residentes y facultativos sobre la comunicación del diagnóstico a pacientes terminales en su entorno, y por otro, su opinión al respecto. Para comparar ambos grupos se empleó la prueba de Chi-Cuadrado mediante el paquete estadístico SPSS 15.0.

**Resultados.** Se recogieron un total de 92 cuestionarios, 50 a MIR (54,3%) y 42 a FEA (45,7%). La mayoría de los residentes son menores de 35 años (90%) mientras que la media de edad de los FEA es de 46,8 años. El 45% de los MIR y el 33% de los FEA perciben que en práctica clínica casi nunca se le comunica el diagnóstico al enfermo terminal. Sin embargo un 85% de los FEA perciben que casi siempre se le comunica antes a la familia, con respecto al 42,5% de los MIR. No se aprecian diferencias significativas entre residentes y facultativos con respecto a la opinión de comunicar el diagnóstico terminal. El 80% de los residentes y el 73,8% de los facultativos encuestados creían que había que comunicarle el diagnóstico al paciente siempre o casi siempre. Sin embargo un mayor número de facultativos creen que se deberían informar en primer lugar a la familia ( $p = 0,03$ ). Los MIR creen que el paciente desea conocer el diagnóstico de enfermedad terminal en el 61,7% de los casos, mientras que esta creencia es mantenida por el 38,3% de los facultativos, siendo las diferencias significativas ( $p = 0,04$ ). Porcentajes similares (62% de MIR y un 71,4% de FEA) creen que en la mayoría de los casos, el paciente conoce el diagnóstico aunque no se le haya comunicado expresamente. Si tuvieran una enfermedad terminal, un 92% de los médicos residentes y un 90,5% desearían conocer el diagnóstico. Entre los motivos para NO comunicar el diagnóstico los MIR destacan el derecho del paciente a no ser informado (59,5%) mientras que los FEA no comunican por la presión familiar (70%) El motivo principal para comunicar tanto los MIR (85,7%) como los FEA (57,1%) es el derecho del paciente a la información.

**Discusión.** Las opiniones de los facultativos con respecto a la comunicación del diagnóstico al enfermo terminal son más cautas que las de los residentes. Esto puede deberse a la influencia de la variable edad y/o experiencia profesional, tal y como indica la bibliografía consultada. Existe un conflicto entre la realidad percibida y la opinión mayoritaria de comunicar el diagnóstico, lo que nos lleva a plantearnos las razones del mantenimiento de la situación. El hecho de que los facultativos crean que la familia debe de ser la primera en conocer el diagnóstico sumado a la presión familiar a no comunicar, puede contribuir a que el paciente no sea informado en numerosas ocasiones.

**Conclusiones.** Sería necesario seguir profundizando en la actitud del médico hacia la comunicación con el enfermo terminal así como la influencia que tienen variables como la edad, la experiencia laboral y la experiencia personal en la comunicación del diagnóstico.

#### V-219

### LA ACREDITACIÓN DE LA FORMACIÓN BIBLIOGRÁFICA BIOMÉDICA EN UNA U. G. C. DE M. INTERNA (SSPA)

N. Marín Gámez<sup>1</sup>, B. Cervantes Bonet<sup>1</sup>, A. Barnosi Marín<sup>1</sup>, H. Kessel Sardiñas<sup>2</sup>, S. López Palmero<sup>1</sup>, G. Parra<sup>1</sup>, P. Sánchez<sup>1</sup> y V. Rodríguez Martínez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Geriátría. Hospital Torrecárdenas. Almería.

**Objetivos.** David Mc Clelland, en 1973 y Richard Boyatzis, en 1982, ambos en Harvard, USA, y estudiando "la motivación" en el entorno laboral concluyeron de un modo parecido: no importa tanto "la inteligencia" como "ser competente". David Stern, en Michigan, adaptó el concepto "competencia" del entorno laboral-profesional general de empresa o del "management" al de servicios en salud orientado a la formación de profesionales. Competencia es "aquello" que determina un desempeño excelente en un trabajo y en un contexto determinado, que puede observarse como "conducta" y que puede ser medido en una escala dada. El SSPA aplicó este nuevo paradigma en 2004 para ponderar el EDP y lo ha extendido a la Formación sistemática (herramienta Mejora\_F). En 2005 se desarrollaron las competencias por estamentos y especialidades; en 2006 la sociedades científicas se comprometieron a actualizar el listado y en otoño de 2006 se inició "de hecho" la acreditación por competencias como un elemento determinante para la carrera profesional. EL CHT ha logrado acreditar más del 50% de su actividad formativa. El objetivo de esta Comunicación es una descripción estadística descriptiva de una Unidad Formativa en Transferencia del Conocimiento Biomédico publicado mediante la herramienta "Mejora\_F" de la Agencia de Calidad Sanitaria Andaluza (ACSA).

**Material y métodos.** Son aún pocas las UGCs de M. Interna que han obtenido la acreditación de calidad por la Agencia. En los acuerdos de gestión algunas incluyen como objetivo que al menos un n° de los profesionales de la UGC inicien la Acreditación por Competencias. La Formación Acreditada puede potenciar esta iniciativa de Calidad. Contamos con la Dirección del Centro para confirmar el apoyo. Utilizamos las diferentes herramientas de la ACSA que facilitan el proceso de Acreditación de Formación (repositorios de competencias y buenas prácticas formativas, aplicación Me\_jora F; Video; y Tutoría tfn-on line). Seguimos la metodología diseñada por la Agencia: Fase1: Formulación Individual de Solicitud de acreditación a la ACSA y asignación de clave y contraseña para acceder a la aplicación informática que desarrolla el proceso con designación de un coordinador y profesores participantes. Fase2: Autoevaluación –aportación de la documentación de la actividad formativa. Fase 3: La ACSA evaluó las evidencias aportadas y emitió informe de acreditación y concesión de créditos oficiales (7,2). Fase 4: informe al final del período de Formación (septiembre 2008-julio 2009).

**Resultados.** Media de profesionales/sesión que han participado en Mejora\_F: 10 Media de profesionales que han aportado artículo: 5 Media de Comentarios realizados al ponente: 4 N° de profesionales/año que han participado en Mejora\_F: 41 N° de sesiones de la Unidad Formativa en el año (08-09): 34 Media de duración/sesión (hrs): 1,2 Tiempo estimado en horas invertidas en la Formación: 48,3 N° artículos analizados: 170 (75% en inglés, con predominio de N eng J Med > 50%; seguido de JAMA, The Lancet, BMJ, JACG...; Med Clin, Rev Clin Esp e Infectol) Profesionales que han iniciado Acreditación Competencias: 3.

**Conclusiones.** La iniciativa "acreditación Mejora\_F" intenta: retener los mejores artículos que puedan clasificarse como probablemente determinantes de la práctica clínica; capturar las mejores prácticas propuestas, y apoyar la transerencia de conocimiento que facilite un entorno nitidamente profesional en una unidad clínica dada. Pensamos que puede incrementar la confianza tanto de profesionales como de los ciudadanos en la UGC MI, en tanto promociona la provisión de servicios de mayor calidad.

Además, apoya la mejora continua en adquisición de conocimiento biomédico.

#### V-220 REVISIÓN RETROSPECTIVA DE LOS PACIENTES INGRESADOS CON HIPERTIROIDISMO EN NUESTRO SERVICIO

L. Morillo Blanco, G. Morales Gómez, G. García García, V. Bejarano Moque, F. Olgado Ferrero, M. González García, M. Magro Ledesma y J. Arrebola García

Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina. Badajoz.

**Objetivos.** Analizar el perfil de los pacientes ingresados en nuestro Servicio de Medicina Interna con el diagnóstico de hipertiroidismo, con el objetivo de conocer las características clínicas, métodos diagnósticos y la idoneidad del tratamiento en estos pacientes.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes ingresados en un Servicio de Medicina Interna con hipertiroidismo, durante el período de 2003 a 2009. Se consideran valores normales para TSH: 0,35-5,5 uUI/ml y T4l: 8-18 pmol/l. Para el análisis se utilizó el programa estadístico SPSS 13.0.

**Resultados.** Se estudiaron 70 pacientes, con una edad media de 69 años ( $\pm 17$ ), con predominio del sexo femenino (74%). Entre los antecedentes personales, destacaban con un porcentaje del 27%, el tabaquismo, la enfermedad tiroidea previa y la diabetes mellitus respectivamente. Un 16% de los pacientes tomaba beta-bloqueantes al ingreso. Los síntomas predominantes fueron: la disnea (50%), seguida de la disminución de peso y la debilidad (19% ambas), el aumento del número de las deposiciones (17%) y palpitaciones (15%); encontrándose arritmias en un 44% de los enfermos, siendo la fibrilación auricular la más frecuente. Entre los signos más destacados en la exploración, prevalecían los de insuficiencia cardíaca (37%), encontrándose un soplo sistólico en un 34% de los casos. El diagnóstico de hipertiroidismo subclínico se realizó en un 44% de los casos, seguido del hipertiroidismo manifiesto en el 37%. Entre las causas predominantes de hipertiroidismo, destacan: el bocio multinodular (33%), siendo más frecuente en el grupo de hipertiroidismo manifiesto, seguida del adenoma tóxico (9%). Se realizó ecografía tiroidea y gammagrafía tiroidea casi en la mitad de los pacientes. Fueron tratados con beta-bloqueantes y antitiroideos un 24% de los pacientes, y sólo con antitiroideos un 27%, no considerándose necesario tratar a otro 27% de los casos, todos ellos dentro del grupo de pacientes con hipertiroidismo subclínico.

**Discusión.** La disnea fue un síntoma predominante en nuestros pacientes, siendo en la mayoría, el motivo de ingreso. Las manifestaciones cardíacas fueron las más representativas dentro de la clínica expresada. Destacar el alto porcentaje de hipertiroidismos debidos a bocio multinodular, y el gran número de hipertiroidismos subclínicos hallados.

**Conclusiones.** El hipertiroidismo predomina en el sexo femenino, manifestándose en la mayoría de los pacientes con síntomas cardiológicos. Fue llamativa la pérdida de peso que referían los pacientes. El bocio multinodular fue la causa más frecuente de hipertiroidismo. El tratamiento recibido por la mayoría de pacientes fueron los antitiroideos, aunque el mismo número de pacientes no fue tratado. Dichos hallazgos son compatibles con lo revisado en la literatura.

#### V-221 REVISIÓN RETROSPECTIVA DE LOS PACIENTES INGRESADOS CON HIPOTIROIDISMO EN NUESTRO SERVICIO

G. Morales Gómez, L. Morillo Blanco, J. Silva, J. Vázquez Labrador, M. Lobo Pascua, E. Gaspar García, M. Magro Ledesma y J. Arrebola García

Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina. Badajoz.

**Objetivos.** Analizar el perfil de los pacientes ingresados en nuestro Servicio de Medicina Interna con el diagnóstico de hipotiroidismo, con el objetivo de conocer las características clínicas, métodos diagnósticos y la idoneidad del tratamiento en estos pacientes.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes ingresados en un Servicio de Medicina Interna con hipotiroidismo, durante el período de 2003 a 2009. Se consideran valores normales para TSH: 0,35-5,5 uUI/ml y T4l: 8-18 pmol/l. Para el análisis se utilizó el programa estadístico SPSS 13.0.

**Resultados.** Se estudiaron 50 pacientes, con una edad media de 70,8 años  $\pm 15,4$ , con predominio marcado del sexo femenino sobre el masculino (74%). Del total de pacientes, un 34% padecía enfermedad tiroidea previamente. Los síntomas más frecuentes que presentaban nuestros enfermos eran disnea en un 38% de los casos y estreñimiento (28%), seguidos de astenia, palidez cutánea e insuficiencia cardíaca en un 26% respectivamente.

Otras manifestaciones menos significativas fueron la presencia de anorexia, alteraciones conductuales y bradipsiquia en un 20% cada uno. El hallazgo analítico que más se repetía en nuestros pacientes, fue la anemia normocítica normocrómica. En un 39% de los casos se detectaron alteraciones electrocardiográficas, con un predominio de arritmias (22%), probablemente en relación con patología cardíaca de base. La radiografía de tórax mostraba cardiomegalia en un 36% de los pacientes. El hipotiroidismo subclínico fue la alteración tiroidea más frecuentemente encontrada, siendo la forma de hipotiroidismo presente en un 58% de los casos, seguida del hipotiroidismo primario manifiesto, hallado en un 34% de los enfermos. Del total de pacientes del grupo estudiado, un 64% recibió tratamiento sustitutivo con levotiroxina, siendo tratados casi todos los enfermos con hipotiroidismo manifiesto y aquellos con diagnóstico de subclínico cuyo valor de TSH estaba por encima de 10.

**Discusión.** Llama la atención el alto porcentaje de pacientes en los que el hipotiroidismo se manifestó con alteraciones conductuales, siendo necesario descartar otras patologías antes de pensar en esta entidad como responsable de dicha clínica. También es de destacar, la alta prevalencia de alteraciones electrocardiográficas en nuestro grupo de estudio. Y por último, señalar, el predominio de hipotiroidismo primario subclínico, sobre el hipotiroidismo manifiesto y el hipotiroidismo central.

**Conclusiones.** Para concluir, tras el análisis realizado, podemos decir, que el hipotiroidismo fue encontrado más frecuentemente en el sexo femenino, manifestándose con alteraciones conductuales o con signos de ICC; se realizó el diagnóstico con la determinación de hormonas tiroideas, predominando el hipotiroidismo primario subclínico sobre otros tipos de hipotiroidismo. Dichos hallazgos son compatibles con lo revisado en la literatura.

#### V-222 ESTUDIO RETROSPECTIVO SOBRE DÉFICIT DE VITAMINA B12

O. González Casas, L. Morillo Blanco, G. Morales Gómez, M. Lobo Pascua, J. Vázquez Labrador, A. Calvo Cano, M. González Gómez y M. Magro Ledesma

Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina. Badajoz.

**Objetivos.** Revisar las consecuencias clínicas más relevantes en relación con el grado de severidad de déficit de vitamina B12.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes ingresados en un servicio de Medicina Interna con déficit de B12 durante el período 2003-2009. Se consideró déficit severo  $< 50$  pg/ml, moderado entre 50-150 pg/ml y leve entre 151-200 pg/ml. Para el análisis se utilizó el sistema spss 13.0.

**Resultados.** Se estudiaron 78 pacientes con edad media de 75,21 años, predominio de sexo femenino (56,4%). Los antecedentes personales más comunes fueron los problemas vasculares, destacando la cardiopatía isquémica (16,7%) y, entre los factores más asociados, el alcoholismo ocupó el primer puesto (16,7%), seguido de cirugía gástrica (12,18%) y la toma de fármacos (IBP con 19%). El signo clínico predominante —en 46% de los pacientes— fue la palidez, y la clínica neurológica se objetivó en 24 casos (6,4% déficit motor y 5,1% pérdida de conocimiento). Con respecto a los valores medio de Hemoglobina, B12 y VCM fueron 9,9; 103,63 y 104,52, respectivamente. En el diagnóstico se determinaron las hormonas tiroideas (51%: normales y 7,7% hipotiroideos); los anticuerpos anticélulas parietales y factor intrínseco no se realizaron en 65,4%, siendo positivos en 9% de los casos que coincidieron con los diagnosticados de anemia perniciosa; frotis y médula ósea, que no se realizaron en más del 50% de los pacientes. No se objetivaron consecuencias clínicas relevantes en el 38,5% de los casos (la mayoría pertenecientes al grupo de déficit leve), un 20,5% de los pacientes manifestaron enfermedad arteriosclerótica y los trastornos psiquiátricos (10,3%) predominaron en el déficit moderado; siendo la anemia perniciosa prevalente en los pacientes con B12 por debajo de 50 pg/ml. El tratamiento con B12 IM se realizó en la mitad de los casos, los cuales, en su mayoría pertenecían al grupo con déficit severo.

**Discusión.** Se observó que en bastantes de nuestros casos el déficit de B12 no tuvo consecuencias clínicas evidentes, así como una falta de relación entre el mismo y la patología tiroidea; sin embargo destaca la asociación con el alcoholismo y la cirugía gástrica. Por otra parte, nuestro estudio refuerza la utilización de la determinación de los anticuerpos en el diagnóstico de anemia perniciosa, no aportando mayor información en los demás casos, si bien es cierto que a más de la mitad de nuestros pacientes no se les determinó.

**Conclusiones.** De este estudio destaca la solicitud de anticuerpos para el diagnóstico de anemia perniciosa, así como el frotis y médula ósea ante cifras de hemoglobina bajas, las cuales predominaron en el déficit severo; mientras las manifestaciones neurológicas fueron prevalentes en los estados carenciales moderados; dichos hallazgos son compatibles con lo revisado en la literatura.

## V-224

**PERFIL DEL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA DURANTE EL AÑO 2008**

**G. García Domínguez<sup>1</sup>, O. Mera Gallardo<sup>1</sup>, J. Borrallo Torrejon<sup>2</sup>, V. Pérez Vázquez<sup>1</sup>, V. Lechuga Flores<sup>1</sup>, S. Romero Salado<sup>1</sup>, B. Sainz Vera<sup>1</sup> y F. Gómez Rodríguez<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).

<sup>2</sup>Estudiante Psicología Universidad de Málaga. Universidad de Málaga (Málaga).

**Objetivos.** Análisis epidemiológico del paciente ingresado en el Servicio de Medicina Interna durante el año 2008. Se analizan las variables edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular, polifarmacia y dependencia funcional, a la vez que se relacionan estas variables con el hecho de ser o no pluripatológico.

**Material y métodos.** Estudio transversal en el que se incluyen los 1252 pacientes ingresados durante el año 2008 en la sección de Medicina Interna. El criterio de pluripatológico se definió según el cumplimiento de dos o más categorías clínicas descritas en el proceso pluripatológico del SAS. Se realiza un análisis multivariado de las variables asociadas con el paquete SPSS 16.0.

**Resultados.** De los 1252 pacientes ingresados en nuestro servicio durante el año 2008, 795 (63.5% del total) son pluripatológicos. Comprobamos que entre los hombres encontramos mayor número de pluripatológicos, 32.6%, frente a 31.1% en mujeres. De los pacientes no pluripatológicos ingresados (457 pacientes; 36.5% del total), el 19.1% son hombres y el 17.3% mujeres. El intervalo de edad comprendido entre 61 y 80 años es el más prevalente; 37.5% de pluripatológicos y 12% de no pluripatológicos, seguido del intervalo 81-100 años, que alcanza el 18.5% de los ingresados pluripatológicos, no siéndolo sólo en un 5% de ellos. Los pacientes comprendidos entre los 41 y 60 años son los terceros más prevalentes, siendo un 7% pluripatológicos y un 10% no. Hasta los 40 años, sólo un 0.3% son pluripatológicos. En relación a los factores de riesgo cardiovascular, comprobamos que dentro de los pluripatológicos, el factor más prevalente es la HTA (46.9%), seguido de la DM (33.7%) y la obesidad (5.3%), en relación a los no pluripatológicos, en los que encontramos que sólo 5.6% son diabéticos, 6.2% hipertensos y 1.5% obesos. En cuanto a la medicación, el 46.6% de los pluripatológicos están polimedicados, frente a un 9.1% de los que no lo están. El grado de dependencia y pluripatología también se relaciona, siendo dependientes el 14.3% de los pluripatológicos, frente al 3.2% de los que no lo son.

**Discusión.** Los pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna son cada vez más pacientes de edad avanzada, pluripatológicos, con un porcentaje importante de dependencia funcional, con las consiguientes repercusiones clínicas y sociales que ello supone, convirtiendo el ingreso hospitalario en una encrucijada crucial. En nuestro estudio la mayor prevalencia se encuentra entre los 61 y 80 años, en sexo masculino y destacan como factores de riesgo vascular la HTA y la DM. La polifarmacia es lo habitual en ellos. Por tanto, se correlaciona con el resto de estudios en este campo, justificándose lo que se ha venido a llamar "paciente bio-psico-social".

**Conclusiones.** Nuestros resultados confirman el concepto de paciente socio-sanitario. En el servicio de Medicina Interna del HUPR se atienden principalmente a paciente pluripatológicos, en su mayoría hombres de entre 61 y 80 años, diabéticos e hipertensos. Son paciente polimedicados, y en un porcentaje, dependientes funcionales, ya sea total o parcialmente.

## V-225

**SINTOMATOLOGÍA DIFERENTE DE UNA HIPONATREMIA - A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS**

**A. Domínguez y R. Ballesteros**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Centro Hospitalar Cova da Beira, Covilhã.

**Material y métodos.** Estudio de los procesos clínicos de los dos casos documentados.

**Resultados.** Introducción: La hiponatremia es el trastorno hidroelectrolítico más frecuente en la práctica clínica, pudiendo dar sintomatología muy variada. Casos Clínicos: Caso Clínico 1: Paciente masculino de 72 años de edad que recurre al servicio de urgencia por vértigos e mareos de una semana de evolución, con sensación de giro, que agravaba con la movilización y mejoraba con el decúbito dorsal. Este desequilibrio condicionaba varios episodios de caídas. Caso Clínico 2: Paciente masculino de 49 años de edad, con discurso incoherente, en el contexto de un cuadro de despersonalización. Desde Enero 09 con episodios de cefalea crónica, intermitente, que remitieron con antibioterapia tras un diagnóstico de sinusitis del seno maxilar. Ambos casos, a pesar de una sintomatología tan diferente, presentaban similitudes analíticas, a destacar la presencia de un Na sérico de 118 mmol/l, con osmolaridad sérica de 240. Tras un exhaustivo estudio complementario,

se consiguió apurar un diagnóstico de neoplasia de pulmón para ambos casos, tratándose el primero de un adenocarcinoma y el segundo de un carcinoma de pequeñas células.

**Conclusiones.** Los autores eligieron estos casos para destacar las variadas formas de presentación clínica de una hiponatremia, pudiendo estar en la base de un diagnóstico maligno como puede ser el caso de una neoplasia de pulmón.

## V-226

**CÁNCER COLO-RECTAL EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA**

**A. Freire Romero<sup>1</sup>, L. Roca Pardiñas<sup>1</sup>, J. Suárez Lorenzo<sup>2</sup> y M. Valcárcel García<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela (A Coruña).

<sup>2</sup>Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Juan Canalejo. A Coruña.

**Objetivos.** Describir las características clínico-epidemiológicas de los pacientes diagnosticados de cáncer colo-rectal en un Servicio de M. Interna.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los pacientes con diagnóstico de cáncer colo-rectal confirmado por anatomía patológica durante los años 2007 y 2008 en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico de Santiago.

**Resultados.** Se diagnosticaron 47 pacientes con neoplasia colo-rectal con una edad media de 71,95 + 10'54 años, siendo varones un 63,8%. La mortalidad intrahospitalaria alcanzó el 6,4%. La media en la demora diagnóstica (desde la sospecha clínica hasta la confirmación anatómo-patológica) fue de 82'70 + 89 días. Todas las neoplasias correspondían con morfología histológica de adenocarcinoma. Las localizaciones más frecuentes fueron: colon derecho (23'4%), sigma (23'4%) y recto (19'1%). Recogiendo los factores de riesgo asociados al desarrollo de cáncer colo-rectal, se observó una mayor frecuencia de lesiones premalignas polipoides (27'7%), abuso de alcohol (19'1%) y Diabetes Mellitus (21'3%). Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron astenia (74'5%), adelgazamiento (66%) y anorexia (61'7%), seguida de dolor abdominal (44'7%), alteración del hábito intestinal (40'4%) y sangrado de origen digestivo (27'7%). Al comparar la sintomatología y la localización tumoral, se hallaron diferencias significativas: la anemia era más frecuente en colon derecho; el dolor abdominal y el sangrado en el colon izquierdo. Al diferenciar entre colon y recto, también se observaron diferencias en las manifestaciones clínicas: predominio de síndrome general y dolor abdominal en colon, frente a tenesmo y sangrado en recto. El diagnóstico de cáncer colo-rectal se realizó mediante colonoscopia en el 55,3%, seguido de ecografía abdominal en 29,8%, y en menor medida mediante TC (12,8%). Más de la mitad de los pacientes (57,4%) presentaban metástasis en el momento del diagnóstico, siendo la localización hepática (88,9%) y pulmonar (18,5%) las más frecuentes. Tras analizar diversos parámetros analíticos, se halló una mayor elevación de los niveles de fosfatasa alcalina, CEA-II y LDH en el estadio IV, con respecto a estadios más tempranos. También se encontraron diferencias significativas en los niveles de colesterol: 217,85 mg/dL en los casos de estadio IV vs. 150,84 en el grupo formado por el resto de estadios ( $p < 0,001$ ).

**Discusión.** El cáncer colo-rectal es uno de los tumores más frecuentes en los países occidentales, de ahí la importancia de lograr un diagnóstico precoz. Se ha observado una fuerte asociación entre la presencia de lesiones premalignas de carácter polipoideo y el desarrollo de cáncer colo-rectal, por lo que ante estas lesiones sería aconsejable la realización de colonoscopias de forma periódica. Las neoplasias de colon y recto se comportan de forma clínica diferente, por lo que es importante tener en cuenta los síntomas y signos para orientar el diagnóstico del tumor y su localización.

**Conclusiones.** El factor de riesgo de cáncer colo-rectal más frecuente fue la presencia de pólipos en colon. La localización predominante fue colon derecho y sigma, seguida de recto. Los síntomas y signos varían en función de la localización del tumor, asociándose el dolor abdominal y el sangrado con las neoplasias de colon izquierdo y la anemia con colon derecho. Más de la mitad de los pacientes se diagnostican en un estadio IV, lo que podría estar en relación a la demora en el diagnóstico. Se ha encontrado relación entre determinados parámetros analíticos (FA, CEA-II, colesterol y colesterol-LDH) y el estadiaje tumoral, mostrando niveles más elevados en el estadio IV.

## V-227

**CALCIO SÉRICO EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO**

**M. Sancho Zamora**

<sup>1</sup>Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

**Objetivos.** Las metástasis óseas son habituales en el cáncer de próstata avanzado. La afectación ósea puede variar desde lesiones solitarias hasta

enfermedad difusa y generalizada del esqueleto (patrón gammagráfico "superscan"). En este y otros tipos de tumor se ha descrito hipocalcemia (HC), definida como calcio iónico inferior a 4,75 mg/dl o calcio total menor de 8,7 mg/dl, que podría ocurrir por diversas causas: Síndrome de lisis tumoral, por fármacos (estrógenos, bifosfonatos), déficit de vitamina D y metástasis osteoblásticas. En esta última, se postula que las metástasis ocasionarían un aumento del depósito de calcio y fósforo en el hueso que llevaría a HC y a hiperparatiroidismo secundario compensador. Está descrito que la HC es más frecuente en los casos de cáncer de próstata con metástasis óseas y enfermedad en progresión. Sin embargo, la evolución de la HC y su relación con el tratamiento del cáncer no ha sido bien aclarada. En este estudio analizamos la posible relación entre HC, metástasis óseas y el tratamiento de pacientes con cáncer de próstata.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo. Se seleccionaron los informes de las gammagrafías óseas (GO) realizadas entre 01/01/2000 y 31/12/2008 de pacientes con diagnóstico "patrón superscan" (SC) mediante búsqueda electrónica en la base de datos del Hospital. Se revisaron las historias clínicas de todos ellos y se seleccionaron aquellas con diagnóstico de cáncer de próstata. Se revisaron todas las determinaciones de calcio total y proteínas totales disponibles ajustando la calcemia según éstas por la fórmula de Parfitt. Se consideró HipoC (verdadera) el calcio corregido menor de 8,7 mg/dl. Igualmente se registraron las fechas de inicio y fin de HC y de la realización de la gammagrafía con resultado SC, así como los tratamientos administrados.

**Resultados.** De 89 GO con SC, 37 correspondieron a 32 pacientes con cáncer de próstata. Se encontró HC en 8 pacientes (25%). En 7(87,5%), el inicio de HC coincidió con la captación en SC. De estos, 3 pacientes presentaron HC y SC en el momento del diagnóstico: Uno fue tratado con bloqueo hormonal (BAC) exclusivamente, corrigiéndose la HC en pocas semanas. Los otros dos fueron tratados con BAC + bifosfonatos, y en ellos se mantuvo la HC hasta el exitus. En los otros 4, la HC se presentó tras haber recibido BAC y estando en situación de progresión clínica y de PSA: Uno respondió temporalmente a quimioterapia (QT), corrigiendo también la HC. En otro se indicó tratamiento paliativo y mantuvo la HC hasta el exitus. En los otros dos apareció HC coincidiendo con refractariedad al BAC y estando en tratamiento simultáneo con bifosfonatos. Sólo 1 paciente con SC presentó HC sin coincidir con la gammagrafía (2 años después) y ocurrió estando en progresión, y con bifosfonatos, tras BAC y QT.

**Discusión.** Encontramos un porcentaje de pacientes con HC y cáncer de próstata similar a la descrita en la literatura. Nuestra serie engloba pacientes con enfermedad metastásica masiva, unos recién diagnosticados y otros en situación avanzada tras refractariedad al tratamiento. Es llamativo que en todos nuestros pacientes la HC se relacionó con progresión de la enfermedad o enfermedad avanzada no tratada. Se trata de una serie con un nº de pacientes pequeño, y al ser retrospectivo carecemos de la exactitud deseable en el cronograma del estudio analítico y gammagráfico.

**Conclusiones.** La HC es frecuente en Ca de próstata con metástasis óseas generalizadas, presentándose en 1 de cada 4 pacientes. En todos los casos del estudio se relacionó con enfermedad metastásica masiva no tratada o en progresión tras tratamiento estándar o QT. El tratamiento hormonal inicial corrigió la HC, excepto si se utilizaron bifosfonatos de manera conjunta. La administración de éstos se relacionó con aquellos casos que presentaron HC tras el tratamiento inicial con bloqueo hormonal.

#### V-228 PRIMER FORO LEVANTINO SOBRE LA ENFERMEDAD DE GAUCHER. ASPECTOS ORGANIZATIVOS

V. Giner Galvañ<sup>1</sup>, J. Albaladejo Méndez<sup>2</sup>, J. Hueso García<sup>3</sup>, C. Gil Cortés<sup>4</sup>, V. Conesa García<sup>5</sup> y A. Acedo Martínez<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Hematología. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy/Alcoi (Alicante).

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Área Santa María del Rosell. Cartagena (Murcia).

<sup>4</sup>Servicio de Hematología. Hospital San Vicente. San Vicente del Raspeig/ Sant Vicent del Raspeig (Alicante).

<sup>5</sup>Servicio de Hematología. Hospital General Universitario de Elche. Elche/ Elx (Alicante).

<sup>6</sup>Servicio de Hematología. Hospital de la Agencia Valenciana de Salud Vega Baja. Orihuela (Alicante).

**Objetivos.** Las denominadas enfermedades raras o huérfanas, de las cuales la más prevalente es la Enfermedad de Gaucher (EDG) presentan una serie de limitantes derivados de su baja prevalencia como es el infradiagnóstico por su escaso conocimiento así como la ausencia de suficientes Unidades Especializadas. Descripción del Primer Foro Levantino sobre la Enfermedad de Gaucher, celebrado el 7 de Noviembre de 2008 en el Hospital Virgen de los Lirios de Alcoy (Alicante). Se hizo búsqueda activa de facultativos que en la Comunidad Valenciana y Murcia llevaran pacientes afectos de

EdG. Además se invitó a dos expertos nacionales a discutir sobre las opciones terapéuticas actuales. Se trataba de difundir el conocimiento de la enfermedad entre profesionales sanitarios en general así como promover el contacto e intercambio de impresiones entre facultativos encargados de llevar este tipo de paciente.

**Resultados.** Hubo 125 participantes entre asistentes (105), ponentes (15) y moderadores (5), provenientes en su mayoría de las provincias más próximas (Alicante 64, Valencia 20, Murcia 12, Zaragoza 4, Madrid 3, Castellón 2, Córdoba 1, Barcelona 1). Por colectivos profesionales, destacaba el médico (90%) frente a otros (7% personal de laboratorios farmacéuticos, 3% personal de Enfermería), destacando la gran variabilidad de especialidades reunidas. Fue imposible obtener un listado oficial actualizado de pacientes atendidos en ese momento en las dos Comunidades Autónomas, siendo la detección de casos a través de los dos laboratorios promotores (Genzyme® y Actelion®). Mediante este sistema detectamos unos veinte casos, de los cuales fueron presentados en el Foro 13, por tanto un 70% del total potencial de casos, cuya distribución fue: Murcia 2, Alicante 8, Valencia 3, Castellón 0. Fue llamativa la heterogeneidad de la distribución geográfica de casos, que coincide con los datos del registro Internacional, donde no existen casos reportados desde Castellón (ni Baleares). Finalmente, la evaluación por parte de los asistentes fue globalmente positiva. Así, en una escala cualitativa visual de valoración de 1 a 5 (1: Opinión más negativa; 5: Opinión más positiva), el 94,6% de respondedores asignaron la categoría 4 o 5 al evaluar el Interés general del Foro, porcentajes que fueron del 83,4 y 91,4 al referirse al Interés Práctico y Conveniencia de organizar futuras ediciones, respectivamente. En la misma línea, el 94,6% de respondedores evaluó con un 4 o un 5 la posibilidad de acudir a nuevas ediciones. Más variada fue la evaluación de posibles participaciones activas (1: 11,4%, 2: 14,3%, 3: 22,8%, 4: 20%, 5: 31,5%), correspondiendo la mayor parte de valoraciones bajas (1 y 2) a respondedores que argumentaban la ausencia de experiencia en el manejo de la EdG.

**Discusión.** Es llamativa la escasa información que sobre la EdG existe en nuestro ámbito geográfico, tal y como hemos experimentado a la hora de detectar los casos. De igual modo es llamativa la elevada heterogeneidad en el número de casos por provincias, probablemente consecuencia de diferencias organizativas. La positiva evaluación que de esta actividad se ha hecho tanto por parte de personal familiarizado con la EdG como por profesionales sin experiencia sustenta la conveniencia de realizar futuras convocatorias.

**Conclusiones.** La organización de reuniones locales periódicas parece una actividad a implementar como forma de promocionar enfermedades poco conocidas y de aunar conocimientos entre profesionales de un mismo ámbito geográfico.

#### V-229 EPIDEMIOLOGÍA DEL DOLOR CRÓNICO EN CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN UN PROGRAMA DE SALUD DE 32.000 ANCIANOS

A. Aprile, C. Catoggio, E. Stonski, D. Weissbrod, B. Martínez y L. Cámera

Servicio de Medicina Geriátrica. Hospital Italiano de Buenos Aires.

**Objetivos.** Introducción: La prevalencia del dolor crónico oscila entre el 20% y el 80% según los estudios, y es mayor en los ancianos; sin embargo, existiendo pocos datos en Hispanoamérica. Objetivo: Analizar la prevalencia de dolor crónico (DC) en pacientes mayores de 65 años en la consulta de un centro de atención primaria. Se definió DC, como aquél cuya duración fuera igual o mayor a tres meses.

**Material y métodos.** Durante los meses de julio a septiembre de 2007 se realizó una encuesta anónima, autoadministrada y guiada por asistentes médicos, en la consulta del Hospital Italiano de Bs As, de un programa de salud destinado a una cohorte de 32.000 ancianos. La encuesta incluyó 14 preguntas, donde se analizaron características demográficas, prevalencia, duración e intensidad del dolor (evaluado con una escala de 0 a 10 puntos); las consultas médicas por este motivo y la asociación con depresión o ansiedad referidas.

**Resultados.** Se realizaron 400 encuestas. La edad promedio de los pacientes fue de 77,31 años (65-94) y el 75,5% fueron mujeres. La prevalencia de DC fue de 65,5% (n = 262), con un promedio de duración de 130 meses (10,83 años), y una intensidad media de 3,29 puntos. El 44,30% presentaba dolor moderado a intenso (mayor o igual a 4 puntos). Las mujeres tenían más DC que los varones (p = 0,0062), de mayor intensidad (p = 0,0396) y duración (p = 0,0095). La media de consultas médicas realizadas por dolor en el año previo fue de 3,58; y en promedio, cada paciente consultó a 2,82 médicos distintos. El 35,8% (n = 143) de los pacientes refería depresión y/o ansiedad y la prevalencia fue mayor en los pacientes con DC (p = 0,0001). Los pacientes con depresión y/o ansiedad, tenían dolor crónico de mayor intensidad (p = 0,018) y duración (p = 0,013).

**Conclusiones.** 1) La prevalencia de DC fue muy alta; 2) la duración e intensidad, son prolongada y de moderada a intensa especialmente en las

mujeres. 3) se demostró alta correlación con depresión y/o ansiedad. El dolor crónico es un problema grave que requiere una atención especial, principalmente por los médicos de cabecera.

#### V-230

##### EFICACIA DE LINEZOLID EN EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES NEUROQUIRÚRGICAS

**D. Sousa, E. Sánchez, H. Meijide, J. Gutiérrez, A. Mena, E. Miguez, P. Varela Llinares y P. Varela Llinares**

*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña.*

**Objetivos.** A pesar de la pobre penetración en Sistema Nervioso Central (SNC) y su toxicidad, la vancomicina todavía se considera la primera droga de elección para el tratamiento de infecciones de SNC. Las pruebas publicadas sobre la eficacia y seguridad de linezolid en este contexto es escasa y se limita a casos derivados de los informes y pequeñas series de 7-10 casos. Creemos relevante reportar nuestra experiencia en el uso de linezolid en esta población de pacientes.

**Material y métodos.** Estudio observacional de una cohorte de pacientes hospitalizados que recibieron linezolid para una infección tras intervención neuroquirúrgica en un hospital terciario.

**Resultados.** Dieciséis pacientes fueron tratados con linezolid de julio de 2004 a febrero de 2009. Las principales comorbilidades incluyen uno o más de las siguientes: neoplasia cerebral (7), hidrocefalia (7) y hemorragia subaracnoidea (6). Catorce pacientes tenían un drenaje ventricular. La meningitis fue la infección más frecuente (9), seguido por ventriculitis (4) y abscesos cerebrales (3). Los principales microorganismos causales fueron *Staphylococcus coagulasa-negativos* sp (12) y *Enterococcus* sp (3). Linezolid se utilizó como terapia antimicrobiana inicial (6), después del fracaso de tratamiento previo (7), después de alergia (1) y otros (2). La duración media del tratamiento fue de 24,18 días. La vía oral fue utilizada inicialmente en 2 pacientes y como secuencial en 6. La media de seguimiento fue de 4,86 meses. Quince pacientes cumplieron criterios de curación y hubo 1 recurrencia después de 1 semana. Erradicación microbiológica se documentó en 12 casos. No se documentaron eventos adversos relacionados con el uso de linezolid.

**Conclusiones.** 1. A pesar de la necesidad de estudios controlados, este es el más grande de series de casos sobre el uso de linezolid en infecciones de SNC. 2. Linezolid es un régimen eficaz para el tratamiento de infecciones postneuroquirúrgicas, principalmente causadas por *Staphylococcus coagulasa-negativos* sp. 3. Se prescribe como la terapia antimicrobiana inicial en la mitad de los casos y la mayoría de los pacientes fueron beneficiados por la posibilidad de la vía oral. 4. No se objetivaron eventos adversos.

#### V-231

##### EL POLIMORFISMO EN EL GEN TRIB1 MODULA LOS NIVELES DE LÍPIDOS EN PLASMA: VISIÓN DE UNA COHORTE ESPAÑOLA CON HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR

**B. García Olid<sup>1</sup>, A. García Ríos<sup>1</sup>, F. Pérez Jiménez<sup>1</sup>, Alcalá<sup>1</sup>, J. Ruano<sup>1</sup>, R. Alonso<sup>2</sup>, J. López Miranda<sup>1</sup> y P. Mata<sup>2</sup>**

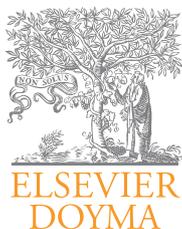
<sup>1</sup>*Servicio de Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Córdoba.*

<sup>2</sup>*Unidad de Lípidos. Fundación Jiménez Díaz-Ute. Madrid.*

**Objetivos.** Evaluar la asociación del polimorfismo rs17321515 del gen TRIB1 con las concentraciones plasmáticas de lípidos y variables antropométricas y explorar la interacción entre dicho polimorfismo y algunos factores de riesgo clásicos (sexo, tabaquismo, presencia de xantomas y arco corneal) en pacientes con hipercolesterolemia familiar (HF).

**Material y métodos.** El polimorfismo rs17321515 (TRIB1) fue genotipado en 531 pacientes con el diagnóstico genético de HF. Los homocigotos A/A tenían un perímetro de cintura significativamente mayor que los portadores del alelo "menor" G ( $p = 0,039$ ). Curiosamente, los fumadores homocigotos para el alelo A muestran mayores concentraciones plasmáticas de triglicéridos ( $p = 0,029$ ), mayores niveles de VLDL-C ( $p = 0,023$ ) y una ratio CT / HDL-C mayor ( $P = 0,035$ ) que los portadores del alelo G. Además, los homocigotos A/A con arco corneal muestran menores niveles plasmáticos de ApoA-I ( $p = 0,024$ ) y mayor ratio CT/HDL-C ( $p = 0,046$ ) que los portadores del alelo G.

**Conclusiones.** El estado de fumador y la presencia de arco corneal modula el efecto del polimorfismo rs17321515 (TRIB1) sobre los niveles de lípidos plasmáticos en pacientes con HF. Estos resultados podrían explicar las diferencias en la susceptibilidad a la enfermedad coronaria en estos pacientes.



# Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



## ÍNDICE DE AUTORES

- Abad Manteca, L., 182, 184  
 Abad Pérez, A., 28  
 Abad Pérez, D., 203  
 Abdallaoui, O., 25, 200, 246, 276  
 Abdilla Bonias, M., 181, 253  
 Abejón López, L., 302  
 Abella Vázquez, L., 92  
 Abinzano Guillén, M., 97, 102, 235  
 Aboal Seijas, A., 234  
 Acedo, J., 222  
 Acedo Martínez, A., 322  
 Acha Arrieta, M., 16, 97, 102  
 Acinas, O., 283  
 Acosta, F., 124, 244  
 Acosta de Bilbao, F., 115  
 Acquerreta González, I., 265  
 Adamuz, J., 26  
 Adana, E. S. de, 202  
 Adrián, M., 195, 306, 308  
 Aguado, J., 62, 68  
 Aguas, M., 2  
 Aguayo, M., 68  
 Aguayo Canela, M., 93, 309  
 Agud, M., 35  
 Águila Fernández-Paniagua, E., 302  
 Águila Manso, G., 80  
 Aguilar, A., 60, 103  
 Aguilar, J., 84, 90  
 Aguilar Diosdado, M., 273  
 Aguilar Escalera, J., 278, 303  
 Aguilar García, J., 190  
 Aguilar López, A., 19, 187  
 Aguirre Errasti, C., 259  
 Aguirre Errasti, J., 113  
 Aguirre González, C., 66, 139, 140, 141, 311  
 Ahmad, N., 220  
 Aibar Aguerri, M., 26, 33, 189, 214, 217, 256, 270  
 Aizpuru Barandiaran, F., 152  
 Akasbi Montalvo, M., 229  
 Aláez Cruz, I., 87  
 Alaminos García, P., 266  
 Alarcón, G., 313  
 Alarcón Blanco, P., 53, 205  
 Alarcón Reina, S., 189  
 Albaladejo Méndez, J., 322  
 Albert Coll, M., 97  
 Albertí Homar, F., 203  
 Albo Castaño, M., 27, 111  
 Alcalá Díaz, J., 18  
 Alcántara Díaz, M., 87  
 Alcántara Zafra, M., 201  
 Alcaraz, R., 315  
 Alcaraz Vidal, B., 66, 139, 140, 141  
 Alcázar Carmona, P., 79, 82, 186, 191, 215  
 Alcolea Batres, S., 176, 177  
 Alcoucer Díaz, R., 277  
 Aldamiz Echevarría Lois, T., 119, 120, 303  
 Aldámiz-Echevarría Lois, M., 85  
 Aldezabal Polo, N., 232  
 Alegre, F., 10  
 Alegre, J., 156, 164, 287  
 Alegre Garrido, F., 265, 266  
 Alegre Martín, J., 156, 157, 162, 263, 251  
 Alegría, E., 7, 188, 230  
 Alemán Valls, M., 16  
 Alemán Valls, R., 227  
 Alemán, A., 91, 92, 96  
 Alemán, C., 143, 287  
 Alende Sixto, R., 270  
 Alfaro, V., 196  
 Alguacil Muñoz, A., 27, 253  
 Aliaga y Montilla, M., 212  
 Aligué, J., 93, 118  
 Aliste, L., 156, 163, 164  
 Allali, M., 76, 111, 138, 151  
 Almagro Mena, P., 305, 306  
 Almagro, P., 11, 90  
 Almazán, F., 254  
 Almeida, J., 13  
 Almazán Costa, J., 246  
 Almenara Escribano, M., 142, 276  
 Almendros Vilchez, N., 208, 213, 231  
 Almodóvar, M., 17, 222  
 Almuedo, A., 55  
 Alonso, C., 164  
 Alonso, D., 317  
 Alonso, F., 256  
 Alonso, G., 107  
 Alonso, M., 8  
 Alonso, R., 84, 90, 226, 323  
 Alonso Castañeda, B., 149  
 Alonso Fernández, G., 32  
 Alonso García, G., 201  
 Alonso Parada, M., 30, 107  
 Alonso Peña, J., 65  
 Alonso Pérez, D., 128, 152  
 Alonso Sardón, M., 122, 123  
 Alonso Sarón, M., 123  
 Alonso Tarrés, C., 70, 71, 81  
 Alonso-Parada, M., 244  
 Alonstó, C., 163  
 Altadill, A., 161  
 Alvarado, M., 64, 291  
 Álvarez, G., 213, 222, 228  
 Álvarez, J., 136  
 Álvarez, Y., 212, 218, 227  
 Álvarez Albó, J., 152  
 Álvarez Álvarez, S., 209  
 Álvarez Asensio, E., 200, 201  
 Álvarez de Arcaya Vicente, A., 15  
 Álvarez de Miguel, F., 103, 129, 290, 295, 299  
 Álvarez Marín, R., 72  
 Álvarez Martínez, E., 285  
 Álvarez Pellicer, J., 174, 178  
 Álvarez Pérez, M., 64, 284, 305  
 Álvarez Uría, A., 155  
 Álvarez-Sabin, J., 256  
 Álvarez-Sala Walther, L., 85, 232  
 Álvarez-Uría Miyares, A., 130, 278, 311  
 Alveta Suárez, L., 42, 272  
 Alvisa Negrín, J., 17  
 Amador Rando, A., 38  
 Amalio, S., 74  
 Amenara Escribano, M., 277  
 Amiano, V., 40, 48  
 Amores Arriaga, B., 24, 33, 62  
 Amorós, A., 62  
 Andrada, Y., 93  
 Andrés, R., 13, 117, 279  
 Andrés Calvo, M., 182, 184  
 Andrés Navarro, R., 127, 130, 279  
 Andréu Giménez, L., 33  
 Andréu, C., 177, 220, 294  
 Andréu Urioste, L., 25, 66, 200, 246, 276  
 Andrey Guerrero, J., 102, 282, 302, 315  
 Angelina García, M., 12  
 Anglada Barceló, J., 6  
 Angrill, A., 317  
 Angulo Díaz-Parreño, S., 40, 199  
 Antelo Cuellar, K., 55, 82  
 Antón Botella, F., 38  
 Añon Roig, S., 181  
 Aparicio Oliver, J., 111, 125, 126, 254  
 Aparisi Aparisi, F., 155  
 Apolinario Hidalgo, R., 115  
 Apolinario, R., 317  
 Aprile, A., 322  
 Aquilino Tari, A., 302  
 Aragón de la Fuente, M., 85  
 Aramburu Bodas, O., 5, 135, 138, 139, 148, 179  
 Aranda Cosgaya, C., 113  
 Araque López, M., 16  
 Arasa Tuliesa, E., 138  
 Araújo Fernández, S., 247, 290  
 Araújo Loperena, O., 247  
 Arco Jiménez, A. del, 2, 19, 32, 46, 90  
 Arenas Miras, M., 22, 53, 135, 166, 179, 205  
 Ares Ferreiro, M., 259  
 Areses, M., 198  
 Argibay, A., 107  
 Arias, J., 179  
 Arias Jiménez, J., 5, 135, 138, 139, 148  
 Arias Miranda, I., 311  
 Arias Miranda, M., 158  
 Arias Paciencia, M., 257  
 Arkuch Saade, M., 102  
 Armario García, P., 137, 303  
 Armas, Y. de, 58  
 Armijo Ruiz, P., 125  
 Armíñanzas, C., 283  
 Armizanzas Castillo, C., 119  
 Arnaez, R., 203  
 Arnalich Fernández, F., 67, 100, 121, 209  
 Aroca Fernández, P., 49, 140  
 Aros Borau, F., 152  
 Arpa Gutiérrez, F., 276  
 Arponen, S., 8, 229  
 Arranz, C., 253  
 Arranz Caso, A., 75  
 Arrebola Benítez, J., 65  
 Arrebola García, J., 262, 312, 320  
 Arribas, J., 44  
 Arribas López, J., 28, 48, 51  
 Arrizabalaga, P., 267  
 Arroita González, G., 31  
 Arroita, G., 202  
 Arroyo, A., 268  
 Arsuaga Vicente, M., 12  
 Artacho, M., 173  
 Artacho Rodríguez, M., 43, 314  
 Artaza, C., 222  
 Arteaga Mazuelas, M., 97, 102, 275  
 Artero, A., 69, 70  
 Artero, M., 242  
 Artero Ruiz, E., 85  
 Ascencio Méndez, C., 302

- Asenjo, A., 98, 113, 122  
 Asenjo Martínez, M., 12  
 Asenjo Mota, A., 114  
 Asensio Tomás, M., 311  
 Atance García de la Santa, J., 245  
 Ateka Barrutia, O., 97, 102, 275  
 Atienza, A., 69, 70  
 Audibert Mena, L., 153, 273  
 Avanzas González, E., 150  
 Ávila Arzanegui, O., 31  
 Ayala, G., 59  
 Azkune Galparsoro, A., 36
- Badía, R., 156, 157, 162  
 Badía Cebada, L., 180  
 Badía Royés, R., 251  
 Baena, J., 234  
 Baeza, T., 254  
 Báguena, F., 54  
 Balaguer, M., 69, 70  
 Balanza Garzón, A., 121, 241  
 Balbacid Domingo, E., 281  
 Ballarín, M., 10  
 Ballester, A., 170  
 Ballester, C., 216  
 Ballester, F., 55, 80  
 Ballester Luna, A., 127  
 Ballesteros Chaves, I., 277  
 Ballesteros, R., 321  
 Bandrés Liso, A., 15, 98  
 Bañón, S., 13, 83  
 Bañón Escandell, S., 127, 130  
 Baños Piñero, P., 22, 166, 205  
 Baraldés, A., 93, 118  
 Barba, M., 282  
 Barba, R., 9, 71, 72, 115, 122, 128, 130  
 Barba Romero, M., 313  
 Barbado, F., 19, 282  
 Barbado, J., 162  
 Barbado Ajo, J., 85, 86  
 Barbado Hernández, F., 174, 178, 276, 313  
 Barbé, J., 109  
 Barbé Gil-Ortega, J., 91, 92, 96  
 Barberá Farré, J., 16  
 Barbera Mir, J., 147  
 Barbolla, I., 313  
 Barnosi Marín, A., 317, 319  
 Barón Franco, B., 91, 92, 97, 208, 277  
 Barón Ramos, M., 206, 314  
 Barquero-Romero, J., 15, 38  
 Barragán Casas, J., 25, 26, 200, 246, 276  
 Barranco Pons, R., 9  
 Barreda, M., 55  
 Barrena, R., 98, 122  
 Barrena Puertas, R., 12, 114, 268  
 Barreto, C., 11  
 Barrio Gordillo, J., 302  
 Barrios, A., 60  
 Bascompte, R., 7  
 Basterretxea Ozamiz, A., 20, 115  
 Bastida, M., 23  
 Batalla Insenser, B., 114, 180, 195  
 Battagliotti, C., 313  
 Bayoll Serradilla, E., 50  
 Bayona, J., 32  
 Bea, A., 7  
 Beanco León, P., 106  
 Becares Lozano, M., 272  
 Bejarano Moguel, V., 145, 260, 262, 312, 320  
 Bejarano Ugalde, D., 262  
 Belenguer Varea, A., 181  
 Belhassen García, M., 42, 50, 122, 123, 165  
 Belinchón Paraiso, J., 143, 144
- Bellido, D., 238  
 Bello Conesa, A., 87, 286  
 Bellver Álvarez, M., 89  
 Bellver Bosch, L., 26  
 Belso, A., 38, 135, 262  
 Belso Candela, A., 301  
 Beltrán, L., 196, 264, 270, 288, 289  
 Beltrán Calvo, C., 220  
 Beltrán Pérez, M., 38  
 Beltrán Romero, L., 214  
 Beltrán Salvador, M., 41, 245  
 Beltrán Sánchez, A., 184  
 Beneítez López, B., 116  
 Benítez Macías, J., 18, 111, 125, 126  
 Benito, N. de, 78  
 Benito Peña, N., 14  
 Bennasar Remolar, M., 286  
 Bermejo, E., 22  
 Bermejo Martín, F., 200  
 Bermúdez Sánchez, S., 233  
 Bermudo Conde, S., 37  
 Bernabeu Wittel, M., 91, 95, 97, 105, 108, 184, 233  
 Bernal, D., 307  
 Bernal Bello, D., 70  
 Bernal Bermúdez, J., 132  
 Bernardino, J., 44  
 Bernardo Cofiño, J., 164, 168  
 Berrocal, P., 216, 308  
 Bertomeu i Blanch, F., 121, 241  
 Betancor León, P., 102, 120, 144, 155  
 Betancort Plata, C., 302  
 Bidegain, E., 203  
 Bierge Valero, D., 138  
 Bilbao, P., 254  
 Biritxinaga, L., 291  
 Bisbal Pardo, O., 284, 299, 305  
 Blanco, F., 191  
 Blanco, S., 35  
 Blanco Cristobal, C., 158  
 Blanco Díaz, M., 74  
 Blanco Hidalgo, J., 4  
 Blanco Iglesias, B., 124, 153  
 Blanco Moya, T., 119  
 Blanco Vich, I., 145, 147  
 Blanes Castañer, V., 155  
 Blas Carracedo, C., 316  
 Blasco, F., 217  
 Blasco Claramunt, A., 121, 241  
 Blasco Martínez, O., 193  
 Blázquez, A., 156, 157, 197, 217, 220  
 Blázquez Cabrera, J., 131, 185, 186  
 Blázquez Llistosella, M., 45  
 Boceta Osuna, J., 309  
 Bode, B., 18, 109  
 Bodro Marimont, M., 291  
 Bofill Montoro, D., 76, 111  
 Bonet de la Nuez, M., 228  
 Bonet Vidal, G., 274  
 Bonilla Hernández, A., 275  
 Borao Cengoitita, M., 101, 200, 239  
 Borjabad, B., 55  
 Borobia Pérez, A., 240, 242  
 Borrachero Garro, C., 208  
 Borralló Torrejón, J., 107, 321  
 Borrego Galán, J., 124  
 Borrueal, S., 234  
 Bosca Mayans, R., 218, 219  
 Bosch, J., 178  
 Bosch Rovira, T., 295  
 Bové, A., 5, 6, 169, 170, 173  
 Bozada Reina, J., 4  
 Bravo, A., 100  
 Bravo, R., 38, 135, 262  
 Brito Zerón, P., 5, 6, 168, 169, 170, 173
- Broseta Viana, L., 186  
 Brugués, J., 77, 256  
 Brun Romero, F., 18, 111, 125, 126  
 Bruno Martínez, C., 261  
 Bua, S., 274  
 Bucar Barjud, M., 24  
 Budiño Sánchez, M., 66, 200, 246  
 Buján Rivas, S., 180  
 Buño Soto, A., 176  
 Bureo Dacal, J., 159, 260, 312  
 Burguera, B., 8  
 Burillo Lorente, J., 235  
 Busquier, I., 245  
 Bustinduy Odriozola, M., 36
- Caamaño Selma, O., 55  
 Cabadés, F., 282  
 Caballero, S., 48  
 Caballero, Asensio, R., 12, 266  
 Cabello, N., 60  
 Cabello Clotet, N., 236  
 Cabello Úbeda, A., 12  
 Cabello Zamora, I., 9, 166, 291  
 Cabeza, M., 78  
 Cabeza Barrera, I., 43, 44  
 Cabezas, M., 195  
 Cabezas Fernández, T., 43, 44  
 Cabezas Pérez, P., 46  
 Cabezas Rodríguez, I., 164, 168  
 Cabezón Estévez, I., 43, 173, 314  
 Cabrá Rodríguez, R., 88  
 Cabré Roure, M., 2  
 Cabrera, J., 14  
 Cabrera Aguilar, J., 119, 120, 303  
 Cabrera Sierra, M., 189  
 Cabrerizo García, J., 26, 189, 193, 194  
 Caínzos Romero, T., 288  
 Cairolí, E., 267  
 Calabuig, E., 13, 39, 83, 128  
 Calabuig, J., 84, 90, 216, 398  
 Calabuig Alborch, J., 166  
 Calabuig Barbero, E., 79  
 Calabuig Muñoz, E., 69  
 Calahorro, M., 209  
 Calahorro Magdaleno, M., 318  
 Calavera, J., 212  
 Calbo Mayo, J., 185  
 Caldentey Durán, A., 204  
 Calderón, E., 58  
 Calderón, M., 40, 48  
 Calderón, P., 23, 67, 238  
 Calduch Broseta, J., 33  
 Calero, Y., 217  
 Cáliz Cáliz, R., 53  
 Calle Cabrera, C. de la, 88, 96, 106, 107, 281  
 Calle Cruz, L., 318  
 Calle Prieto, F. de la, 85, 108, 119, 244  
 Calleja, J., 313  
 Calleja, M., 26, 193  
 Calleja López, J., 91  
 Calleja Subirán, C., 25  
 Calleja Subirán, M., 246, 276  
 Callejas, J., 6, 170, 171  
 Callejas Rubio, J., 172, 179, 183, 185, 283  
 Callejo Plaza, M., 52, 181, 214, 217, 256  
 Calpe Gil, M., 99  
 Calvo, A., 311, 312, 196, 224  
 Calvo, E., 251  
 Calvo, G., 70  
 Calvo, P., 217  
 Calvo Cano, A., 154, 249, 320  
 Calvo Catalá, J., 157, 158, 257  
 Calvo Elipe, A., 110
- Calvo Gómez, C., 223, 224, 225, 226, 227, 234, 235, 248, 307  
 Calvo González, G., 223, 224, 225, 226  
 Calvo Reyes, M., 85, 86  
 Calvo Vila, G., 71  
 Calzada Simón, S., 29  
 Calzado, S., 296  
 Camacho Siles, J., 3, 142, 176, 239, 240  
 Camafort Babkowski, M., 161  
 Cambronero Cortinas, E., 210, 211, 219  
 Cámara, L., 249, 322  
 Caminal, L., 171  
 Caminal Montero, L., 164, 168  
 Campano, E., 58  
 Campo, C., 84, 90  
 Campo, R. del, 59  
 Campoamor Serrano, M., 39, 130, 150  
 Campos, S., 244  
 Campos Fernández, C., 157, 257  
 Campos Franco, J., 270  
 Campoy Domene, F., 118  
 Camprubí, D., 137  
 Camps Sellés, A., 166  
 Camps, M., 168  
 Cams, M., 179  
 Canalejo, E., 60  
 Candel, M., 69, 70  
 Cano Alcalde, L., 78  
 Cano Llorente, V., 27, 253, 293  
 Cano Rodríguez, T., 106  
 Canora Lebrato, J., 57, 235  
 Canora, J., 9, 71, 72, 115, 122, 128, 129, 130  
 Canovas García, V., 174, 302  
 Cantero Hinojosa, J., 146, 147, 149, 266  
 Cantero, I., 37, 38  
 Cantón, R., 59  
 Cañas García-Otero, E., 80  
 Cañete, C., 71  
 Cañizares Navarro, R., 130  
 Caño Rodríguez, J., 104  
 Capdevila, J., 241  
 Capó, V., 58  
 Cara, J., 258  
 Carballeira Roca, C., 301  
 Carbonell, M., 93  
 Carbonell Pelfort, T., 57  
 Carbonero Marberti, J., 203  
 Carcas Sansuán, A., 242  
 Carcelén Gadea, M., 224  
 Cardeña Pérez, C., 183  
 Cardona Ribera, M., 76, 151  
 Carmona, M., 69, 70  
 Caro Bragado, S., 3, 142, 176, 237, 239, 240  
 Caro, E., 254  
 Caro Martínez, E., 246  
 Carpio Pérez, A., 122, 123, 165  
 Carpio Segura, C., 176  
 Carracedo Falagán, N., 28, 76, 151, 153, 154, 261  
 Carracedo, N., 134, 258, 268  
 Carral, E., 2  
 Carranza Rua, O., 265, 266  
 Carrasco Sánchez, F., 221  
 Carrasco Sánchez, J., 4  
 Carratalà, J., 26  
 Carriedo, D., 258, 265  
 Carrigasait, V., 243  
 Carrillo Linares, J., 119  
 Carulla, M., 72, 274  
 Carulla Aresté, M., 192  
 Carvajal, M., 55  
 Carvalho, K., 74  
 Casademont Pou, J., 10, 78, 149

- Casado García, J., 89  
 Casal, A., 316  
 Casallo Blanco, S., 27, 111  
 Casanova Esteban, P., 127, 170  
 Casanovas Martínez, A., 172, 260, 310  
 Casanoves Laparra, E., 26  
 Casañas, L., 195  
 Casariego Vales, E., 17, 134, 259  
 Casas, I., 81  
 Casas, M., 222, 223  
 Casasús, A., 152  
 Casillas Meléndez, C., 245  
 Cassani Garza, M., 92, 184  
 Castañeda, A., 35  
 Castañeda Alonso, E., 315  
 Castañeda Pastor, A., 36  
 Castaño, C., 184  
 Castejón, R., 159, 160  
 Castelar Delgado, E., 101  
 Castell Benito, D., 303  
 Castellano Higuera, A., 50  
 Castellano Vela, E., 89, 93  
 Castellanos, M., 184  
 Castellanos, S., 133, 134, 258  
 Castellanos Monedero, J., 24, 40, 79, 186, 215, 249, 259  
 Castellanos Monedero, M., 79  
 Castellanos Viñas, S., 101  
 Castellví, M., 275  
 Castiella, J., 14, 116  
 Castiella Herrero, J., 134, 193  
 Castilla Castellanos, V., 113, 222, 223  
 Castilla, V., 59, 122  
 Castilla Catellano, V., 114  
 Castillo, C., 250  
 Castillo, J., 307  
 Castillo, M., 179  
 Castillo Blasco, M., 94  
 Castillo Hernández, R. del, 88  
 Castillo Montesinos, J., 189  
 Castillo Palma, M., 145, 147, 167, 171, 173, 174  
 Castillo Rueda, A. del, 85  
 Castillo Sánchez, J., 73  
 Castillo Vilella, M., 305  
 Castillo-Palma, M., 170  
 Castro, A., 51, 80, 307  
 Castro, C., 50  
 Castro, J., 44  
 Castro, M. de, 134  
 Castro Bohórquez, F., 235  
 Castro Carpeño, J. de, 263  
 Castro Guardiola, A., 63  
 Castro Iglesias, N., 48, 165, 241, 281  
 Castro Losa, R. de, 101  
 Castro Martínez, M. de, 129, 290, 295, 299  
 Castro Paredes, B., 258  
 Castro Vélez, L., 161  
 Catalá, I., 275  
 Catellanos Monedero, J., 112  
 Catoggio, L., 313, 322  
 Cavada, E., 251  
 Cea Calvo, L., 7, 188, 230  
 Ceberio Hualde, L., 31  
 Ceberio, L., 202  
 Cebrían Patiño, E., 303  
 Cegoñino de Sus, J., 247  
 Centurión, E., 220  
 Cepeda, J., 197, 217, 220  
 Ceresuela Eito, L., 137, 303  
 Cerqueiro González, J., 134  
 Cerro, J. del, 70  
 Cerro Martínez, M., 272  
 Cervantes Bonet, B., 172, 317, 319  
 Cervera, R., 177, 267  
 Chabrera Gayá, V., 241  
 Chacón Testor, P., 302  
 Chafer Rudilla, M., 131  
 Chamorro, S., 289  
 Chamorro Martí, E., 76, 111  
 Chaparro Pardo, D., 103, 126, 216, 298, 299, 300  
 Chaves, F., 68  
 Cherubini, A., 153  
 Chica de Diego, I., 46  
 Chico, C., 195  
 Chico Chumillas, C., 114, 180  
 Chimeno Viñas, M., 28, 256, 257, 266  
 Chimpén Ruiz, V., 42, 272  
 Chinchilla Palomares, E., 145, 167, 173, 174  
 Chochowski, P., 197  
 Churruca Sarasqueta, J., 243, 271  
 Cia Lecumberri, M., 16  
 Cicuéndez Trilla, R., 191, 215, 249  
 Cid Gómez, D., 305  
 Cienfuegos, C., 278  
 Cienfuegos Basanta, C., 130, 155, 158, 311  
 Cisteró Roig, B., 310  
 Citores, M., 159, 160  
 Civeira, F., 7  
 Clavel Conget, L., 62, 181, 214, 217, 256  
 Clavel, L., 189, 194  
 Clavell, J., 195  
 Clep, C., 142, 181, 253  
 Climent Díaz, B., 224, 284  
 Climent Raudi, A., 41, 245  
 Cobos, N., 242  
 Cobos Díaz, A., 292  
 Cobos Trigueros, N., 29  
 Coca, A., 5, 6, 169, 170  
 Cocui, I., 177  
 Coll, M., 55  
 Collado Pérez, C., 236  
 Colomo Rodríguez, N., 192, 255  
 Comeche, B., 71, 72, 287  
 Comellas Alabern, J., 264  
 Comín Orce, A., 127  
 Concha, E.G. de la, 14, 280  
 Conde, M., 222  
 Conde Freire, J., 134  
 Conde Martel, A., 102, 106, 120, 144, 155  
 Conesa García, V., 322  
 Consola Maroto, B., 318  
 Contel Ballesteros, E., 218, 219  
 Conthe, P., 11  
 Contreras Muruaga, M., 296  
 Contreras, J., 231  
 Corbacho, I., 87  
 Corbella, E., 193  
 Cordal, A., 253  
 Cordero, M., 42  
 Cordero Vaquero, A., 87  
 Córdoba Soriano, J., 210, 219  
 Cornejo Martín, J., 126  
 Corral Beamonte, E. del, 4, 102, 132, 133, 255, 256  
 Corral Gudino, L., 110, 111, 138  
 Corrales González, M., 187, 192, 208, 213, 231  
 Cortés, F., 161  
 Cortés Lletget, C., 70, 71  
 Cortés Rodríguez, B., 125  
 Cortés-Lletget, M., 81  
 Corzo Delgado, J., 50, 315, 318  
 Corzo Gilabert, R., 102, 107, 252  
 Costa, A., 62, 77, 82, 228  
 Costa, J., 77, 81, 82, 206, 207, 212  
 Costa, R., 11  
 Costa, V., 81  
 Costa Cerdá, A., 307  
 Coto, A., 291  
 Coto Hernández, R., 164, 168  
 Crecente Otero, P., 48, 50, 241, 281  
 Crespo Avellana, M., 127  
 Creus Gras, C., 72, 247  
 Criado García, J., 203, 226  
 Cristóbal Torras, J., 6  
 Cruz, E. de la, 193  
 Cruz González, I., 42  
 Cruz Iglesias, A. de la, 65  
 Cruz Rosales, E., 64  
 Cruz Senovilla, J., 278, 303  
 Cubedo Bort, M., 41  
 Cubino Bóveda, N., 54, 55, 87, 101, 105, 199, 204, 239, 248, 250, 275, 285  
 Cuello Contrera, J., 289  
 Cuenca Carvajal, C., 244  
 Cuenca Guerrero, A., 119  
 Cuenca Guerrero, L., 87, 88  
 Cuende, J., 212, 231  
 Cuende Garcés, A., 36  
 Cuervo Pinto, R., 103, 126, 216, 298, 299, 300  
 Cuesta Díaz, A. de la, 214  
 Cuesta Esteban, V. de la, 64, 74  
 Cuevas, C. de las, 21  
 Cuevas González, J., 278, 303  
 Cuevas Tascón, G., 229  
 Culla Ginesta, A., 180  
 Cuquet, J., 55  
 Curbelo García, J., 296  
 Damborenea González, M. de, 20, 115, 116  
 Daroca Pérez, R., 20  
 Daryanani Daryanani, R., 25  
 Dávila, C., 35  
 Dávila Ramos, M., 50  
 Deig, E., 54  
 Deig Comerma, E., 1, 192  
 Delás, J., 2  
 Delegido, A., 72, 73  
 Delegido Sánchez-Migallón, A., 1  
 Delgado, E., 90, 207  
 Delgado, M., 241, 287  
 Delgado Cárdenas, G., 308, 311  
 Delgado Casamayor, J., 47  
 Delgado Jiménez, J., 234  
 Delgado Sardina, V., 309  
 Delgado Yagüe, M., 113, 114  
 Delgado-Iribarren, A., 83  
 Deus, L., 257, 311  
 Díaz, A., 17, 203, 229  
 Díaz, E., 217  
 Díaz, M., 72, 73  
 Díaz Benavente, M., 106  
 Díaz Castellanos, M., 33  
 Díaz Cira, A., 106  
 Díaz Cortegana, F., 205  
 Díaz Crombie, A., 247  
 Díaz Crombie, M., 1, 274  
 Díaz Díaz, J., 197  
 Díaz Guardiola, E., 17, 44  
 Díaz Lagares, C., 5, 6, 168, 169, 170, 171, 173  
 Díaz Madrid, V., 62  
 Díaz Menéndez, M., 121, 174, 178  
 Díaz Penelas, I., 17, 259  
 Díaz Peromingo, J., 30, 109, 197  
 Díaz Pollán, B., 34, 160, 164  
 Díaz Rubia, L., 104  
 Díaz Rubio, M., 14, 280  
 Díaz Sotero, M., 27, 293, 315  
 Díaz Suárez, M., 16  
 Diéguez Paz, J., 296  
 Diestre, G., 153  
 Díez, F., 92  
 Díez, J., 14  
 Díez, P., 234  
 Díez Bandera, R., 48, 50, 241  
 Díez de Lastra, E., 264  
 Díez García, F., 317  
 Díez Manglano, J., 4, 97, 102, 132, 133, 255, 256  
 Díez Pérez, A., 1, 57  
 Díez Romero, C., 43, 173, 314  
 Díez Romero, P., 43, 173, 314  
 Dimas Núñez, J., 273  
 Dios, P., 265  
 Dios Díez, P., 101, 194  
 Dios García, B. de, 280  
 Dolz Aspas, R., 99  
 Domingo González, S., 190  
 Domingo Serrano, F., 43, 173, 314  
 Domínguez, A., 68, 289, 313, 321  
 Domínguez, M., 83  
 Domínguez, R., 68  
 Domínguez Álvarez, R., 214, 231, 309, 318  
 Domínguez del Brío, E., 46, 214, 231, 309, 318  
 Domínguez López, I., 70  
 Domínguez Plata, J., 186  
 Domínguez Quibén, S., 281  
 Domínguez Ruiz de León, P., 250  
 Donaire, G., 143, 287  
 Dronda, F., 23  
 Duarte Sánchez, F., 50  
 Durán Castellón, M., 285, 286  
 Durán García, E., 120  
 Duro López, M., 125  
 Echeverría Echeverría, A., 12, 266  
 Egea, J., 315  
 Egea, M., 313  
 Egea Campoy, M., 49, 140, 141  
 Egea Cegarra, I., 73  
 Egidio González, A., 202, 218, 219  
 Eguiluz Pinedo, A., 36, 267  
 Egurbide Arberas, M., 31, 259, 311  
 El Messaoudi, L., 128, 152, 317  
 Elduayen Gragera, J., 205  
 Elejalde Guerra, J., 235  
 Elena, E., 87  
 Elizalde, A., 143  
 Elizondo, C., 249  
 Elola Zeberio, M., 202, 267  
 Elvira Cabrera, O., 17  
 Enríquez Gómez, H., 232, 247  
 Ercilla, G., 267  
 Eroles Vega, G., 124, 126  
 Escalante Yangüela, B. de, 52, 298  
 Escalera Zalvide, A., 24, 40, 78, 79, 82, 91, 92, 95, 97, 186  
 Escobar, M., 209  
 Escobar Llompert, M., 132, 252, 282, 318  
 Escobar Martín, E., 280, 316  
 Escobedo Palau, J., 50  
 Escolano, C., 248  
 Escolano Fernández, B., 206  
 Escolano Fernández, M., 314  
 Escolano Hortelano, C., 268  
 Escribano, J., 248  
 Escribano Stablé, J., 174  
 Escribano Subías, P., 145, 147  
 Escribá Monfort, C., 76, 111  
 Escribá Trueba, R., 132  
 Escudero Berasategui, J., 16, 41  
 Espada Chevarría, J., 43  
 Espada Muñoz, J., 292  
 Esparcia, A., 69, 70  
 Espigares Correa, A., 66, 76, 79, 280, 304, 311  
 Espín Abellán, C., 118  
 Espinosa Aunió, R., 112, 190  
 Espinosa de los Monteros, M., 272, 273

- Espinosa, G., 171, 177, 267  
 Espinosa Malpartida, M., 266  
 Esquivellor Rodrigo, M., 12, 266  
 Esteban, I., 178  
 Esteban Giner, M., 131, 132  
 Estébanez, M., 19  
 Estébanez Muñoz, M., 61, 68, 276  
 Estebe Atienza, P., 130  
 Esteban Giner, M., 155  
 Esteve, P., 83, 117, 279  
 Esteve Comas, M., 305, 306  
 Esteve Palau, E., 1, 57  
 Estévez Domínguez, R., 25  
 Estévez Núñez, J., 197  
 Estrada Díaz, C., 104  
 Ezquerro Ibarra, I., 181, 253
- Fabiani Romero, F., 138  
 Fabregate Fuente, M., 188  
 Fabregate Fuente, R., 188  
 Facila Rubio, L., 41  
 Falcón Ortega, M., 106  
 Falgá, C., 241  
 Falguera Sacrest, M., 46  
 Fanjul, F., 8  
 Fanlo, M., 237  
 Fanlo, P., 198, 203  
 Fanlo Mateo, P., 16, 275  
 Farfan Sedano, A., 143  
 Faro, T., 74  
 Feito Rodríguez, M., 176  
 Felipe, E. de, 34, 83  
 Feliu Mazaria, L., 93, 203  
 Femenias, M., 8  
 Fernandes, M., 74  
 Fernández, A., 66  
 Fernández, E., 265, 268  
 Fernández, F., 2  
 Fernández, J., 13  
 Fernández, M., 14, 237  
 Fernández, N., 197  
 Fernández, P., 269  
 Fernández Aguirre, C., 261  
 Fernández Alemán, A., 99, 297  
 Fernández Alonso, C., 103, 126, 216, 298, 299, 300  
 Fernández Alonso, M., 14  
 Fernández Arquer, M., 280  
 Fernández Auzmendi, V., 154, 159, 161, 260  
 Fernández Capitán, C., 3, 176, 237, 239, 240, 242  
 Fernández Capitán, M., 121, 142  
 Fernández Conde, S., 270  
 Fernández Cotarelo, M., 55  
 Fernández Dalgado, J., 132  
 Fernández de Sevilla, T., 143, 156, 157, 162, 163, 164, 287  
 Fernández Díaz, E., 15  
 Fernández Fernández, C., 152, 154  
 Fernández Fernández, F., 58, 232, 247, 301, 305  
 Fernández Fúnez, A., 281  
 Fernández Galante, I., 218  
 Fernández Garcés, M., 216  
 Fernández Gil, C., 149  
 Fernández González, A., 74  
 Fernández González, C., 281  
 Fernández Izquierdo, S., 301  
 Fernández Luque, A., 159, 163, 180, 243, 271  
 Fernández Marcos, L., 124  
 Fernández Marmiesse, A., 226  
 Fernández Martín, J., 77  
 Fernández Martínez, E., 125  
 Fernández Miera, M., 95, 104  
 Fernández Moyano, A., 91, 92, 93, 96, 220
- Fernández Muñoz, P., 130  
 Fernández Murillo, C., 87  
 Fernández Navarro, J., 166  
 Fernández Nebro, A., 216  
 Fernández Pardo, J., 139, 140, 141  
 Fernández Pascual, C., 73  
 Fernández Peláez, J., 44  
 Fernández Pérez, E., 21, 194  
 Fernández Quevedo, M., 166  
 Fernández Regueiro, R., 39, 155, 311  
 Fernández Rodríguez, C., 17  
 Fernández Roldán, C., 151, 185  
 Fernández Ruiz, M., 148, 150  
 Fernández Santos, A., 188  
 Fernández Tagarro, M., 25  
 Fernández Urrusuno, R., 220  
 Fernández Velilla, J., 177  
 Fernández Villar, J., 258  
 Fernández-Arquero, M., 14  
 Fernández-Bañares, F., 305, 306  
 Fernández-Cruz Liñán, A., 15  
 Fernández-Miranda, C., 291  
 Fernández-Regueiro, R., 278  
 Fernández-Roldán, C., 146, 147, 283  
 Fernández-Rufete Cerezo, A., 269  
 Ferrandis, A., 218  
 Ferrando Pastor, J., 219  
 Ferrando Vela, J., 15, 98  
 Ferras Carceller, P., 138, 151  
 Ferré Losa, C., 32  
 Ferreira Pasos, E., 111, 273  
 Ferreiro, E., 231  
 Ferreiro López, D., 280  
 Ferrer, J., 220, 223  
 Ferrer, M., 52, 27, 287  
 Ferrer Civeira, M., 40, 54, 218, 222  
 Ferrer Cobo, E., 318  
 Ferrero, J., 177, 220  
 Ferrero López, I., 89, 93  
 Ferretti, R., 153  
 Ferro Expósito, A., 292  
 Fidalgo Fernández, M., 281  
 Fidalgo Navarro, A., 164, 168  
 Figuera Chacín, Y., 221, 229  
 Fiorante, S., 68  
 Fleitas, A., 39  
 Flores, J., 13  
 Flox Benítez, G., 66, 76, 304, 308, 311  
 Fluxá Egea, T., 89  
 Fonollosa Pla, V., 177, 271  
 Fons, P., 118  
 Fons Gosálvez, S., 219  
 Fonseca, E., 278  
 Fonseca, V., 233  
 Fonseca Aizpuru, E., 130, 155, 158, 311  
 Fonseca López, C., 99  
 Font, A., 83  
 Fontané Miret, M., 318  
 Formiga, F., 10, 93  
 Fort Navarro, N., 89, 93  
 Forteza-Rey Borralleras, J., 8, 96, 295  
 Fortuño Andrés, J., 172  
 Fraga, I., 310  
 Frago Marquín, I., 31, 202  
 Fraile, G., 313  
 Fraile Amador, F., 258  
 Fraile González, J., 85, 153, 232  
 Fraile Rodríguez, G., 91  
 Fraile Vicente, J., 48, 51, 53, 215, 250, 252  
 Fraile Villarejo, E., 87, 248  
 Franch, J., 273  
 Francia Santamaría, E., 10  
 Franco Hidalgo, S., 46  
 Franco Huerta, M., 24, 40, 78, 79, 82, 186
- Franco Moreno, A., 47, 57, 236  
 Franquet Sanz, F., 111  
 Freira Dapena, M., 161, 285  
 Freire Romero, A., 233, 321  
 Freire Romero, M., 88  
 Freixas, S., 274  
 Freixes, P., 161  
 Freniche, V., 251  
 Fresco Navacerrada, G., 100  
 Fresneda Moreno, J., 152, 154  
 Friaza, V., 58, 59  
 Frieyro, M., 46  
 Fuente Aguado, J. de la, 58, 63, 232, 247, 290, 301, 305  
 Fuente García, B. de la, 39  
 Fuentes, F., 207  
 Fuentes Manso, R., 210, 211, 219  
 Fuentes Martín, A., 108  
 Fuertes Martín, A., 88, 91, 96, 107, 290  
 Fuertes Rodríguez, A., 202, 267  
 Fuster Acebal, R., 186
- Gabriel, R., 191  
 Gago Arsenal, N., 311  
 Gajate Fernández, P., 190  
 Galera, A., 193  
 Galiana, J., 238  
 Galiana Martín, D., 3, 39  
 Galindo Andúgar, M., 24, 40, 78, 112, 186, 190, 191, 199, 215, 249, 259  
 Galindo Ocaña, J., 91, 95, 96, 167, 184  
 Galisteo Almeda, L., 4  
 Gallego, J., 253  
 Gallego Arenas, A., 236  
 Gallego Blázquez, M., 292  
 Galmés Truyols, A., 203  
 Galofré, N., 184  
 Gálvez López, R., 146, 147, 149, 151, 359  
 Gamboa Antiñolo, F., 87, 88  
 Gambus, G., 273  
 Gámez Cenzano, C., 157  
 Gámiz Sánchez, R., 18, 111, 125, 126  
 Gancedo Caravia, P., 204  
 Gandia, M., 5, 168, 169, 170, 173  
 Garau, J., 23, 39  
 Garber, A., 18  
 Garcés Horna, V., 24, 52, 146, 189, 270, 298  
 García, A., 308  
 García, C., 35  
 García, E., 219  
 García, O., 118  
 García, P., 35  
 García, R., 109  
 García, S., 134, 258, 264, 265, 270  
 García Águila, A., 37  
 García Alegría, J., 103  
 García Alegría, J., 32, 103, 187, 190, 208, 213, 231  
 García Alvarado, M., 194  
 García Álvarez, V., 266  
 García Aparicio, J., 110, 112, 138  
 García Aragón, L., 99  
 García Arjona, R., 282, 302, 315, 318  
 García Benito, G., 28  
 García Blanco, A., 258  
 García Butenegro, M., 32  
 García Carbó, P., 28, 256, 257, 266  
 García Casado, B., 5, 135, 138, 139, 148  
 García Castro, J., 53, 171, 192, 205  
 García Castro, M., 179  
 García Cerrada, C., 53, 121
- García Claver, A., 253  
 García de Carlos, M., 193  
 García de Casasola, G., 9, 71, 115, 125, 126, 234  
 García de Quirós, J., 215  
 García de Tena, J., 70, 302  
 García del Egido, A., 151, 153, 154  
 García Domínguez, G., 107, 318, 321  
 García Domínguez, M., 20  
 García Egido, A., 132, 252, 282, 302  
 García Escrivá, D., 84, 224, 284  
 García Escudero, S., 133, 268  
 García Esparza, D., 200, 284, 305  
 García Estévez, D., 200, 201  
 García García, G., 145, 161, 262, 320  
 García García, J., 50, 210, 211, 258  
 García Gil, D., 18, 111, 125, 126  
 García González, F., 224  
 García Guerrero, R., 106  
 García Hernández, F., 145, 167, 173, 174, 179  
 García Hernández, M., 145  
 García Lamberechts, E., 103, 126, 216, 298, 299, 300  
 García Llorente, C., 40  
 García Madero, R., 36  
 García Martín, A., 192  
 García Martín, B., 308, 311  
 García Melcón, G., 89  
 García Méndez, M., 238  
 García Mingo, A., 54, 199, 204, 239, 250, 285, 286  
 García Monlleo, F., 104  
 García Montero, P., 36  
 García Morales, M., 185, 266, 283  
 García Moreno, J., 208  
 García Morillo, S., 167, 214  
 García Noain, A., 85  
 García Ollid, B., 18, 323  
 García Parra, C., 78  
 García Pascual, L., 6  
 García Péez, B., 238  
 García Portales, R., 216, 292  
 García Puche, M., 49, 140  
 García Puig, J., 195, 215, 250  
 García Quintana, A., 156, 157, 162, 163, 164  
 García Quintana, J., 165, 203  
 García Río, F., 176, 276  
 García Ríos, A., 18, 323  
 García Rodríguez, C., 15  
 García Rodríguez, J., 53, 284  
 García Rodríguez, P., 1, 192  
 García Rosado, D., 17, 227  
 García Santana, S., 185  
 García Soletto, A., 152  
 García Suárez, M., 109  
 García Torres, F., 192, 255  
 García Trujillo, L., 206  
 García Valdecasas Campelo, E., 227  
 García Verdejo, F., 104  
 García Villalba, E., 140, 141, 283  
 García-Alcalde Fernández, M.L., 39  
 García-Álvarez García, I., 4, 132, 133, 255, 256  
 García-Borrás, J., 257  
 García-Bragado Dalmau, F., 45, 63  
 García-Casares, E., 184  
 García-Casarrubio, J., 211  
 García-Cerrada, C., 67, 209  
 García-Hernández, F., 6, 171  
 García-Morillo, S., 288, 289  
 García-Mouriz, A., 265, 266  
 García-Reyne, A., 62  
 García-Vidal, C., 11, 26, 39

- García-Viejo, M., 35  
 Garcinuño Jiménez, M., 66, 200, 246  
 Garmendia, C., 12, 268  
 Garrico Rasco, R., 145  
 Garrido, P., 55  
 Garrido Bernet, B., 47, 50  
 Garrido Rasco, R., 174  
 Gascón Mariño, A., 297  
 Gascón Ramón, G., 121, 241  
 Gascón Sánchez, V., 26  
 Gaspar García, E., 260, 320  
 Gassó, D., 93, 118  
 Gato Díez, A., 185  
 Gavín Blanco, O., 113  
 Gaya Sancho, V., 286  
 Gayol Fernández, M., 109  
 Geijó, M., 22  
 Germán, A., 258  
 Gianneschi, E., 234  
 Gil, A., 168  
 Gil Aguado, A., 178, 306  
 Gil Alonso, L., 295  
 Gil Brusola, A., 69  
 Gil Cortés, C., 322  
 Gil Díaz, A., 102, 155  
 Gil Domínguez, J., 182  
 Gil Egea, M., 93  
 Gil Madre, J., 273  
 Gil Navarro, M., 36  
 Gil Niño, J., 284  
 Gil Reyes, J., 25  
 Gil Ruiz, T., 27  
 Gil Tomas, E., 198  
 Giménez, E., 212  
 Giménez, M., 34, 35, 75  
 Giménez Belló, M., 66, 140, 141  
 Giménez Gómez, N., 6  
 Giménez Martí, M., 69  
 Giménez Sáez, F., 205  
 Gimeno, J., 77  
 Gimeno Cardona, C., 55  
 Gimeno Martín, I., 31  
 Giner, P., 93, 104  
 Giner Escobar, P., 146, 149, 151, 283  
 Giner Galvañ, V., 131, 132, 155, 322  
 Gispert, X., 71  
 Giunta, D., 249  
 Glucksmann, C., 267  
 Gobernado Serrano, M., 69  
 Goda, A., 251  
 Godoy Díaz, D., 106, 155  
 Godoy Guerrero, M., 93, 206  
 Goenaga Sánchez, M., 36  
 Gomá, L., 137  
 Gomá Sellart, J., 137  
 Gomes, J., 15  
 Gomes Martín, F., 4, 132, 133, 255, 256  
 Gómez, A., 18, 207  
 Gómez, E., 188, 230  
 Gómez, F., 51  
 Gómez, J., 124, 197, 217, 220, 244, 317  
 Gómez, L., 196, 264, 288, 289  
 Gómez, M., 209  
 Gómez Antúnez, M., 119, 120, 244, 304  
 Gómez Ayerbe, C., 309  
 Gómez Barquero, J., 46  
 Gómez Berrocal, A., 28, 100  
 Gómez Candela, C., 252, 263  
 Gómez Castro, M., 3  
 Gómez Criado, C., 76  
 Gómez Cuervo, C., 103, 129, 290, 295, 299  
 Gómez de la Cámara, A., 150  
 Gómez del Valle, C., 24, 33, 62, 214, 256  
 Gómez Diaz, J., 115, 183, 228  
 Gómez García, M., 38, 104, 183  
 Gómez Garrido, J., 269  
 Gómez Herreros, R., 148  
 Gómez Jiménez, F., 104  
 Gómez Junyent, J., 9  
 Gómez Lesmes, S., 88, 96, 106, 107, 108  
 Gómez Martín, F., 133  
 Gómez Morales, L., 214  
 Gómez Munuera, M., 42, 272  
 Gómez Pedrero, A., 114, 268  
 Gómez Ramírez, S., 292  
 Gómez Rodríguez, F., 102, 107, 132, 252, 282, 302, 315, 318, 321  
 Gómez Rodríguez, G., 317  
 Gómez Ruiz, M., 69  
 Gómez Sánchez-Biezman, C., 34, 160, 164  
 Gómez Ulla Irazazabal, F., 197  
 Gómez-Mestre, I., 274  
 Gómez-Zorrilla, S., 237, 275  
 Gomis, R., 11  
 Gómiz Rodríguez, G., 172  
 González, A., 81, 84, 90  
 González, B., 7, 310  
 González, C., 206  
 González, E., 248, 291  
 González, F., 67  
 González, J., 264  
 González, M., 64, 244, 278  
 González, P., 229, 306, 307, 308, 310  
 González, V., 82  
 González Alegre, T., 9  
 González Amorós, M., 55  
 González Anglada, I., 222, 223  
 González Anglada, M., 12, 113, 114, 268  
 González Ares, J., 300  
 González Armengol, J., 103, 126, 216, 298, 299, 300  
 González Becerra, C., 220  
 González Benítez, M., 206, 314  
 González Bernaldo de Quirós, F., 249  
 González Casanova, B., 34, 160, 164  
 González Casas, O., 145, 154, 249, 260, 312, 320  
 González cuello, I., 294  
 González del Castillo, J., 103, 126  
 González Fernández, I., 55, 105, 250, 286  
 González Gallego, R., 86  
 González García, E., 64  
 González García, J., 44, 61  
 González García, M., 145, 262, 320  
 González Gasca, F., 245  
 González Gisbert, B., 93  
 González Gómez, M., 161, 249, 320  
 González González, C., 298  
 González González, L., 30, 242, 285, 316  
 González Hernández, R., 63  
 González León, R., 145, 167, 173, 174  
 González Llanos, C., 87  
 González Mansilla, A., 9, 234  
 González Martil, I., 280, 304, 308, 311  
 González Mínguez, C., 305, 306  
 González Negro, I., 44, 301  
 González Nieto, J., 182  
 González Padilla, E., 185  
 González Penedo, M., 197  
 González Pulido, C., 147, 167, 173, 174  
 González Reimers, E., 16, 17, 285, 286  
 González Rodríguez, E., 185  
 González Rodríguez, K., 12, 266  
 González Rozas, M., 182, 184  
 González Rubio, M., 111  
 González Sánchez, L., 24, 40, 112, 190, 191, 259  
 González Santos, P., 292  
 González Sanz, M., 74  
 González Sarmiento, E., 29, 218, 262, 263  
 González Vallés, V., 284, 311  
 González Vázquez, L., 58, 63, 247, 301, 305  
 González Vega, R., 190, 213, 231  
 González-Carrero, J., 181  
 González-Cruz Cervellera, M., 157, 257  
 González-Gay, J., 116, 134  
 González-Juanatey, J., 7, 188, 230  
 González-Macias, J., 3, 182  
 Gonzalo Pascua, S., 143  
 Gonzalvo Bellver, F., 142  
 Gordo, S., 312  
 Gordo Remartínez, S., 85, 303  
 Gort, A., 54  
 Govin, A., 58  
 Gracia, M., 118  
 Gracia Cerrada, C., 48, 51  
 Gracia Escrivá, D., 82  
 Gracia Ruiz de Alda, M., 79, 128  
 Gracia Sánchez, P., 99  
 Gracián Alcaide, C., 37  
 Grana Costa, M., 314  
 Granados, Y., 229  
 Granados García, C., 125  
 Granados, I., 221  
 Granda Paris, C., 34, 160, 164, 308, 310  
 Grandal Martín, M., 253  
 Grande Aragón, C., 252, 263  
 Grande Sáez, C., 276  
 Grandes Ibáñez, J., 30  
 Grau, D., 310  
 Grau Amorós, J., 135, 139, 157  
 Grau Marsal, D., 260  
 Gregori Colomé, J., 61, 294  
 Gregorio Molina, S., 132  
 Grigorian Shamagian, L., 77  
 Groba Marco, M., 185  
 Grupo de estudio ITU-GTEI (SEMI), 35  
 Grupo REHAP, 145, 147  
 Grupo RIETE, 237, 241  
 Guardia Cañada, M., 264  
 Gudiol, C., 26  
 Gudiol, F., 26  
 Guelar, A., 61  
 Guerra Laso, J., 28, 124, 151, 153, 154, 261  
 Guerra Vales, J., 150  
 Guerrero, J., 68  
 Guerrero Barrero, G., 154, 159, 249, 262, 312  
 Güerri Fernández, F., 57  
 Güerri Fernández, R., 1  
 Guerri Gutiérrez, A., 70, 188  
 Guijaro, C., 98  
 Guijarro, R., 136  
 Guijarro Herráiz, C., 7, 12, 59, 83, 188, 222, 223, 230, 239, 268, 287  
 Guillén del Castillo, A., 180  
 Guimarey, X., 198  
 Guiral Fernández, N., 127  
 Guisado Espartero, E., 5, 148  
 Guisado Espartero, M., 135, 138, 139  
 Guisado Vasco, P., 91  
 Guitart, R., 51  
 Gull García, M., 74  
 Gullón, A., 269  
 Gurgui, M., 78  
 Gutiérrez, B., 68  
 Gutiérrez, J., 323  
 Gutiérrez Díez, A., 210, 211, 219  
 Gutiérrez Dubois, J., 12, 266  
 Gutiérrez González, F., 189  
 Gutiérrez Lara, G., 142  
 Gutiérrez Marcos, F., 75  
 Gutiérrez Rivero, S., 289  
 Gutiérrez Zafra, J., 282, 302, 315, 318  
 Gutiérrez-Rivero, S., 59, 121  
 Guzmán de Damas, J., 118  
 Haro González, J., 80  
 Haro Liger, M. de, 216, 292  
 Haurie, J., 188  
 Hayeck Peraza, M., 47, 50  
 Helena, E., 87  
 Hemmersbach Miller, M., 102, 106  
 Henríquez Camacho, C., 245  
 Hens Gutiérrez, J., 85, 232, 304  
 Heredia, J., 11  
 Herqueta González, J., 302  
 Hermida, J., 23  
 Hermida Ameijeiras, A., 223, 224, 225, 226, 227, 234, 248, 307  
 Hermina Lezcano, I., 186  
 Hernáiz Gómez, M., 137  
 Hernández, M., 269  
 Hernández, S., 61, 282  
 Hernández Betancor, I., 285, 286  
 Hernández Contreras, M., 272  
 Hernández Criado, J., 204, 247  
 Hernández Fernández, L., 270  
 Hernández Hernández, D., 183  
 Hernández Hernández, J., 3, 182  
 Hernández Martínez, A., 177  
 Hernández Puche, S., 271  
 Hernández Quiles, C., 105, 108, 289  
 Hernández Ros, M., 297  
 Hernández Ros, R., 294  
 Hernández Toboso, S., 1, 247  
 Hernanz Macías, A., 252, 263  
 Hernanz Román, L., 184  
 Herráez García, J., 105  
 Herrera, A., 84  
 Herrera, L., 24, 181  
 Herrera Ballester, A., 55, 82, 284, 311  
 Herrera Blanco, J., 124  
 Herrera Rubio, J., 154  
 Herrero Cabrera, A., 301  
 Herrero Herrero, J., 110, 112, 113, 138  
 Herrero Sagastume, V., 29  
 Herrero Torrús, M., 24, 33, 217, 270  
 Herrero, F., 315  
 Herrero, I., 10  
 Herrero, M., 189  
 Herreros Ruiz Valdepañas, B., 222, 223  
 Herreros, B., 83, 113, 287  
 Herreros, C., 98  
 Hervás, R., 122  
 Hidalgo, F., 313  
 Hidalgo, V., 219  
 Hidalgo Conde, A., 292  
 Hidalgo Olivares, V., 211  
 Hidalgo Rojas, L., 190, 208  
 Hidalgo Sanjuán, M., 261  
 Hidalgo Tenorio, C., 22, 53, 168, 171, 179  
 Higuera Torres-Puchol, J. de la, 104

- Higuera Vila, L. de la, 45, 105, 108, 233, 289
- Hijonosa del Val, X., 175
- Hombrados, M., 54
- Honrubia, T., 274
- Hontañón, V., 209
- Horcajo, P., 228
- Horra, C. de la, 58, 59
- Hortelano Peinazo, F., 14
- Hortells Aznar, J., 52, 298
- Hoyos Valladares, M., 76, 111, 138, 151
- Huelmos, A., 223
- Hueso García, J., 322
- Hurtado Carrillo, L., 20, 247
- Hurtado García, R., 174, 268
- Hurtado Santos, J., 17, 86, 193, 229, 250
- Hurtado-Gómez, E., 230
- Ibáñez, J., 8
- Ibargure, M., 267
- Ibarguren Pinilla, M., 36, 202
- Icart, R., 241
- Idrovo, F., 291
- Iftimié, S., 55, 80
- Iglesia, F. de la, 14
- Iglesias, A., 42
- Iglesias Mier, T., 211
- Iglesias Quirós, E., 297
- Iguzquiza Pellejero, M., 52, 181, 189, 194, 217, 214, 256, 270, 298
- Inés Revuelta, S., 106, 165, 290
- Iniesta Arandia, N., 61, 12, 142, 176, 237, 239, 240, 242
- Iñarrairaegui, M., 19
- Iñurrieta Romero, A., 15
- Irastorza, N., 254
- Iraurgi Arcarazo, P., 80
- Iriarte Gay de Montellá, N., 178
- Irlas Rocamora, J., 87, 88
- Irurzun Zuazábal, J., 20
- Isea Peña, C., 58
- Izquierdo Delgado, E., 182, 184
- Izquierdo Muñoz, A., 16
- Izusqui Mendoza, M., 27
- Jacas, C., 251
- Jacob Rodríguez, J., 32
- Jaén, A., 23
- Jaén, N., 124, 244, 317
- Jaén Aguila, F., 205
- Jaén Sánchez, M., 183
- Jarauta, E., 7
- Jarava Rol, G., 206, 314
- Jarne Beltrán, V., 97, 102, 235
- Javaloyas, M., 23
- Javares Fernández, T., 166
- Javierre, C., 162, 163
- Jiménez, A., 226
- Jiménez, C., 60
- Jiménez, I., 175, 206, 207, 212
- Jiménez Aguilar, P., 45, 102, 282, 302, 315
- Jiménez Alaminos, M., 16
- Jiménez Alonso, I., 11, 250
- Jiménez Alonso, J., 166, 171, 179, 205
- Jiménez Álvarez, V., 14
- Jiménez Bretones, Z., 78
- Jiménez de Castro, D., 237
- Jiménez Fernández, P., 37
- Jiménez Guardiola, C., 294
- Jiménez López-Guarsch, C., 145, 147
- Jiménez Mazuecos, J., 210, 211, 219
- Jiménez Morillas, F., 12
- Jiménez Muñoz, A., 119, 120
- Jiménez Navarro, C., 57
- Jiménez Pacheco, A., 125
- Jiménez Valero, S., 176
- Jimeno Carruez, A., 85, 86
- Jordán, S., 237
- Jordán Lucas, S., 9, 166
- Jordana Comajuncosa, R., 172
- Jordano, Q., 23
- Jorge Hernández, J., 285
- Jorge Sánchez, R., 110, 112, 138
- Jorro Jiménez, J., 241
- Jové Vidal, N., 180
- Jover Ríos, M., 246
- Joya Seijo, M., 124, 126, 316
- Juan, M. de, 118, 128
- Juan Pastor, A., 32, 235
- Juanós, M., 143
- Juarros Martínez, S., 29, 262, 263
- Jubany, L., 159
- Julve Pardo, R., 142
- Juncos Tobarra, M., 131
- Jusdado Ruiz-Capillas, J., 76, 280, 304, 308, 311, 316
- Jusdado, J., 66
- Kessel Sardiñas, H., 317, 319
- Koussa Madroñal, M., 65
- Labirua-Iturburu Ruiz, A., 159, 163, 180, 243
- Labra González, R., 27, 32, 253, 293, 315
- Labrada González, E., 316
- Labrador Horrillo, M., 159
- Lacasta García, D., 46
- Lado, F., 227, 234, 307
- Lagarde Sebastián, M. de, 62
- Lagos, V., 100, 209
- Laguna del Estal, P., 36
- Laguna, P., 35
- Lahoz Lasala, C., 98
- Láinez, S., 62, 77, 81, 82, 228
- Láinez López, M., 221
- Láinez Sevillano, P., 228
- Laiz, A., 10
- Lajusticia Aisa, J., 116, 134, 193
- Laluzza, A., 66, 68
- Lamas, J., 107, 316
- Lamas Ferreiro, J., 30, 161, 285
- Lambán Aranda, P., 15, 98
- Lameló Otero, M., 74
- Lana Soto, R., 14, 279, 280
- Landa Fuentes, A., 20
- Landecho Acha, M., 265, 266
- Lara Sahuquillo, A., 211
- Largo, J., 293
- Larrazábal Arbaiza, A., 20, 115
- Laso Guzmán, F., 88, 108, 281
- Laso Guzmán, J., 13, 106
- Lavilla, P., 178
- Láynez Cerdeña, P., 47
- Lázaro, C., 238
- Lechuga Flores, V., 102, 321
- Ledesma Serrano, S., 180
- Ledo Laso, M., 21, 133, 134, 258
- Leganés Pastor, P., 193, 229
- Lei, S., 242
- Leiva, D., 237
- Leizaola Arregui, K., 36, 202, 267
- León Mazorra, M., 23, 120, 144
- León Muiños, E., 201
- Lérida Urteaga, A., 14, 279, 280
- Lerín Sánchez, F., 297
- Merma Chippirraz, E., 1
- Linde Menéndez, V., 194
- Lineros Chivete, I., 137
- Liñán Alonso, M., 21, 194, 268
- Lionel, L., 82
- Lis Muñoz, J. de, 74
- Lizasoain Hernández, M., 64, 68
- Llargues Rocabrúna, E., 318
- Llenas García, J., 150
- Llobera, L., 83
- Llobet, J. de, 10
- Llopis Barrés, J., 41
- Llopis Roca, F., 32
- Llor Baños, J., 291
- Llorente Cancho, H., 88, 96, 106, 107, 108
- Llorente Díaz, B., 16, 41
- Lloret Ruiz, C., 26
- Lloret Sos, C., 41
- Lluch Peropadre, E., 166
- Llutart, J., 51
- Lobo Beristain, J., 237
- Lobo Pascua, M., 161, 249, 311, 312, 320
- Longueira Suárez, J., 30
- Longueira Suárez, R., 161, 285
- Longueira, R., 242, 316
- Lopetegui Erasó, P., 152
- López, A., 163, 234
- López, C., 52, 227, 228, 287
- López, E., 315
- López, G., 289
- López, J., 124, 244, 270, 317
- López, M., 19, 134, 168, 169, 222, 228, 248, 258, 268
- López, S., 228
- López, V., 307, 308, 310
- López, X., 18, 109, 23
- López Aldegue, J., 69
- López Álvarez, J., 309
- López Andreu, F., 66, 139, 141, 283
- López Barnús, A., 110
- López Barnús, A., 110, 123
- López Berastegui, O., 120, 232, 244
- López Bernús, A., 122
- López Bescos, L., 222
- López Buitrago, M., 268, 302
- López Calleja, E., 117
- López Cano, M., 35
- López Castellanos, G., 91
- López Colina, G., 155, 311
- López Colomé, J., 57
- López Corcuera, L., 78
- López Cortés, L., 215, 288
- López Díaz, M., 134
- López Fernández, M., 66, 246
- López Gámez, M., 47
- López García, F., 294
- López Goicoechea, M., 203
- López González, C., 54, 212
- López González-Cobos, C., 222, 244, 304
- López Gutiérrez, F., 3
- López Larramona, G., 112
- López Medrano, F., 62
- López Messeguer, M., 145, 147
- López Miranda, J., 165, 203, 207, 323
- López Monteagudo, T., 296
- López Montes, A., 208, 213, 231
- López Mouriño, V., 200, 201
- López Nicolás, S., 209
- López Nieto, M., 80
- López Palmero, S., 317, 319
- López Paredes, C., 173
- López Paredes, M., 43, 314
- López Paz, J., 223, 224, 225, 226, 227, 234, 248, 307
- López Pérez, M., 221
- López Prieto, J., 16
- López Robles, C., 146, 147, 149, 151, 172, 185, 319
- López Rodríguez, C., 58, 139, 283
- López Rodríguez, M., 276, 313
- López Rodríguez, R., 270
- López Ruiz, A., 292
- López Sánchez, P., 199
- López Soto, A., 10, 95, 258
- López Tinoco, E., 236
- López Vega, J., 183
- López Vélez, R., 79
- López Veloso, M., 28, 76, 151, 153, 154, 261
- López-Calleja, E., 279
- López-Cano Gómez, M., 36
- López-Colina Pérez, G., 39
- López-Colina, G., 130, 278
- López-García, F., 297
- López-Medrano, F., 68
- López-Quiñones, J., 220
- Lorente Aroca, L., 142
- Lorente García, M., 186
- Lorenzo Carrasco, V., 203
- Lorenzo Hernández, A., 3, 142, 176, 237, 239, 240, 242
- Lorenzo Serrano, E., 174, 302
- Loring Caffarena, M., 74
- Losa, J., 9, 12, 71, 72, 115, 122, 128, 129, 130, 268
- Losa Palacios, A., 269
- Lostaunau Costa, G., 55
- Loza Medrano, Y., 180
- Lozano, A., 2
- Lozano, F., 168, 169
- Lozano, J., 7, 188, 230, 258, 315
- Lozano Cejudo, C., 245
- Lozano Rodríguez-Mancheño, A., 125
- Lozano Serrano, A., 44
- Lucchetti, G., 77
- Lucea, M., 198, 203
- Lucena Ramírez, F., 265, 266
- Lundelin, K., 215, 274
- Luño Fernández, E., 3
- Luque Amado, C., 95, 96
- Luque Márquez, R., 45, 72
- Luque Ramírez, M., 203
- Luque Rivera, C., 4
- Luquín Ciuro, N., 302
- Machado, M., 221
- Machín Lázaro, J., 62, 93, 95
- Machuca Sánchez, I., 65
- Madrid Muñoz, C., 24
- Madrigal de Torres, M., 139
- Madroñal Cerezo, E., 57, 60, 71, 130, 144, 236
- Maestre, A., 248
- Maestre Peiró, A., 268
- Maestro, G., 62
- Mafe Nogueroles, M., 198
- Magán Tapia, J., 150
- Magaz, E., 133, 265
- Magaz García, E., 101
- Magro González, M., 52
- Magro Ledesma, D., 145, 154, 159, 161, 249, 260, 262, 312, 320
- Magro Ledesma, M., 320
- Maiz, L., 59
- Maiz, M., 92
- Maiz Jiménez, M., 95, 314
- Majo Carbajo, Y., 85
- Mallo González, N., 270
- Mancheño Alvaro, A., 218
- Mancho Zamora, M., 293
- Manchón Castilla, J., 65
- Manglano Pintó, P., 303
- Manjón Rodríguez, M., 142, 276, 277
- Manresa, N., 298
- Manzanedo Bueno, L., 281

- Manzano, L., 231  
 Manzano Espinosa, L., 152, 154  
 Manzano Gamero, V., 22, 166  
 Manzano Luque, M., 28, 52  
 Manzano Román, V., 102, 107  
 Mañas, M., 23, 37, 238  
 Mañas Magaña, M., 104  
 Marabé Carretero, G., 75  
 Marañés Antoñanzas, A., 234, 269  
 Marcaró, O., 256  
 Marchán, E., 238  
 Marchán, J., 221  
 Marchena Yglesias, P., 235  
 Marco, J., 71, 72, 115, 122, 128, 129, 130, 306, 307, 308, 310  
 Marco Domingo, T., 131  
 Marco Martínez, J., 9  
 Marcos de la Iglesia, V., 203  
 Marcos Herrero, M., 2, 32, 190  
 Marcos Martín, M., 88, 106, 108, 281  
 Marcos Sánchez, F., 27, 111, 273, 393  
 Marcos-Blanco, E., 7  
 Mari, B., 296  
 Marín, D., 221  
 Marín, M., 189  
 Marín, O., 40, 52, 54, 227, 228, 287  
 Marín Algora, I., 132  
 Marín Arregui, R., 55  
 Marín Balvé, A., 298  
 Marín Bernabé, C., 141  
 Marín Gámez, N., 317, 319  
 Marín Ruiz, M., 264  
 Marín Vidal, M., 306  
 Mariné Guillo, M., 278, 303  
 Mariné Guillem, M., 305, 306  
 Mariscal Vázquez, G., 182  
 Marqués Lara, A., 14  
 Márquez, M., 222  
 Márquez Batalla, S., 248, 284  
 Marrero Frances, J., 143, 144, 209  
 Marrero Montelongo, M., 228  
 Marrugal Sánchez, V., 288  
 Martí, C., 55  
 Martín, A., 118, 244, 248  
 Martín, E., 228  
 Martín, I., 282  
 Martín, M., 193, 194, 220, 256  
 Martín, P., 189  
 Martín, R., 60  
 Martín Algora, I., 98, 102, 133, 255, 256  
 Martín Armas, A., 120  
 Martín Baranera, M., 137  
 Martín Barba, S., 165, 281  
 Martín Blanco, M., 38  
 Martín Castillo, A., 199, 215, 249  
 Martín Cordero, F., 256  
 Martín Díaz, R., 57, 71, 128, 129, 144, 236  
 Martín Echevarría, E., 65, 70, 307  
 Martín Escalante, M., 190  
 Martín Fortea, M., 24, 181, 270, 243, 256  
 Martín Gabarrón, M., 215  
 Martín González, C., 16, 285  
 Martín González, J., 110  
 Martín Gudino, M., 152  
 Martín Hidalgo, A., 174, 268  
 Martín Martín, M., 64  
 Martín Matute, S., 106  
 Martín Mojarro, E., 192  
 Martín Mola, E., 250  
 Martín Morales, R., 255, 292  
 Martín Moreiras, J., 42  
 Martín Muñoz, C., 25  
 Martín Osorio, L., 26  
 Martín Oterino, J., 55, 199, 200, 204, 250, 275, 285  
 Martín Ponce, E., 17, 227  
 Martín Ponce, M., 148  
 Martín Puig, B., 54, 222  
 Martín Quirós, A., 3, 142, 237, 239, 240, 242  
 Martín Rabadán, P., 40, 48  
 Martín Rico, P., 18  
 Martín Rodríguez, L., 50  
 Martín Sánchez, A., 115  
 Martín Sánchez, F., 103, 126, 216, 298, 299, 300  
 Martín Sanz, V., 184  
 Martín Suárez, I., 182  
 Martín Suñé, N., 174  
 Martín Utrilla, S., 218  
 Martín-Algora, I., 4  
 Martín-Garrido, I., 59, 121  
 Martín-Puig, B., 228  
 Martín-Suñé, N., 178  
 Martín-Toledano, M., 32, 293  
 Martín-Urda, A., 222  
 Martínez, A., 14, 133  
 Martínez, B., 62, 322  
 Martínez, C., 64  
 Martínez, E., 34  
 Martínez, I., 73  
 Martínez, M., 74  
 Martínez, P., 215  
 Martínez, T., 93, 104  
 Martínez Alfaro, E., 80  
 Martínez Astorquiza, T., 31  
 Martínez Ávila, J., 146, 147, 149, 151  
 Martínez Baltanás, A., 33  
 Martínez Berriotxo, A., 6, 259  
 Martínez Caballero, C., 271  
 Martínez Cerezal, C., 278  
 Martínez Colmenero, J., 276, 277  
 Martínez Cortabitarte, V., 182  
 Martínez Cortés, M., 317  
 Martínez de Lizarduy, I., 254  
 Martínez Delgado, M., 74  
 Martínez Egea, I., 166, 171, 179, 192  
 Martínez Gabarrón, M., 24, 78, 79, 82, 186, 249  
 Martínez García, J., 182  
 Martínez Gómez, X., 157  
 Martínez González, A., 151, 153, 154  
 Martínez Hernández, P., 252, 263  
 Martínez Lasheras, B., 65, 307  
 Martínez López, B., 183, 294, 297  
 Martínez Marcos, F., 277  
 Martínez Martín, M., 17, 86, 100  
 Martínez Miró, A., 261  
 Martínez Muñoz, I., 252, 263  
 Martínez Peñalver, F., 92, 95, 214, 215, 231, 234, 309  
 Martínez Pérez, F., 112, 190, 191, 259  
 Martínez Porcel, M., 183  
 Martínez Riera, A., 227  
 Martínez Rodés, P., 4, 132, 133, 255, 256  
 Martínez Senmartí, J., 76, 111, 138, 151  
 Martínez Tomás, A., 284  
 Martínez Tudela, S., 131, 132  
 Martínez Vázquez, C., 242, 285, 316  
 Martínez Velado, E., 28, 200, 201, 256, 257, 266  
 Martínez-Berriotxo, A., 170, 171  
 Martínez-Moagón, E., 175  
 Martínez-Risquez, M., 121  
 Martínez-Vázquez, C., 30, 161, 181, 244  
 Martins, A., 156, 157  
 Marto Lattur, J., 204  
 Martos, F., 92  
 Martret Redrado, X., 235  
 Mas Magide, E., 101  
 Mas Ruiz, L., 208, 213, 231  
 Masabeu, A., 222  
 Mascaró, O., 77  
 Massa, B., 95, 104  
 Mast, R., 275  
 Mata, M., 11  
 Mata, P., 18, 226, 323  
 Matajira Chia, T., 298  
 Mate, A., 179  
 Mateo Álvarez, S., 9  
 Mateo Llinares, M., 234  
 Mateo López, A., 269  
 Mateo Pascual, M., 118  
 Mateo Sanchis, E., 157, 257, 284  
 Mateo-Gallego, R., 7  
 Mateos, J., 228  
 Mateos Gala, E., 189  
 Mateos Polo, L., 101, 105, 248, 275  
 Mateos Polo, L., 54, 55, 204, 210, 248, 275, 284, 286  
 Mateu, L., 34, 35, 75, 81  
 Matía Sanz, M., 24, 33, 62, 214, 217, 256, 270  
 Maure, B., 316  
 Mauri, M., 159  
 Mayayo, R., 100  
 Mayo Carbajo, Y., 86  
 Mayoral, M., 44  
 Mecina, A., 66, 124  
 Medina, J., 92, 104  
 Medina Asensio, J., 103, 129, 290, 295, 299  
 Medina Delgado, P., 74  
 Medina García, J., 17  
 Medina Rodríguez, L., 119  
 Medrano González, F., 92, 185, 186  
 Medrano, F., 121  
 Medrano, V., 301  
 Megino Moreno, T., 70, 307  
 Meije, Y., 62  
 Meijide, H., 323  
 Meirleir, K. de, 162, 163, 164  
 Mejías Estévez, M., 318  
 Melgarejo González, A., 66, 139, 140, 141  
 Melguizo Moya, I., 148  
 Mellado, M., 198  
 Mellor Pita, S., 159, 160  
 Mena, A., 323  
 Menchen González, C., 14  
 Méndez, C., 13  
 Méndez Bailón, M., 153, 229  
 Méndez Moreno, J., 4  
 Mendonça, M., 74  
 Mendoza, J., 14, 280  
 Mendoza Giraldo, D., 105, 108, 233, 289  
 Mendoza Hernández, J., 279, 280  
 Mendoza Mendoza, M., 253  
 Mendoza Ruiz de Zuazu, H., 152  
 Menduina Guillén, M., 266  
 Mené Fenor, E., 201  
 Menéndez, M., 100, 209  
 Mera Fidalgo, A., 164, 168  
 Mera Gallardo, O., 107, 318, 321  
 Mérida, J., 46, 60  
 Mérida, L., 103  
 Mérida Rodrigo, L., 2, 19, 32, 187, 190, 208, 213  
 Merino, J., 13, 83, 117, 118, 128, 279  
 Merino García, L., 29, 262, 263  
 Merino Sánchez, J., 79, 127  
 Merlo González, V., 264  
 Mesado Martínez, D., 52, 140  
 Mestre Gómez, B., 62, 129, 149  
 Mialdea, M., 231  
 Micó, L., 216, 308  
 Micó, M., 168, 171  
 Micó Giner, L., 166  
 Miguel, E. de, 215, 250  
 Miguel Albarreal, A. del, 148  
 Miguel Bayarri, V., 26  
 Miguel Prieto, J. de, 75  
 Miguel-Carrasco, J., 179  
 Miguélez Morales, M., 47, 50  
 Miguez, E., 323  
 Millán, J., 7, 188, 212, 213, 218, 222, 227, 228, 230  
 Millán Núñez-Cortés, J., 232  
 Millán Rodríguez, R., 139, 283  
 Millat Martínez, P., 9  
 Mir Montero, M., 8, 236  
 Mira, R., 258  
 Mirallave-Pescador, A., 185  
 Miramontes González, J., 87, 105, 199, 200, 239, 248, 250, 285  
 Miramontes González, P., 54, 55, 204, 210, 275, 284  
 Miranda, M., 214, 288, 289  
 Miranda Arto, P., 85  
 Miranda Filloy, J., 200  
 Miranda-Serrano, E., 237  
 Miravittles, M., 272, 283  
 Mirete, C., 197  
 Mirón Canelo, J., 122, 123  
 Modelhauer, F., 269  
 Modesto Alapont, M., 245  
 Modol, J., 35  
 Molas, E., 1  
 Molet, J., 78  
 Molina, C., 256  
 Molino, A., 306, 310  
 Molina Arrebola, M., 44  
 Molina Boix, M., 269, 272  
 Molina Cano, R., 24, 40, 78, 82, 112, 186, 190, 191, 259  
 Molina Gil-Bermejo, J., 72  
 Molina Molina, F., 142, 276, 277  
 Molina Pacheco, E., 186  
 Molina Ruano, F., 252  
 Molinos Castro, S., 109  
 Moll, J., 308  
 Mollá Figueres, M., 245  
 Mompean, E., 315  
 Monchó Mas, V., 118  
 Monedero Prieto, M., 286  
 Monero Balosa, M., 220  
 Mónica, R., 11  
 Monrant Ciscar, J., 132  
 Monreal Bosch, M., 136, 237, 241  
 Monroig, J., 21  
 Monroy, A., 184  
 Monserrat, M., 179  
 Monte, M. del, 220  
 Monte Secades, R., 197  
 Monteagudo Jiménez, M., 172  
 Monteagudo Nogueira, M., 86  
 Monteagudo Sánchez, B., 200, 201  
 Monteis Cahis, R., 2  
 Montejano, R., 67, 100, 209  
 Montemayor, A., 219  
 Montero, L., 14  
 Montero, I., 63, 264, 270  
 Montero Benavides, P., 145, 167, 173, 174  
 Montero Mateos, E., 167  
 Montero Pérez-Barquero, M., 92  
 Montero Rivas, L., 74  
 Montero Rodríguez, A., 10, 265, 266  
 Montero Ruiz, E., 309  
 Montero Tinnirello, J., 232, 290  
 Montero Trujillo, M., 14  
 Montes, M., 44, 68  
 Montes Santiago, J., 77

- Montes-Cano, M., 59  
Montesinos, M., 248  
Montes-Santiago, J., 136  
Montilla, A., 68  
Montilla Morales, C., 200, 248  
Montoya Juárez, R., 151, 319  
Montoya Lozano, F., 67, 100, 121  
Monzón Moreno, C., 25  
Mora, F., 67  
Mora, M., 44, 68  
Mora Bufete, A., 92  
Mora Escudero, I., 185, 186  
Mora Fernández-Caballero, M., 249  
Mora Hernández, B., 232  
Mora Rillo, M., 48, 53, 61  
Mora Rufete, A., 91, 92, 96, 174, 248, 302  
Moral, P., 84, 90, 216  
Moral Escudero, E., 269  
Moralejo Alonso, L., 107, 290  
Moralejo Martín, M., 152, 154  
Morales, C., 92  
Morales, F., 315  
Morales Ballesteros, M., 307  
Morales Cartagena, A., 149  
Morales Gómez, G., 154, 159, 320  
Morales Marín, P., 145, 147  
Morales Martínez de Tejada, A., 205  
Morales Montoya, M., 264  
Morales Portillo, C., 215, 288  
Morales Rull, J., 146  
Morán, A., 134  
Morán, Y., 212  
Morán Blanco, A., 28, 151, 153, 154, 261  
Morant Ciscar, J., 131  
Morata Ruiz, L., 66, 76, 280, 304, 308  
Morchón, D., 14  
Morcillo Cebolla, V., 250  
Moreiro Barroso, M., 122, 123, 138  
Moreno, A., 65, 254  
Moreno, I., 216  
Moreno, L., 72, 122  
Moreno, M., 262, 289  
Moreno, R., 196  
Moreno, S., 23, 65  
Moreno, V., 77, 81  
Moreno Alonso de Celada, R., 176  
Moreno Azofra, M., 20, 247  
Moreno Cobo, M., 91  
Moreno Conde, M., 165, 226  
Moreno Cuerda, V., 271  
Moreno Fernández, A., 129, 290, 295, 299  
Moreno García, T., 192, 261, 292  
Moreno Gaviño, L., 91, 93, 96, 97, 108  
Moreno Gómez, R., 174  
Moreno Guillén, S., 79  
Moreno Higuera, M., 146, 147, 149, 151, 185, 283  
Moreno Luna, R., 214  
Moreno Martínez, F., 187, 190, 213, 231  
Moreno Mata, E., 190  
Moreno Núñez, L., 12, 268  
Moreno Yangüela, M., 177  
Morilla, R., 59  
Morillo Blanco, L., 249, 260, 312, 320  
Moris de la Tassa, J., 3, 39, 130, 150, 278, 311  
Mosquera Isidro, E., 87  
Mostaza Fernández, J., 76, 194, 258, 268  
Mota Santiago, J., 181, 253  
Mourad, F., 28, 133, 134, 258, 261, 265, 268  
Mouriz Fernández, E., 17, 259  
Mouronval Morales, L., 99  
Moya, A., 163, 164  
Moya, F., 234  
Moya, N., 124  
Moya Notario, N., 183  
Moya Sahori, V., 218  
Muela Molinero, A., 92, 124, 151  
Muga, R., 34  
Muinelo Voces, I., 21, 194  
Muñio Míguez, A., 119, 120, 244, 304  
Mulero Conde, J., 201  
Munar-Qués, M., 295  
Municipio Saldaña, M., 85  
Munté, E., 143  
Muñana Fuentes, A., 271  
Muñiz, O., 289  
Muñiz Nicolás, G., 253, 264  
Muñoz, C., 55, 207  
Muñoz, E., 37, 39, 135  
Muñoz, G., 23, 90, 258  
Muñoz, I., 52, 212, 218  
Muñoz, M., 272, 273  
Muñoz Alarcón, C., 142  
Muñoz Alarcón, M., 276, 277  
Muñoz Balada, R., 121  
Muñoz Beamud, F., 80, 182  
Muñoz Carreras, I., 199  
Muñoz López, C., 165, 226  
Muñoz Pérez, E., 301  
Muñoz Ramón, V., 14  
Muñoz Rivas, N., 153, 229  
Muñoz Rodríguez, F., 199  
Muñoz Sánchez, J., 139, 283  
Muñoz Santos, L., 205  
Muñoz Torres, M., 192  
Muñoz-Seca, I., 269  
Murcia Zaragoza, J., 91, 94, 95, 269  
Murie Carrillo de Albornoz, M., 275  
Muriel, A., 134  
Murillo Sanchis, J., 199, 251  
Muro Fernández de Pinedo, E., 103, 150, 299  
Nadal Bravo, E., 253  
Nadal Bravo, M., 181  
Nadal Martí, C., 295  
Nan Nan, D., 3, 182  
Narváez, J., 166  
Nattero Chávez, M., 203  
Nava Calvo, Y. de la, 272  
Navarrete Navarrete, N., 179  
Navarro, A., 71, 121  
Navarro, C., 9, 68  
Navarro, R., 128, 317  
Navarro, V., 61  
Navarro Aguilar, M., 52, 146, 181, 214, 217, 298  
Navarro Casado, L., 131, 186  
Navarro García, N., 73  
Navarro Martínez, A., 112  
Navarro Moreno, D., 65  
Navarro Puerto, A., 148  
Navarro Puerto, M., 150  
Navarro Rodríguez, M., 185, 228  
Navarro Romero, F., 119, 255  
Navarro San Francisco, C., 3, 48, 51, 53, 142, 237, 239, 240, 242  
Navarro Sanz, R., 89, 93  
Navas Parejo, A., 172  
Naya Manchado, J., 116, 134, 193  
Nebrera Navarro, F., 22, 166, 205  
Netto Miranda, C., 114, 261  
Nevado López-Alegría, L., 154, 159  
Ngo Pombe, S., 75  
Nieto, M., 2  
Nieto Colino, S., 153  
Nieto Martín, D., 105  
Nieto Martín, M., 93, 108  
Nistal, S., 9, 59, 83  
Nistal de Paz, F., 21  
Noblejas Martínez-Matamoros, M., 259  
Noblia Gingena, L., 247  
Nogales Asensio, J., 205  
Nogales Nieves, C., 58  
Noguerado Asensio, A., 35  
Noriego Muñoz, D., 63  
Notario, N., 317  
Nouredine López, M., 46, 60, 103  
Nouredine López, M., 2, 19, 32  
Noval Menéndez, J., 39, 130, 150, 155, 278  
Novillo, M., 12  
Novo Veleiro, I., 88, 93, 96, 106, 107, 108, 281  
Nuevo Ejeda, D., 58  
Núñez, A., 212  
Núñez, C., 280  
Núñez, T., 32  
Núñez Aragón, R., 34, 75, 81  
Núñez Campos, M., 306  
Núñez Cuerda, E., 111, 303  
Núñez Fernández, M., 258  
Núñez Gómez-Álvarez, T., 27, 315  
Núñez Rodríguez, V., 190  
Nuño Mateo, F., 155  
Ocampo Hermida, A., 30  
Ocaña Medina, C., 145, 167, 173  
Ojados Muñoz, A., 73  
Ojeda Burgos, G., 192, 255  
Ojeda Sosa, A., 115  
Olalla Sierra, J., 2, 19, 32, 46, 60, 190  
Olgado Ferrero, F., 145, 159, 249, 311, 320  
Olivera González, S., 24  
Oliveras Beobide, N., 259, 311  
Olivera Fernández, M., 253  
Olivera González, S., 24, 33, 62, 270  
Oliveros, E., 52, 54, 212, 218, 222, 287  
Oliveros Acebes, E., 48  
Ollero Baturone, M., 10, 91, 95, 96, 97, 105, 108, 233, 289  
Ollero-Baturone, M., 184  
Olmedo Llanes, J., 281  
Olmo, V. del, 91  
Olmo Huici, B. del, 235  
Olmo Montes, F., 288  
Olmo Montes, J., 215  
Olmos Martínez, J., 3, 182  
Olona, M., 51  
Oltra Ferrando, A., 155  
Oliveira Martín, A., 178  
Omiste Sanvicente, T., 113  
Oppenheimer, F., 267  
Ordi Ros, J., 161  
Orduña Díez, M., 293  
Oreja Guevara, C., 68  
Orfao, A., 13  
Oribé Ibáñez, M., 237  
Oristrell Salvá, J., 153, 170, 172, 260, 296  
Orobitg, J., 161  
Orozco, D., 11  
Ortega, E., 82  
Ortega Abengózar, H., 78, 191, 215, 249, 259  
Ortega Gómez, J., 48, 53  
Ortega González, F., 104  
Ortega Hortas, M., 197  
Ortega López, N., 272  
Ortega Urbano, F., 206  
Ortego Centeno, N., 172, 179, 183, 185  
Ortiz, A., 207  
Ortiz, J., 130  
Ortiz Alonso, J., 153  
Ortiz López, E., 4  
Ortiz Morales, A., 18, 203  
Ortiz Sánchez, J., 57, 128, 129, 143, 236  
Ortolá Devesa, J., 118  
Ossorio Ortiz, M., 4  
Oteiza, J., 198  
Otero Blasco, J. de, 204  
Otero Perpiñá, B., 129, 290, 295, 299  
Oviedo del Águila, E., 172  
Pacheco Tenza, I., 297  
Pacheco, M., 37, 39, 83  
Pacheco, P., 248  
Padilla, R., 222  
Padín Paz, E., 109  
Padrino, L., 229  
Páez Rubio, I., 4, 221  
Pajuelo, F., 11  
Palacio Pérez-Medel, A. del, 77, 81, 82  
Palacios, G., 113  
Palazón Moñino, D., 49, 140  
Palazuelos Molinero, V., 78  
Palenque Mataix, E., 64  
Pallarés, L., 6, 168, 171  
Pallás Beneyto, L., 26  
Palma Barrio, R., 172  
Palomar García, M., 2  
Palomar Rodríguez, L., 256, 257, 266  
Palomera Fanegas, E., 2  
Pamies, E., 288, 289  
Pamplona, J., 54  
Paño Pardo, J., 48, 51, 53  
Páramo de Vega, M., 305  
Páramo Fernández, C., 285  
Pardillos Tomé, A., 113, 127  
Pardo, J., 219  
Pardo Bisbal, O., 103  
Pardo Cabello, A., 37, 147  
Pardo Lledias, J., 42, 165  
Pardo Vintanel, T., 85  
Pardos-Gea, J., 40  
Paredes Pérez, P., 4  
Parga Menéndez-Manjon, C., 204  
Pascio Blasco, A., 198  
Paciente Rodrigo, E., 182  
Parra, G., 319  
Parra Alcaraz, R., 184  
Parra Caballero, P., 296  
Parramón Puig, G., 251  
Pascual, R., 37, 38, 39, 262  
Pascual Izuel, J., 201  
Pascual Pareja, F., 61  
Pascual Pareja, J., 44  
Pascual Pérez, R., 301  
Pascual Pla, F., 218, 219  
Pasquau Liaño, J., 22, 53  
Pastor, I., 13  
Pastor Cubillo, D., 157, 257  
Pastor Encinas, I., 281  
Pastor Jordá, A., 131, 132  
Pastor Rubín de Celis, E., 288  
Patier, J., 289  
Patiño Rodríguez, M., 243, 271  
Pavón, R., 59, 83  
Paytubí Gari, C., 235  
Paz Esquete, J., 296  
Paz Ferrín, J., 63, 232, 290, 301  
Pazo Núñez, M., 223, 224, 225, 226, 227, 234, 248, 307

- Pazo, V., 249  
 Pazos, N., 181  
 Pazos Otero, N., 313  
 Pedragosa, A., 77, 256  
 Pedro de Lelis, F., 55, 84, 284, 311  
 Pedro-Botet, M., 34, 35, 75, 81, 83  
 Pedrol, E., 54, 61, 72, 73  
 Pedrol Clotet, E., 1, 192, 247, 274  
 Pedrosa Rivas, T., 37  
 Peláez, C., 59, 83  
 Pelay Cacho, R., 62, 181, 214, 217, 256, 270  
 Pelazas González, R., 16  
 Pellicer Vergés, T., 261  
 Pena Seijo, M., 197, 224, 225, 226, 234  
 Peña, A. de la, 231  
 Peña, C., 273  
 Peña Fernández, A. de la, 195  
 Peña Ián, L., 119  
 Peña Lillo, G., 9  
 Peña Quintana, P., 228  
 Peña Somovilla, J., 20  
 Peña Zemsch, M., 200, 201  
 Peñalver Cifuentes, R., 75  
 Peñalver González, E., 29, 36, 69, 242  
 Peñas Bataller, R. de las, 41  
 Peñas Espinar, C., 288  
 Perales Fraile, I., 57  
 Péré-Eliás, M., 61  
 Pereira, Juliá, A., 65  
 Pérez, F., 212  
 Pérez, J., 124, 244, 296, 317  
 Pérez, L., 206, 207, 212  
 Pérez, M., 13, 315  
 Pérez, N., 267  
 Pérez, R., 93, 118, 202  
 Pérez, S., 37, 39  
 Pérez Álvarez, R., 6, 77, 169  
 Pérez Andrada, S., 21  
 Pérez Barba, C., 262  
 Pérez Belmonte, L., 74  
 Pérez Bocanegra, C., 109  
 Pérez Calvo, J., 24, 33, 62, 146, 189, 193  
 Pérez Camacho, I., 214  
 Pérez Cano, E., 148  
 Pérez Cano, R., 5, 135, 138, 139, 148, 214, 231  
 Pérez Carral, O., 200, 201  
 Pérez Castrillón, J., 182, 184  
 Pérez Correa, S., 102  
 Pérez de Celis, J., 260  
 Pérez de Lis Novo, M., 77  
 Pérez de Lis, M., 5, 6, 169, 170, 173  
 Pérez Dueñas, V., 177  
 Pérez Elías, M., 65  
 Pérez Encinas, M., 114  
 Pérez Fernández, M., 246  
 Pérez Fernández, N., 36, 202  
 Pérez Fernández, S., 58  
 Pérez Flores, J., 185  
 Pérez García, C., 275  
 Pérez García, M., 199, 250  
 Pérez Gascón, C., 189  
 Pérez Gracia, M., 87  
 Pérez Gutiérrez, M., 29, 86, 262, 263  
 Pérez Hernández, I., 255, 261  
 Pérez Jacoiste Asín, A., 103  
 Pérez Jiménez, F., 165, 203, 226  
 Pérez Jiménez, F., 18, 323  
 Pérez Latorre, L., 78  
 Pérez Lluna, L., 201  
 Pérez López, J., 40  
 Pérez Luján, R., 272  
 Pérez Mairén, A., 4  
 Pérez Marín, J., 115  
 Pérez Martín, A., 143, 144  
 Pérez Martínez, P., 165, 207  
 Pérez Molina, J., 79  
 Pérez Ordoño, L., 103, 299  
 Pérez Ortiz, J., 273  
 Pérez Pinar, M., 269  
 Pérez Pomata, M., 55  
 Pérez Ramírez, A., 227  
 Pérez Rodríguez, M., 30, 107, 161, 242, 316  
 Pérez Rojas, F., 89  
 Pérez Rueda, M., 98, 287  
 Pérez Sánchez, L., 75, 309  
 Pérez Silvestre, J., 55, 84, 284, 311  
 Pérez Soto, M., 174  
 Pérez Tamayo, I., 43  
 Pérez Valero, I., 121  
 Pérez Vázquez, G., 99, 297, 321  
 Pérez Vázquez, V., 64, 102, 111, 252  
 Pérez-Álvarez, R., 6  
 Pérez-Calvo, J., 194  
 Pérez-Jacoiste Asín, A., 299  
 Pérez-Lahiguera, F., 207  
 Pérez-Mateo, M., 254  
 Pérez-Rial, G., 149  
 Pérez-Rodríguez, M., 181  
 Pericas, R., 78  
 Peris, J., 117, 118, 279  
 Peris García, J., 127, 130  
 Peris Sífre, M., 41, 245  
 Pescador Hernández, D., 87, 284  
 Pesce, L., 38, 135, 262, 301  
 Pesqueira Fontán, P., 109  
 Petkova Sáiz, E., 58  
 Piedecausa Sella, M., 174, 302  
 Piedrafita Mateo, V., 100  
 Pijierro Amador, A., 262  
 Pinilla, B., 96  
 Pinilla Llorente, B., 120, 244, 304  
 Pinilla Moraza, J., 20  
 Pino, J. del, 168  
 Pintado Laluz, S., 81  
 Pintó, X., 193  
 Pintos Martínez, S., 288  
 Pintos Morel, G., 282, 313  
 Pinuaga Orrasco, R., 243  
 Piñar Cabezas, D., 246, 254  
 Piñero Fernández-Reyes, M., 236  
 Piñol Piñol, A., 114  
 Pirola, A., 224  
 Pla, X., 153  
 Pla Espinosa, Z., 142, 181, 253  
 Plasín, M., 177  
 Plata Izquierdo, A., 55, 101, 199, 239, 250  
 Plaza, S., 71, 72, 115, 122, 128, 129, 130, 307, 310  
 Plaza Canteli, S., 9, 304, 308, 311  
 Plegrín Senent, I., 291  
 Plutzky, J., 220, 233  
 Polo Carballo, J., 47  
 Polo Sabau, J., 12, 58  
 Polvorosa, M., 13  
 Pomar, V., 78  
 Ponce Lorenzo, J., 155  
 Pons, M., 243  
 Pons Estel, G., 173  
 Pons Martín del Campo, I., 172, 260, 310  
 Pons-Estel B., 313  
 Pons-Estel, G., 313  
 Poquet Jornet, J., 118  
 Porcar, P., 206, 207  
 Porcel Pérez, J., 46  
 Porras, J., 298  
 Porras Arboleda, C., 142, 276, 277  
 Porta Etessam, J., 100  
 Portilla Chocarro, R., 119, 283  
 Portillo Sánchez, J., 245  
 Portolà, O., 51, 298  
 Portu Zapirain, J., 31  
 Pose Reino, A., 197, 223, 224, 225, 226, 227, 234  
 Poveda Gómez, F., 187, 190, 208, 213, 231  
 Poza Montoro, A., 15  
 Pozo, E. del, 21  
 Pozo Rosado, L., 65  
 Prada Pardal, J., 2, 19, 32, 46, 60  
 Prado, A. de, 198, 203  
 Prado Leal, M. de, 275  
 Praena, J., 184  
 Praena Segovia, J., 105, 233  
 Pratley, R., 220  
 Prieto, J., 10  
 Prieto, M., 133, 265  
 Prieto de Paula, J., 46  
 Prieto García, M., 101  
 Prieto Pérez, L., 58  
 Prieto Vicente, A., 144, 155  
 Prósper Ramos, L., 44  
 Pruteanu, D., 224  
 Puchades, R., 191  
 Puente Fernández, A., 106, 155  
 Puente Fernández, M. de la, 247  
 Puerta García, A., 80  
 Puerta Louro, R., 58, 63, 247, 290, 301, 305  
 Puerto Pérez, E., 54, 55, 87, 199, 200, 204, 210, 239, 248, 275, 284  
 Puig, M., 118  
 Pujol, I., 55, 80  
 Pujol, R., 166, 237, 275  
 Pujol de la Llave, E., 4, 208, 221, 277  
 Pujol Farriols, R., 9, 291  
 Puras, E., 223  
 Quagliatto, N., 313  
 Querol, N., 11  
 Quesada Charneco, M., 192  
 Quesada Simón, M., 121  
 Quesada, M., 67, 100, 197, 209  
 Quiroga, J., 10  
 Quiroga Prado, L., 124  
 Quirós López, R., 187, 213  
 Rada Soto, M., 204  
 Raducan, V., 286  
 Ragheb El Farra, A., 131, 155  
 Ramentol Sintés, M., 178  
 Ramírez, R., 54, 72, 73, 254  
 Ramírez Castro, V., 272  
 Ramírez Duque, N., 92, 104, 233, 289  
 Ramírez Montesinos, R., 247, 274  
 Ramírez Relinque, L., 80  
 Ramiro Ortega, E., 5, 148  
 Ramón, E. de, 170, 171, 179  
 Ramón, E. de, 6  
 Ramos, M., 220  
 Ramos, R., 177  
 Ramos Cantos, C., 91, 92, 95  
 Ramos Casals, M., 5, 6, 169, 170, 171, 173  
 Ramos Díaz, M., 280  
 Ramos Lázaro, X., 180  
 Ramos-Casals, M., 168, 169, 170  
 Raposo García, S., 28, 76, 151, 153, 154, 261, 268  
 Rashid Jiménez, E., 66, 139, 140, 141  
 Rdruejo Delgado, C., 106  
 Real de Asúa, D., 64, 74  
 Rebollar Merino, A., 75  
 Recarte, C., 227, 228  
 Recarte García-Andrade, C., 212, 213  
 Recio, J., 143, 287  
 Red Bellvís, G. de la, 180  
 Regalado de los Cobos, J., 152  
 Registro FOS España, 313  
 Reina Marfil, N., 261  
 Rekondo, J., 202  
 Renau, A., 216, 308  
 Renieblas, P., 153  
 Repetto, P., 80  
 Repiso, J., 46  
 Requena, T., 83  
 Respaldiza, N., 59  
 Retana Fernández, B., 52  
 Retegui García de Quesada, G., 220  
 Reth, P., 241  
 Revilla, A., 21  
 Reviriego, J., 251  
 Revollo, B., 34, 35, 75, 81  
 Revuelta Minguez, P., 166  
 Rexach Fumanya, M., 45  
 Rey Santos, R., 235  
 Reyes García, R., 201  
 Rey-Joly, C., 34, 75, 81, 83  
 Reynaga, E., 77  
 Rhageb Elfarra, A., 132  
 Riba, D., 317  
 Ribell, M., 55  
 Ribera Gallego, A., 30  
 Ribera Puig, A., 291  
 Ribó, M., 256  
 Ribó Crusat, F., 235  
 Ricart, J., 158  
 Richart, C., 298  
 Rico, M., 68  
 Rico Corral, M., 214, 231  
 Rico Nieto, A., 51  
 Ridruejo, R., 193, 194  
 Riera, M., 23  
 Riera-Mestre, A., 9, 166, 237, 291  
 Riesco, D., 298  
 Rincón Gómez, M., 95, 96, 184  
 Rioja Martín, M., 293  
 Ríos Blanco, J., 174, 176, 177, 178  
 Ríos Fernández, R., 172, 179, 183, 185, 216  
 Riva, I. de la, 76  
 Riveiro, A., 224  
 Rivera Gallego, A., 30, 161, 242, 282, 285, 313  
 Rivera García, M., 238  
 Rivero, L., 59, 289  
 Rizzzi, M., 149  
 Rodo, C., 115  
 Robles Marhuenda, A., 48, 51, 53, 61, 178, 306  
 Robles Ruiz, J., 110  
 Roca, B., 14, 177, 220  
 Roca, M., 51, 298  
 Roca, Y., 184  
 Roca Pardiñas, L., 88, 233, 321  
 Roca-Cusachs Coll, A., 195  
 Rocha Vedia, I. de la, 67, 245  
 Rochina Puchades, A., 89  
 Rodado Alabau, E., 76, 111  
 Rodeiro Marta, S., 296  
 Rodelgo Jiménez, L., 253  
 Rodenas Checa, J., 73  
 Rodenas, A., 298  
 Rodill Fraile, R., 265, 266  
 Rodill Rodill, V., 77  
 Rodilla, E., 206, 212  
 Rodrigo, A., 18  
 Rodríguez, A., 93, 242  
 Rodríguez, B., 21, 73  
 Rodríguez, D., 219  
 Rodríguez, E., 258  
 Rodríguez, F., 191

- Rodríguez, J., 68  
 Rodríguez, M., 90  
 Rodríguez, S., 39, 196, 264, 270, 288, 289  
 Rodríguez, V., 94  
 Rodríguez Andreu, J., 216, 292  
 Rodríguez Ávila, E., 155, 158, 278, 311  
 Rodríguez Beltrán, E., 25, 66, 200, 246, 276  
 Rodríguez Benavente, A., 57, 144, 209  
 Rodríguez Benedito, M., 94  
 Rodríguez Carcelen, D., 211  
 Rodríguez Castellano, E., 178  
 Rodríguez Cerrillo, M., 15  
 Rodríguez Cordero, M., 233  
 Rodríguez Dávila, M., 3, 142, 176, 237, 240  
 Rodríguez Fernández, J., 144, 155  
 Rodríguez Fernández, M., 87, 88  
 Rodríguez Galdeano, M., 269  
 Rodríguez García, S., 149  
 Rodríguez Gaspar, M., 227, 286  
 Rodríguez Leal, C., 12, 114, 268  
 Rodríguez López, I., 224, 227, 248, 307  
 Rodríguez Luis, O., 26  
 Rodríguez Martínez, V., 95, 96, 319  
 Rodríguez Maya, B., 55  
 Rodríguez Pavia, A., 29, 36, 69, 73  
 Rodríguez Pecci, M., 232  
 Rodríguez Pecci, S., 63, 290  
 Rodríguez Pérez, M., 119  
 Rodríguez Pinto, I., 1, 56  
 Rodríguez Rodríguez, B., 8, 21, 236  
 Rodríguez Rodríguez, E., 286  
 Rodríguez Rojas, L., 78, 79, 82, 215, 249, 259  
 Rodríguez Sánchez, A., 142, 276, 277  
 Rodríguez Sánchez, J., 208, 278, 303  
 Rodríguez Suárez, S., 214  
 Rodríguez Zapata, M., 62, 65, 70, 229, 273, 302, 307  
 Rodríguez-Carballeira, M., 39, 305, 306  
 Rodríguez-Fernández, S., 296  
 Rodríguez-Fernández, S., 74  
 Roig Rico, P., 130, 279  
 Roldán Mallorga, E., 221  
 Roldán, A., 206, 207, 212  
 Romagnoli, M., 158  
 Román, J., 222, 251  
 Román Broto, A., 147  
 Romaní Costa, V., 104  
 Romer, Y., 21  
 Romero, I., 280  
 Romero, J., 47  
 Romero Alegría, A., 54, 204, 210, 239, 275, 284, 285  
 Romero Gallego-Acho, P., 306  
 Romero Ganuza, J., 264  
 Romero Gómez, C., 190  
 Romero Jiménez, M., 95  
 Romero Míguez, M., 223, 224, 225, 226, 227, 234, 248, 307  
 Romero Palacios, A., 64  
 Romero Pérez, C., 124, 126  
 Romero Reina, A., 279  
 Romero Ruperto, S., 109  
 Romero Salado, S., 102, 107, 132, 252, 282, 315, 318, 321  
 Romero Sánchez, M., 144  
 Ronda Rivero, F., 264  
 Rondón Fernández, P., 66, 76  
 Rontan, G., 306  
 Ros, E., 308  
 Ros Vilamajó, R., 16, 286  
 Rosa, C., 22  
 Rosa García, C., 66, 139, 140, 141, 283  
 Rosa Jiménez, F., 125  
 Rosa Salazar, V., 238  
 Rosado Álvarez, D., 165, 203, 207  
 Rosado Rubio, C., 50  
 Rosado, S., 159, 160  
 Rosat, M., 251  
 Rovira Daudi, E., 142  
 Royo Aguado, J., 309  
 Royo Orejas, A., 68  
 Royo Villanova Reparaz, C., 49, 140  
 Ruano Ruiz, J., 203, 323  
 Rubianes González, M., 58  
 Rubio, A., 103  
 Rubio, F., 70, 71  
 Rubio, R., 32  
 Rubio Barbon, S., 158  
 Rubio García, R., 77, 81, 82  
 Rubio Obanos, T., 12, 266  
 Rubio Roldán, E., 47, 50  
 Rubio Rubio, M., 113  
 Rubio Toral, F., 81, 137, 303  
 Rueda Cid, A., 157, 257  
 Ruedas, A., 289  
 Rugero, M., 117, 118  
 Rugiero, C., 153  
 Ruiz, E., 156, 157, 162, 287  
 Ruiz, J., 9, 60, 195  
 Ruiz, N., 238  
 Ruiz, P., 306, 307, 308, 310  
 Ruiz, S., 72, 73, 95, 104  
 Ruiz Alcantarilla, P., 252  
 Ruiz Artacho, P., 100  
 Ruiz Campuzano, M., 201  
 Ruiz Cantero, A., 92, 206, 314  
 Ruiz Castellano, M., 16, 97, 102  
 Ruiz Chicote, A., 22  
 Ruiz Esteban, R., 243  
 Ruiz Galiana, J., 55, 243, 271  
 Ruiz Giménez, N., 8  
 Ruiz González, A., 46  
 Ruiz Henadez, J., 120  
 Ruiz Hernández, J., 144  
 Ruiz Irastorza, G., 259  
 Ruiz Izquierdo, J., 180  
 Ruiz Laiglesia, F., 146  
 Ruiz León, B., 190  
 Ruiz Macía, J., 297  
 Ruiz Mariscal, M., 113  
 Ruiz Martín de la Torre, R., 199  
 Ruiz Ruiz, F., 85, 146, 251  
 Ruiz Ruiz, J., 97, 102  
 Ruiz Ruiz, S., 1, 192, 274  
 Ruiz Seco, M., 19, 61  
 Ruiz Seco, P., 68, 276  
 Ruiz Tornero, A., 67, 210, 211  
 Ruiz-Giménez, N., 100, 301  
 Ruiz-Irastorza, G., 311  
 Ruiz-Nodar, J., 191  
 Ryan Murúa, P., 229  
 Sabadell Zarandona, C., 29, 262, 263  
 Sabán Ruiz, J., 188  
 Sabio Sánchez, J., 166, 205  
 Sabio Sánchez, M., 179  
 Saborido Froján, J., 109  
 Sabrià, M., 81  
 Sacanella, E., 93  
 Sáenz Abad, D., 85  
 Sáenz, A., 23, 67  
 Sáenz, E., 296  
 Sáez Béjar, C., 44, 100  
 Sáez Comet, L., 170  
 Sáez de Adana Arróniz, E., 31  
 Sáez Méndez, L., 185, 186  
 Sáez Pérez, J., 187  
 Sáez Vaquero, T., 89  
 Safont Gasó, P., 117, 127, 130  
 Safont, P., 13, 83, 117, 118, 128, 279  
 Said Criado, I., 91, 154  
 Sáinz, E., 137  
 Sáinz Costa, T., 281  
 Sáinz Vera, B., 107, 321  
 Saiz Criado, I., 152  
 Sala Cabañas, M., 253  
 Salamanca Bautista, P., 5, 135, 138, 139, 148  
 Salan Puebla, J., 20  
 Salas, E., 279  
 Salas Aparicio, A., 44, 86  
 Salas Cabañas, M., 27, 314  
 Salas Coronas, J., 43, 44  
 Salavert, M., 39  
 Salcedo Allende, T., 163  
 Salcedo Jódar, L., 79, 82  
 Salcedo Mora, X., 11, 250  
 Salmón García, B., 16, 41  
 Salo Moral, D., 54  
 Salomón, R., 212, 218, 222, 227, 287  
 Salor, D., 40, 52, 228, 287  
 Salor Moral, D., 212, 213  
 Salvadó, T., 11  
 Salvador Milian, E., 152  
 Salvador Ramos, L., 205  
 Sampérez Legarre, A., 12, 266  
 Samperiz Legarre, P., 146  
 San José Laporte, A., 10, 40, 68, 84, 109  
 San Martín López, J., 60, 236  
 San Martín, J., 21, 60  
 San Miguel López de Uralde, S., 31, 202  
 San Román, C., 136  
 San Román, J., 21  
 Sánchez, E., 323  
 Sánchez, M., 23, 195, 251  
 Sánchez, N., 91  
 Sánchez, O., 188, 313  
 Sánchez, P., 229, 319  
 Sánchez, T., 62  
 Sánchez Ballester, E., 55, 82, 84  
 Sánchez Barranco, F., 46  
 Sánchez Cano, D., 183  
 Sánchez Casasola, M., 52  
 Sánchez Castaño, A., 293, 315  
 Sánchez Chaparro, M., 189  
 Sánchez Conde, P., 232, 290, 301, 305  
 Sánchez Fuentes, D., 66, 200, 246  
 Sánchez Galeote, E., 88  
 Sánchez García, E., 296  
 Sánchez García, M., 263  
 Sánchez Gil, J., 165, 226  
 Sánchez Gómez, N., 152, 154  
 Sánchez Jódar, C., 131  
 Sánchez Junquera, E., 28, 256, 257, 266  
 Sánchez Ledesma, M., 42, 91, 92, 95  
 Sánchez Leira, J., 109  
 Sánchez Maganto, E., 27, 32, 253, 293, 315  
 Sánchez Marteles, M., 146  
 Sánchez Martín, A., 200  
 Sánchez Martínez, F., 57  
 Sánchez Martínez, R., 246  
 Sánchez Moliní, P., 11, 193, 250, 296  
 Sánchez Montón, T., 73  
 Sánchez Morla, A., 149  
 Sánchez Muñoz, L., 85, 86  
 Sánchez Parra, C., 100  
 Sánchez Pérez, M., 16, 285  
 Sánchez Purificación, A., 144, 209  
 Sánchez Recalde, A., 176  
 Sánchez Rico, D., 149, 185, 266  
 Sánchez Rivas, E., 45, 72, 167  
 Sánchez Rocabert, M., 199  
 Sánchez Rodríguez, A., 42, 87, 101, 105, 109, 200, 210, 239, 248, 150, 184, 285, 286  
 Sánchez Rodríguez, I., 294, 297  
 Sánchez Román, C., 173  
 Sánchez Román, J., 145, 147, 167, 174, 179  
 Sánchez Romero, M., 209  
 Sánchez Ruiz de Gordo, M., 79, 82, 186, 191, 199  
 Sánchez Sánchez, C., 25, 66, 200, 246, 276  
 Sánchez Sánchez, J., 43  
 Sánchez Sánchez, V., 234  
 Sánchez Sauce, B., 98  
 Sánchez Sobrino, P., 285  
 Sánchez Solla, A., 264  
 Sánchez Tejero, E., 186  
 Sánchez Tocino, J., 275  
 Sánchez Torres, I., 240  
 Sánchez Torres, M., 114, 180  
 Sánchez Trigo, S., 288  
 Sánchez-Álvarez, J., 97, 102  
 Sánchez-Fuentes, D., 25, 276  
 Sancho Bueso, T., 306  
 Sancho Zamora, M., 321  
 Sanchlemente, C., 193, 275  
 Sande, L. de, 28, 261  
 Sanegre, M., 219  
 Sangro, B., 10  
 Sanjosé, J., 212  
 Sanjosé Laporte, A., 95  
 Sanjuán Portugal, F., 116, 134, 193  
 Sanjurjo Golpe, E., 128, 152, 317  
 Sanjurjo Riva, A., 232, 247  
 Sanjurjo Rivó, A., 63, 232, 290, 305  
 Sanmartín, R., 34  
 Sant, F., 267  
 Santamaría González, J., 5, 135, 138, 139, 148  
 Santamaría Martín, A., 198  
 Santamarina, P., 156, 157  
 Santamarina Pérez, P., 251  
 Santander, A., 254  
 Santa-Olalla, M., 294, 297  
 Santiago, G., 283  
 Santiago, J., 313  
 Santiago Ayarza, M., 115  
 Santiago Díaz, C., 205  
 Santiago López, J., 152  
 Santiago Ruiz, J., 154  
 Santillana López, T., 281  
 Santín Piñero, E., 74  
 Santolaria Fernández, F., 17, 227, 285, 286  
 Santos, I. de los, 64, 74  
 Santos, T., 74  
 Santos, Z., 124, 244, 317  
 Santos Calderón, J., 124  
 Santos Gil, I. de los, 44, 52  
 Santos Hernández, J., 180  
 Santos Jiménez, T., 285  
 Santos Morano, J., 50  
 Santos Moyano, Z., 183  
 Sanvisens, A., 34  
 Sanz, F., 68  
 Sanz, J., 64, 74  
 Sanz, R., 308, 310  
 Sanz Acebedo, I., 121  
 Sanz Azevalillo, N., 138, 151  
 Sanz de Burgoa, V., 196  
 Sanz Ortega, F., 48, 241  
 Sanz Paredes, R., 29, 262, 263

- Sanz Sanz, J., 28, 44, 52  
 Sanz Trepijana, L., 149  
 Sarabia Marco, F., 49, 66, 1 39, 141  
 Sardina Ferreira, R., 288  
 Sarmiento Méndez, L., 180  
 Sarmiento, L., 23  
 Sarriá, C., 64, 74  
 Sarria Cepeda, C., 21  
 Sastre Albiach, J., 155  
 Satue Bartolomé, J., 143, 144  
 Schmidt Río-Valle, J., 319  
 Searra Soria, M., 33  
 Sebastián Leza, A., 31  
 Segoviano Mateo, R., 57, 144  
 Seguí, J., 117, 279  
 Seguí Ripoll, J., 127  
 Segundo, M., 79  
 Segura, A., 143, 287  
 Segura Parra, M., 318  
 Seijó, A., 21  
 Seisdedos Elcuaz, R., 199  
 Selva O'Callaghan, A., 6, 157, 159, 163, 243  
 Sena Ferrer, F., 138, 151  
 Sendín, V., 306, 307, 308, 310  
 Sequeira Lopes, J., 311, 312  
 Sequeira López, T., 145  
 Serés, L., 34, 75  
 Serra, A., 143  
 Serra Sanchís, B., 175  
 Serrado Iglesias, A., 300  
 Serrano, C., 197  
 Serrano, D., 17, 229  
 Serrano, P., 181  
 Serrano, R., 37, 125  
 Serrano de la Cruz, D., 203  
 Serrano Fuentes, M., 106, 144, 155  
 Serrano Herrero, P., 24  
 Serrano Morales, R., 12  
 Serrano Villar, S., 100  
 Serrano Villar, S., 281  
 Serra-Prat, M., 2  
 Sevil Puras, M., 4, 132, 133, 255, 256  
 Sidahi, M., 23, 67, 238  
 Sidawi, T., 8  
 Sierra Bergua, B., 85  
 Siguero Contreras, M., 189  
 Silva, J., 154, 320  
 Silvarriño, R., 267  
 Simeón, C., 177  
 Simeón Aznar, C., 271  
 Simón, J., 103  
 Simón García, M., 210, 211, 219  
 Simónetti, A., 275, 291  
 Sisó, A., 5, 6, 169, 170  
 Sobrino Calzada, C., 126, 316  
 Sobrino Martínez, J., 114, 261  
 Sobrino, J., 100, 195, 209  
 Socolich, C., 77  
 Sojo Dorado, J., 215, 288  
 Solanich Moreno, X., 166, 291  
 Solans Laque, R., 109, 163, 168, 178  
 Soler, C., 248  
 Soler, J., 219  
 Soler Fontanet, M., 151  
 Soler González, J., 182  
 Soler Portmann, C., 268, 302  
 Soler Sáiz, C., 93  
 Soler Sendra, A., 318  
 Solera Muñoz, M., 281  
 Solera Santos, J., 185, 273  
 Solís del Pozo, J., 269  
 Solís Sánchez, G., 3  
 Solís Villa, F., 229  
 Solís Villa, J., 153  
 Solla Babío, E., 288  
 Sopena, N., 34, 35, 75  
 Sopeña Pérez-Argüelles, B., 30, 161  
 Sopeña, B., 107, 181, 244, 316  
 Soria López, A., 185  
 Soria López, M., 92, 95  
 Soriano Palao, J., 40  
 Soriano Pérez, M., 43, 44  
 Sorní Moreno, P., 82, 84  
 Sort, D., 2  
 Sosa Henríquez, M., 183, 185, 228  
 Soto, C., 48  
 Soto Abanades, C., 61  
 Soto Cárdenas, M., 169, 173  
 Soto-Cardenas, M., 168, 169  
 Sotres, G., 306, 307  
 Sousa, D., 323  
 Sterzik, H., 124, 183, 244, 317  
 Stiefel, P., 196, 288  
 Stonski, E., 322  
 Suárez, A., 164  
 Suárez, B., 168, 169  
 Suárez, C., 191, 196, 229  
 Suárez Casado, H., 164, 168  
 Suárez Fernández, C., 17, 28, 44, 100, 195, 236, 296, 301  
 Suárez Lorenzo, J., 88, 233, 321  
 Suárez Sambade, M., 288  
 Suárez Tembra, M., 197  
 Suárez Vega, V., 177  
 Suasarte Juliá, C., 141  
 Subirana Domenech, T., 145, 147  
 Suriñach, J., 143, 287  
 Szymaniec, J., 78  
 Tamargo, L., 77, 81, 82  
 Tapia Guerrero, M., 192, 255  
 Tarabini, P., 202  
 Tarabini-Castellani Ciordia, P., 31  
 Tarilonte Delgado, M., 220  
 Tarraga, I., 269  
 Tacias, M., 61, 72, 73  
 Tacias Pitarch, M., 1, 192, 274  
 Teijo Núñez, C., 209  
 Teijón, S., 39  
 Teixidor Viñas, M., 45  
 Tejera Concepción, A., 47, 96  
 Tellez, L., 287  
 Tello, A., 254  
 Tello Blasco, S., 188  
 Tenllado Doblás, P., 96  
 Tequena, T., 59  
 Terán, R., 58, 59, 121  
 Terán Redondo, R., 45  
 Teresa Galván, J. de, 104  
 Ternavasio de la Vega, H., 106, 107, 108  
 Ternavasio, G., 94, 96  
 Ternavasio, H., 88  
 Terrón, F., 134  
 Teruel López, C., 286  
 Tiberio López, G., 10, 16, 198, 203, 275  
 Tineo, A., 221, 229  
 Tinoco Racero, I., 236  
 Todolí Parra, J., 84, 90, 158, 166, 216, 308  
 Toledano Sierra, M., 315  
 Toledano Sierra, P., 27, 32, 293  
 Tolosa Vilella, C., 172, 296  
 Tomás, R., 55  
 Tomás López, L., 237  
 Tomé García, M., 288  
 Tor, J., 34  
 Tornel Sánchez, G., 29, 36, 69, 242  
 Tornero Estebanez, C., 198  
 Toro, A., 216  
 Torralba Cabeza, M., 24, 33, 62  
 Torralba González de Suso, M., 62, 65, 77, 82, 228, 307  
 Torre Lima, J. de la, 2, 19, 32  
 Torrea Valdepérez, M., 43  
 Torrea Valpérez, M., 314  
 Torregrosa Suau, O., 268  
 Torre-Lima, J. de la, 46, 60  
 Torrens, M., 93  
 Torres, I., 203, 206, 207, 212  
 Torres, O., 10  
 Torres, R., 61, 215, 250  
 Torres Bonafonte, O., 149  
 Torres del Pliego, E., 1  
 Torres do Rego, A., 232  
 Torres García, M., 228  
 Torres Macho, J., 9, 234  
 Torres Martínez, J., 300  
 Torres Salinas, M., 180  
 Torres Sánchez, I., 177  
 Torres Sánchez, M., 237, 239  
 Torres Segovia, F., 173, 314  
 Torres Triana, J., 48, 50, 241, 281  
 Torres Valdepérez, M., 173  
 Toscano, A., 109  
 Trallero Araguás, E., 157, 159, 163, 243  
 Trapiella Martínez, L., 164, 168  
 Travieso Aja, M., 25  
 Trigo Esteban, E., 78  
 Trillo, E., 15  
 Trippe, J., 245  
 Troya García, J., 229  
 Trujillo, J., 242  
 Truyols Bonet, A., 203  
 Truyols Galmés, J., 203  
 Tural, C., 34  
 Turégano, P., 298  
 Turiel, J., 218  
 Tutor de Ureta, P., 159, 160  
 Ubierna Gómez, B., 29, 262  
 Ulibarri Pérez, J. de, 301  
 Uneken, P., 192  
 Urbaneja Salas, A., 234  
 Urbano, A., 264, 270  
 Urcelay, E., 14, 280  
 Urdiales Castillo, D., 103, 187, 213  
 Uresandi Romero, F., 237  
 Uribarri Sánchez, G., 314  
 Uriel Cano, J., 45, 63  
 Usas Torrents, M., 2  
 Valcárcel García, M., 88, 321  
 Valcárcel Rodríguez, C., 270  
 Valderas García, A., 4  
 Valdivielso Felices, P., 231, 292  
 Valencia Sánchez, C., 100  
 Valero, J., 10  
 Valero, S., 54  
 Valero Aliaga, E., 106  
 Valero Tena, E., 127  
 Valle Feijoo, B., 258  
 Valle Feijoo, L., 63  
 Valle Feijoo, M., 301  
 Valle Loarte, P. del, 124, 316  
 Valle Puey, J., 12, 52, 266  
 Vallejo, A., 196, 264, 271, 288, 289  
 Vallejo, M., 116  
 Vallejo García, M., 134, 193  
 Vallejo Maroto, I., 220  
 Vallejo Martín, M., 263  
 Vallejo Mora, R., 192, 255  
 Vallejo Rodríguez, M., 113, 127  
 Vallejo Vaz, A., 214  
 Vals, V., 39  
 Valverde, J., 59  
 Vaños, D., 220  
 Vaqueiro Rodríguez, I., 30  
 Vaqueiro, I., 107, 181, 242, 244  
 Varela, J., 121  
 Varela, M., 274  
 Varela Linares, P., 323  
 Vargas, J., 159, 160  
 Vargas Hitos, J., 22, 166, 171, 205  
 Vasco, P.G., 289  
 Vaya, A., 158  
 Vázquez, C., 179  
 Vázquez, E., 197, 217  
 Vázquez, J., 215  
 Vázquez, M., 265  
 Vázquez Bellés, P., 6  
 Vázquez del Campo, M., 21, 291  
 Vázquez Fernández, S., 12  
 Vázquez García, I., 4  
 Vázquez Jiménez, M., 16  
 Vázquez Labrador, J., 145, 161, 260, 262, 320  
 Vázquez Rodríguez, J., 68, 174, 178, 276  
 Vázquez Ronda, M., 27, 111, 303  
 Vázquez Triñanes, M., 107, 161, 242, 244  
 Vázquez Villegas, J., 43, 44  
 Vázquez Vizcaíno, B., 20  
 Vázquez-Triñanes, M., 181  
 Vega, J. de la, 162, 231, 242  
 Vega Cervantes, J., 29, 36, 69  
 Vega García, J., 264  
 Vega Lanciego, A. de la, 28, 256, 257, 266  
 Vega Rollán, F., 209  
 Vega Suárez, A., 272  
 Vega Tejedor, G., 182, 184  
 Vela García, V., 28, 256, 257, 266  
 Velasco, L., 283  
 Velasco, M., 59, 83, 122  
 Velasco Arjona, L., 119  
 Velasco Arribas, M., 113  
 Velasco Garrido, J., 261  
 Velasco Tirado, V., 42, 165  
 Velázquez Arjona, L., 278  
 Vellilla Marco, J., 113, 170  
 Ventura Esteve, A., 198  
 Vera Méndez, F., 29, 36, 69  
 Vera Sánchez-Rojas, C., 49, 149  
 Verdaguer, R., 26  
 Vergara de Campos, A., 64  
 Vergara López, S., 50  
 Viasus, D., 26  
 Vicario Bermúdez, J., 99, 297  
 Vicente, M., 219  
 Vicente, R., 69, 70  
 Vicente Calderón, J., 49, 140  
 Vicente Martín, C., 76, 124, 126, 304, 308, 311, 316  
 Vicente Rodrigues, S., 47, 50  
 Vich Martorell, L., 203  
 Vidal, F., 51  
 Vidal, R., 38, 135, 262  
 Vidal, S., 121  
 Vidal Ferrer, S., 260, 310  
 Vidaller Palacín, A., 157  
 Vidaurrázaga, C., 176  
 Vigil, L., 274  
 Vila, J., 184  
 Vila Santos, J., 150  
 Vila Vall-Ilovera, M., 318  
 Vilacosta, I., 21  
 Vilalta Castel, E., 40, 218, 222  
 Vilalta, E., 252, 13, 228, 287  
 Vilanova Anducas, N., 63  
 Vilaplana García, R., 29  
 Vilaplana Marz, L., 1, 57  
 Vilar, D., 83  
 Vilar Fabra, C., 245  
 Vilardell, M., 109, 177, 178  
 Vilardell Tarrés, M., 40, 157, 159, 163, 180, 243

- Vilariño García, C., 17, 259  
 Vilariño Maneiro, L., 288  
 Vilaseca Bellsolá, J., 199  
 Vilchez Aparicio, V., 8, 236  
 Viles, J., 184  
 Villacé Gallego, P., 260  
 Villalba, M., 52, 54, 212, 213, 227, 287  
 Villalba García, M., 244  
 Villalobos Hernández, M., 192, 255  
 Villalonga, M., 8  
 Villalta Castel, E., 48, 54  
 Villalva, M., 40, 218  
 Villar Ortiz, J., 196, 214  
 Villarejo Ordóñez, A., 43  
 Villarino Sanz, M., 252, 263  
 Villarroel González-Elípe, P., 103, 126, 216, 298, 299, 300  
 Villaverde, I., 181, 242, 244
- Villaverde Álvarez, I., 30  
 Villegas, J., 283  
 Villegas, M., 70, 71  
 Villegas Bruguera, E., 92  
 Villegas de la Lama, J., 119  
 Villegas Urbano, M., 81  
 Villena, M., 60, 103  
 Villena Ruiz, M., 19, 190  
 Villuendas, O., 55  
 Vinuesa García, D., 146, 147, 149, 151, 266  
 Vinyes-Miralpeix Gassó, A., 45  
 Viña Carregal, B., 89  
 Viña Rodríguez, J., 16, 285  
 Viñas, P., 218  
 Viñuales, M., 48  
 Vitale, G., 7, 188, 230  
 Vivas del Val, M., 27, 303  
 Vives Fernández, M., 305, 306
- Vizuete, E., 83  
 Vizuete Calero, A., 27, 111, 303
- Waez, M., 246  
 Waisman, G., 249  
 Weissbrod, D., 322  
 Wickman, P., 279  
 Wikman, P., 13, 83, 117, 118, 128  
 Wikman Jorgensen, P., 127, 130  
 Wissmann, G., 59
- Xercavins, M., 23
- Yebra Yebra, M., 152, 154, 159, 160  
 Yeste Martín, R., 142, 276, 277
- Yuste Domínguez, M., 205
- Zabalza Azparren, M., 38  
 Zafrilla García, L., 131  
 Zalba Etayo, B., 26, 189, 193, 194  
 Zamora Pasadas, M., 22, 171, 179, 205  
 Zamora Vargas, F., 19, 121  
 Zapatero Gaviria, A., 9, 57, 71, 72, 115, 122, 128, 129, 130, 143, 144, 209, 236  
 Zarca, M., 245  
 Zorrilla Lorenzo, V., 237  
 Zubillaga, E., 252, 267  
 Zubillaga, G., 252, 267  
 Zubillaga Azpiroz, E., 202  
 Zubillaga Garmendia, G., 202  
 Zurita Rosa, L., 252, 263