

Revista Clínica Española

Volumen 210
Especial
Congreso
Noviembre

2010

Publicación Oficial de la Sociedad Española de Medicina Interna

XXXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)

Madrid, 17-20 de noviembre de 2010

COMUNICACIONES ORALES Y PÓSTERS

Revista Clínica Española

XXXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)
Madrid, 17-20 de noviembre de 2010

JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA

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

COMITÉ ORGANIZADOR

<i>Presidente del Congreso:</i>	Dr. Pedro Conthe Gutiérrez
<i>Presidente Ejecutivo:</i>	Dr. Ricardo Gómez de la Torre
<i>Vicepresidentes:</i>	Dr. Javier García Alegría Dr. Pedro Abad Requejo Dr. José Ávila Rodríguez Costa
<i>Secretaria:</i>	Dra. Carmen Elena Calvo Rodríguez
<i>Vocales:</i>	Dr. Ángel Álvarez Fernández Dr. Antonio Altadill Arregui Dr. Carlos Aranaz Zuza Dr. Luis Barreto Campos Dr. Carlos Costas Sueiras Dra. Eva Fonseca Aizpuru Dra. Inmaculada Fidalgo López Dr. José Antonio Malhado Dr. Pedro Marqués da Silva Dra. Ana Milla Crespo Dr. Carlos Monteverde Dr. Marcelino Platero Fernández Dra. Covadonga Ramas Díez Dr. Abilio Reis Dra. Elisa E. Rodríguez Ávila

COMITÉ CIENTIFICO

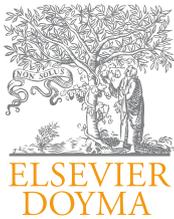
<i>Presidente:</i>	Dr. Javier García Alegría	
<i>Presidente Ejecutivo:</i>	Dr. Ricardo Gómez de la Torre	
<i>Vocales:</i>	Dr. Pedro Almagro Mena Dr. Fidel Asensio Fierro Dr. José Antonio Blázquez Cabrera Dr. Luis Brito Avô Dr. Miguel Camafort Babkowski Dr. Josep A. Capdevila Morell Dr. Jorge Crespo Dr. Faustino Ferreira Dr. Francesc Formiga Pérez Dr. Ferran García-Bragado Dalmau Dr. Gonzalo García de Casasola Sánchez Dr. Ricardo Gómez Huelgas Dr. António José Gonçalves Martins Baptista Dr. Víctor José González Ramallo Dra. Inmaculada Fidalgo López	Dr. Francisco Javier Laso Guzmán Dr. Alfonso López Soto Dr. Mateo Martínez Celada Dr. José Luis Menéndez Caro Dr. Francisco Miralles Linares Dr. Joaquín Moris de la Tassa Dr. Lucio Pallarés Ferreres Dra. Reyes Pascual Pérez Dra. Blanca Pinilla Llorente Dra. Lelita Santos Dr. Rui Santos Dr. Manuel Teixeira Veríssimo Dra. Ana Torres do Rego Dr. Antonio Zapatero Gaviria

Revista Clínica Española

VOLUMEN 210 ESPECIAL CONGRESO NOVIEMBRE 2010

XXXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)
Madrid, 17-20 de noviembre de 2010

	Página
COMUNICACIONES ORALES	
Enfermedades infecciosas	1
Paciente pluripatológico/Edad avanzada	8
Gestión clínica	8
Insuficiencia cardíaca	11
Inflamación/Enfermedades autoinmunes	13
Osteoporosis	16
Riesgo vascular	18
Enfermedad tromboembólica	19
Varios	22
PÓSTERS	
Enfermedades infecciosas	32
Paciente pluripatológico/Edad avanzada	165
Gestión clínica	200
Insuficiencia cardíaca	228
Inflamación/Enfermedades autoinmunes	260
Osteoporosis	286
Riesgo vascular	297
Enfermedad tromboembólica	369
Varios	393



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



COMUNICACIONES ORALES

XXXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)

Madrid, 17-20 de noviembre de 2010

Enfermedades infecciosas

A-6 CAUSAS DE INGRESO HOSPITALARIO EN INMIGRANTES DE ORIGEN SUBSAHARIANO CON O SIN INFECCIÓN POR VIH EN MADRID: AÑOS 2006-2009

S. Puente¹, G. Fresco², V. Abad², S. Serrano², G. Ramírez-Olivencia¹, M. Herrero¹, M. Lago¹ y P. Rivas¹

¹Unidad de Medicina Tropical. Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Carlos III. Madrid. ²Servicio de Medicina Interna IV. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos. Analizar las características demográficas y clínicas (infección por VIH, motivos de ingreso y evolución clínica) de los pacientes subsaharianos ingresados en el Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Carlos III durante el periodo 2006-2009.

Material y métodos. Revisión de informes de alta de los pacientes subsaharianos que ingresaron en dicho periodo. A los pacientes nacidos en África se les realiza sistemáticamente un screening. La recogida de datos y el análisis estadístico se han realizado en el programa SPSS 17.0.

Resultados. De 2006 a 2009, ingresaron 1.950 pacientes, 318 (16,3%) subsaharianos. El 70% eran de Guinea Ecuatorial. La mediana de tiempo en España fue de 120 días (0-36 años) y el 7% llegó directamente del aeropuerto. La mediana de edad fue 40 años (16-93) y el 56,6% eran mujeres. Un 29,2% tenían infección por VIH (al 26,8% se les diagnosticó durante el ingreso). Un 72% la habían adquirido por relaciones heterosexuales. La mediana de CD4 al ingreso fue 235 (2-1071) y de la CV 16.017,5 copias/ml (50-943.300); el 20% estaba indetectable. El subtipo genético mayoritario fue CRF02-AG (46,4%). Al ingreso, el 50,7% estaban con TARGA y el 27,9% en el estadio C3. Un 48,4% presentaban al ingreso alguna enfermedad definitoria de SIDA, siendo la más frecuente la TB. El motivo de hospitalización más frecuente fue la neumonía bacteriana y entre las enfermedades no definitorias de SIDA fueron las parasitosis (40 casos) y el paludismo (19 casos). En no VIH la enfermedad más frecuente diagnosticada fue el paludismo (93 casos), sobre

todo por Plasmodium falciparum seguido de las infecciones por parásitos (73 casos). Los parásitos más frecuentemente encontrados en ambos grupos fueron las filarias (Loa loa mayoritariamente). La estancia media de los VIH fue de 11,5 (\pm 8,6), vs 7,3 (\pm 5,2) en no VIH, con $p < 0,001$.

Discusión. El número subsaharianos con infección por VIH ha aumentado en nuestro país porque en los últimos años se ha multiplicado por 10 la población inmigrante y porque el 65% de adultos y niños con VIH viven en África subsahariana. Por sus condiciones socioeconómicas presentan peor situación inmunoviológica, estadios más avanzados de la enfermedad y menos accesibilidad al tratamiento respecto a la población española. El paludismo no se debe relacionar con la infección por VIH, de hecho hay más en seronegativos, ya que en África el paludismo es endémico. Muchos llegan en muy mala situación clínica, lo que motiva estancias medias elevadas y enfermedades poco habituales en la práctica clínica actual.

Conclusiones. 70% pacientes subsaharianos que ingresan son de Guinea Ecuatorial. El 7% viene directamente del aeropuerto. 30% presenta VIH y al 27% de ellos se les diagnosticó durante el ingreso. La vía de transmisión más frecuente es la heterosexual. La enfermedad definitoria de SIDA más frecuente es la tuberculosis seguida de las neumonías bacterianas. La patología más frecuente en este grupo son las infecciones tropicales, en especial el paludismo y las filarías.

A-23 MALARIA IMPORTADA A PROPÓSITO DE 100 CASOS DURANTE LOS AÑOS 2004-2010

J. Ruiz-Gardin¹, N. Cabello Clotet¹, C. Jiménez Navarro¹, J. Sanmartín López¹, A. Barrios Sendino¹, I. García², J. Jaqueti² y J. Hinojosa¹

¹Servicio de Medicina Interna-Infecciosas, ²Servicio de Microbiología. Hospital de Fuenlabrada. Fuenlabrada (Madrid).

Objetivos. Descripción de las características de 100 casos de paludismo diagnosticados en el Hospital de Fuenlabrada.

Material y métodos. Se ha realizado un análisis descriptivo retrospectivo de todos los casos de malaria diagnosticados en el Hos-

pital Universitario de Fuenlabrada desde el año 2004 al 2010. Se analizan las siguientes variables: edad, sexo, país de nacimiento, país en el que se ha producido la infección, días con clínica hasta el diagnóstico, tiempo de estancia en zona palúdica de riesgo, tipo de *Plasmodium*, técnica diagnóstica, porcentaje de parasitación, clínica, tratamiento realizado, realización de profilaxis, datos analíticos (transaminasas, proteína c reactiva, hemograma), así como datos clínicos especiales como gestación e infección por VIH.

Resultados. Durante los 6 años de funcionamiento del Hospital Universitario de Fuenlabrada se han diagnosticado 100 casos de paludismo importado. La edad media fue de 30 años, y el 75% de los pacientes tenían menos de 37 años. 61% eran varones. El 98% procedían de África subsahariana (45% de Nigeria y 44% de Guinea Ecuatorial). El 60% de los casos en los que se recogió el dato (80 casos), estuvo menos de 1 mes en zona de riesgo, y el 77% menos de 3 meses. El 80% de 98 casos en que se recogió el dato llevaba menos de 1 semana con clínica al diagnóstico, y el 97% menos de 1 mes. 2 casos llevaban en España más de 1 año antes del diagnóstico. Tipo de *Plasmodium*: 86% *P. falciparum*; 3% *P. vivax*; 3% *P. ovale* y 3 casos fueron de parasitación mixta. En cuanto al porcentaje de parasitación estaba recogido en 72 pacientes, el 65% tenía < 1%, y el 11% > 5% de parasitación. El 92% se diagnosticó por extensión o gota gruesa, 4% por antigenemia, y el 4% por PCR. En cuanto a la profilaxis antipalúdica, de 86 casos en que se recogió el dato, 87% no la había realizado, y el 8% la realizó de forma incompleta. En cuanto a la clínica el 51% presentó cefalea, 49% síntomas digestivos, 14% síntomas respiratorios. Referente a los datos analíticos, 52% presentó anemia, 70% trombopenia, 97% no tenía leucocitosis, transaminasas elevadas en 25 casos de 87 en los que se recogió el dato. LDH elevada en el 85,7%. Otros datos de interés: 3 ingresos en UCI, 4 gestantes, y 5 pacientes eran VIH positivos. No hubo ningún fallecimiento. Un 41% de los pacientes no volvió a revisión tras el alta hospitalaria.

Discusión. En el momento actual es importante reconocer enfermedades importadas cada vez más frecuentes. En el caso de la malaria, los casos importados suceden sobre todo en inmigrantes ya asentados en nuestro país, y que acuden periódicamente a sus países de origen, muchos de ellos sin una profilaxis adecuada.

Conclusiones. En nuestra área de salud, la malaria siempre debe incluirse en el diagnóstico diferencial de paciente con estancia en los últimos 6 meses en zona de riesgo, sobre todo si se acompaña de fiebre, trombopenia, cefalea o clínica digestiva, con proteína c reactiva elevada y ausencia de leucocitosis. *Plasmodium falciparum* es la especie más frecuente, y Guinea Ecuatorial y Nigeria los países de procedencia más frecuentes. La mayor parte de los pacientes no realiza profilaxis adecuada, y muchos de ellos desaparecen del sistema sanitario tras su tratamiento sin revisión posterior una vez finalizado el tratamiento. Un porcentaje no desdeñable se acompañan de otras entidades a tener en cuenta: 4% de gestantes y 5% de infección por VIH.

A-39

GRANULOMAS EN MÉDULA ÓSEA: ANÁLISIS DE 23 CASOS

I. Villaverde¹, J. Lamas¹, B. Sopena¹, A. Rodríguez¹, A. Martínez¹, R. Longueira¹, J. Gonzalez-Carrero² y C. Martínez-Vázquez¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Xeral de Vigo. Vigo (Pontevedra).

Objetivos. La presencia de granulomas en biopsia de médula ósea es un hallazgo infrecuente, siendo su diagnóstico diferencial muy amplio. El objetivo del presente estudio fue evaluar el diagnóstico y las características clínicas y analíticas de los pacientes con biopsia positiva para granulomas en médula ósea en nuestro centro.

Material y métodos. Se trata de un estudio observacional y retrospectivo. A través de la base de datos del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Xeral-Cíes de Vigo se hizo una búsqueda de

las biopsias de médula ósea realizadas en los últimos 25 años en las que se hubiese objetivado la existencia de granulomas. Se revisaron las historias clínicas y se creó una base de datos con diversas variables demográficas, clínicas y analíticas. Se realizó un análisis estadístico descriptivo para el que se empleó el programa informático SPSS 16.0.

Resultados. En total se hallaron 40 casos de pacientes con granulomas en la biopsia de médula ósea. Sólo en 23 de dichos casos se pudo acceder a la historia clínica para su revisión, siendo 19 varones y 4 mujeres, con una mediana de edad de 41 años (rango: 24-81). En cuanto al cuadro clínico que motivó la realización de la biopsia los síntomas más frecuentes fueron la fiebre (74%), el síndrome constitucional (35%), la tos (22%), la sudoración nocturna (17%) y el prurito (4%). En la exploración física un 52% tenía hepatomegalia, un 30% adenopatías periféricas y un 26% esplenomegalia. Analíticamente las alteraciones más frecuentes fueron la anemia (82%), leucopenia (52%), trombopenia (52%), hipertransaminasemia (39%) e hiponatremia (35%). El 52% de los pacientes estaba infectado por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el 22% por el virus de la hepatitis C (VHC). En cuanto a la etiología de los granulomas en médula ósea, el mayor porcentaje fueron diagnosticados de infección por micobacterias (48% *Mycobacterium tuberculosis*, 13% *Mycobacterium avium* complex y 4% otras), la mayoría en pacientes con infección por VIH asociada. Un 26% fueron diagnosticados de linfoma (50% Hodgkin), estando un caso asociado a la infección por VIH. Dos de los pacientes con linfoma fueron diagnosticados también de infección micobacteriana. Un 13% presentaron un síndrome mielodisplásico asociado. Otros diagnósticos menos frecuentes fueron la histiocitosis maligna (4%) y la leucemia mieloide (4%). Un caso se atribuyó exclusivamente a la infección por VIH.

Discusión. Nuestro estudio corrobora el hecho de que los granulomas son un hallazgo que se presenta de forma muy poco frecuente en las biopsias de médula ósea. En nuestro medio, las causas más frecuentes de granulomas en médula ósea parecen ser las infecciones micobacterianas y las neoplasias hematológicas, fundamentalmente el linfoma, jugando un papel muy importante la presencia de infección por el VIH. Sin embargo, las características de nuestro estudio (retrospectivo, bajo número de casos), nos obliga a analizar los datos que hemos obtenido con precaución.

Conclusiones. La presencia de granulomas en médula ósea es un hallazgo infrecuente. La etiología más frecuente en nuestro medio es infecciosa (micobacterias, VIH). Las neoplasias hematológicas son también una causa a tener en cuenta ante dicho hallazgo histopatológico.

A-230

TUBERCULOSIS MULTIRRESISTENTE: DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE 42 CASOS

A. Noguero¹, M. Amer², J. Vidal¹, O. López¹, M. Soler³, P. González-Ruano¹ y M. Jaras¹

¹Servicio de Medicina Interna. Unidad de Aislamiento Respiratorio. Hospital Cantoblanco. Madrid. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de Medina del Campo. Valladolid.

³Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Sofía. Madrid.

Objetivos. Describir las características de una serie española de 42 pacientes con tuberculosis multirresistente (en adelante, TBC-MR).

Material y métodos. Revisión retrospectiva de 42 casos de TBC-MR evaluados en el Hospital de Cantoblanco-La Paz (Madrid) en el periodo 1998-2009. Se analizaron distintas variables epidemiológicas, clínicas, microbiológicas, farmacológicas y de seguimiento. El antibiograma para fármacos de primera y segunda línea se confirmó en un centro nacional de referencia. Se consideró fecha de inicio de tratamiento efectivo aquella en la que se dispuso del antibiograma.

Resultados. De 42 pacientes estudiados, 39 (92,9%) iniciaron tratamiento en nuestro centro, 30 (74,4%) lo finalizaron y 4 (10,3%) están pendientes de completarlo. 23 pacientes (54,8%) fueron casos nuevos de TBC-MR. La media de edad al diagnóstico fue de $35,73 \pm 14,92$ años, 28 (66,7%) fueron hombres, 14 (33,3%) mujeres y sólo 6 (14,3%) pacientes eran VIH positivos. 64,3% eran extranjeros. El promedio de fármacos resistentes en el antibiograma inicial fue de $4,9 \pm 2,3$ por paciente (2-10). En el tratamiento se utilizó un promedio de $5,2 \pm 0,6$ fármacos por paciente (4-7). El promedio de tiempo para la negativización del cultivo de esputo fue de $75 \pm 62,9$ días. La duración media del tratamiento fue de $19,9 \pm 7,3$ meses. Se realizó tratamiento supervisado al alta en el 88,2% de los pacientes. De los 39 pacientes tratados, 26 (66,6%) presentaron algún efecto, predominando síntomas digestivos, artralgias y hepatitis. De 43 efectos adversos registrados (1,1 por paciente), 19 (44,2%) fueron leves (se pudo mantener el fármaco implicado tras hacer ajustes dietéticos o fraccionando dosis), 13 (30,2%) moderados (se pudo mantener el fármaco con tratamiento sintomático) y 11 (25,6%) graves (obligaron a suspender el fármaco implicado). Los resultados del tratamiento, en 30 pacientes, fueron: 20 curaciones (66,6%), 8 tratamientos completados (26,6%), 1 fracaso terapéutico (3,3%) y 1 fallecimiento (3,3%). Desde la finalización del tratamiento los pacientes fueron seguidos un promedio de $249,73 \pm 485,14$ días (mediana de seguimiento de 13,50 días). A fecha de la última visita la mayoría se encontraban asintomáticos (96,6%).

Discusión. A pesar de la agresividad de la TBC-MR, la toxicidad de los fármacos utilizados en los regímenes terapéuticos y lo prolongado del tiempo de tratamiento, en nuestra serie encontramos un alto porcentaje de pacientes que alcanzaron la curación y/o completaron el tratamiento (93,3%), en gran parte gracias al alto porcentaje de tratamientos supervisados. La mayoría de efectos adversos registrados no obligaron a la suspensión del fármaco. Es destacable el alto porcentaje de inmigrantes, la mayoría provenientes de países con alta prevalencia de MR-TBC, y de casos nuevos de MR-TBC.

Conclusiones. Este estudio sugiere que es posible tratar de forma exitosa la tuberculosis multirresistente, siempre que sea posible una correcta y cercana supervisión clínica y del cumplimiento terapéutico, y se monitoricen estrechamente los efectos adversos, siendo relativamente infrecuentes los efectos adversos severos que obliguen a suspender el fármaco implicado.

A-241 SEPSIS-SEVERITY SCORES AT AN INTERMEDIATE MEDICAL CARE UNIT POPULATION

P. Freitas, S. Duque, M. Pinto, T. Leandro, L. Fernandes, C. Conceição, A. Sousa y V. Batalha

Servicio de Medicina IV. São Francisco Xavier. Lisboa (Portugal).

Objectives. Intermediate Medical Care Units (INTCU) play an important role in the treatment of unstable patients, who do not fulfil the admission criteria for intensive care units (ICU), but require continuous and close monitoring. Many patients are admitted at INTCU with sepsis, for that they accomplish conditions necessary for their treatment. Clinical and epidemiologic characterization of patients with sepsis criteria, admitted at the first 21 months of an INTCU, at a Central Hospital. Evaluation of mortality predictors was made and co-morbidity scores were also tested as predictors of mortality.

Material and methods. Observational and retrospective study of patients with sepsis, admitted at an INTCU with four beds, at a Central Hospital, during a period of 21 months. Criteria for sepsis of the "2001 International Sepsis Definitions Conference" were considered. The Severity scores (SS) calculated were: Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE) II, Simplified Acute Physiology Score (SAPS) II and Sequential Organ Failure Assessment (SOFA).

Results. During 21 months 246 patients were analyzed, of which 85 (35%) with criteria for sepsis. Five patients were excluded for data missing. The mean age was 62 years (21; 96), with equal gender distribution. The main departments of origin were: 48.8% Emergency Room, 23.8% Intensive Care Units and 12.5% Medical Intensive Care Unit. The main sources of infection identified were: respiratory (70%) and urologic (18.8%). Severity scores mean values were: APACHEII 16 (33% of predicted mortality), SAPSII 32 (13% of predicted mortality) and SOFA 6 (10% of predicted mortality). Charlson co-morbidity mean score was 5. The average length of stay was 11 days in INTCU. Most patients were discharged home (36%); 16% died at INTCU; the remain were transferred mainly to an Internal Medicine Intensive Care Unit (31%) and 6% to an ICU. The overall hospital mortality was 20%. The areas under the receiver operating characteristic (AUROC) to evaluate the mortality in INTCU from APACHE II, SAPS II, SOFA e Charlson were respectively 0.785; 0.847; 0.696; 0.741 (95% confidence interval). In what concerns to overall hospital mortality, and for the same scores, the results found for the AUROC were: 0.789; 0.861; 0.749; 0.773, respectively.

Discussion. The search for an ideal severity score for critical ill patients has been challenging. We tried to apply some of the existing ones to a specific population, at a specific unit. Our results showed that the SAPS II may be an efficient predictor of mortality in septic patients. However, other studies should follow in order to establish their importance as first choice score.

Conclusions. In this population of patients with sepsis criteria, the SAPS II was the best predictor of mortality in INTCU. Similar results were found for overall hospital mortality.

A-253 INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE

J. Ortiz Sánchez¹, P. Wikman Jorgensen², E. Madroñal Cerezo¹, R. Martín Díaz¹, R. Calderón Hernaiz¹, D.O. Rejas Velasquez¹, J. Canora Lebrato¹ y A. Zapatero Gaviria¹

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

²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Juan. Alicante.

Objetivos. La enfermedad asociada a Clostridium difficile (EACD) está presentando un cambio epidemiológico. Se está describiendo un aumento de la incidencia así como brotes de cepas hipervirulentas de nueva aparición. Nuestro objetivo es describir las características clínicas y evolución de los pacientes con EACD en nuestro hospital.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo en el cual incluimos los pacientes ingresados en el Hospital Universitario de Fuenlabrada de Madrid con diagnóstico principal al alta de colitis por Clostridium difficile, desde enero 2005 hasta diciembre 2009, según los datos obtenidos del Conjunto Mínimo Básico de Datos. Los datos se obtuvieron revisando las historias clínicas electrónicas. Se realizó el análisis con el paquete estadístico SPSS 15.0.

Resultados. Se recogieron un total de 28 pacientes, el 46,4% diagnosticados en el año 2009, edad media de 70,6 años ($\pm 15,5$), 60,7% mujeres. Presentaban los siguientes factores de riesgo de EACD: mayor de 65 años 71,4%, antineoplásicos en las 8 semanas previas 14,3%, VIH 3,6%, cirugía o manipulación gastrointestinal previa 21,4%, toma de antiácidos (antiH2 o IBP) 60,7%. El 82,1% de los pacientes había recibido antibioterapia en las 12 semanas previas, siendo los grupos más frecuentes betalactámicos 46,4%, quinolonas 21,4%, clindamicina 3,6% y fosfomicina 3,6%. En el 7,1% de pacientes no constaba el tipo de antibiótico prescrito. Síntomas: diarrea 100%, dolor abdominal 57,1%, fiebre 35,7%, náuseas 36,4%. El 17,9% se complicó con una sepsis grave, en ningún caso megacolon tóxico ni perforación intestinal. El diagnóstico se realizó por detección de toxina en heces en 78,6%, con colonoscopia en 3,6%, siendo diagnóstico presuntivo en el resto (17,8%). Evolución del cuadro: curación 71,4%, recurrencia

14,3%, exitus atribuible a Clostridium 3,6%, exitus atribuible a otras causas 10,7%. Tratamiento inicial: metronidazol oral 96,4%, vancomicina + metronidazol 3,6%. Duración del tratamiento 11,1 (\pm 3,1) días. En el 10,7% de los casos se añadieron probióticos. La duración del ingreso fue de 10,8 \pm 7,7 días.

Discusión. En el último año hemos visto un aumento del número de casos de EACD, triplicándose respecto a años previos. La edad mayor de 65 años y la antibioterapia previa son los factores de riesgo más frecuentes en nuestra serie. No obstante en el 17,9% no existía antecedente de tratamiento antibiótico. El 60,7% recibían antiácidos, actualmente factor de riesgo considerado controvertido. La diarrea está presente en todos los casos, confirmando el diagnóstico con detección de toxina en heces en la mayoría de los pacientes, presentando evolución favorable el 70,4%. El 10,7% recibieron probióticos, actualmente no recomendado inicialmente. La estancia media es mayor que la descrita en el Servicio de Medicina Interna de nuestro hospital (10,8 vs 7,1 días).

Conclusiones. El número de casos de EACD está aumentando en nuestro hospital. Los factores de riesgo más frecuentes son edad > 65 años y la toma previa de antibióticos, siendo los betalactámicos el grupo más frecuentemente implicado, si bien hay casi un 20% en los que no existe antecedente de antibioterapia. La evolución es favorable en la mayoría de los casos, siendo la estancia media superior a la descrita en el Servicio de Medicina Interna.

A-258

ESTUDIO CLÍNICO Y DE CALIDAD ASISTENCIAL DE LA LÚES Y LA NEUROLÚES EN LOS PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH

J. Hergueta González¹, M. Torralba González de Suso¹, P. Chacón Testor¹, M. Megino Moreno¹, L. Abejón López¹, D. Bernal Bello¹, A. González Praetorius² y M. Rodríguez Zapata¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología. Hospital Universitario. Guadalajara.

Objetivos. La sífilis es una infección causada por la espiroqueta, *Treponema pallidum*. Es sabido que los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana comparten la vía de transmisión con la sífilis y pueden presentar éstos una evolución más agresiva que los pacientes sin infección por VIH. Al no generar los pacientes una inmunidad protectora para la lúes éstos pueden reinfectarse, debiendo realizarse serologías con relativa frecuencia para descartar nuevas infecciones. Nuestro objetivo fue evaluar la prevalencia de la sífilis, el manejo diagnóstico y el tratamiento de la misma en pacientes con infección por VIH.

Material y métodos. Estudio de cohorte retrospectivo. Se analizaron todos los pacientes con infección por VIH estudiados en el Hospital Universitario de Guadalajara en los últimos 5 años (2005-2009). Se estudió el tiempo de seguimiento, el número de serologías solicitadas en dicho periodo y en caso de infección, el tratamiento prescrito así como el número de punciones lumbares realizadas. Se analizaron además los pacientes con neurolúes y su evolución. El diagnóstico de la infección se realizó por pruebas treponémicas (HPT y anticuerpos antitreponema pallidum) y no treponémicas (RPR).

Resultados. Se estudiaron 564 pacientes siendo el 73,5% varones y con una mediana de edad de 38 años (intervalo intercuartil: 33-43). La mediana de seguimiento de la cohorte global fue de 25,0 meses (intervalo intercuartil: 6,0-81,9). La mediana de extracciones sanguíneas realizadas (en las que se medían carga viral de VIH y linfocitos CD4) durante el periodo de seguimiento era de 6 extracciones (intervalo intercuartil: 2-16). Durante el seguimiento no se realizó ninguna serología a lúes en el 48,9% de los pacientes. Un 43,3% de los pacientes tenían al menos una serología a lúes realizada y un 8,0% tenían dos o más de dos serologías realizadas. La tasa de serologías solicitada de lúes fue de 0,1887 paciente y

año, o lo que viene a ser lo mismo, se solicita aproximadamente una serología de lúes a cada paciente cada 5,3 años. De los 289 pacientes de quienes se disponía de una serología luética, ésta era positiva en 23 pacientes (8,0%). Se realizó punción lumbar en 9 pacientes de los cuales 5 tenían criterios de neurolúes. Si los pacientes en quienes no se ha realizado la serología presentasen una proporción similar de lúes y de neurolúes, se hubieran diagnosticado 22 lúes más y 5 neurolúes.

Discusión. A la vista de los resultados de nuestro estudio, se observa un cierto descuido en lo que respecta a la solicitud de serologías luéticas y la realización de punciones lumbares para el diagnóstico y seguimiento de la sífilis y neurosífilis en los pacientes infectados por el VIH, pudiendo dar lugar a un infradiagnóstico de dichas patologías.

Conclusiones. La prevalencia de sífilis no es despreciable en la población con infección por VIH. Se observa un descuido en la solicitud de la serología luética en estos pacientes como en la repetición de la misma en aquellos con serología negativa. Dada la sencillez de su tratamiento y las graves consecuencias que pueden acarrear el infradiagnóstico, es necesario insistir en la realización de serologías de forma rutinaria aún en pacientes asintomáticos.

A-260

COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA AND HEALTH CARE ASSOCIATED PNEUMONIA: IS IT JUSTIFIED TO CHANGE THE NOMENCLATURE?

F. Gândara, I. Araújo, A. Abreu, E. Ndrio, H. Sousa, R. Cardiga, M. Alfaca y F. Ceia

Serviço de Medicina III. Hospital de São Francisco Xavier. Lisboa (Portugal).

Objectives. Background: Health Care Associated Pneumonia (HCAP) affects a heterogeneous patient population with poorly defined risk factors that may increase the possibility for drug-resistant pathogens infections. The most recent Recommendations of IDSA/ATS on the management of Community-Acquired Pneumonia (CAP) in Adults withdrew management of HCAP since these mirror epidemiologically hospital-acquired infections and should therefore be addressed and treated as such. Objective: To compare two populations with and without epidemiology related to Health Care associated infections.

Material and methods. Retrospective study during 6 months period. Included patients discharged from an Internal Medicine Ward, with Pneumonia (PN) diagnosis (ICD-9-CM: 480-487.0). Hospital-acquired pneumonia was excluded. G1 was defined as patients with CAP and G2 patients with HCAP.

Results. Identified 72 pts: G1 = 75% (54); G2 = 25% (18); mean age respectively 76.5 (SD 11.5) and 84.8 (SD 6.8) years ($p = 0.005$); 66.7% women in both groups. In G2, 72% of patients living in long term care institutions. The percentage of patients with ≥ 4 comorbidities/risk factors for PN was 27.8% in G1 vs. 50% for G2 ($p = 0.08$). More severe disease was found in G2. The difference between groups was statistical significant with two severity scores, CURB 65 ($p = 0.002$) and PSI ($p = 0.025$). PIRO score was less accurate for detecting severity PN: G1: 2.1 \pm 1.0 vs G2: 2.7 \pm 1.0 ($p = 0.056$). Concerning IDSA/ATS criteria for ICU admission no clearly differences were established: G1 18.5% vs G2: 33.3% ($p = 0.19$). Empirical antimicrobial therapy was the same in two populations: b-lactam alone or b-lactam plus a macrolide (42.6% vs 16.7% and 33.3% vs 38.9%). For Pseudomonas infection, antimicrobial prescription was similar in two groups. In-hospital mortality was higher in G2: 33.3% vs 13.0% ($p = 0.052$).

Conclusions. Patients with HCAP were older, had more comorbidities / risk factors for PN, more severe illness and higher mortality. Empirical antimicrobial regimens were inappropriate according to Recommendations with respect the type of PN. It could be re-

sponsible for the poor outcome in HCAP patients. That is the reason why it is justified the change in nomenclature, as well as a different approach and therapy.

A-262 VALOR DEL ADA EN MENINGITIS NO TUBERCULOSAS

M. Pérez-Rodríguez¹, P. Varela¹, P. Llinares¹, E. Sánchez¹, A. Cañizares², A. Arévalo¹ y B. Pernas¹

¹Unidad de Infecciosas, ²Servicio de Microbiología. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña.

Objetivos. La presencia de niveles de adenosina deaminasa (ADA) en líquido cefalorraquídeo (LCR) superiores a > 10 UI/l, se ha asociado meningitis tuberculosa. Sin embargo, el ADA puede encontrarse elevado en meningitis infecciosas de otras etiologías. El objetivo de estudio fue conocer las características citobioquímicas y niveles de ADA en pacientes con meningitis producidas por virus herpes simple (VHS), virus varicela zoster (VVZ) y Listeria, que pueden presentar características clínicas y alteraciones en el LCR indistinguibles de la tuberculosis.

Material y métodos. Se revisaron todos los pacientes diagnosticados de meningitis o meningioencefalitis por VHS, VVZ y Listeria entre enero de 2005 y junio de 2010. Se excluyeron los pacientes en los que no se había realizado determinación de ADA y aquellos en los que la PCR de virus detectó la presencia de ≥ 2 virus. Se recogieron las características epidemiológicas, los factores de riesgo (inmunodepresión, alcoholismo, embarazo), los datos clínicos (tiempo de evolución, síntomas, presencia de lesiones cutáneas) y los estudios analíticos y microbiológicos de los pacientes incluidos.

Resultados. Se identificaron 29 pacientes con meningitis o meningioencefalitis: 13 por VHS, 5 por VVZ, 11 por Listeria. No se encontraron diferencias significativas en la distribución por sexos, edad, tiempo de evolución y convulsiones entre los tres grupos. De los 5 pacientes con meningitis por VVZ, 3 presentaban lesiones cutáneas de zóster. Se encontró diferencia estadísticamente significativa en las proteínas del LCR de los tres grupos ($92,3 \pm 52,46$ mg/dl en VHS, $260,3 \pm 118,2$ mg/dl en VVZ y $191 \pm 80,4$ mg/dl Listeria, $p = 0,01$) y en el ADA ($3,27 \pm 1,88$ UI/l en VHS, $14,24 \pm 10,77$ UI/l en VVZ y $9,5 \pm 6,44$ UI/l, $p = 0,012$). El valor del ADA se correlacionó con la cifra de leucocitos en el LCR ($r = 0,043$), independientemente del predominio de monocitos, y con el valor de las proteínas ($r = 0,001$).

Discusión. En pacientes con meningitis infecciosa no tuberculosa, sobre todo en las producidas por Listeria y Brucella, se han descrito niveles de ADA elevados. En nuestro estudio se ha encontrado que los pacientes con meningitis por VVZ presentan valores de ADA incluso superiores a los de las meningitis por Listeria ($14,24$ vs $9,5$ UI/l). Este hecho asociado a que en el 40% de los casos de meningitis por VVZ pueden presentar consumo de glucosa y las lesiones cutáneas sólo están presentes en el 60% de los pacientes, puede llevar a diagnosticar erróneamente a estos pacientes de tuberculosis.

Conclusiones. En los pacientes con meningitis por VVZ los niveles de ADA en LCR pueden estar elevados.

A-266 MANEJO DE LA ANTIBIOTERAPIA EMPÍRICA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

I. González Negro¹, A. Herrero Carrera¹, A. Gómez Berrocal¹, E. Díaz Guardiola¹, A. Somodevilla Solís², A. Salas Aparicio¹ y C. Suárez Fernández¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Objetivos. Describir el ajuste de la antibioterapia empírica que se realiza en los pacientes con hemocultivos positivos ingresados en

el último año en el Servicio de Medicina Interna-Infecciosas y las características del tratamiento antibiótico.

Material y métodos. Estudio descriptivo prospectivo de los pacientes con hemocultivos positivos ingresados en los Servicios de Medicina Interna-Infecciosas durante el periodo junio de 2009 a junio de 2010. Se analizaron los pacientes con hemocultivos positivos procesados por el Servicio de Microbiología que habían sido obtenidos tanto en urgencias como en planta de hospitalización.

Resultados. De un total de 152 pacientes con hemocultivos positivos, 47 no se analizaron por considerarse contaminación o por falta de datos. El foco infeccioso más frecuente fue el urinario (38,15%), seguido del respiratorio (16,2%), abdominal (11,4%) y cutáneo/partes blandas (10,5%). El microorganismo que se aisló con más frecuencia fue E. coli, sin haber diferencias significativas entre Gram positivos y Gram negativos. El antibiótico empírico más empleado fueron las cefalosporinas de tercera generación con un 24% de los pacientes, seguido de amoxicilina-clavulánico (20%), quinolonas (12,5%), carbapenemes (10,5%) y piperacilina-tazobactam (9,6%). A la hora de modificar el antibiótico empírico según el antibiograma, en el 16% de los pacientes analizados se realiza desescalada antibiótica, un 16,2% se modifica ajustándose a sensibilidades pero sin variar espectro, en un 15,2% es necesario ampliar espectro y en el 41% el tratamiento empírico se mantiene una vez confirmada su sensibilidad. De los pacientes tratados empíricamente con antibioterapia de amplio espectro, tan sólo en 4 de ellos no se realizó desescalada: dos pacientes con piperacilina-tazobactam, uno de ellos con absceso polimicrobiano y otro con varios ciclos de antibioterapia previa con quinolonas y cefalosporinas, y otros dos tratados con imipenem-cilastatina y ertapenem, por mala evolución clínica del paciente.

Discusión. En los últimos años se ha observado un incremento significativo de las infecciones causadas por microorganismos multirresistentes, lo que hace necesaria en ocasiones el empleo de antibioterapia empírica de amplio espectro. A su vez, el mal uso de este tipo de antibióticos favorece la aparición y difusión de resistencias. Para reducir este efecto, las guías clínicas actuales recomiendan el cambio del tratamiento empírico a los tres días ajustado a los resultados microbiológicos; sin embargo, existen pocas directrices específicas sobre cómo realizarlo. También son escasos los estudios descriptivos sobre si la desescalada antibiótica, entendiéndose como tal la modificación de antibioterapia de amplio espectro por una de menor cobertura una vez interpretados los resultados microbiológicos, se realiza correctamente. Estos datos podrían constituir una fuente de información relevante para el clínico.

Conclusiones. En el Servicio de Medicina Interna-Infecciosas la antibioterapia empírica se modifica en casi el 60% de los pacientes, realizándose en un 16% de ellos la desescalada antibiótica. En muy pocos pacientes se mantuvo el antibiótico de amplio espectro, justificándose los motivos en el informe de alta.

A-270 PAUTAS DE COMPORTAMIENTO DE LOS INMIGRANTES QUE REGRESAN TEMPORALMENTE A SUS LUGARES DE ORIGEN CON RESPECTO A LAS MEDIDAS DE CONSEJO AL VIAJERO

G. Martín¹, L. Casado¹, A. Rodríguez-Guardado¹, F. Pérez², M. Rodríguez² y N. Morán¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias).

Objetivos. El colectivo de inmigrantes que regresa temporalmente a sus lugares de origen (VFR) tiene un elevado riesgo de contraer una enfermedad infecciosa importada durante su viaje. Tradicionalmente se ha considerado que es un colectivo con baja adherencia a las medidas de prevención suministradas durante el consejo al viajero. Por este motivo nos propusimos analizar el comportamiento

de este colectivo frente a estas medidas de profilaxis y los problemas de salud derivados del viaje.

Material y métodos. Se estudiaron la adherencia a las medidas higiénico-dietéticas, de vacunación y quimioprofilaxis suministradas durante el consejo al viajero internacional por parte de los VFR atendidos en la consulta de Medicina Tropical del Hospital Universitario Central de Asturias entre los años 2006-2009. Se definió como VFR a todo inmigrante establecido de forma permanente en España que regresaba temporalmente a su lugar de origen. Todos ellos fueron sometidos a un cuestionario durante la consulta que recogía el tipo de medidas realizadas antes y durante el viaje así como la presencia de patología tras el mismo.

Resultados. Durante el periodo de estudio se analizaron 37 inmigrantes (54% mujeres; edad media 38 años; tiempo medio de permanencia en España: 1312 días (límites 182-3.456)). Los principales países de procedencia eran: Senegal (40,5%), Guinea Ecuatorial (24,3%), Ecuador (10,8%) y Brasil, Camerún, Venezuela y Colombia (5,4% respectivamente) que se correspondían con los países del viaje. La duración media del viaje fue de 91 días. Sólo 9 pacientes solicitaron consejo al viajero antes del viaje. El 72% de los viajeros no realizó ningún tipo de vacunación y el 78% no realizó medidas de quimioprofilaxis contra la malaria pese a viajar a zona endémica del mismo. Con respecto a las medidas higiénico-dietéticas sólo un 25% consumió agua potable y el resto lo hizo de pozo o del grifo. Ningún viajero usó repelentes y sólo un 9% disponía de mosquiteras. Catorce pacientes presentaron patología al regreso del viaje. Un 25% de los pacientes presentó diarrea durante el viaje y un 19% un síndrome febril, siendo los motivos de consulta más frecuentes. En el 32% de los casos la diarrea se debió a causas parasitarias (8 infecciones por *Entamoeba histolytica* con dos abscesos hepáticos amebianos, dos infecciones por *Giardia intestinalis*, 1 por *T. trichuria* y otra por *Uncinaria spp*) y el resto fue etiquetada de diarrea del viajero. Seis pacientes contrajeron un paludismo, en 5 casos por *P. falciparum* y uno por *P. vivax*.

Conclusiones. Los inmigrantes que regresan temporalmente a sus lugares de origen constituyen un grupo de alto riesgo para contraer una enfermedad importada debido a su escasa adherencia a las medidas de vacunación y quimioprofilaxis. Entre las enfermedades que contraen destaca el paludismo debido a su alta tasa de morbi-mortalidad. Es necesario una mayor implicación de los colectivos sanitarios que atienden a estos pacientes (Atención primaria, unidades especializadas) para aumentar la adherencia a las medidas preventivas previas.

A-276 LEISHMANIASIS VISCERAL, UNA ENFERMEDAD A TENER EN CUENTA. REVISIÓN 2005-2010 EN NUESTRO CENTRO

R. Gálvez López, C. López Robles, F. Anguita Santos, M. Moreno Higuera, D. Vinuesa García, J. Parra Ruiz, M. García morales y L. Ruiz Rivera

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Especialidades San Cecilio. Granada.

Objetivos. Evaluar las características, tanto clínicas como epidemiológicas, y la remisión clínica de enfermedad en pacientes con diagnóstico de leishmaniasis visceral (LV) en nuestro medio en los últimos años.

Material y métodos. Se analizaron de forma retrospectiva todos los pacientes que tuvieron diagnóstico de LV desde enero de 2006 a junio de 2010. Se realizó un análisis descriptivo y epidemiológico de las características de los pacientes y de la evolución clínica. El diagnóstico se obtuvo por punción aspiración de médula ósea (PAMO) o mediante determinación del antígeno de *Leishmania* en orina. La determinación del antígeno en orina se realizó sobre orina obtenida por micción espontánea utilizando la prueba de aglutinación de látex KAtex®.

Resultados. 17 pacientes con diagnóstico de LV fueron evaluados. Todos presentaban cuadro febril sin foco evidente, esplenomegalia y afectación hematológica. En 13 de los pacientes se realizó PAMO que confirmó el diagnóstico, y en 12 de ellos fue positivo el Ag de *Leishmania* en orina (en 7 pacientes ambas técnicas +). Todos los pacientes presentaban una causa subyacente de inmunodepresión, prevaleciendo la coinfección por VIH (70%), siendo otras causas de inmunodepresión la desnutrición proteica (11%), procesos hematológicos (11%) y el tratamiento con fármacos biológicos (11%). De ellos 6 pacientes eran originarios o habían vivido en Latinoamérica, 10 eran de origen español y uno era de Europa del Este. 12 pacientes fueron tratados con anfotericina B liposomal, produciéndose en todos ellos la remisión del cuadro clínico, aunque en sólo 6 de ellos se negativizó el antígeno de *Leishmania* en orina. 1 paciente falleció como consecuencia de un proceso onco-hematológico, 2 pacientes a causa de complicaciones del VIH y 2 como consecuencia de la LV.

Discusión. La LV es una enfermedad parasitaria endémica en nuestro medio y relativamente frecuente. Se debe realizar diagnóstico de sospecha de leishmaniasis visceral ante un cuadro de fiebre, esplenomegalia y alteraciones hematológicas. El diagnóstico se suele realizar mediante PAMO, aunque también se ha demostrado de utilidad diagnóstica la detección de Ag de *Leishmania* en orina. Ante una sospecha de dicho cuadro y antigenuria de *Leishmania* en orina positiva podríamos concluir que presenta LV, sin embargo si es negativa no podríamos descartar el cuadro infeccioso.

Conclusiones. La LV es una entidad clínica que se debe sospechar ante un síndrome febril sin foco y alteración de las series hematológicas. Es de especial importancia si el paciente presenta alguna causa de inmunosupresión. A pesar de ser considerada una "enfermedad olvidada" la prevalencia en nuestro medio es relativamente elevada.

Tabla 1 (A-276). Utilidad del Ag de *Leishmania* en orina en comparación con PAMO (Gold Standard)

	PAMO +	PAMO -	
Ag +	7	0	VPP 100%
Ag -	4	5	VPN 56%
	Especificidad 100%	Sensibilidad 64%	

A-290 ESTUDIO DE INCIDENCIA DE LA NUEVA GRIPE A EN PROFESIONALES SANITARIOS. EL PROFESIONAL ASINTOMÁTICO COMO VECTOR DE ENFERMEDAD

M. Marcos Herrero¹, J. Olalla Sierra¹, J. de la Torre Lima¹, A. del Arco Jiménez¹, L. Mérida Rodrigo¹, M. Noureddine¹, J. Oulkadi² y N. Montiel³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Vigilancia de la Salud, ³Servicio de Microbiología. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga).

Objetivos. 1. Analizar la incidencia de la infección por gripe pandémica en profesionales sanitarios de un centro hospitalario, en servicios de alto riesgo: urgencias y medicina interna. 2. Detectar "portadores" asintomáticos o paucisintomáticos de la enfermedad, y su potencial papel como vectores de la misma.

Material y métodos. Estudio prospectivo, descriptivo, observacional, mediante recogida de datos por cuestionario y resultado analítico de muestras biológicas. Comenzó la 3ª semana de septiembre hasta la 3ª semana de diciembre de 2009. Se tomó una muestra nasofaríngea semanal, durante 12 semanas, a 60 profesionales sanitarios de diferentes colectivos (facultativos, enfermeras, auxiliares de clínica, celadores), con actividad en urgencias y medicina interna. Las muestras se analizaron con RT-PCR. Además, se

pasó cuestionario sociodemográfico, descripción de síntomas, inmunización y tratamiento.

Resultados. De los 60 sanitarios, se registraron 24 pérdidas. Se analizaron también las muestras recogidas a los sujetos que salieron del estudio. 27 eran mujeres y 7 hombres. La edad media es de 37,1 años, siendo el mayor de 53 años y el menor de 23. Por categoría profesionales, 16 son médicos, 16 enfermeros, 2 auxiliares de enfermería y 2 celadores. Sintomatología: 13% del total presentó tos, rinorrea un 20%, odinofagia 8%, cefalea el 15% y malestar general el 2% de los casos. Se vacunaron 4 (11,1%) frente a la gripe estacional, y 4 contra la gripe A (coinciden 3). No refleja ningún caso consumo de oseltamivir. Se hicieron 463 análisis por PCR en tiempo real. Se recogieron 5 resultados positivos (13,8%), mujeres todas. De ellos 4 son facultativos y 1 enfermero. Su edad media es de 33 años (entre 43 y 26 años). En todos los casos, la evolución fue favorable con síntomas gripales convencionales. Entre los casos positivos, hay un caso asintomático, una enfermera de 26 años, que dio positivo en la semana 5. Los casos positivos coinciden con las semanas 6 y 11 del estudio, coincidiendo con los picos de casos confirmados en el hospital.

Conclusiones. La literatura no recoge estudios de incidencia en sanitarios de la gripe pandémica, ni screening con la técnica de RT-PCR. La técnica de aislamiento de ARN por RT-PCR no es un buen método de screening por las molestias en la toma de muestras, el costo del proceso y las dificultades técnicas. El sector sanitario está especialmente expuesto ante una pandemia de este tipo, por lo que se precisan métodos efectivos de aislamiento, diagnóstico y terapéutico. La presencia de personal sanitario paucisintomático o asintomático le convierte en portadores durante al menos 7 días tras la infección. Es importante promover la inmunización del profesional y utilizar medidas de protección de pacientes frágiles durante las oleadas de la gripe pandémica.

A-299 APPROPRIATE ANTIBIOTIC SELECTION ACCORDING TO PNEUMONIA SEVERITY AND ETIOLOGIC AGENT IDENTIFIED. ARE WE FOLLOWING THE RECOMMENDATIONS?

F. Gândara, I. Araújo, A. Abreu, E. Ndrio, R. Ferreira, F. Marques, C. Fonseca y F. Ceia

Serviço de Medicina III. Centro Hospitalar Lisboa Ocidental. Hospital São Francisco Xavier. Lisboa (Portugal).

Objectives. Background: Early antibiotic (AB) therapy and the initial selection of an empirical AB regimen against the likely pathogen influence the prognosis of Community-acquired pneumonia (CAP). Diagnostic testing to determine the etiology of CAP is recommended in cases of moderate or severe disease and identification of the causative organism is achieved only in 30-50% of patients (pts). Aim: 1) to identify the microbiological agent and methods of diagnosis; 2) to analyze the AB regimens in pts with CAP.

Material and methods. In a retrospective study, we identified pts with PN diagnosis (ICD-9-CM: 480-487.0) during a 6 months period. Hospital-acquired PN was excluded. We compared pts with mild (G1) and moderate/severe (G2) disease (CURB 65 < 2 vs ≥ 2 or PSI class < 4 vs class ≥ 4) with respect to the microorganisms identified, and analyzed antibiotic adequacy and susceptibility.

Results. Seventy two (72) cases were identified: G1 (14 pts), 67.1 ± 13.2 years, 78.6% collected biologic products (all 16 sterile samples), G2 (58 pts), 80.9 ± 9.3 years, 60.3% collected biologic products, 11 with microorganism isolation (return rate = 20%): 54.5% Pneumococcus. Empirical antibiotic prescribed: beta-lactamic alone G1-28.6% and G2- 37.9%; with macrolid association G1- 50% and G2- 43.1% and the spectrum was extended before 72 h in 16.7%. AB therapy was according to Recommendations in 47.2% of pts. The average of hospital length of stay was 11.4 ± 7 days in G1 and 13.4

± 10.2 days in G2. Duration of therapy was 13.6 ± 5.6 days in G1 and 11.2 ± 4.7 days in G2.

Conclusions. Pneumococcus was the main pathogen identified in moderate/severe CAP. The low yield of cultural tests confirmed the little use of microbiologic data (all sterile) in mild CAP. They are also expensive and therefore optional according to Recommendations. The CAP severity was not a factor in determining initial AB selection. The duration of treatment exceeded 10 days recommended regardless of severity with potential adverse effects and costs to our resources.

A-300 ESTUDIO DE LAS PROTEÍNAS TOTALES SÉRICAS EN PACIENTES CON Y SIN INFECCIÓN POR VIH

M. Torralba González de Suso¹, L. Ruiz Trujillo², G. Hernando Benito¹, L. Asong Engonga Obono¹, B. Millán Bustamente³, S. Laínez Justo¹, M. Rodríguez Zapata¹ y J. Domínguez López²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Análisis Clínicos, ³Servicio de Neurología. Hospital Universitario. Guadalajara.

Objetivos. Los pacientes con infección por VIH atendidos en consulta externa y en estabilidad clínica presentan generalmente, una cifra elevada de proteínas totales a expensas de un incremento de las gammaglobulinas policlonales. Los pacientes sin infección por VIH no presentan generalmente este aumento de las proteínas totales. Nuestro objetivo fue calcular la sensibilidad y especificidad de las proteínas totales como marcador diagnóstico indirecto de la infección por VIH

Material y métodos. Estudio transversal analítico. Se recogieron las proteínas totales, proteinograma y variables epidemiológicas de pacientes con infección por VIH y de pacientes de quienes se disponía una serología VIH negativa, atendidos en atención primaria y de quienes se disponía a su vez de las proteínas totales. Se excluyeron pacientes con mieloma o pacientes hospitalizados.

Resultados. Se analizaron datos de 4.096 pacientes en los últimos 6 años. Se estudiaron 235 pacientes con infección por VIH y se compararon con 3861 controles (VIH negativos). La mediana de edad de los pacientes VIH+ era de 44 años (IIC: 38-48), siendo el 70,2% varones. La mediana de proteínas totales fue de 75, 0 (IIC: 70,7-79,0) y de CD4: 520 (IIC 340-670) teniendo el 86% la carga viral < 50 copias/ml y 20 sujetos sin tratamiento antirretroviral. La mediana de edad de los pacientes VIH- era de 31 años (IIC: 27-35), siendo el 18% varones. La mediana de proteínas totales fue de 70 g/dl (ICC: 67-73). Los pacientes con infección por VIH presentan en promedio 5,3 gramos más de proteínas totales que los VIH- (IC95%: 4,3-6,3; p = 0,0001); En un análisis de regresión logística y ajustado por la edad y sexo, las proteínas totales se mostraban como predictor independiente. (OR: 1,17; IC95% OR: 1,14-1,2; p < 0,0001). Con un punto de corte de 78 g de proteínas/dl y una prevalencia de infección por VIH de un 5,7%, la sensibilidad era de un 31%, la especificidad de un 95%, el VPP de un 28% y el VPN de un 96%. El área bajo la curva (ROC) era de 0,73 (IC95%: 0,69-0,77; p < 0,0001).

Discusión. Las proteínas totales nos parecen un medio indirecto para que el médico dude de la posibilidad de infección por VIH si las proteínas totales son inferiores a 78 g/dl (VPN: 96%), pero en especial puede ser útil al médico de atención primaria que ante la presencia de unas proteínas totales de más de 78 debe pensar en la infección por VIH y solicitar la serología VIH. En este sentido sólo se haría la prueba a 265 sujetos y de éstos el 28% sería positiva (VPP: 28%)

Conclusiones. Las proteínas totales están elevadas independientemente de la edad y el sexo en la infección por VIH. El punto de corte de 78 g/dl de proteínas totales debe advertir al médico de atención primaria para solicitar la serología VIH.

Paciente pluripatológico/Edad avanzada

EA-12

PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA EN EPOC. EXPERIENCIA DE 1 AÑO EN UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRAL (OSI)

M. Ferrer Felis², D. Abil Martínez², N. Galofré Àlvaro¹, J. Oriol Sabater³, S. Fernández Serrano³, J. Vila Planas¹ y J. González Ares⁴

²Servicio de Atención Integral Domiciliaria (SAID), ¹Servicio de Medicina Interna, ³Unidad de Neumología, ⁴Unidad de Docencia e Investigación. Hospital Municipal de Badalona. Badalona (Barcelona).

Objetivos. La EPOC es una patología con alta prevalencia en la población española. Las exacerbaciones son muy frecuentes y comportan una elevada morbimortalidad y un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes y familiares. El desarrollo de programas de atención crónica con equipos multidisciplinares puede contribuir a una reducción del gasto de recursos sanitarios y aumentar la satisfacción de los pacientes y familiares. En este sentido presentamos nuestra experiencia del año 2009.

Material y métodos. En una OSI con 4 niveles asistenciales se desarrolló un programa de atención crónica al enfermo con EPOC con un equipo multidisciplinar (profesionales de Medicina Interna, Neumología, Rehabilitación y Atención Domiciliaria). Criterios de inclusión: más de dos ingresos hospitalarios previos, reingresos, más de tres visitas a urgencias en un año, enfermos con EPOC III/IV o severas limitaciones funcionales. El programa consistía en visitas programadas a domicilio de enfermería y médicas en caso necesario, atención telefónica y programa de Rehabilitación Pulmonar. En caso de agudización: tratamiento oral, Hospitalización a Domicilio, o ingreso en el Hospital de agudos. Se recogieron datos sociodemográficos, clínicos y funcionales. Se contabilizaron el nº de ingresos, estancia media y días de hospitalización en centro de agudos el año previo a la inclusión en el programa, así como el nº y los días de las hospitalizaciones en domicilio, en centro de agudos y agudizaciones con tratamiento oral durante el año de seguimiento. Se compararon los días totales y estancias medias de las hospitalizaciones en centro de agudos durante el año previo y durante un año de seguimiento.

Resultados. Se incluyeron 30 pacientes con una edad media de 79 años. El 80% eran hombres. El índice de Charlson osciló entre 1 y 3 en el 87% de los pacientes. El 97% tenía Í. Barthel > 60. El 83% mantenía una clase funcional III/IV para disnea. Los principales resultados comparativos quedan reflejados en la tabla 1. El 90% de los pacientes presentó agudización de su EPOC durante el año 2009 y se evitó ingreso en centro de agudos en el 46.7% de los casos. Fueron exitus durante el año de seguimiento el 23%.

Conclusiones. 1. Se ha reducido el número total de días de agudización. 2. Se han reducido los días de ingreso en Hospital de Agudos. 3. Se ha reducido el número de ingresos en Hospital de Agudos. 4. Ha disminuido la estancia media en la hospitalización de agudos

Tabla 1 (EA-12). Principales resultados comparativos

	Previo	Después	p <
Nº ingresos en hosp. de agudos (total/media ± DE)	97/3,28 ± 1,7	33/1,14 ± 1,38	0,00
Nº total días de agudiz. (media)	27,83	25,44	NS
Nº días en hosp. agudos (media)	27,83	8,8	0,000
Estancia media (IC)	9,14 (6,86-11,41)	4,14 (2,32-5,96)	0,05

Gestión clínica

G-1

¿ESTÁ CONTEMPLADA ADECUADAMENTE LA SITUACIÓN BASAL FUNCIONAL DE LOS PACIENTES EN LOS INFORMES DE ALTA DE HOSPITALIZACIÓN?

F. Marcos Sánchez, M. Vázquez Ronda, M. Yzusqui Mendoza, A. Vizuete Calero, A. Gallegos Polonio S. Casallo Blanco, C. Fernández González y S. Martín Barba

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

Objetivos. El informe de alta es una herramienta fundamental de comunicación. Deben estar cumplimentadas todas las variables incluidas en el conjunto mínimo básico de datos (CMBD). Hay que incluir las complicaciones presentadas y también resulta fundamental incluir información sobre la situación basal funcional del paciente, dado que la misma puede facilitar la aparición de complicaciones y prolongar el ingreso. El objetivo de nuestro estudio es valorar los informes de alta de hospitalización del Servicio de Medicina Interna, analizando específicamente la situación basal funcional del paciente, fundamentalmente mediante el índice de Barthel (IB) o al menos con una información suficiente con respecto al estado funcional.

Material y métodos. Estudio observacional, retrospectivo, realizado en un Servicio de Medicina Interna de un hospital del grupo 2. Se analizan 102 informes de alta correlativos, excluyendo los exitus, los pacientes trasladados desde la Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI) y los enfermos de edad inferior a 65 años. Se analiza la información emitida en el informe sobre la situación funcional, habitualmente mediante el IB, considerando independencia funcional o deterioro leve, por encima de 60 puntos, deterioro moderado con un IB entre 40 y 60 puntos y deterioro severo con menos de 40 puntos. También consideramos adecuada la información sobre el estado funcional mediante la escala de Karnofsky e incluso admitimos como correcta si en el informe se hacía constancia de la situación de encamamiento, deterioro cognitivo, institucionalización, dependencia para las actividades de la vida diaria e incontinencia o no de esfínteres.

Resultados. De las 102 altas analizadas, 54 correspondían a mujeres (52,9%) y 48 a varones. Existía una información completa sobre la situación basal funcional de los pacientes en 76 casos (74,5%), la información emitida era parcial o incompleta en 17 casos (16,6%) y no existía ninguna información sobre la situación funcional en 9 enfermos (8,8%). Con respecto al IB existía dependencia moderada en 18 casos (17,6%) y dependencia grave en 9 casos (8,8%). Por lo tanto existía un importante deterioro funcional en cerca del 25% de nuestros pacientes.

Discusión. La calidad de los informes clínicos de alta hospitalaria es superior en los servicios médicos, respecto a los quirúrgicos, pero hay una gran variabilidad. La calidad de los informes de alta es superior en los hospitales pequeños con respecto a los de mayor tamaño. El IB es un instrumento para evaluar la capacidad funcional con respecto a las actividades básicas de la vida diaria. En el estudio efectuado por nosotros en cerca del 75% de los informes de alta hospitalaria existía una información suficiente sobre el estado funcional del paciente.

Conclusiones. Es necesario mejorar la calidad de los informes de alta. Resulta fundamental incluir información con respecto a la situación basal funcional de los pacientes, dado que la mayor situación de dependencia genera ingresos más prolongados, incremento en las pruebas diagnósticas y un mayor número de complicaciones durante el ingreso. En nuestro estudio, cerca del 75% de los pacientes tenían bien definida la situación funcional en el informe de alta, lo que consideramos aceptable, pero que indudablemente debemos mejorar.

G-10 PROGRAMA COMPARTE. DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN COMPARTIDA PARA PACIENTES CRÓNICOS

I. Vallejo Maroto¹, A. Fernández Moyano¹, J. Páez Pinto²,
M. Tarilonte Delgado², F. Alemany Lasheras¹, S. González Limones²,
M. Ruiz Romero¹ y C. Conde Guzmán¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Distrito Sanitario Aljarafe.
Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

Objetivos. La enfermedad crónica (EC) constituye un problema prioritario de salud. Existe un deterioro progresivo, una pérdida de autonomía y un curso prolongado e impredecible que condicionarán una merma en la calidad de vida y un mayor consumo de recursos. Hemos puesto en marcha un modelo de atención longitudinal, mediante un programa asistencial compartido entre distintos niveles, distintos profesionales sanitarios y distintas especialidades, que pretende dar respuesta a esta situación. Ha sido orientado a la continuidad asistencial y la seguridad clínica a través de una homogeneización de procedimientos y un uso adecuado de los recursos con el objetivo de mejorar la calidad de vida. Hemos intentado agrupar aquellas actividades que se han demostrado eficaces en el manejo de la EC en distintos ámbitos, tanto estrictamente clínicas como organizativas, y evaluarlas. El objetivo de este trabajo ha sido presentar la evaluación preliminar de los resultados de la aplicación del programa en su primer año de funcionamiento desde el 1 de abril de 2009 al 1 de abril de 2010.

Material y métodos. Análisis retrospectivo de los 923 pacientes incluidos en el Programa durante su primer año de funcionamiento.

Resultados. Hemos incluido 923 pacientes con una edad media de 77,21 años (DE: 10,82). La proporción de sexos ha sido similar (47% mujeres y 52% varones.) La indicación de inclusión ha sido en un 38,1% por pluriopatología; un 31,5% por fragilidad; un 8,3% por insuficiencia cardíaca; un 8% por otros motivos (reingreso hospitalario/pacientes institucionalizados); y, un 7,9% por EPOC. La estancia media durante el episodio de hospitalización e inclusión en el programa fue de 9,12 días (DE: 8,952). En el hospital se aplicó un plan de cuidados estándar en un 81% de los pacientes; para pacientes con insuficiencia cardíaca en un 5%; un plan de cuidados para pacientes EPOC en un 3,6% y un plan de cuidados para pacientes pluriopatológicos en un 10,4%. Se realizó una educación en autocuidados dirigida al cuidador principal en un 41,5% de los pacientes y dirigida al propio paciente en un 8,8%. Enfermería realizó un informe de continuidad al alta en el 68,1% de los pacientes incluidos. Un 15% de los pacientes reingresaron en el primer mes tras el alta hospitalaria. La mortalidad fue de un 31,2%. Tras el alta hospitalaria el 41,3% de los pacientes fueron visitados por su enfermera de familia en el periodo acordado (entre 48 y 72 primeras horas hábiles); un 26,46% lo hicieron por su médico de familia y un 17,24% lo hicieron de forma compartida por ambos.

Conclusiones. Proponemos un abordaje multidisciplinar que reorganiza y racionaliza nuestros recursos, homogeneizando los procedimientos para mejorar la seguridad clínica. Facilitamos que los pacientes sean identificados y se les apliquen todas las actuaciones médicas, de enfermería, trabajadores sociales en base a la mejor evidencia científica disponible. El programa contempla que se siga un protocolo de coordinación con atención primaria y con los servicios de urgencias continuando en el desarrollo de las actividades contempladas en el domicilio. Pretendemos capacitar al paciente y al cuidador para que sean sujetos activos en el cuidado; actualizamos la formación de los profesionales implicados; desarrollamos programas de formación y educación en cuidados; normalizamos los procedimientos y la calidad de los cuidados hospitalarios y extrahospitalarios, aumentando el grado de coordinación interniveles. La apuesta por el trabajo en equipo a través de la coordinación y la colaboración entre los profesionales de atención primaria y especializada (recogida en el Programa de Continuidad Asistencial

de nuestra área) han convertido el programa en una herramienta innovadora y exportable por permitir, a través de la organización de los profesionales sanitarios, potenciar el cuidado y la continuidad asistencial de los pacientes.

G-19 ¿ESTÁN SATISFECHOS LOS FACULTATIVOS CON LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA EN EL HOSPITAL?

J. Satué Bartolomé¹, J. Casas Rojo², R. Jiménez Alcudia¹,
R. Tenajas Cobo¹, R. Barba Martín², C. Rosado Bolaños²,
S. Gonzalo Pascua¹ y A. Zapatero Gaviria¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada.
Fuenlabrada (Madrid). ²Servicio de Medicina Interna.
Hospital Infanta Cristina. Madrid.

Objetivos. La historia clínica electrónica (HCE) tiene una implantación total en los nuevos hospitales de nuestra comunidad. Sin duda presenta ventajas para la atención a los pacientes y el trabajo diario de los médicos, pero hay escasos datos sobre la opinión de los facultativos sobre su utilidad. Pretendemos medir las ventajas e inconvenientes que presenta dicha herramienta de trabajo, desde el punto de vista de sus usuarios, a través de una encuesta de valoración.

Material y métodos. Se repartió una encuesta anónima, impresa y mediante correo electrónico, en abril de 2010, entre los facultativos de Medicina Interna, Urgencias, Otras especialidades y Médicos Residentes del Hospital Universitario de Fuenlabrada (HUFLR) y del Hospital Infanta Cristina de Parla (HICP), ambos informatizados desde su apertura, en 2004 y 2008 respectivamente, con la aplicación Selene Estación Clínica[®], de Siemens[®]. La encuesta constaba de 17 preguntas de valoración sobre distintos aspectos de la HCE, que podían puntuarse en una escala del 1 al 5 (1 muy en desacuerdo, 2 en desacuerdo, 3 neutral, 4 de acuerdo y 5 muy de acuerdo), así como una pregunta final dicotómica (¿preferiría volver a utilizar la H^a clínica en papel?: Sí/No).

Resultados. Se recogieron 140 encuestas. De ellas 25 fueron contestadas por internistas, 20 por médicos de urgencias, 63 por médicos de otras especialidades y 30 por médicos residentes (en 2 casos no constaba filiación). 80 encuestas correspondían al Hospital Universitario de Fuenlabrada y 60 al HICP. Globalmente, de los 17 ítems sólo en dos se objetivó una puntuación media menor de 3: sobre la formación y mantenimiento del sistema, con una media de 2,57 puntos; y la prescripción, con 2,8. La tercera peor puntuación correspondió a las herramientas que proporcionan el sistema para mantener la salud y manejar las enfermedades (3,01). Los aspectos en que los usuarios estaban más satisfechos fueron: facilidad para realizar los informes de alta (3,97), facilitación del trabajo en urgencias (3,80) y facilidad para solicitar análisis, estudios de imagen e interconsultas (3,8). Respecto a las diferencias entre los dos hospitales participantes, la puntuación global fue más baja en el Hospital Infanta Cristina de Parla respecto al HUFLR (3,51 vs 3,25); en dicho centro obtuvieron también una valoración insatisfactoria el uso fácil e intuitivo de la aplicación (2,91), y la facilitación de la docencia (2,98). Respecto a las diferentes especialidades participantes, la puntuación global más alta en la valoración de la HCE fue de los médicos residentes (66,86 ptos/encuesta, valoración media por ítem: 3,93) seguida por los médicos de urgencias (60,5, 3,55), internistas (57,88 ptos, 3,40) y médicos de otras especialidades (53,58; 3,15). Sólo 6 de los 140 encuestados (4,20%) preferiría volver a utilizar la H^a clínica en papel (3 no contestan-2,80%, 131 prefiere la HCE-93,57%).

Conclusiones. Los facultativos encuestados están globalmente satisfechos con la HCE, prefiriéndola mayoritariamente a la historia clínica en papel. Los aspectos más valorados de la HCE son la realización de informes de alta, su uso en urgencias, y las solicitudes y disponibilidad de pruebas complementarias. La formación, el man-

tenimiento y la prescripción en el sistema informático son los aspectos menos satisfactorios de la HCE, en opinión de los encuestados. Se objetivó un mayor grado de satisfacción con la HCE entre los médicos residentes, seguidos de los de urgencias, siendo los menos satisfechos los internistas y los de otras especialidades. También se objetivaron diferencias de valoración entre los dos centros participantes, que podrían deberse a una distinta adaptación temporal al sistema o a diferencias en el desarrollo o implantación de la aplicación.

G-39 SEGURIDAD DEL PACIENTE Y USO DE COPY-PASTE EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

R. Martín Díaz, J. Ortiz Sánchez, E. Madroñal Cerezo,
D. Rejas Velásquez, J. Marrero Francés, S. Gonzalo Pascua,
A. Zapatero Gaviria y A. Pérez Martín

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

Objetivos. La introducción de la historia clínica electrónica (HCE) ha supuesto un cambio importante en la práctica clínica. Por un lado ha permitido un acceso rápido a la historia clínica exhaustiva del paciente; pero por otro lado se han descrito inconvenientes potenciales, siendo el principal de ellos el “copy-paste”, consistente en la copia íntegra de datos de procesos previos, siendo la principal consecuencia una posible disminución de la credibilidad de los datos registrados. Nuestro objetivo fue valorar la presencia de diferencias en las historias clínicas realizadas en urgencias y en medicina interna (hospitalización), así como la precisión de los datos expuestos y la presencia de datos copiados íntegramente.

Material y métodos. Estudio transversal prospectivo de los pacientes ingresados en medicina interna durante 3 días no consecutivos de mayo del 2010, valorando las historias de urgencias y hospitalización. Se analizaron variables demográficas (edad y sexo) y los datos en ella reflejados respecto al historial de alergias (“Alergias” = mismos datos en el sistema informático y en la HCE), la constancia del diagnóstico del último proceso médico (“Último dx”), de información exhaustiva de pruebas complementarias (“Info P.Cl”), de la fecha concreta de los diagnósticos o pruebas invasivas previas realizadas (“Fecha P. previas”), si se confirma que el tratamiento está actualizado (“Confirmado tto”) o si se ha copiado del proceso médico previo o de la historia de urgencias (“Copia tto”).

Resultados. Nuestra muestra constó de 197 individuos, con una edad media de 69,89 ± 19,36 años, siendo el 53,5% mujeres y el 46,2% varones. Los resultados se muestran en la tabla (siendo “sí” = copiados, “no” = no copiados).

Conclusiones. En un porcentaje significativo de los casos no están bien detallados algunos datos de importancia en la historia clínica del paciente, como las alergias/intolerancias confirmadas, el tratamiento actualizado o las fechas precisas de pruebas complementarias o diagnósticos. Por ello es importante insistir en la contrastación de los datos de la HCE con la anamnesis, precisando al máximo la información clínica que se introduce, para evitar posibles errores en el manejo del paciente derivados de la inexactitud de la historia clínica.

Tabla 1 (G-39).

	Urgencias		Hospitalización	
	Sí	No	Sí	No
Alergias	87,96%	12,04%	87,42%	12,58%
Último dx	74,50%	25,50%	83,74%	16,26%
Info P.Cl	19,27%	80,73%	24,84%	75,16%
Fecha P. previas	63,58%	36,42%	78,72%	21,28%
Tto copiado	35%	65%	23,61%	76,39%
Confirmado tto	25,26%	74,74%	31,82%	68,18%

G-41 MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL: IMPLANTACIÓN DE UN CHECK-LIST

A. Calaf Viñals¹, R. Soteras Corbella², M. Isart Ribas¹,
M. Peracaula Pujades¹, A. Mínguez Sanz¹
y P. Comas Casanova¹

*¹Servicio de Medicina Interna, ²UFISS. Hospital d'Igualada.
Igualada (Barcelona).*

Objetivos. Objetivo principal: la cumplimentación del protocolo PREALT, impulsado por el CatSalut, tiene como finalidad asegurar la continuidad asistencial de aquellos pacientes que precisen seguimiento post-alta en el domicilio e implica la notificación del alta desde el hospital a la Atención Primaria (AP), 24 horas antes de ser efectiva. Ello permite que, a través de la enfermera de enlace, el médico, enfermera y/o asistente social de AP puedan preparar y garantizar la atención en el domicilio del paciente al día siguiente del alta hospitalaria. En el año 2008 la enfermera de enlace sólo recibió 21 notificaciones de PREALT previas al alta. Ante estos resultados nos propusimos como objetivo mejorar el circuito PREALT.

Material y métodos. A finales de 2008 se consensuó un documento (check-list PREALT) entre profesionales del Servicio de Medicina Interna y UFISS donde se recogían los distintos motivos de continuidad asistencial. Se identificaron los siguientes bloques: 1.- Educación sanitaria. 2.- Curas con supervisión. 3.- Paciente frágil. 4.- Paciente reingresador. 5.- Continuación del tratamiento con supervisión. Se acordó un nuevo circuito de notificación con la enfermera de enlace de AP: 1.- Se cumplimenta de forma conjunta médico/enfermera el documento PREALT de todos los pacientes con antelación al alta. 2.- Los documentos identificados para “continuidad asistencial” llegan a la UFISS la cual envía a la enfermera de enlace por e-mail el nº de HC i el ítem seleccionado para seguimiento. 3.- La enfermera de enlace visualiza, mediante conexión informática, el informe médico y de enfermería y gestiona el plan de acción. 4.- Se hace una reunión semanal UFISS/enfermera de enlace para hablar de los casos más complejos. Motivos de exclusión: 1.- Pacientes derivados a centros sociosanitarios. 2.- Pacientes de residencias (contacto telefónico) 3.- Pacientes fuera de área. Se ha estudiado el resultado de la implantación del check-list PREALT y el nuevo circuito en el Servicio de M. Interna durante el año 2009.

Resultados. El check-list PREALT se cumplimentó en el 92% (2.689) de las altas del Servicio de M. Interna durante 2009. Se identificaron necesidades de continuidad asistencial en 320 altas (12%). La enfermera de enlace recibió 236 consultas, las 84 restantes las asumió el PADES. El perfil más frecuente fue el del paciente dependiente con pluripatología y polimedicación (39%), seguido por los pacientes con curas, insulinización y supervisión de tratamiento. La distribución de necesidades por bloques fue: Educación 99 casos. Curas: 37. P. frágil 126. P. reingresador 122. Tratamiento con supervisión: 100.

Discusión. La implantación del check-list PREALT ha permitido identificar, de forma pluridisciplinar y exhaustiva, las necesidades de continuidad asistencial y ha incrementado notablemente los casos comunicados como protocolo PREALT. Cabe destacar que la metodología utilizada ha favorecido la comunicación directa entre el equipo asistencial hospitalario. El nuevo circuito establecido ha facilitado la transmisión precoz a la AP de las necesidades identificadas, especialmente el perfil de paciente pluripatológico y reingresador.

Conclusiones. La implantación de un check-list PREALT y la mejora del circuito han permitido identificar un mayor número de pacientes con necesidades de continuidad asistencial y su comunicación precoz a la AP. El motivo más frecuente fue la atención de pacientes pluripatológicos, dependientes y polimedificados.

Insuficiencia cardíaca

IC-6

LA PARADOJA DE LA OBESIDAD EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA. RESULTADOS DEL REGISTRO RICA

J. Trullàs¹, M. Montero², F. Formiga³, J. Grau⁴, A. Conde⁵, O. Aramburu⁶, A. Muela⁷, J. Recio⁸ y Grupo RICA

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sant Jaume. Olot (Girona). ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Córdoba. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Municipal de Badalona. Badalona (Barcelona). ⁵Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Dr. Negrín. Las Palmas (Gran Canaria). ⁶Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla. ⁷Servicio de Medicina Interna. Hospital de León. León. ⁸Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari General Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos. El objetivo principal es analizar si existe relación entre el exceso de peso (sobrepeso y obesidad) y el pronóstico en una cohorte de pacientes con IC crónica estable.

Material y métodos. Se incluyeron de forma consecutiva pacientes mayores de 50 años con IC procedentes incluidos en el registro RICA. Se recogieron variables sociodemográficas, factores de riesgo y antecedentes cardiovasculares, índices de comorbilidad, datos clínicos y analíticos, medicación, CF NYHA, etiología IC, hallazgos ECG y ecocardiograma. Se agruparon en 3 categorías según IMC: normopeso (IMC 18,5-24,9), sobrepeso (IMC 25,0-29,9) y obesidad (IMC > 30). Se realizaron visitas de seguimiento a los 3 y 12 meses. Análisis estadístico: análisis descriptivo de la muestra y para comparar grupos según IMC se realizó un análisis de la supervivencia de Kaplan-Meier y un análisis multivariante de riesgos proporcionales de regresión de Cox.

Resultados. Se incluyeron un total de 712 pacientes (186 con normopeso, 266 con sobrepeso y 260 con obesidad). Existieron ligeras diferencias al comparar grupos según IMC. Los pacientes con exceso de peso eran más jóvenes y con predominio de sexo femenino y la etiología más frecuente de IC fue la valvular seguido de isquémica e HTA. El porcentaje de pacientes con diabetes e hipertensión arterial fue muy superior en los pacientes con exceso de peso. Los niveles de péptidos natriuréticos fueron muy inferiores en pacientes con exceso de peso. Por el contrario no hubo diferencias respecto a la clase funcional, índices de comorbilidad, datos analíticos y tratamientos concomitantes. La mortalidad fue inferior a medida que aumentó el IMC: normopeso 20,4%, sobrepeso 14,7% y obesidad 8,5%. Al año de seguimiento las tasas de supervivencia fueron: normopeso 49,7% [IC95% 36,6-62,8], sobrepeso 66,8% [IC95% 56,6-77,0] y obesidad 82,5% [IC95% 74,7-90,3]. El análisis de la supervivencia de Kaplan-Meier mostró una menor mortalidad en los pacientes con exceso de peso respecto a los pacientes con normopeso (log rank test < 0,001). En el análisis uni y multivariado el normopeso y el sobrepeso se asociaron de forma independiente y significativa a un aumento en la mortalidad con respecto a la obesidad: RR de 4,0 (IC95% 2,24-7,14) y 2,70 (IC95% 1,52-4,76), respectivamente.

Conclusiones. Nuestros resultados confirman la relación paradójica entre el exceso de peso y el pronóstico en la IC. Existe una asociación (por el momento epidemiológica) entre un mayor IMC y una menor mortalidad por todas las causas. Los niveles de péptidos natriuréticos han sido significativamente inferiores en pacientes con exceso de peso. La obesidad reduce la expresión del BNP en pacientes con IC lo que conlleva un incremento de volumen y presencia de disnea de forma independiente a la severidad de la IC.

Esta podría ser la explicación de porqué los pacientes con exceso de peso con IC suelen manifestar síntomas de forma más precoz. Son necesarios estudios de intervención para poder confirmar estos resultados

IC-25

VALOR PRONÓSTICO DE LA TROPONINA T Y BNP EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

M. Serrano Fuentes, A. Conde Martel, J. Rodríguez Fernández, A. Puente Fernández, S. Pérez Correa, J. Ruiz Hernández, M. León Mazorra y P. Betancor León

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

Objetivos. Conocer el valor pronóstico de la troponina T y pro-BNP en relación a la mortalidad hospitalaria y al año en pacientes que ingresan por insuficiencia cardíaca en un Servicio de Medicina Interna.

Material y métodos. Se realizó un estudio prospectivo que incluyó a 282 pacientes que ingresaron con diagnóstico de insuficiencia cardíaca según los criterios de Framingham. Se recogieron las características demográficas, índice de masa corporal (IMC), antecedentes personales, fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI), grado funcional de la New York Heart Association (NYHA), valor de creatinina, pro-BNP, troponina T y se calculó el filtrado glomerular mediante el MDRD. Se recogió la mortalidad hospitalaria y la mortalidad al año. Se analizó la relación entre los valores de Pro-BNP y elevación de troponina T con la mortalidad hospitalaria y al año. La relación entre variables cualitativas se analizó mediante el test de Chi cuadrado y la relación con variables cualitativas y cuantitativas mediante el test t-Student o el test U de Mann Whitney. Se realizó un análisis de regresión logística para evaluar las variables relacionadas de forma independiente con la mortalidad.

Resultados. De los 282 pacientes estudiados, con una edad media de 77,2 años, (DE: 10,7; rango: 36 a 100 años), 145 (51,4%) eran mujeres y 137 (48,6%) varones. La mortalidad hospitalaria fue de un 8,3% (23 pacientes) y la mortalidad al año del 39,8% (111 pacientes; IC 95%: 33,4 a 45,2%). Los valores de pro-BNP estaban significativamente más elevados en los pacientes que fallecieron en el hospital (p = 0,009) y al año (p = 0,006). Además, la elevación del pro-BNP se relacionó con la presencia de disfunción sistólica (FEVI < 45%) (p < 0,002), insuficiencia renal (p < 0,001) y de forma inversa con el IMC (p < 0,001). La estancia no se relacionó con los valores de pro-BNP. La troponina T estaba elevada de forma significativa en los pacientes que fallecieron al año (p = 0,006), y su elevación se aproximaba a la significación estadística en aquellos que fallecieron durante el ingreso (p = 0,06). Los valores de troponina T se relacionaron con el valor de creatinina (p < 0,001) y con la presencia de cardiopatía isquémica (p < 0,001) y de forma inversa con la FEVI (p = 0,028). Al ajustar los valores de pro-BNP y de troponina-T por la presencia de insuficiencia renal en el análisis multivariante se mantenía la significación de ambos parámetros en cuanto a mortalidad al año.

Discusión. La insuficiencia cardíaca constituye una de las principales causas de ingreso en los servicios de Medicina Interna. Su mortalidad no es despreciable, teniendo mucho interés disponer de marcadores pronósticos. El pro-BNP inicialmente utilizado en el diagnóstico de insuficiencia cardíaca se ha descrito como factor pronóstico de mortalidad, hecho que hemos podido comprobar en nuestra serie. Por otra parte, la troponina T, claro factor pronóstico en los síndromes coronarios, tiene un papel menos conocido como marcador pronóstico en la insuficiencia cardíaca descom-

pensada, pero también su elevación se asocia a un peor pronóstico en estos pacientes.

Conclusiones. Además del aumento del pro-BNP, la elevación de la troponina T y el deterioro de la función renal tienen valor pronóstico en pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca. La elevación de pro-BNP y troponina T mantienen su valor pronóstico con independencia del deterioro de la función renal.

IC-26 PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL NOCTURNA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA. RESULTADOS DEL ESTUDIO DICUMAP

M. Camafort¹, F. Formiga², J. Forteza-Rey³, J. Sobrino⁴, G. Torres⁵, J. Arias⁶, J. Arévalo⁷, M. Montero⁸ y Grupo DICUMAP

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal Móra d'Ebre. Móra d'Ebre (Tarragona). ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

³Servicio de Medicina Interna. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca (Illes Balears). ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital de l'Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet (Barcelona). ⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital de Santa Maria. Lleida. ⁶Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen Macarena. Sevilla. ⁷Servicio de Medicina Interna. Hospital de Zafra. Zafra (Badajoz). ⁸Servicio de Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Córdoba

Objetivos. La hipertensión arterial (HTA) nocturna, que sólo puede ser detectada por MAPA, se ha correlacionado con un peor pronóstico cardiovascular. Aunque la Insuficiencia cardíaca (IC) es una enfermedad cardiovascular muy prevalente, en la que la HTA juega un papel fundamental. Los datos de MAPA en IC son escasos. Pretendemos con este estudio valorar la prevalencia de HTA nocturna (PAS y PAD en consulta < 140/90 mmHg y PAS/PAD MAPA noche \geq a 120/70 mmHg) en pacientes con IC.

Material y métodos. Pacientes diagnosticados de IC, mayores de 40 años que acuden a consultas. Se recogieron datos de historia del paciente, medicación habitual y de exploración física. Asimismo se realizó analítica de sangre y orina y ecocardiograma. Se realizó MAPA de 24 h, mediante Spacelabs, identificando el periodo de descanso según el diario del paciente. Se realizó seguimiento a todos los pacientes al mes a los tres, seis y doce meses, recogiendo datos de reingresos, mortalidad y cambios en la medicación.

Resultados. 92 pacientes con edad media de 75 ± 11 años, 50% de mujeres. La media de FEVI fue de $54\% \pm 14$. La presión arterial (PA) Sistólica media en consulta fue de 139 ± 19 mmHg y la PA Diastólica media en consulta fue de 77 ± 11 mmHg. En cuanto a los resultados de la MAPA: Media de 24 horas: PAS: 126 ± 16 mmHg y PAD: 68 ± 10 mmHg. Media en actividad: PAS 128 ± 16 mmHg y PAD: 70 ± 10 mmHg. Media durante el descanso: PAS 124 ± 19 mmHg y PAD 65 ± 10 mmHg. En cuanto a la distribución por patrones de PA por MAPA fue la siguiente: SUPER DIPPER 5%, DIPPER 16%, NO DIPPER 43%, RISER 35%. Un 21% presentó HTA nocturna.

Discusión. Aunque se ha observado que cifras de PA clínica bajas implican un peor pronóstico en la IC, no hay datos de prevalencia de HTA nocturna en pacientes con IC. Nuestros datos muestran, por primera vez, un porcentaje relevante de pacientes con HTA nocturna en IC, e implican que la valoración pronóstica de la PA en la IC deben tener en cuenta necesariamente la MAPA.

Conclusiones. La HTA nocturna es un fenómeno prevalente entre los pacientes con IC. En estos pacientes existen cifras de PA clínica normal o bajas que se han correlacionado con un peor pronóstico.

Dada la prevalencia de HTA nocturna es necesario valorar su efecto en la evolución de la IC, y la necesidad de incorporar la MAPA a la rutina habitual del manejo del paciente con IC.

IC-40 OSTEOPROTEGERINA COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD EN INSUFICIENCIA CARDÍACA

B. García Casado¹, J. Santamaría González¹, P. Salamanca Bautista¹, M. Guisado Espartero², O. Aramburu Bodas¹, J. Arias Jiménez¹, E. Ramiro Ortega¹ y R. Pérez Cano¹

¹UGC Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla. Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal Infanta Margarita. Córdoba.

Objetivos. Como continuación de estudios previos de nuestro grupo, el objetivo de nuestro trabajo es confirmar el valor de la osteoprotegerina sérica (OPG) como predictor pronóstico de mortalidad, a medio y largo plazo, en pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca (IC) en un Servicio de Medicina Interna (MI) en un Hospital de Tercer nivel.

Material y métodos. Se incluyeron un total de 133 pacientes ingresados de forma consecutiva por IC. Determinamos el valor de OPG sérica mediante ELISA durante su ingreso, y se registró mortalidad al año y los tres años. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS v 18.0. Mediante curva ROC se obtuvo el valor de OPG más sensible y específico para predecir mortalidad. Creamos dos grupos en función de dicho punto de corte y se comparó la mortalidad al año y a los tres años entre ambos grupos mediante el test Chi cuadrado. Finalmente realizamos un estudio de supervivencia de ambos grupos y se compararon con el estadístico Log Rank.

Resultados. La edad media de los pacientes fue 74,5 años, con predominio de mujeres y con mayor prevalencia de disfunción diastólica. El 93,2% estaban en clase funcional III-IV NYHA. La mortalidad global al año fue de 28,4% y de 40,29% a los tres años. El valor de corte de OPG se estableció según Curva ROC en 7,98 pmol/l. Al comparar los grupos creados apreciamos diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,0001$) en las tasas de mortalidad con un incremento del riesgo estimado de 5,96 (IC95%: 2,60-13,64) al año, que aumenta a los tres años a 8,80 (IC95%: 3,98-19,44). Las curvas de supervivencia (Kaplan-Meier) muestran una clara relación, estadísticamente significativa, del tiempo de supervivencia respecto a los niveles de OPG.

Discusión. Nuestros resultados sobre la utilidad de la OPG como biomarcador pronóstico en IC están en consonancia con estudios previos publicados en otros tipos de pacientes con patología cardiovascular como la enfermedad arterial coronaria, síndromes coronarios agudos y fallo cardíaco postinfarto, donde los niveles séricos de OPG muestran valor pronóstico a largo plazo como predictor independiente de mortalidad. Estaríamos ante un nuevo biomarcador, en este caso de tipo inflamatorio que nos permitiría junto a los ya conocidos, estratificar el riesgo y realizar el seguimiento en pacientes con IC.

Conclusiones. Nuestro estudio confirma el valor predictivo de OPG para mortalidad a medio y a largo plazo en pacientes con IC. Proponemos en los enfermos hospitalizados por IC un valor para la OPG de 7,98 pmol/l con la sensibilidad y especificidad más adecuada para predecir mortalidad en estos pacientes.

Inflamación/Enfermedades autoinmunes

IF-10

REGISTRO ESPAÑOL DE ESCLERODERMIA: PATRÓN CLÍNICO DEPENDIENDO DE LOS SUBTIPOS CUTÁNEOS Y DEL PERFIL INMUNOLÓGICO

Grupo Línea Esclerodermia y Grupo de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (GEAS)

Sociedad Española de Medicina Interna. Oviedo (Asturias).

Objetivos. Determinar la prevalencia de las características clínicas e inmunológicas en pacientes con esclerodermia (ES) e identificar los factores asociados con manifestaciones clínicas. Valorar la importancia del perfil inmunológico comparado con la división en subtipos cutáneos.

Material y métodos. Estudio retrospectivo en el que se incluyen enfermos con ES controlados por los servicios de Medicina Interna de los centros hospitalarios que pertenecen a la línea de trabajo de ES del grupo de enfermedades autoinmunes sistémicas (GEAS). Se consideraron 4 subtipos: pre-esclerodermia, ES difusa (ESD) y ES limitada (ESL) (según la clasificación de LeRoy y Medsger) y ES sine esclerodermia (ESS). Los datos epidemiológicos, clínicos y de laboratorio fueron recogidos en una base de datos tipo ACCESS. Se utilizó el test de Fisher o χ^2 para identificar las diferentes asociaciones con los subtipos cutáneos y con los autoanticuerpos (Topo I y ACA). El análisis bivariado se realizó para comparar subtipos. Se utilizó regresión logística multivariante para las variables dicotómicas: la presencia o ausencia de la ACA y Topo I y los subtipos ESD y ESL.

Resultados. En enero de 2008, la base de datos incluía 916 pacientes (801 (87,4% mujeres) y 115 (12,6%)), todos cumplían los criterios de clasificación de LeRoy y Medsger. La edad media al diagnóstico fue de $51,2 \pm 15,2$ años y la edad media de inicio de la ES fue $45,0 \pm 15,2$ años. ESL fue el subgrupo más frecuente (61,4%), seguido por ESD (26,5%), ESS (7,5%) y preES (4%). En el subtipo de ESD 200 eran mujeres y 43 eran hombres (4,6:1); en el subtipo ESL, 503 mujeres y 63 hombres (relación 8:1); en el ESS, 62 mujeres 7 hombres (razón de 8,8: 1). Las úlceras digitales, enfermedad pulmonar intersticial, las afecciones osteomuscular y esofágica y la crisis renal esclerodérmica (CRE) fueron más frecuentes en ESD que en ESL y ESS. La prevalencia de HTAP fue similar en los 3 subtipos, pero la presión arterial pulmonar sistólica (PAPs) media estimada fue mayor en el subtipo ESS que en ESL ($47,3 \pm 23,9$ mmHg frente a $39,6 \pm 19,2$ mmHg, $p < 0,03$). La afección cardiaca se identificó con mayor frecuencia en el ESS que en ESD y ESL (49% frente a 32,5% y 31,1%, $p = 0,015$ y $p = 0,004$ para ambas comparaciones). La acroosteolisis, la calcinosis y el síndrome seco fueron más frecuentes en ESL que en ESS. La frecuencia de las manifestaciones clínicas relacionadas con la presencia de ACA o Topo I era muy similar al identificado en pacientes según subtipos cutáneos: ESD, ESL. En el estudio multivariado, el efecto contributivo del estado de los anticuerpos no fue mayor que el de la categorización clínica en subtipos cutáneos (ESD, ESL) para la mayoría de manifestaciones de la enfermedad.

Discusión. La clasificación de la ES en subtipos pronósticos es un tema en continua revisión. Algunos autores consideran que el perfil inmunológico define mejor los subtipos pronósticos que la clasificación en exclusiva en subtipos cutáneos.

Conclusiones. El estudio actual confirma la importancia de la subdivisión en subtipos cutáneos cutánea para definir determinadas manifestaciones viscerales. La división en tres subtipos es la que más refleja la historia natural de la enfermedad, pues los tres presentan diferencias clínicas claras. El perfil inmunológico ayuda a definir la alteración visceral, pero no ofrece una mejor capacidad de predicción que la clasificación en subtipos cutáneos.

IF-11

REGISTRO ESPAÑOL DE ESCLERODERMIA: SUPERVIVENCIA Y FACTORES PRONÓSTICOS DE UNA SERIE DE 916 ENFERMOS

Grupo Línea Esclerodermia y Grupo de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (GEAS)

Sociedad Española de Medicina Interna. Oviedo (Asturias)

Objetivos. Determinar la supervivencia global de la serie de enfermos con esclerodermia (ES) y la supervivencia dependiendo de las afecciones viscerales y el perfil inmunológico.

Material y métodos. Estudio retrospectivo en el que se incluyen enfermos con ES controlados por los servicios de Medicina Interna de los centros hospitalarios que pertenecen a la línea de trabajo de ES del GEAS. Se consideraron 4 subtipos: pre-esclerodermia, ES difusa (ESD) y ES limitada (ESL) (según la clasificación de LeRoy y Medsger) y ES sine esclerodermia (ESS). Los datos epidemiológicos, clínicos y de laboratorio fueron recogidos en una base de datos tipo ACCESS. En el estudio de supervivencia no se incluyó el subtipo con pre-ES. Se valoraron las diferentes manifestaciones clínicas: las alteraciones capilaroscópicas (patrón lento y activo) y la presencia de los anticuerpos antinucleares específicos: anti-topoisomerasa I (Topo I) y anticentrómero (ACA). La supervivencia acumulada a los 10, 15 y 20 años del comienzo de la enfermedad fue estimada por el método de Kaplan-Meier según subtipos cutáneos, afecciones viscerales y perfil inmunológico. Las curvas de supervivencia se compararon por log-rank.

Resultados. En enero de 2008, la base de datos incluía 916 pacientes (801 (87,4% mujeres) y 115 (12,6%)), todos cumplían los criterios de clasificación de LeRoy y Medsger. La edad media al diagnóstico fue de $51,2 \pm 15,2$ años y la edad media de inicio de la ES fue $45,0 \pm 15,2$ años. ESL fue el subgrupo más frecuente (61,4%), seguido por ESD (26,5%), ESS (7,5%) y preES (4%). La supervivencia global a los 10 años fue del 93%, a los 15 años del 88%, a los 20 años del 83% y a los 25 años del 79%. Según el subtipo cutáneo, sólo se observaron diferencias significativas cuando se compararon los subtipos con ESL y ESS (ESL de LeRoy) con la ESD. La estimación de la supervivencia fue: en ESL a los 10 años: 96%, a los 15: 93%, a los 20: 89% y a los 25: 86%; en ESD a los 10 años: 86%, a los 15: 74%, a los 20: 64% y a los 25: 55%. Se observaron diferencias estadísticamente significativas cuando se compararon las curvas de supervivencia dependiendo de la presencia o no de: enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) (10a (sí/no%): 90/97, 15a: 82/94, 20a: 75/91, 25a: 69/88 (log-rank: 39,60; $p < 0,0001$); HTAP (10a (sí/no%): 87/96, 15a: 79/91, 20a: 66/88, 25a: 61/84 (log-rank: 44,17; $p < 0,0001$); afección cardiaca (10a (sí/no%): 88/97, 15a: 81/92, 20a: 73/90, 25a: 68/87 (log-rank: 39,38; $p < 0,0001$); crisis renal esclerodérmica (CRE) (10a (sí/no%): 49/95, 15a: 37/90, 20a: 29/85, 25a: 19/81 (log-rank: 55,23; $p < 0,0001$). En relación al perfil inmunológico la presencia de Topo I (log-rank 8,53 $p = 0,003$) y la ausencia de ACA (log-rank 8,99 $p = 0,003$) se asociaban a un peor pronóstico pero con diferencias menos significativas que las observadas en los subtipos cutáneos y las afecciones viscerales.

Discusión. La ES se caracteriza por una marcada heterogeneidad en sus manifestaciones clínicas, su evolución y el pronóstico. Nuestros resultados, en cuanto a la supervivencia, son parecidos a los señalados por la mayoría de las series actuales en las que se observa una mejoría de la supervivencia sobre todo en la ESD. Además de los subtipos cutáneos las afecciones viscerales son los factores que más determinan el pronóstico de la enfermedad y en segundo lugar el perfil inmunológico.

Conclusiones. La supervivencia de los enfermos con ES depende del subtipo cutáneo, de las afecciones viscerales y del perfil inmunológico.

IF-36 BASELINE PREDICTORS OF CLINICAL RESPONSE AT 6- AND 12-MONTHS IN 88 PATIENTS WITH SEVERE, REFRACTORY LUPUS NEPHRITIS TREATED WITH RITUXIMAB (UK-BIOGEAS REGISTRY)

C. Díaz Lagares¹, F. García Hernández², J. Callejas-Rubio³, M. Khamashta⁴, D. Isenberg⁵, D. Jayne⁶, P. Emery⁷ y M. Ramos Casals¹

¹Laboratorio Autoinmunes Josep Font, IDIBAPS. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona. ²Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío. Sevilla. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. ⁴Lupus Research Unit, The Rayne Institute, King's College. St Thomas' Hospital. London (Reino Unido). ⁵Centre for Rheumatology. University College London. London (Reino Unido). ⁶Vasculitis and Lupus Clinic. Addenbrooke's Hospital, Cambridge University. London (Reino Unido). ⁷Section of Musculoskeletal Disease, Leeds Institute of Molecular Medicine, University of Leeds NIHR Leeds Musculoskeletal Biomedical Research Unit. Leeds (Reino Unido).

Objectives. To evaluate the efficacy of rituximab in patients with systemic lupus erythematosus (SLE) and refractory, severe lupus nephropathy (LN).

Material and methods. Consecutive patients with SLE and biopsy-proven LN (severe or refractory to conventional therapies) treated with rituximab in reference tertiary centres from UK and Spain. Epidemiological data, SLEDAI and BILAG scores, renal parameters (24-h proteinuria, albuminemia, eGRF) were evaluated at baseline, 6 and 12 months. Complete response was defined as a normal serum creatinine with inactive urinary sediment and 24-hour urinary albumin < 0.5 g and partial response as a > 50% improvement in all renal parameters that were abnormal at baseline.

Results. 88 patients treated with rituximab were included (77 women and 11 men, with a mean age of 33.69 ± 11.01 years); 43 (49%) patients were Caucasian, 23 (26%) Afrocaribbean, 18 (21%) Asian, 3 (3%) mixed and 1 (1%) black. The mean duration of SLE and LN at the time of rituximab treatment was 9,47 ± 6,99 years and 7,12 ± 5,39 years respectively. According to the ISN/RPS classification, renal biopsy showed type III glomerulonephritis in 13 (15%) patients, type IV in 49 (56%), type V in 10 (11%) and other types in 16 (18%). Patients had been heavily treated with corticosteroids and different immunosuppressive agents, including cyclophosphamide in 75 patients (85%), with a mean accumulated dose of 6,23 g, mycophenolate in 67 (76%), azathioprine in 65 (74%), methotrexate in 14 (16%) and cyclosporine in 6 (7%). Rituximab was administered in combination with corticosteroids (86 patients, 99%) and immunosuppressive agents in 66 (76%) patients (cyclophosphamide in 40 patients, mycophenolate in 19 and azathioprine in 7). At 6- and 12-months, the following rates of response were found: 25% and 33% for complete response, 42% and 36% for partial response and 33% and 36% for no response. Baseline proteinuria predicted a good global response at 6 months (mean 24-h proteinuria for responders 4,093 mg vs 6,520 mg for non responders, p: 0.018) and 12 months (3,999 mg vs 5,900 mg, p: 0.018.). Baseline eGFR was a good predictor for outcome at 12 months (p: 0.006) but not at six months (p: 0.569).

Conclusions. Although not yet licensed for this use, rituximab is currently used to treat severe refractory systemic autoimmune diseases. Rituximab may be an effective option for patients with lupus nephritis, mainly refractory to standard treatment or who experience a new flare after heavy immunosuppressive treatment.

IF-38 GENETIC VARIANTS IN SURFACTANT PULMONARY-ASSOCIATED PROTEIN D (SFTPD) IN PATIENTS WITH PRIMARY SJÖGREN SYNDROME

P. Brito Zerón¹, A. Bove¹, M. Pérez de Lis¹, C. Díaz Lagares¹, S. Retamozo¹, X. Bosch¹, A. Siso² y M. Ramos-Casals¹

¹Laboratorio Autoinmunes Josep Font, IDIBAPS, Servicio EAS. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

²Grupo de Investigación en AP, IDIBAPS, CAP Les Corts. GESCLINIC. Barcelona.

Objectives. Pulmonary surfactant was originally described as playing a key role in reducing surface tension in the pulmonary air-liquid interface. Recent studies have suggested that surfactant proteins may have a role in clearing pathogens linking adaptive and innate immune systems. Surfactant protein D (SFTPD) is widely distributed on mucosal surfaces of the gastrointestinal tract. The objective was to determine whether polymorphisms of SFTPD were associated with the main clinical and immunological manifestations in a large series of patients with primary Sjögren syndrome (SS).

Material and methods. Two hundred and eight patients with primary SS were included (192 female and 16 males, mean age at diagnosis of 57 years). SFTPD gene was genotyped using a sequencing-based typing technique searching for the SNP rs721917 (31Thr/Met).

Results. No significant differences in the prevalence of SFTPD polymorphism were found between primary SS patients and the control group (MT genotype 46%, MM genotype 39%, TT genotype 15%). With respect to extraglandular manifestations, patients carrying the TT genotype had a higher frequency of renal involvement (12% vs 4% in those carrying MM and 15 in those carrying MT genotype, p = 0.014). Immunologically, primary SS patients carrying the MT polymorphism had a higher frequency of leukopenia < 3 × 10⁹/L (8% vs 3% vs 1%, p = 0,024), low CH50 values (20% vs 6% vs 2%, p = 0.001) and higher titers of ANA ≥ 640 (27% vs 12% vs 12%, p = 0.038) in comparison with patients carrying the MM and TT genotypes. With respect to cardiovascular disease, primary SS patients carrying the MT polymorphism had lower values of HDL-cholesterol (50 vs 53 vs 65, p = 0.028) and a statistically significant trend to have a lower frequency of carotid atheromatosis (50% vs 81% vs 86%, p = 0.09). No significant association between SFTPD polymorphisms and infections or neoplasia was found.

Conclusions. In patients with primary SS, polymorphisms of the surfactant protein D gene are associated with some extraglandular features (renal involvement), haematological features (leukopenia), immunological markers (hipocomplementemia) and cardiovascular disease.

IF-39 ANTICUERPOS ANTI-LA/SS-B EN EL SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO: IMPACTO EN LA EXPRESIÓN CLÍNICA EN 707 PACIENTES DE LA COHORTE GEMESS

P. Brito-Zerón¹, R. Solans², M. Camps³, A. Gil⁴, C. Hidalgo⁵, M. Mico⁶, L. Pallarés⁷ y M. Ramos-Casals¹

¹Laboratorio Autoinmunes Josep Font, IDIBAPS, Servicio EAS. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

²Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. ³Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

⁶Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Fe. Valencia. ⁷Servicio de Medicina Interna. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca (Illes Balears).

Objectives. Analizar las características epidemiológicas, clínicas y analíticas relacionadas con la presencia del anticuerpo anti-La/SS-B

en una cohorte amplia de pacientes españoles con síndrome de Sjögren primario (SSp) diagnosticados de acuerdo a los criterios Americano-Europeos de 2002.

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 quince centros de referencia con una importante experiencia en el manejo de pacientes con SSp.

Resultados. Se analizaron 707 pacientes, 661 (93%) mujeres y 46 (7%) hombres (mujeres: hombres, 14:1), con una edad media al diagnóstico de 51,4 años (rango, 14-86) y de 57,9 años (rango, 16-94) en el momento de su inclusión en el Registro. Un total de 343 (49%) pacientes presentaron anticuerpos anti-La/SS-B. Los pacientes con anticuerpos anti-La/SS-B presentaron una menor prevalencia de biopsia de glándulas salivares positiva (85% vs 95%, $p = 0,001$) y una mayor frecuencia de leucopenia (23% vs 16%, $p = 0,016$), plaquetopenia (20% vs 11%, $p = 0,001$), FR+ (71% vs 41%, $p < 0,001$), anti-Ro+ (95% vs 53%, $p < 0,001$), ANA+ (91% vs 81%, $p < 0,001$) e hipocomplementemia C3/C4 (17% vs 11%, $p = 0,47$). Además, los pacientes con anticuerpos anti-La/SS-B presentaron una edad media significativamente inferior tanto al diagnóstico (49,5 vs 53,3, $p = 0,001$) como en el momento de su inclusión en el Registro (55,6 vs 60,0, $p < 0,001$).

Conclusiones. A diferencia de lo que ocurre con la presencia de anticuerpos anti-Ro/SS-A, que se asocia especialmente con una mayor grado de inflamación en glándula salivar y con manifestaciones cutáneas y vasculíticas, los pacientes con anticuerpos anti-La/SS-B presentan una menor inflamación glandular y se asocian de forma predominante con la afectación hematológica (citopenias) y otras alteraciones inmunológicas concomitantes.

IF-40 ANÁLISIS DEL RIESGO VASCULAR EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

I. Villar Gómez¹, J. Erdozain Castiella², J. Nieto Arana¹, M. Egurbide Arberas¹, C. Aguirre Errasti¹ y G. Ruiz Irastorza¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cruces. Barakaldo (Vizcaya). ²Servicio de Medicina Interna. Hospital de Mendara. Mendara (Guipúzcoa).

Objetivos. Describir el grado de enfermedad cardiovascular y riesgo vascular (RV) que presentan los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) y la existencia de alguna característica clínica del LES que predisponga a un mayor RV en estos pacientes.

Material y métodos. Cohorte prospectiva de pacientes con LES del Servicio de Medicina Interna del Hospital de Cruces. Se diseñó una base de datos con características epidemiológicas, factores de riesgo vascular (FRV) y eventos cardiovasculares, características clínicas secundarias al LES y tratamientos recibidos. Se realizó el cálculo de RV empleando la escala SCORE y se realizó un índice tobillo- brazo (ITB)..

Resultados. Sobre una población total de 260 pacientes, se han estudiado hasta el momento 84 pacientes con las siguientes características: 92% mujeres, con una edad media (DE) al diagnóstico de 34 años (23) y un tiempo medio de seguimiento del LES de 7 años (7). El 14% habían tenido nefropatía previa y un 8,3% tenían asociado un síndrome antifosfolípido. La dosis media acumulada de prednisona era de 8,9 g (8,9) y tan sólo 5 pacientes había recibido una dosis superior a 30 mg/día de prednisona. El 94,1% de los pacientes recibió antipalúdicos de forma regular. El 31% de los pacientes eran fumadores, el 28,6% hipertensos, el 26,2% eran dislipémicos y un 1% eran diabéticos. 21 pacientes (25%) tuvieron un ITB patológico. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables analizadas, pero sí tendencias: la presencia de ITB patológico era más frecuente en los pacientes que habían fumado alguna vez (45% frente a 20,9%), en los que presentaban perímetro abdominal significativo (24,2% frente a 20%), en los hipertensos (33,3%

frente a 16,7%), los dislipémicos (31,8% frente a 17,7%), como cabría esperar. Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables de tratamiento, aunque los pacientes con ITB patológico presentaban menor dosis acumulada de antipalúdicos y mayor dosis acumulada de prednisona. La presencia de menopausia sí se asoció con un ITB patológico de una forma significativa ($p = 0,014$), así como la presencia de puntuaciones altas en la escala SCORE ($p = 0,001$).

Discusión. Los hallazgos encontrados indican que las altas dosis de prednisona podrían favorecer la presencia de ITB patológico, y la toma de antipalúdicos podría disminuirla. Los pacientes que tienen ITB patológico presentan tendencias claras tanto en las variables de RCV como en las variables relacionadas con el LES. Cabría esperar que al menos las variables relacionadas con el RCV fueran estadísticamente significativas, lo que nos hace pensar que la potencia del estudio no es suficiente. Además, se ha registrado una población de LES algo atípica, ya que llevan poco tiempo de enfermedad y han recibido dosis bajas de prednisona. Es posible que cuando se complete el estudio con el análisis de toda nuestra cohorte de pacientes con LES, estas diferencias alcancen la significación estadística, por un lado al aumentar el tamaño muestral y por otro al analizar una población de LES más concordante con las poblaciones descritas en la literatura.

Conclusiones. En los pacientes con LES la presencia de aterosclerosis subclínica es elevada (25%) y podría estar asociada con los FRV clásicos. No obstante, la toma de antipalúdicos y de dosis bajas de prednisona podría disminuir el desarrollo de aterosclerosis subclínica.

IF-45 ANÁLISIS DE MORTALIDAD EN UNA COHORTE DE 805 PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES). DATOS PRELIMINARES

E. Montero Mateos, M. Castillo Palma, C. González Pulido, R. González León, E. Chinchilla Palomares, F. García Hernández, A. León Guisado y J. Sánchez Román

Servicio de Medicina Interna (Unidad de Colagnosis e Hipertensión Pulmonar). Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. Análisis retrospectivo de mortalidad en una cohorte de pacientes con LES durante un periodo de 30 años.

Material y métodos. Pacientes: se analizan las variables de 805 pacientes con LES (todos cumplen criterios ACR) en seguimiento en un solo hospital de 3º nivel, de forma protocolizada, desde 1980 hasta marzo de 2010. La edad media al inicio de la enfermedad fue de 30,9 años (90-0,1, DE 14,4); relación hombre mujer 1/8,3; tiempo de seguimiento 15,97 años (65-0,1, DE 9,72). Método: para los pacientes cuya situación vital era desconocida se utilizaron los registros del índice Nacional de Defunciones y la historia digital sanitaria (DIRAYA) del Servicio Andaluz del Salud; se excluyeron, por insuficiencia de datos, 35 pacientes (4,3%). Se comparó edad de comienzo, sexo y frecuencia de afectación grave: renal y sistema nervioso central (SNC) entre vivos y fallecidos. Estadística: las comparaciones entre series se realizaron mediante prueba χ^2 para las variables dicotómicas y t de Student para las continuas (o U de Mann-Whitney en caso de distribución no normal). La supervivencia se calculó mediante la de Kaplan-Meier y las comparaciones mediante log-rank.

Resultados. Durante el seguimiento fallecieron 127 pacientes (16,5%). La supervivencia fue de 96,2% a 5 años, 93% a 10, 89,6% a 15, 82,2% a 20, 74,4% a 25 y 67,5% a 30. Hubo una relación significativa entre mortalidad y afectación renal ($p < 0,0001$), del SNC ($p = 0,002$) y sexo masculino ($p = 0,025$). La edad de inicio fue significativamente mayor ($p < 0,001$) en fallecidos (39,6 años; IC 36,3-42,9) que en supervivientes (29,4; IC 28,4-30,4). Se pudo establecer la causa de la muerte en 84 pacientes (66,1%): fracaso multiorgánico por actividad no controlada de la enfermedad en 25 (29,8%),

infecciones en 20 (23,8%), cardiovascular en 16 (19%; de las que 14, 16,6% de las causas conocidas, corresponden a enfermedad vascular y 2 a patología valvular), neoplasias en 10 (11,9%), insuficiencia renal en 3 (3,6%), hipertensión arterial pulmonar (HAP) en 4 (4,8%), otras en 6 (7,1%: pancreatitis en 3, cirrosis virus C en 1, tromboembolismo pulmonar en 1, perforación intestinal por vólvulo en 1). En 33% de los pacientes la causa de muerte es aún desconocida.

Discusión. Presentamos datos preliminares sobre el análisis de mortalidad en la serie más numerosa de pacientes con LES de un solo hospital en nuestro país con tiempo de seguimiento muy prolongado. Las fuentes de información utilizadas han sido registros tanto propios como externos. Los datos, aún incompletos (fallecimientos por causa no conocida y estudio de mortalidad ajustada) están aún en proceso de investigación por otros medios (Registro Civil, etc.). El porcentaje global de fallecimientos fue realmente bajo (16,5%) y las tasas de supervivencia muy elevadas en todos los puntos de corte. La causa de mortalidad permanece, por el momento, desconocida para un tercio de los fallecidos. Los porcentajes de fallecimientos por infección, por afectación renal y, especialmente, de causa cardiovascular (consideramos grupo aparte los debidos a HAP), son más bajos que los observados en otras series, tanto españolas como de otros países y, relativamente, dominan las neoplasias y la afectación multiorgánica por actividad de la enfermedad.

Conclusiones. Los pacientes con LES alcanzan, en la actualidad, unas tasas de supervivencia muy prolongada. En nuestra serie, el porcentaje de pacientes fallecidos a causa de enfermedad cardiovascular (arteriosclerosis) y por infecciones, es realmente bajo (lo que atribuimos a una estrategia dirigida a un empleo juicioso de glucocorticoides y al control de los factores de riesgo cardiovascular).

IF-54

PROTOCOLO DE ESTUDIO DE LA FATIGA CRÓNICA INVALIDANTE EN UNA UNIDAD DE REFERENCIA. VALORACIÓN DE 1.326 CASOS DE FATIGA CRÓNICA INVALIDANTE

E. Ruiz, J. Alegre, N. Sáez, P. Santamarina, R. Badia y T. Fernández de Sevilla

Unidad del SFC. Hospital General Vall d'Hebron. Área General. Barcelona.

Objetivos. En el estudio del paciente con fatiga crónica a nivel de la atención primaria, no existen protocolos o algoritmos diagnósticos para el manejo diagnóstico de este síntoma prevalente que es la fatiga crónica invalidante. En la Unidad Monográfica del Hospital Universitario Vall d'Hebron, disponemos de un protocolo de actuación, que incluye la historia clínica (importancia de los criterios diagnósticos de Fukuda), exploración física y exploraciones complementarias (rx de tórax, ecografía abdominal, analítica básica y valoración psiquiátrica). Pretendemos evaluar la implantación de este protocolo en 1.326 casos de fatiga crónica valorados en los últimos 8 años.

Material y métodos. Pacientes remitidos desde atención primaria y especializada a la Unidad del síndrome de Fatiga Crónica (SFC). Implantación del protocolo clínico-diagnóstico de fatiga crónica. Definición de los criterios diagnósticos según Fukuda y valoración de las formas secundarias de fatiga crónica (enfermedades inmunológicas, cáncer, infecciones virus de la hepatitis B, C, VIH, poliomielitis, síndrome de apnea de sueño grave y depresión mayor bipolar y/o con síntomas psicóticos). Definición de los criterios de fatiga crónica idiopática. Aquella forma de fatiga crónica invalidante que no cumple los criterios de Fukuda, ni es debida a otros procesos patológicos.

Resultados. 1.326 Pacientes con fatiga crónica invalidante, 1.194 mujeres, 132 varones, edad media 49 a. 1.108 diagnosticados de SFC (85%), 179 diagnosticados fatiga crónica asociada (12%) y 39 fatiga crónica invalidante idiopática (3%). Los complejos sintomáti-

cos entre la forma del SFC y las formas secundarias fueron idénticos. En los pacientes con la presencia de fatiga crónica invalidante de más de 6 meses de evolución, con intolerancia al ejercicio físico, disfunción cognitiva y sueño no reparador, que no tienen depresión mayor psicótica, infección por los virus de la hepatitis B,C, poliomielitis y VIH ni historia de enfermedad inmunológica, las exploraciones complementarias (rx tórax, ecografía abdominal y la analítica básica, no tendrán repercusión en el diagnóstico etiológico de los pacientes con fatiga crónica invalidante.

Discusión. Ante estos resultados y teniendo en cuenta la importancia de la historia clínica en el diagnóstico del síndrome de fatiga crónica y las formas secundarias de fatiga crónica correctamente definidas, consideramos de gran importancia, la formación específica de los profesionales de atención primaria y especializada en el manejo diagnóstico de la fatiga crónica.

Conclusiones. En el diagnóstico del paciente con fatiga crónica, es muy importante la realización de una correcta historia clínica, para identificar los criterios diagnósticos de Fukuda y conocer las formas secundarias claramente identificadas tales como la asociada a cáncer, enfermedad inmunológica o infección por los virus de la hepatitis entre otros. El SFC fue el principal diagnóstico de los pacientes con fatiga crónica que llegan a una unidad especializada.

Osteoporosis

O-3

DENSIDAD MINERAL ÓSEA Y MARCADORES DE REMODELADO ÓSEO EN LA ENFERMEDAD DE CROHN: ESTUDIO DEL EFECTO DEL TRATAMIENTO CON ADALIMUMAB

D. Sánchez Cano¹, M. Moreno Higuera², R. Ruiz Villaverde³, J. Callejas Rubio⁴, C. Cardeña Pérez⁵, M. Gómez García⁶, J. González Calvin⁶ y N. Ortego Centeno⁴

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal Santa Ana. Motril (Granada). ²Servicio de Medicina Interna,

⁴Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas,

⁵Servicio de Digestivo. Hospital Universitario San Cecilio.

Granada. ³Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario

de Jaén. Jaén. ⁶Servicio de Digestivo. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Objetivos. Valorar los posibles cambios producidos en la densidad mineral ósea (DMO) y los marcadores de remodelado óseo en pacientes con enfermedad de Crohn (EC) tras 24 semanas de tratamiento con adalimumab.

Material y métodos. Se incluyeron 64 pacientes de la provincia de Granada tras firmar un consentimiento informado, 20 de los cuales recibieron tratamiento con adalimumab de acuerdo a las indicaciones aprobadas. Los pacientes que habían recibido tratamiento con algún anti-TNF en los 2 años previos, y aquellos con patología metabólica ósea conocida fueron excluidos. No se incluyeron mujeres en edad posmenopáusicas. Se determinó la DMO (g/cm²) en cuello de fémur (CF) y columna lumbar (CL) mediante DXA. Como marcadores de formación ósea (MFO) se determinaron niveles en suero de fosfatasa alcalina ósea (bALP) y osteocalcina (OC), y como marcadores de resorción (MRO), los niveles en suero de fosfatasa ácida tartrato resistente (TRAP) y telopéptido carboxiterminal del procolágeno tipo I (CTX).

Resultados. La prevalencia de DMO baja fue importante (Z-score \leq -2 en CF en 4,7% de pacientes, 20,3% en CL). Hubo una tendencia a niveles de MRO elevados sin un incremento compensatorio de los niveles de MFO. Se observó una discreta mejoría (Z-core) o no empeoramiento (T-score) a nivel del CF tras el tratamiento con adalimumab, aunque no de forma significativa, mientras que en el gru-

po control se observó un discreto empeoramiento. La DMO a nivel de CL siguió una evolución paralela en ambos grupos, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas. Los MFO aumentaron de forma no significativa en el grupo tratado con adalimumab, el cual presentó unos niveles de OC significativamente más elevados en la semana 24 ($p = 0,006$). En cuanto a los MRO, los niveles de TRAP mostraron una evolución similar en ambos grupos, mientras que los de CTX descendieron en el grupo control, sin modificarse en el tratado con adalimumab. En ningún caso se alcanzó la significación estadística, si bien los niveles de CTX fueron significativamente más altos a la semana 24 en el grupo de adalimumab ($p = 0,0339$).

Discusión. Nuestros resultados, aunque no concluyentes, están en consonancia con los hallazgos de otros estudios con infliximab (no existen estudios hasta la fecha con adalimumab), en los que se observó un aumento de los MFO y una disminución o no modificación de los MRO. Los datos existentes en la literatura respecto al efecto del tratamiento anti-TNF sobre la DMO son poco concluyentes.

Conclusiones. Adalimumab podría frenar el deterioro de la masa ósea en la EC, al menos en CF, a la vez que podría inducir un incremento de la formación ósea, compensando el incremento de la resorción observado inicialmente.

O-4

EL SISTEMA OPG/RANKL Y EL RECEPTOR SOLUBLE TNF TIPO I EN LA ENFERMEDAD DE CROHN: ESTUDIO DEL EFECTO DEL TRATAMIENTO CON ADALIMUMAB

D. Sánchez Cano¹, M. Moreno Higuera², R. Ruiz Villaverde³, J. Callejas Rubio⁴, C. Cardeña Pérez⁵, M. Gómez García⁶, J. González Calvin⁵ y N. Otego Centeno⁴

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal Santa Ana. Motril (Granada). ²Servicio de Medicina Interna, ⁴Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, ⁵Servicio de Digestivo. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. ³Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén. ⁶Servicio de Digestivo. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Objetivos. Valorar los niveles de RANKL, OPG y sTNF-RI en pacientes con enfermedad de Crohn (EC), su relación con la densidad mineral ósea (DMO) y los posibles cambios en los mismos tras 24 semanas de tratamiento con adalimumab.

Material y métodos. Se incluyeron 64 pacientes de la provincia de Granada tras firmar un consentimiento informado, 20 de los cuales recibieron tratamiento con adalimumab de acuerdo a las indicaciones aprobadas. Los pacientes que habían recibido tratamiento con algún anti-TNF en los 2 años previos, y aquellos con una patología metabólica ósea conocida fueron excluidos. No se incluyeron mujeres en edad posmenopáusica. Se determinó la DMO (g/cm^2) en cuello de fémur (CF) y columna lumbar (CL) mediante DXA. La actividad de la EC se midió utilizando la escala CDAI. Se determinaron los niveles séricos de OPG, RANKL y sTNF-RI, y de proteína C reactiva (PCR).

Resultados. La prevalencia de DMO baja fue importante (Z-score ≤ -2 en CF en 4,7% de pacientes, 20,3% en CL). Al inicio del estudio, los pacientes con Z-score ≤ -2 en CF o CL presentaron niveles inferiores de OPG y RANKL, y ligeramente superiores de sTNF-RI (esta diferencia fue significativamente estadística sólo para RANKL en CL, $p = 0,045$). Los niveles de OPG y sTNF-RI disminuyeron de forma no significativa en el grupo tratado con adalimumab, aunque las diferencias entre grupos alcanzaron la significación estadística en la semana 24 ($p = 0,0001$ y $p < 0,0001$, respectivamente). Los niveles de RANKL aumentaron de forma más marcada, aunque no significativa, en el grupo control. No se encontró una correlación significativa entre la DMO y los niveles de OPG, RANKL o sTNF-RI. Sí se observó una correlación positiva entre el cambio producido en los

niveles de sTNF-RI y en los de PCR tras el tratamiento con adalimumab ($p = 0,0094$).

Discusión. El sistema constituido por el RANKL y la OPG representan un potencial nexa de unión entre la inflamación y la homeostasis ósea en la EC. El comportamiento de sus niveles en nuestro estudio también se ha observado con infliximab. Los datos sobre su comportamiento tras el tratamiento con terapia anti-TNF son inexistentes.

Conclusiones. Los niveles basales de OPG y RANKL detectados podrían reflejar un incremento de la actividad resorptiva osteoclástica sin una respuesta compensatoria osteoblástica, mientras que los de sTNF-RI podrían reflejar la influencia de la actividad inflamatoria sobre la pérdida de masa ósea en la EC. El tratamiento con adalimumab podría mejorar el desequilibrio del metabolismo mineral óseo en la EC mediante el control de la repuesta inflamatoria.

O-9

FACTORES DE RIESGO DE FRACTURA DE CADERA: VITAMINA D, PTH Y HORMONAS SEXUALES EN AMBOS GÉNEROS

C. Escorial Moya¹, M. Montoya García², J. Delgado de la Cuesta¹, R. Fernández Ojeda¹, M. Vázquez Gámez¹ y R. Pérez Cano²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios. Sevilla.

²Unidad de Osteoporosis. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena. Sevilla.

Objetivos. Analizar si hombres y mujeres con fractura de cadera osteoporótica presentan los mismos factores asociados a la enfermedad en cuanto a: niveles séricos de hormonas sexuales y alteraciones en parámetros bioquímicos relacionados con el metabolismo óseo (PTH y vitamina D).

Material y métodos. Se realizó un estudio analítico observacional prospectivo incluyendo de forma consecutiva, durante un año, aquellos pacientes mayores de 50 años con fractura de cadera no traumática, así como un grupo control, de edad y sexo comparables, analizado los parámetros bioquímicos: PTH, vitamina D y hormonas sexuales, mediante técnica de ELISA.

Resultados. Se recogieron 105 casos (70 mujeres y 35 varones) y 63 controles (30 mujeres y 33 varones). Un 67% de hombres fracturados y un 76% de las mujeres fracturadas presentaron valores de vitamina D menores a 20 ng/ml. En los controles este hecho ocurría en el 56% de las personas estudiadas. Un 30% y un 47% de hombres y mujeres con fractura presentaron valores de PTH mayores de 50 pg/ml, frente al 33% de controles. Los niveles séricos de testosterona fueron semejantes en varones con o sin fractura de cadera. Sin embargo, los niveles de estradiol fueron significativamente menores en los pacientes fracturados vs a los controles ($20,12 \pm 20,75$ y $36,12 \pm 20,39$; respectivamente, $p = 0,024$), siendo el grupo de hombres con fractura los que presentaron niveles más bajos, llegando a ser estos significativamente inferiores a los de mujeres con la misma condición patológica ($30 \pm 27,30$ y $15,57 \pm 15,42$; respectivamente, $p = 0,024$).

Discusión. Se conoce que la osteoporosis senil se relaciona con más frecuencia con el hiperparatiroidismo subclínico, y este a su vez está relacionado con un déficit de vitamina D. Nosotros demostramos que el déficit de vitamina D ha sido un hecho común en los pacientes fracturados pero también en los controles. Aunque en la población estudiada no existía ningún caso de hiperparatiroidismo clínico, si que hemos comprobado un número importante de pacientes y controles con PTH elevada (> 50 pg/ml, que es el límite superior normal considerado por la técnica de determinación) Hemos comprobado que a mayor edad, menores niveles de vitamina D y a su vez mayores niveles de PTH. Es conocido que las hormonas sexuales, tanto estrógenos como andrógenos, juegan un papel muy importante en la fisiopatología del hueso. Hombres y mujeres con

fractura de cadera presentaron niveles séricos de estradiol menor que los controles, siendo el grupo de las mujeres fracturadas el que mostró los menores niveles. Los niveles de testosterona han sido comparables entre casos y controles.

Conclusiones. Los niveles de vitamina D son insuficientes en más del 50% de la población estudiada, tanto fracturada como controles. Hasta la tercera parte de pacientes con fractura de cadera y la población control presentan niveles de PTH sérica elevada, lo cual está en relación con los bajos niveles de vitamina D que observamos. Los niveles séricos de estradiol son más bajos en personas con fractura de cadera y significativamente más bajos en el sexo femenino. Estos niveles son un factor de riesgo independiente asociado a la fractura de cadera. Sin embargo, los niveles de andrógenos fueron comparables entre los pacientes estudiados y no se comprobó una asociación con riesgo de padecer fractura de cadera.

Riesgo vascular

RV-59

TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES Y CLOPIDOGREL EN PACIENTES CON ACONTECIMIENTOS VASCULARES. DATOS DEL REGISTRO FRENA

J. Sánchez Muñoz-Torrero¹, D. Escudero², C. Suárez³, C. Sanclemente⁴, M. Pascual⁵, L. López-Jiménez⁶, M. Monreal⁵ y Grupo FRENA

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres. ²Servicio de Neurología, ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona). ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. ⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). ⁶Servicio de Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Córdoba.

Objetivos. En pacientes con cardiopatía isquémica y tratamiento con clopidogrel, el tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP) se ha relacionado con un mayor riesgo de recurrencias coronarias.

Material y métodos. FRENA es un registro prospectivo, observacional y multicéntrico de pacientes ambulatorios con cardiopatía isquémica (CI), enfermedad cerebrovascular (ECV) o arteriopatía periférica (AP). Estudiamos retrospectivamente la influencia del uso simultáneo de IBP y clopidogrel en la recurrencia de acontecimientos vasculares.

Resultados. En marzo 2009, 1.222 pacientes recibían tratamiento con clopidogrel: 595 con CI, 329 ECV y, 298 AP. De éstos, 519 (42%) también usaban IBP. Con un seguimiento medio de 15 meses, 131 (11%) pacientes presentaron 139 eventos vasculares: CI 44, ECV 40, isquemia crítica de extremidad 55. Diecisiete (13%) fallecieron en los 15 días siguientes al acontecimiento. Los que realizaban tratamiento con IBP, respecto a los que no lo realizaban, presentaron una mayor incidencia de CI (rate ratio: 2,5; IC95%: 1,3-4,8), ACV (rate ratio: 1,9; IC95%: 1,03-3,7), y mayor número de isquemia crítica de extremidades, aunque no significativa (rate ratio: 1,6; IC95%: 0,95-2,8). En un análisis multivariante el empleo concomitante de IBP se asoció independientemente con un mayor número de acontecimientos vasculares en cualquier localización (HR propiamente ajustada, 1,8; IC95%: 1,3-2,7).

Conclusiones. En pacientes con enfermedad arterial establecida, el uso simultáneo de IBP y clopidogrel se asoció con una mayor incidencia de recurrencias de cardiopatía isquémica y ictus isquémicos. Esta incidencia se mantiene después del ajuste multivariante.

RV-79

CORRELACIÓN DE LA ELASTICIDAD ARTERIAL Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)

S. Valero-González¹, R. Castejón¹, C. Jiménez-Ortiz², P. Tutor-Ureta¹, C. Minguito¹, L. Benítez¹, J. Vargas¹ y M. Yebra-Bango¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Neurología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda (Madrid).

Objetivos. El LES está asociado con porcentajes elevados de morbimortalidad cardiovascular secundaria a arteriosclerosis prematura y acelerada. La pérdida de la elasticidad arterial se ha sugerido como método de detección de arteriosclerosis subclínica. El objetivo de nuestro trabajo es intentar correlacionar los factores de riesgo cardiovascular conocidos con el incremento de la rigidez arterial.

Material y métodos. Se estudiaron 46 mujeres con LES que siguen revisiones en la Unidad de Enfermedades Autoinmunes del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Se recogieron todos los factores de riesgo de cada uno de los pacientes. La rigidez arterial se evaluó determinando la velocidad onda pulso (VOP) en el segmento arterial carotidofemoral (VOPcf) mediante software específico utilizando electrocardiograma y velocimetría doppler para determinar el tiempo de llegada de la onda de pulso. Se dividió a los pacientes en dos grupos según el resultado de la VOP, normal o patológico, corregido por edad y tensión arterial según los valores de referencia publicados recientemente por la Sociedad Europea de Cardiología. Los resultados se expresan como media y desviación estándar (DE).

Resultados. La edad media era 45 (19-64) años y la media de los años de evolución del LES era de 14 años (1-35). En el análisis de los datos encontramos que el aumento en la rigidez arterial estaba asociado a niveles altos de homocisteína (11,9 ± 3,1 vs 15,6 ± 5,7; p = 0,01), niveles altos de proteína C reactiva ultrasensible (PCRus) (1,2 ± 1,6 vs 5,1 ± 8,0; p = 0,03), niveles elevados de ácido úrico (4,3 ± 1,2 vs 5,7 ± 2,2; p = 0,01) y a la presencia de síndrome metabólico (p = 0,007). Se realizó análisis multivariante mediante regresión logística en el que se determinó como variable independiente de rigidez arterial la presencia de síndrome metabólico (SM) (p = 0,03) y se calculó la Odds Ratio obteniendo un resultado de 6,6 (IC95% 1,2-38).

Discusión. La medida de la rigidez arterial es un método objetivo y reproducible para determinar de forma precoz el daño vascular arterial y diversos estudios demuestran que está incrementado en el LES. Su relación con los factores de riesgo vascular ha arrojado resultados variables en la literatura médica. En nuestro trabajo se observó una relación directa con los niveles de homocisteína, PCRus, ácido úrico y sobre todo con el síndrome metabólico.

Conclusiones. Los resultados de nuestro estudio sugieren que la presencia de síndrome metabólico en los pacientes con LES está asociado a un aumento de la rigidez arterial.

RV-157

MEJORA DE LA FUNCIÓN ENDOTELIAL Y DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOMETABÓLICO TRAS UNA INTERVENCIÓN CON DIETA MEDITERRÁNEA Y EJERCICIO FÍSICO SEMANAL EN PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO

D. Rosado, J. Fernández, M. da Silva-Grigoletto, A. Ortiz, L. Landaeta, B. García y F. Fuentes

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

Objetivos. En el síndrome metabólico (SMet), un patrón dietético típico mediterráneo tiene probados beneficios sobre la disfunción

endotelial, hiperlipemia e insulina resistencia. Sin embargo, ha sido poco estudiada la efectividad de combinar un modelo de dieta mediterránea hipocalórica (MED) con ejercicio físico. El objetivo de nuestro estudio es estudiar los efectos de una intervención con MED asociada a un programa de ejercicio físico, sobre la reactividad endotelial y los factores de riesgo cardiometabólico en pacientes con SMet.

Material y métodos. 26 pacientes (50-70a) con SMet según criterios de ATP-III, fueron asignados aleatoriamente a uno de los siguientes tratamientos de 3 meses de duración: a) dieta mediterránea hipocalórica normoproteica (MED); o b) idéntica dieta + ejercicio físico (MEDE). La dieta implicó una restricción progresiva del 40% de la ingesta energética habitual (20%, 10% y 10% en cada mes), aportando como grasas 25-30% y como hidratos de carbono 50-55% de las calorías. El programa semanal de ejercicios consistió en 2 sesiones supervisadas de ejercicios aeróbicos con intensidad creciente (pedaleo discontinuo) y en 1 sesión no supervisada de ejercicio aeróbico continuo (caminata). Al inicio y fin de la intervención se determinaron: la hiperemia reactiva post-isquemia (HRP) mediante láser doppler, variables antropométricas, insulina resistencia (HOMA) y el perfil lipídico.

Resultados. MEDE incrementó significativamente la HRP en relación a MED ($70,8 \pm 11,3$ hasta $111,3 \pm 20,3^*$ vs $79,2 \pm 15,9$ hasta $82,8 \pm 15,9$ respectivamente, $*p < 0,05$). MEDE indujo mayor porcentaje de reducción de los parámetros lipídicos (excepto HDL) y de la insulina resistencia (CT: 15,6% vs 6,5%; LDL: 13,2% vs 10,8%; triglicéridos: 22,9% vs 0,50%; glucosa: 39,6% vs 34,7%; HOMA: 64,9% vs 38,4% e insulina: 41,4% vs 5,4%; $p < 0,05$). Además en MEDE vs MED se observó mayor disminución de peso (97,0 hasta 90,0 kg vs, 97,6 hasta 92,5 kg, $p < 0,05$), perímetro de cintura (114,5 hasta 106 cm vs 117,1 hasta 113,6 cm; $p < 0,05$), e IMC (38,1 hasta 35,2 kg/m² vs 40,2 hasta 38,8 kg/m²; $p < 0,05$).

Conclusiones. En SMet, una intervención de corto plazo con restricción calórica basada en una dieta típica mediterránea y ejercicio físico, potencia la mejora de la respuesta endotelial microvascular y los factores de riesgo cardiometabólicos.

centro de urgencias; - Ausencia de otras enfermedades que requieran ingreso; - Función renal y hemograma; - Ausencia de riesgo de sangrado; - El paciente no requiere otras exploraciones que precisen ingreso.

Resultados. Desde enero de 1999 hasta diciembre de 2008, se diagnosticaron 336 casos de TEP según criterios clínicos, TAC helicoidal o gammagrafía de ventilación perfusión. En 21 (6,25%) de los casos se descartó tratamiento. 74 casos, 22,02%, recibieron tratamiento ambulatorio tras un ingreso inferior a 48 horas 1999: 0; 2000: 1; 2001: 3; 2002: 5; 2003: 7; 2004: 6; 2005: 9; 2006: 12; 2007: 14; 2008: 17 No se encontraron diferencias significativas en morbi-mortalidad. Ningún paciente requirió ingreso por complicaciones

Discusión. El tromboembolismo pulmonar (TEP) es un cuadro frecuente, con alta morbi-mortalidad. El tratamiento en régimen hospitalario, está en entredicho actualmente. La trombosis venosa profunda (TVP) no complicada, se trata de manera ambulatoria (Dunn et al. Am J Med 2001;110:458-62). En estudios realizados (Monreal et al. Thromb Haemost 2001;85:771-4), del 20 al 60% de los pacientes con TVP sin clínica respiratoria, tienen criterios de TAC o gammagrafía de ventilación/perfusión de TEP. Por tanto, debemos admitir que actualmente, estamos tratando pacientes con TEP asintomáticos de forma ambulatoria. El presente estudio, a pesar del escaso número de pacientes muestra las posibilidades del tratamiento ambulatorio.

Conclusiones. El tratamiento ambulatorio del tromboembolismo pulmonar debe ser considerado Siguiendo unos mínimos criterios de inclusión, no existe mayor morbi-mortalidad en este grupo de pacientes Se pueden reducir los ingresos y las complicaciones de éstos.

T-19

VALORACIÓN DEL RIESGO DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA EN PACIENTES MÉDICOS HOSPITALIZADOS. GRADO DE ACUERDO ENTRE LA GUÍA PRETEMED Y LAS RECOMENDACIONES DE LA VIII CONFERENCIA DE ACCP

P. Gallardo Jiménez, V. Vallejo Herrera, C. Lara Rojas, C. Salazar de Troya, V. Gómez Carrillo, A. Villalobos Sánchez, R. Guijarro Merino y R. Gómez Huelgas

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

Objetivos. Valorar el grado de acuerdo en relación a la evaluación del riesgo de enfermedad tromboembólica (ETV) de dos guías de práctica clínica de uso general (criterios de VIII conferencia de ACCP, guía PRETEMED 2007) en pacientes médicos hospitalizados en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos. Estudio de corte transversal, seleccionando todos los pacientes ingresados en ese momento en seis plantas médicas de un hospital de tercer nivel. Se excluyeron los pacientes con anticoagulación crónica y los pacientes ingresados por ETV en ese momento. Recogimos los variables demográficas, antropométricas y factores de riesgo de ETV en nuestros pacientes y calculamos el riesgo de ETV según la guía PRETEMED de 2007 y los criterios de la VIII conferencia de la ACCP para posteriormente calcular el grado de acuerdo o concordancia de ambas.

Resultados. Se recogen un total de 149 pacientes ingresados en los servicios médicos. La distribución por servicios fue: 43 pacientes en Medicina Interna (29%), 30 en Digestivo (20%), 24 en Neumología (16%), 19 en Enfermedades Infecciosas (13%), 17 en Oncología Médica (11%) y 16 en Neurología (11%). 90 eran varones (60%) y 59 mujeres (40%). La edad media de la muestra fue de $60,21 \pm 19,23$ años. Excluimos 4 pacientes (2,7%) por ETV aguda y 17 pacientes (11,4%) por tratamiento anticoagulante crónico. El cálculo del riesgo de ETV según la guía PRETEMED 2007 mostró que 44 pacientes

Enfermedad tromboembólica

T-10

TRATAMIENTO AMBULATORIO DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR: UNA EXPERIENCIA DE 10 AÑOS

T. Rubio Vela¹, F. Jiménez Bermejo², C. González Rodríguez³, V. González Toda⁴, J. Alonso Martínez¹, B. Lasa¹ y S. Pérez Ricarte¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital de Navarra. Pamplona/Iruña (Navarra). ²Servicio de Medicina Interna. Centro de Rehabilitación Ubarmin. Egúés (Navarra). ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Tudela (Navarra). ⁴Servicio de Cardiología. Hospital García Orcoyen. Estella/Lizarrar (Navarra).

Objetivos. Evaluar la evolución de pacientes diagnosticados de tromboembolismo pulmonar en los que se decide realizar el tratamiento de forma ambulatoria.

Material y métodos. Pacientes valorados en el Hospital García Orcoyen de Estella, desde el 1 de enero de 1999 hasta el 31 de diciembre de 2008, en las áreas de Medicina Interna, cardiología y neumología, con diagnóstico de TEP. Criterios de selección: -Mayor de 18 años; - Diagnóstico de TEP; - Aceptación por el paciente y la familia; - Hemodinámicamente estable; - Soporte familiar y personal para administración de la medicación; - Proximidad a

(34,4%) tenían un riesgo de 1-3 (bajo), 8 (6,3%) tenían un riesgo de 4 (moderado) y 76 (59,4%) tenían > 4 (alto). El cálculo del riesgo de ETV según los criterios de la ACCP mostró que 64 pacientes (50%) tenían bajo riesgo y 64 pacientes (50%) tenían alto riesgo. El cálculo del índice de acuerdo de ambas guías resultó al comparar riesgo PRETEMED bajo/moderado-alto con riesgo ACCP bajo/alto una kappa 0,68 (IC95%: 0,56-0,81) y al comparar riesgo PRETEMED bajo/moderado-alto con riesgo ACCP bajo/alto una kappa 0,81 (IC95%: 0,71-0,91).

Discusión. El riesgo de ETV en los pacientes médicos hospitalizados es elevado y además es un problema que se puede prevenir detectando precozmente ese riesgo e iniciando tromboprofilaxis adecuada. Con respecto al grado de acuerdo de las guías utilizadas en el estudio para la valoración del riesgo, observamos un ligero desacuerdo entre ambas guías que mejora si se agrupa el riesgo según PRETEMED en bajo-moderado y alto riesgo. Esto parece ser debido a que la guía PRETEMED sobreevalora ligeramente el riesgo de ETV con respecto a las recomendaciones de ACCP.

Conclusiones. La guía PRETEMED y los criterios de ACCP tienen un ligero desacuerdo en lo que respecta a la valoración del riesgo de ETV durante el ingreso hospitalario y este grado de acuerdo mejora al agrupar el riesgo según PRETEMED en bajo-moderado/alto. Parece necesario crear estrategias para promover en los hospitales unos protocolos de valoración del riesgo de ETV y cumplimentación de tromboprofilaxis de uso común para los pacientes ingresados en el área médica.

T-25 PRESENTACIÓN CLÍNICA Y EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO VENOSO SEGÚN EL LUGAR DE APARICIÓN (HOSPITALIZACIÓN O DOMICILIO): RESULTADOS DE UN REGISTRO PROSPECTIVO (RIETE)

A. Maestre¹, R. Sánchez², V. Rosa³, A. Lorenzo⁴, F. del Molino⁵, C. Garmendia⁶, M. Monreal⁷ y Grupo RIETE

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Elche. Elche/Elx (Alicante). ²Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ⁴Servicio de Medicina Interna. Complejo Universitario La Paz. Madrid. ⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Catalunya. Sant Cugat del Vallès (Barcelona). ⁶Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón (Madrid). ⁷Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona).

Objetivos. Comparar las características clínicas basales y la evolución a los tres meses de los pacientes con tromboembolismo pulmonar y trombosis venosa profunda incluidos en el registro RIETE, según su aparición se produjera durante una hospitalización por otro motivo o en su domicilio.

Material y métodos. RIETE es un registro prospectivo, multicéntrico, de pacientes consecutivos con un episodio de tromboembolismo venoso agudo, sintomático y confirmado de forma objetiva. Se comparó la incidencia a los tres meses de la embolia pulmonar y el sangrado fatal de los pacientes que desarrollaron el evento trombótico hospitalizados con los ambulatorios.

Resultados. En abril de 2008, de los 22133 pacientes incluidos en el registro, 10.461 (47%) fueron TEP y 11.672 TVP. Del total, 6.445 (29%) estaban hospitalizados. Los que desarrollaron la trombosis venosa ingresados tuvieron una incidencia significativamente mayor de embolia pulmonar fatal (2,1 frente a 1,5%; OR: 1,5; IC95% 1,1-1,7), muerte por todas las causas (7,0% frente a 5,4%; OR: 1,3; IC95% 1,2-1,5) y sangrado mayor (2,9% frente a 2,1%; OR 1,4; IC95% 1,1-1,6). La incidencia de sangrado mayor no aumentó significativa-

mente (0,7% frente a 0,5%; OR: 1,2; IC95% 0,9-1,8). En el análisis multivariante, la hospitalización se asoció significativamente con un riesgo mayor de embolia pulmonar fatal.

Discusión. Estos resultados pueden tener implicaciones clínicas importantes. Por un lado, dado el peor pronóstico de los pacientes que desarrollan una trombosis venosa durante una hospitalización, una profilaxis adecuada es crucial en los pacientes con riesgo. Por otra parte, los pacientes ingresados que desarrollan una embolia pulmonar deberían tener una monitorización adecuada de la anti-coagulación y un seguimiento más intensivo.

Conclusiones. La enfermedad tromboembólica venosa que aparece en pacientes hospitalizados tiene un riesgo significativamente mayor de muerte por embolia pulmonar que la que aparece en pacientes ambulatorios, señalando la importancia de las estrategias preventivas de tromboembolismo venoso en los hospitales.

T-26 SIMPLIFICACIÓN DE LA ESCALA PESI (PULMONARY EMBOLISM SEVERITY INDEX) PARA EL PRONÓSTICO DE PACIENTES CON TROMBOEMBOLIA DE PULMÓN AGUDA SINTOMÁTICA

V. Gómez¹, D. Jiménez², J. Lobo³, F. Uresandi⁴, R. Otero⁵, M. Monreal⁶ y Grupo RIETE

¹Servicio de Medicina Interna ²Neumología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. ³Servicio de Neumología. Hospital Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz (Álava). ⁴Servicio de Neumología. Hospital de Cruces. Barakaldo (Vizcaya). ⁵Servicio de Neumología. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla. ⁶Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona).

Objetivos. La escala PESI (Pulmonary Embolism Severity Index) predice la mortalidad a 30 días de los pacientes con tromboembolia de pulmón (TEP) aguda sintomática. El objetivo de este estudio fue el de derivar y validar una versión simplificada de esta escala.

Material y métodos. En una cohorte de pacientes ambulatorios con TEP aguda sintomática, el estudio derivó de forma retrospectiva una versión simplificada de la escala PESI (PESIs) para predecir la mortalidad por todas las causas durante los primeros 30 días de seguimiento. La capacidad pronóstica de las escalas PESI y PESIs fue comparada en la cohorte de derivación. Se realizó una validación externa de la escala PESIs en una cohorte multinacional independiente (registro RIETE) de pacientes con TEP.

Resultados. En la cohorte de derivación, el análisis de regresión logística permitió eliminar las variables de la escala PESI que no se asociaron al evento de mal pronóstica considerado. Las variables incluidas en la escala simplificada fueron: edad, cáncer, enfermedad cardiopulmonar crónica, frecuencia cardíaca, tensión arterial sistólica y saturación de oxígeno en sangre arterial. La capacidad pronóstica de las dos escalas fue similar en la cohorte de derivación (área bajo la curva [ABC] 0,75 [IC95%, 0,69 a 0,80]). La mortalidad de los pacientes clasificados de bajo riesgo (30,6%; 305 de 995 pacientes) por la escala PESIs fue de 1,0% (IC95%, 0 a 2,1%), comparada con el 10,9% (IC95%, 8,5 a 13,2%) del grupo de alto riesgo. En la cohorte de validación del registro RIETE, un 36,1% (2.569/7.106) de los pacientes fueron clasificados de bajo riesgo, y la mortalidad a 30 días en este grupo fue de 1,1% (IC95%, 0,7 a 1,5%), comparado con el 8,9% (IC95%, 8,1 a 9,8%) en el grupo de alto riesgo.

Conclusiones. La escala PESI simplificada tiene la misma capacidad pronóstica y utilidad clínica que la escala original, y es más fácil de utilizar.

T-33 HEMORRAGIA FATAL EN PACIENTES ANTICOAGULADOS POR TROMBOEMBOLISMO VENOSO. ESCALA DE RIESGO BASADA EN LOS DATOS DEL REGISTRO RIETE

R. Solano¹, J. Nieto¹, M. Ruiz-Ribó¹, N. Ruiz-Giménez², S. Herrera³, M. Durán⁴, M. Monreal⁵ y Grupo RIETE

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital General Virgen de la Luz. Cuenca. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Área Santa María del Rosell. Cartagena (Murcia).

⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital General Vall d'Hebron. Área General. Barcelona. ⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona).

Objetivos. La muerte por hemorragia (MH) es una de los principales problemas relacionados con el tratamiento anticoagulante del tromboembolismo venoso (ETV). El objetivo de este trabajo fue identificar las variables presentes en el momento del diagnóstico de la ETV que se asocian con un riesgo aumentado de MH durante los primeros tres meses de tratamiento anticoagulante.

Material y métodos. Usando los datos del registro RIETE, que incluye pacientes consecutivos diagnosticados de ETV, se identificaron factores de riesgo de MH en el momento del diagnóstico, en el conjunto de pacientes que recibieron tratamiento anticoagulante. Mediante regresión logística se construyó un modelo clínico de predicción que estratifica el riesgo de los pacientes en tres categorías.

Resultados. Se analizaron los datos de 24.395 pacientes, de los cuales 546 tuvieron una hemorragia grave y 135 (0,55%) MH. Los factores de riesgo asociados de forma independiente con MH fueron edad > 75 años (OR 2,16), cáncer metastático (OR 3,80), inmovilidad superior a 4 días (OR 1,99), hemorragia grave en los 30 días anteriores al diagnóstico de ETV (OR 2,64), actividad de protrombina inferior al 80% (OR 2,09), menos de 100.000 plaquetas/mm³ (OR 2,23), aclaramiento de creatinina inferior a 30 cc/min (OR 2,27), anemia (OR 1,54) y trombosis venosa distal (OR 0,39). Asignando 2 puntos al cáncer metastático, 1,5 puntos a la hemorragia grave reciente, -1 puntos a la TVP distal y 1 punto al resto de las variables se puede clasificar a los pacientes en categorías de riesgo bajo (menos de 1,5 puntos; 0,16%), intermedio (1,5-4 puntos; 1,06%) o alto (más de 4 puntos; 4,24%) de MH. El área bajo la curva (AUC) ROC con este modelo es 0,790. La precisión es mayor para la MH extracranial (AUC 0,826) y para la MH gastrointestinal (AUC 0,859).

Conclusiones. Utilizando factores de riesgo presentes en el momento del diagnóstico es posible clasificar a los pacientes con mayor riesgo de MH, especialmente las de localización extracranial.

T-44 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL TROMBOEMBOLISMO VENOSO EN PORTADORES DE FACTOR V LEIDEN O PROTROMBINA G20210A. RESULTADOS A PARTIR DE PACIENTES INCLUIDOS EN RIETE

J. Trujillo-Santos¹, V. Roldán², R. Lecumberri³, R. del Campo⁴, S. Rubio⁵, A. Lorenzo⁶, M. Monreal⁷ y Grupo RIETE

¹Servicio de Medicina Interna. Complejo Universitario Santa María del Rosell. Murcia. ²Servicio de Hematología. Hospital J. M. Morales Meseguer. Murcia. ³Servicio de Hematología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona/Iruña (Navarra). ⁴Hematología. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca (Illes Balears). ⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias). ⁶Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ⁷Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona).

Objetivos. Los sujetos portadores de factor V Leiden (FVL) o el polimorfismo G20210A de la protrombina (PT) tienen un mayor ries-

go trombotico, especialmente en situaciones de riesgo. Aunque se ha descrito que los sujetos portadores de FVL tienen una menor incidencia de embolia pulmonar (paradoja del FVL) poco más se sabe de las características clínicas de los pacientes portadores de ambos polimorfismos. El objetivo de nuestro trabajo fue analizar a partir de la población incluida en el registro RIETE, las características clínicas así como la evolución de pacientes con tromboembolismo venoso (TEV) portadores de FVL o PT G20210A en comparación con pacientes sin trombofilia.

Material y métodos. RIETE es un registro consecutivo de pacientes con TEV agudo. Consideramos aquellos pacientes con un primer episodio de TEV a los se les solicitó un estudio de trombofilia detectando la presencia de FVL o PT G20210A y los comparamos frente a los que no tenían ningún defecto trombofílico. Aquellos pacientes con cualquier otra alteración en el estudio de trombofilia (déficit de proteínas anticoagulantes o síndrome antifosfolípido) fueron excluidos del análisis.

Resultados. En mayo de 2009, 22.428 pacientes habían sido incluidos en RIETE. De ellos, 345 eran portadores de FVL y 261 de PT G20210A, mientras que 2399 eran negativos. En el caso las mujeres, el 62% de los episodios eran secundarios, mientras que en varones tan sólo el 40%. De las mujeres portadoras de FVL o PT, se asoció el uso de anticonceptivos y el embarazo en un 63% y 67% respectivamente. Hubo una menor incidencia de tromboembolismo pulmonar en pacientes con FVL (31% vs 51% y 45%, respectivamente), y con menor incidencia de hipoxemia (4,5% vs 17% y 20%, respectivamente). No hubo diferencias en la evolución.

Conclusiones. La mayoría de los episodios de TEV en mujeres con FVL o PT G20210A se asocian con factores de riesgo adquiridos (anticonceptivos y embarazo sobre todo). La incidencia de tromboembolismo pulmonar fue menor en portadores de FVL y cursaron en menor proporción con hipoxemia.

T-51 VALOR PRONÓSTICO DEL ÍNDICE DE SEVERIDAD DE EMBOLISMO PULMONAR (PESI) Y TROPONINA EN LA EMBOLIA PULMONAR

A. Cárdenas¹, R. Salas¹, E. Merino¹, C. Arauco¹, M. González¹, R. Coll², N. Parra³ y F. Fernández¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Urgencias, ³USR. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona.

Objetivos. Pretendemos investigar el valor pronóstico de la combinación de PESI y troponina en pacientes con embolia pulmonar (EP).

Material y métodos. Estudio de casos y controles realizado sobre 203 pacientes en un Hospital Universitario, durante 2004-2010, con diagnóstico confirmado de EP. Se estratificó la probabilidad de mortalidad durante el ingreso mediante el PESI. Se recogieron datos sociodemográficos, clínicos, troponina I y otras variables de laboratorio. A efectos de análisis, se excluyeron pacientes con valores perdidos para el cálculo de PESI y/o troponina I (146 en total). El end-point definido para los casos fue la mortalidad (6 pacientes). En una primera fase, el cálculo de parámetros de validez interna [sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN)] se realizó de manera independiente para PESI y troponina I. Posteriormente, se optimizó el criterio de clasificación mediante la combinación de ambos y se recalcularon los parámetros de validez interna. Los datos se procesaron con el programa SPSS 15.0.

Resultados. A efectos de análisis, se valoraron 57 pacientes, de entre los cuales, 6 (10,5%) fue exitus. En conjunto, la edad media fue de 77,2 (14,0) años, con 66,7% (38) mujeres. La hipertensión arterial (57,1% de los pacientes), EPOC (30,6%) e insuficiencia cardiaca crónica (15,2%) fueron las comorbilidades más prevalentes. La media de dímero D fue de 4.421,9 (2884,7) ng/dl y la pO₂ media,

de 70,4 (24,9) mmHg. La puntuación media de PESI fue de 106 (30,2) y 8,8% (5 pacientes) obtuvieron troponina positiva ($+ > 0,1$ ng/ml), del cual, sólo un paciente falleció, sin asociación estadísticamente significativa con la mortalidad ($p > 0,05$). La dicotomía troponina positiva/negativa combinada con la de clase I-II/III-V, obtuvo un VPN del 100% para la categoría I-II con troponina negativa y un VPN del 20% para el estado de mayor riesgo (troponina positiva y clase III-V).

Discusión. La elevación troponina en la EP refleja afectación del ventrículo derecho y en general se asocia con un peor pronóstico. Varios estudios demuestran una mayor mortalidad. El verdadero beneficio de los biomarcadores es el valor predictivo negativo. En nuestro estudio la mayor parte de los pacientes (91,2%) tenían EP con troponina negativa. La asociación en nuestros pacientes de edad avanzada y enfermedades crónicas asociadas justificarían niveles elevados de troponina, enmascarando la asociación troponina-mortalidad en la EP. Cuando combinamos troponina y PESI, el VPN de la categoría que asocia mejor pronóstico (clase I-II y troponina negativa), alcanza el 100%, de manera que la selección de pacientes en los que considerar tratamiento ambulatorio, puede hacerse en condiciones de seguridad. Sin embargo, esta combinación no permite identificar pacientes de mayor gravedad tributarios de tratamiento intensivo, ya que el VPP de la categoría atribuida al peor pronóstico (clase III-V y troponina negativa) sólo alcanza el 12,5%, es decir, se beneficiarían de este tipo de tratamiento, entre 12 y 13 de cada 100 pacientes que lo necesitasen.

Conclusiones. La combinación de las dos pruebas en situación favorable (PESI bajo riesgo y troponina negativa) puede utilizarse para seleccionar pacientes de bajo riesgo candidatos a seguir tratamiento ambulatorio en condiciones de seguridad.

T-63

SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO. SEGUIMIENTO DE UNA COHORTE DE PACIENTES EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA

V. de la Cuesta¹, N. Ruiz-Giménez¹, M. Roig², N. Gómez² y C. Suárez¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Hematología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Objetivos. El síndrome antifosfolípido es un estado de hipercoagulabilidad caracterizado por trombosis venosas y arteriales, con alta morbimortalidad. El objetivo de este estudio es describir las características clínicas y analíticas así como la evolución de una cohorte de pacientes que han sido seguidos en la consulta de Medicina Interna con el diagnóstico de síndrome antifosfolípido entre los años 2000-2010.

Material y métodos. Estudio de cohorte retrospectivo de pacientes diagnosticados de síndrome antifosfolípido en el Hospital Universitario de la Princesa entre 2000-2010 y en seguimiento en consulta externa de Medicina Interna. Se excluyeron aquellos que no cumplían los criterios de Sapporo. Se analizaron variables demográficas, clínicas, analíticas, terapéuticas y la evolución a lo largo del tiempo.

Resultados. Inicialmente se encontraron 40 pacientes codificados con síndrome antifosfolípido. Se excluyeron 14 pacientes porque no cumplían los criterios de Sapporo y 6 por ser seguidos en prevención primaria. Se incluyeron 20 pacientes con edad media de 49,6 años ($DE \pm 16,8$; 22-85), 55% eran varones y tuvieron un seguimiento de 36 meses ($DE \pm 40$; 3-180). El 85% tenían síndrome antifosfolípido primario. El 80% tenían algún factor de riesgo cardiovascular: dislipemia (55%), HTA (45%), obesidad (30%). Tenían comorbilidad asociada en un 75% de los casos. El 60% presentaron eventos trombóticos venosos (25% tromboembolismo pulmonar, 55% trombosis venosa profunda y 20% trombosis en localización inusual); y 50% evento arterial (ictus (45%), síndrome coronario agudo (5%), arte-

riopatía periférica (15%) y el 22% eventos obstétricos. En un 20% concurren los 2 tipos de eventos. Otras manifestaciones clínicas fueron: neuropsiquiátricas (80%: cefalea, depresión) y cutáneas (40%): (síndrome posflebítico, livedo reticularis). Inmunológicamente el 65% tenían ACAS IgG a título moderado-alto y el 45% anticoagulante lúpico positivo. En el 55% no se determinaron el título de anticuerpos beta2-GPI al no estar incluidos en el estudio hasta el 2007. Presentaban trombopenia un 25%, estudio de trombofilia congénita en un 60%, y estudio inmunológico en un 80% con ANA positivos en un 35% (1/160), y el 10% asociado a DNA positivo. De los pacientes con anticoagulante lúpico (+), el 33% tenían eventos venosos y el 66% arteriales. De los pacientes ACAS IgG (+), 70% tienen evento arterial y el 60% evento venoso. De los pacientes con Ac beta2-GPI (+), el 60% tienen eventos venosos y el 20% arterial. En la actualidad el 90% están anticoagulados, 30% antiagregados, 25% en tratamiento con esteroides y 35% con estatinas. Un 20% tienen más de 1 evento trombótico. Durante el seguimiento sufren recidiva el 25%, 10% hemorragias por ACO y 15% osteoporosis. Fallece 1 paciente por ictus (5%; IC95%: 0,12-24%).

Discusión. En nuestra consulta la mayoría de los pacientes tienen síndrome antifosfolípido primario, son jóvenes con elevada comorbilidad asociada a otros factores de riesgo cardiovascular, HTA y dislipemia, así como más eventos trombóticos venosos que arteriales. Estos últimos estuvieron relacionados con anticoagulante lúpico positivo mientras que los eventos venosos están en relación con la presencia de anticuerpos beta2-GPI. Uno de cada cuatro pacientes presentaron recidiva, y en menor porcentaje complicaciones por el tratamiento recibido.

Conclusiones. El síndrome antifosfolípido tiene una elevada morbimortalidad asociado a múltiples complicaciones por el tratamiento y recurrencias trombóticas.

Varios

V-43

URGENCIAS POR INTOXICACIÓN ACCIDENTAL EN LOS DOMICILIOS EN MADRID. 25 AÑOS DEL ESTUDIO VEIA (VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA INTOXICACIÓN AGUDA)

P. Caballero Vallés y S. Dorado Pombo

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

Objetivos. Presentar las características y variaciones de las intoxicaciones agudas accidentales (IAA) habidas en 25 años, mediante el registro de casos en el H.U. Doce de Octubre, de Madrid. Difundir el Estudio VEIA y el interés por las intoxicaciones agudas.

Material y métodos. VEIA analiza la evolución de las IA mediante cortes periódicos que recogen los casos asistidos en un año completo -1979, 1985, 1990, 1994, 1997, 2000 y 2004- en Urgencias del Hospital Doce de Octubre (643.740 usuarios adultos). Dividimos las IA por sus características. Registramos edad, sexo, tóxico utilizado, evolución y antecedentes. Es un estudio descriptivo transversal evolutivo que emplea técnicas básicas de estadística descriptiva.

Resultados. Se resumen en la tabla.

Discusión. La IAA presenta, según nuestro último estudio, una incidencia de 40,7 por cien mil habitantes. Entre 1985 y 1994 el número disminuyó (87, 55 y 12) y después se produce un notable aumento: 88, 130 y 262 casos, respectivamente, así como un crecimiento del 100% en 2004 con respecto 2000. Las IAA laborales son una entidad de claro predominio masculino, que aunque disminuye, mantiene una diferencia significativa con respecto al Censo. Una actitud más temeraria que las mujeres o realizar trabajos más arriesgados. En las IAA domésticas (IAAD) el aumento es práctica-

mente femenino hasta representar en 2004 el 70%; los casos de IAAD en ese año duplica el número del 2000. La media de edad aumenta desde 27 años a los 47 actuales. En las IAAD la edad es bimodal con picos a los 20-25 años (inexpertos) y a partir de los 65 (más torpes). Tóxicos la mayoría se deben a cáusticos, seguidos de los gases -generados en incendios, los que actúan por desplazamiento (butano, propano) y los asfixiantes por mala combustión de estufas, calderas y calentadores-; mezclas inadecuadas de detergentes y cáusticos y, por último, un grupo mixto (setas, raticida, medicamentos, alcohol, metanol).

Conclusiones. La asistencia urgente por IAA ha cambiado de modo importante: aumenta su incidencia y su peso específico con respecto a las restantes IA y se prevé que su incidencia se duplicará en VEIA 2009. La prevención es posible con información sanitaria, un adecuado etiquetado y la inspección de instalaciones de calefacción.

Tabla 1 (V-43).

	1979	1985	1990	1994	1997	2000	2004
Casos	48	87	55	12	88	130	262
Doméstico/ Laboral	35/13	48/39	43/12	11/1	80/8	122/8	205/57
Hombre/Mujer	31/17	43/44	28/27	5/7	51/37	50/80	116/146
Media de edad	27	37	39	39	49	47	47

V-44

MORTALIDAD HOSPITALARIA EN MENORES DE 65 AÑOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

V. Garcés Horna¹, M. Callejo Plazas¹, B. de Escalante Yangüela¹, M. Navarro Aguilar¹, M. Rodero Roldán¹, A. Sampedro Feliu², D. del Pino Jiménez¹ y A. Capdevilla Martínez¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. ²Servicio de Medicina de Familia y Comunitaria. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Objetivos. La mortalidad hospitalaria es un indicador de calidad asistencial y su estudio puede mejorar la asistencia de los pacientes hospitalizados. Nuestro objetivo fue conocer la tasa de mortalidad de los pacientes menores de 65 años hospitalizados en un Servicio de Medicina Interna, analizar las causas de muerte más frecuentes e identificar sus características clínicas.

Material y métodos. Se realizó una revisión sistemática y retrospectiva de todos los fallecimientos menores de 65 años ocurridos en el Servicio de Medicina Interna del HCU "Lozano Blesa" (Zaragoza), durante los años 2005-2009. Se registraron: variables epidemiológicas, antecedentes patológicos, motivo de ingreso, causa de la muerte, estancia media y si se realizó autopsia. Análisis estadístico SPSS 15.0.

Resultados. Durante estos 5 años fueron dados de alta del Servicio de Medicina Interna 3010 pacientes menores de 65 años, de los que fallecieron 65, lo que supone una mortalidad global en este grupo de edad del 2,15%. La edad media fue de 55,02 con una desviación típica de 8,05 años. El 66,2% de los casos eran hombres, las mujeres fallecieron a una edad más temprana que los hombres (51,50 ± 7,99 años frente a 56,81 ± 7,55 años, p < 0,05). Los principales motivos de ingreso fueron la disnea (27,6%) y la fiebre (20%). Casi la totalidad de los pacientes procedían del Servicio de Urgencias (92,3%). Entre los antecedentes patológicos más llamativos destacaron: 21% neurológicos, adquiridos como ACV o degenerativos como ELA, Esclerosis múltiple o distrofias musculares; 15,3% retraso mental (síndrome de Down, parálisis cerebral infantil, etc.); 24,6% enolismo moderado-severo y un 20% eran fumadores. El GRD (grupos relacionados con el diagnóstico) más frecuente fue el 541, trastornos respiratorios con complicación (43%). Las principales

causas de muerte fueron las enfermedades infecciosas y si atendemos a los diagnósticos principales, según la clasificación CIE-9-CM, el más frecuente fue la neumonía o bronconeumonía, seguido de las neoplasias de origen pulmonar (tabla). La estancia media fue de 13,66 ± 19,15, en 14 casos el exitus se produjo en las primeras 48 horas de ingreso. Sólo en 3 pacientes se llevó a cabo autopsia.

Conclusiones. En el grupo de menores de 65 años las mujeres fallecen antes que los hombres. Las principales causas de muerte en este grupo de edad son las infecciones respiratorias (neumonías, bronconeumonías o neumonías por broncoaspiración). La deficiencia mental y las enfermedades neurológicas son los factores más importantes que condicionan una mortalidad precoz. El número de autopsias fue reducido.

Tabla 1 (V-44).

Código CIE-9-CM	Diagnóstico principal	Nº muertes	% muertes
482-486, 507	Neumonía, bronconeumonía y neumonía por aspiración	18	27,6
162.3-162.9	Neoplasia de bronquio y pulmón	8	12,3
038	Septicemia	8	12,3
155-157.9	Neoplasia de hígado, vesícula, tracto biliar y páncreas	5	7,6
239	Otras neoplasias, NEOM	5	7,6
571	Cirrosis hepática	4	6,1
491-496	EPOC, BCO, enfisema y asma. Reagudizaciones	2	3,0
567	Peritonitis	2	3,0
262-263	Desnutrición	2	3,0
415.19	Tromboembolismo de pulmón	1	1,5
430-435.9	Enfermedad cerebrovascular	1	1,5
428	Insuficiencia cardiaca	1	1,5
	Otros	0	

V-75

VALORACIÓN DEL RIESGO NUTRICIONAL Y MORTALIDAD EN LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

F. Gomes Martín, S. Guillén Lorente, C. López Félez, M. Marco Aguado, S. Clemente Jiménez, P. Gargallo Gómez 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 enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) ingresados en un hospital. CONUT valora el riesgo nutricional en pacientes hospitalizados utilizando los parámetros analíticos colesterol total, albúmina sérica y linfocitos totales. Establece 4 niveles de riesgo: nulo, leve, moderado y grave.

Material y métodos. Se han incluido todos los pacientes ingresados con EPOC 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 la 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 Kruskal-Wallis y χ^2 .

Resultados. De 244 pacientes con EPOC ingresados se ha podido calcular el índice CONUT en 224 casos, 162 varones y 62 mujeres, con una edad media de 78 ± 9 años. De ellos 46 pacientes (20,5%) tenían un riesgo nulo, 97 (43,3%) un riesgo leve, 68 (30,4%) un riesgo moderado y 13 (5,8%) un riesgo grave. No había diferencia en el sexo entre los grupos con diferente riesgo. La mediana de segui-

miento ha sido 566 días. Durante el ingreso fallecieron 17 pacientes (7,6%), al año 83 (37,4%) y durante todo el seguimiento 132 (59,2%). La mortalidad durante el ingreso y al cabo de un año fue mayor en los pacientes con mayor riesgo ($p < 0,0001$). La probabilidad de supervivencia al año fue 0,73 en pacientes con riesgo leve, 0,47 con riesgo moderado y $< 0,15$ con riesgo grave y la mediana de supervivencia 831, 302 y 29 días respectivamente.

Discusión. En los hospitales de agudos los pacientes con frecuencia presentan diferentes grados de malnutrición en el momento del ingreso. Es conocido que la malnutrición es un factor de mal pronóstico en la EPOC. CONUT es una herramienta muy sencilla que en este estudio ha demostrado su utilidad para valorar el riesgo de muerte de los pacientes con EPOC no sólo durante el ingreso sino también en el seguimiento a medio-largo plazo. Ingresados. Son necesarios otros estudios prospectivos para valorar si la intervención nutricional precoz en los pacientes con riesgo moderado o grave consigue una disminución de la mortalidad.

Conclusiones. La valoración del riesgo nutricional con CONUT es útil para predecir la mortalidad a corto y a largo plazo en pacientes con EPOC.

V-118

ESTUDIO PROSPECTIVO DE LA DEMANDA ASISTENCIAL EN URGENCIAS POR PACIENTES EN SITUACIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS

C. Vicente, C. Sobrino, S. Plaza, G. Flox, L. Morata y J. Jurdado

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

Objetivos. Describir la demanda asistencial en el servicio de urgencias (URG) de los pacientes en situación de enfermedad avanzada terminal (SEAT).

Material y métodos. Estudio prospectivo desde 1/12/2008 hasta el 15/06/2010 de las asistencias en urgencias de una cohorte de pacientes con SEAT tanto oncológicos como patologías crónicas de un hospital de segundo nivel que atiende a una población de 200.000 habitantes. Como criterio de inclusión se consideró tener un primer ingreso en la unidad de cuidados paliativos que depende del servicio de Medicina Interna (UCP). A partir de ahí se recogieron todos los episodios en URG hasta fin del estudio o fallecimiento del paciente. Las variables se obtuvieron de los informes de urgencias y la base de datos de la UCP.

Resultados. Durante el periodo del estudio se incluyen 93 pacientes con un tiempo de seguimiento de 143 días (P25-75: 154-285). Al final del estudio habían fallecido 61 pacientes (65,5%). La edad fue 69,3 años (DE 11,59) y hubo predominio de varones (66,7%). Noventa (96,7%) eran oncológicos y 41 (45,5%) estaban en seguimiento por oncología. Los tumores más frecuentes fueron: pulmón (23,3%), colorrectal (12,2%), mama (10%), vejiga (10%) y próstata (6,6%). A la entrada en programa, la mayoría tenían un IK del 60-70% (51,2%). Cuarenta y cuatro (47,3%) se habían derivado al ESAD (equipo de soporte domiciliario) de los cuales, 30 (68,1%) tenían seguimiento activo por ESAD. Se producen 177 asistencias al servicio de urgencias de las cuales, 106 (59,9%) se resolvieron en urgencias y 71 precisaron hospitalización (54,8% en UCP, 4,5% en MI y 0,6% en urología). La derivación fue por decisión del propio paciente o familiares en 136 casos (76,8%) independientemente del seguimiento con ESAD ($p = 0,514$); en (14,6%) fue desde consultas externas, 7 (4%) por el SUMMA, 6 (3,4%) por primaria y 1 (0,6%) por la UCP. La disnea, el dolor y la fiebre agrupaban el 58% de los síntomas. En 7,3% se identificó problemática social. El motivo más frecuente de ingreso en planta fue la infección respiratoria con/sin condensación neumónica (19,8% de los casos) seguido del dolor en el 10,8% mientras que en los que precisaban sólo urgencias se invertía: dolor 16,9% e infección respiratoria con/sin condensación neumónica 15,5%. En 66 episodios (37,3%) se pudo resolver el problema

en urgencias. Ochenta y tres episodios fueron reingresos (46,8%), de los cuales 15,7% se deben al mismo motivo de consulta que en el primer episodio. El tipo de alta desde urgencias y planta respectivamente fue 67 (94,4%) y 57 (53,8%) a domicilio, 2 (2,8%) y 34 (32,1%) exitus y 1 (1,4%) y 13 (12,3%) a hospitales de media estancia de cuidados paliativos.

Discusión. La demanda asistencial del paciente paliativo es alta siendo a criterio del propio paciente el 76,8% en nuestro estudio. La prevalencia del dolor es del 19,8% siendo necesario pautar opioides para su control y de la disnea un 26% cuyo manejo puede requerir medidas que difiere del manejo clásico de la medicina interna.

Conclusiones. Los servicios de urgencias deben estar preparados para la asistencia del paciente en SEAT siendo importante una formación básica para atender al paciente en esas circunstancias.

V-165. INFECCIÓN RESPIRATORIA BAJA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA. DIFERENCIAS ENTRE EXACERBACIÓN AGUDA Y NEUMONÍA

S. Bacca, L. Elías, C. Gabillo, R. Boixeda, J. Capdevila, J. Fernández, R. Soutana y L. Arbolés

Servei de Medicina Interna. Hospital de Mataró. Mataró (Barcelona).

Objetivos. 1) Determinar la frecuencia de pacientes hospitalizados por una infección respiratoria baja en el periodo de pandemia gripal de 2009. 2) Investigar las características clínicas y la evolución según presente una exacerbación aguda de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EA-EPOC) o una neumonía.

Material y métodos. Estudio de cohortes, prospectivo, longitudinal y observacional. Pacientes adultos con EPOC diagnosticada por espirometría que precisaron ingreso hospitalario por una infección respiratoria baja entre el periodo del 1 de octubre de 2009 al 31 de diciembre de 2009. Una vez identificados, se categorizaron según presentaran una EA-EPOC o una neumonía en función de la aparición de condensación radiológica. Recogida de variables demográficas, clínicas, microbiológicas y evolutivas en todos los casos. Estudios de laboratorio para el diagnóstico: gram y cultivo de esputo convencional, antígenos de orina por inmunocromatografía, hemocultivos y detección de virus influenza con técnicas de PCR según protocolo de práctica clínica.

Resultados. Se incluyeron un total de 104 episodios de ingreso hospitalario por una EA-EPOC o neumonía entre el periodo de estudio. Se diagnosticaron 87 casos de exacerbación aguda y 17 casos de neumonía. Los pacientes con diagnóstico de EA-EPOC mostraban mayor afectación espirométrica, FEV% (44,8 vs 54,8; $p = 0,031$) y GOLD (3 vs 2,44; $p = 0,023$), y mayor necesidad de oxigenoterapia ($p = 0,008$). Los pacientes con diagnóstico de neumonía mostraban mayor presencia de fiebre (37,1 vs 37; $p = 0,004$), mayor alteración hemodinámica (TAS 137,6 vs 117; TAD 78 vs 66; $p = 0,005$), mayor leucocitosis (13.175 vs 17.033; $p = 0,012$), mayor desnutrición (6,2 vs 5,4; $p = 0,002$), y mayor alteraciones en la exploración respiratoria como roncus ($p = 0,008$) y crepitantes ($p = 0,005$). El cultivo de esputo mostró mayor rentabilidad para las EA-EPOC (de los 52 obtenidos, el 50% fueron positivos para las EA-EPOC. Para las neumonías, se obtuvieron 11, de los que sólo 1 fue positivo; $p = 0,035$). El frotis faríngeo para la gripe A mostró mayor rentabilidad en los casos de neumonía (3 casos positivos en la neumonía respecto 2 casos para las agudizaciones; $p = 0,030$). Los hemocultivos se realizaron en 32 EA-EPOC (2 positivos) y en 10 neumonías (2 positivas); $p = 0,038$. La antigenuria en orina por neumococo se realizó en 17 EA-EPOC (4 positivas) y en 13 neumonías (4 positivas); $p = 0,000$. Así, en las EA-EPOC, se obtuvieron 26 cultivos positivos de 87 muestras (P. aeruginosa 10 casos, S. pneumoniae 5 casos, H. influenzae 4 casos, E. coli en 3 casos, M. catharralis en 2 casos, y otros 2 casos). En las neumonías, se identificó la etiología en 7 de

los 17 casos, siendo en 3 casos por *S. pneumoniae*, 3 casos por H1N1, y un caso por sepsis por *P. aeruginosa*.

Conclusiones. Los pacientes EPOC con infección respiratoria baja presentan una exacerbación aguda en el 90,3% y neumonía en el 17,7%. La neumonía suelen presentarse ante la enfermedad pulmonar de menor gravedad en situación basal previa, y clínicamente suele mostrar una mayor reacción inflamatoria y alteración hemodinámica. Existe una distinta rentabilidad de pruebas diagnósticas, con mayor importancia del esputo en la EA-EPOC y mayor trascendencia de los hemocultivos y inmunocromatografía en orina en las neumonías. No hemos observado diferencias en las estancias hospitalarias, aunque la neumonía requiere mayores recursos de Unidades de Cuidados Intensivos.

V-178

ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE LOS INFORMES DE ALTA HOSPITALARIA EN MEDICINA INTERNA. ADECUACIÓN AL CONSENSO DE INFORME DE ALTA HOSPITALARIA EN ESPECIALIDADES MÉDICAS

F. Moreno Martínez¹, P. Conthe Gutiérrez², P. Román Sánchez³, R. Pujol Farrion⁴, M. Villena Ruiz¹ y J. García Alegría¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga). ²Servicio de Medicina Interna. Hospital General Gregorio Marañón. Madrid. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Requena. Requena (Valencia). ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

Objetivos. Valorar la calidad actual de los informes de alta hospitalaria (IAH) de servicios de Medicina Interna (MI) según las recomendaciones realizadas en el Consenso.

Material y métodos. Estudio trasversal multicéntrico. Análisis de 100 IAH de MI consecutivos desde el 1/02/10, en 4 hospitales: Costa del Sol (Marbella), Bellvitge (L'Hospitalet de Llobregat), Gregorio Marañón (Madrid) y Requena. Estudio realizado previo a la difusión del Consenso del informe de alta hospitalaria en especialidades médicas Med Clin (Barc). 2010; 134 (11):505. Doi: 10.1016/j.medcli.2009.12.002.

Resultados. El protocolo incluyó 46 variables categóricas: 11 variables de datos administrativos/demográficos, 35 de información clínica (6 de antecedentes, 7 de estudios complementarios y 5 de tratamiento). Tuvieron un cumplimiento inferior al 75%: variables administrativas (domicilio, teléfono y número de identificación (nº SS o DNI), motivo de ingreso y destino del alta); de la información clínica (consumo de alcohol, datos antropométricos, electrocardiograma, diagnóstico principal y secundarios explícitos, situación funcional al alta en mayores a 70 años o pluripatólogicos, dieta y recomendaciones de actividad e indicación de revisión y posible contacto con el centro). La comparación entre hospitales reveló una gran variabilidad en la información de IAH. Existía una diferencia superior al 20% en el cumplimiento de las siguientes variables: domicilio, teléfono y número de identificación, fecha de alta del informe, motivo y destino del alta, motivo del ingreso, alergias medicamentosas, datos antropométricos, datos analíticos básicos, ECG, radiografía de tórax, diagnóstico principal y secundarios explícitos, uso de siglas o acrónimos, situación funcional al alta, dieta, tratamiento completo (o referencia al previo), duración de fármacos temporales, indicación de nuevos tratamientos, referencia a revisión y posible contacto. Se ha constatado una elevada homogeneidad en los informes del mismo centro.

Discusión. Distintos estudios han demostrado una gran heterogeneidad en la elaboración de IAH. El reciente Consenso permite orientar a los clínicos en la elaboración de IAH de alta calidad. Resulta oportuno conocer la situación de base en Medicina Interna,

basados en un protocolo estandarizado, y conocer con posterioridad el impacto de la difusión del Consenso.

Conclusiones. 1. Existe un amplio margen de mejora en el cumplimiento de la información administrativa y clínica en los IAH de los servicios de Medicina Interna. Hay una variabilidad interhospitalaria significativa en la inclusión de datos administrativos y clínicos. El perfil de IAH está influido por el lugar y los hábitos locales. 2. La difusión de Consenso y la elaboración de un documento estándar en cada hospital adaptado a las recomendaciones podrían mejorar su cumplimiento.

V-183

CAMBIOS EN EL PERFIL DE CITOCINAS Y MORTALIDAD EN EL ALCOHÓLICO: UN ESTUDIO SECUENCIAL

J. Medina García¹, E. González Reimers², A. Martínez Riera², M. Durán Castellón², J. Alvisa Negrín², M. García-Valdecasas Campelo², F. Santolaria Fernández² y M. de la Vega Prieto³

¹Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. ²Servicio de Medicina Interna, ³Laboratorio Central. Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de La Laguna (Tenerife).

Objetivos. En el paciente alcohólico se describe un aumento de permeabilidad intestinal que condiciona la llegada de gérmenes gram negativos al hígado. Ahí estimulan a las células de Kupffer y promueven la liberación por parte de éstas de gran cantidad de citocinas (sobre todo, de TNF- α), las cuales actúan a muy diversos niveles, entre ellos la activación de linfocitos CD4+. En el alcohólico crónico se ha descrito por lo tanto una elevación, mantenida en el tiempo, de citocinas séricas, independientemente de la presencia o no de procesos intercurrentes que puedan modificar aún más sus niveles. La posible modificación de estos niveles con respecto a la abstinencia del alcohol puede tener relevancia pronóstica.

Material y métodos. Se incluyeron 92 pacientes y 42 controles de similar edad y sexo, determinándose, por técnicas de RIA, los niveles séricos de TNF- α , IL-6, IL-8, IL-10, IL-4, IFN- γ , y valorando la función hepática, valoración nutricional subjetiva, e IMC. 50 de ellos fueron valorados también 6 meses más tarde, y seguidos durante una mediana de 40 (25-88) meses.

Resultados. Los niveles de IL-6 aumentaron en ambos grupos de individuos, hicieran abstinencia o no, aunque el aumento fue significativamente mayor en los que continuaron bebiendo ($p = 0,016$). Los pacientes abstinentes mostraron un descenso significativo de la IL-8, mientras que en los no abstinentes éstos aumentaron ($p = 0,002$). Aumentaron los niveles de IFN- γ en ambos grupos de pacientes, con tendencia a ser más acusado el cambio en los abstinentes, y por el contrario, disminuyeron los de IL-4, de forma más acusada en los no abstinentes. Aquellos pacientes en los que el TNF- α aumentaba a los 6 meses tenían mayor mortalidad (log rank $p = 0,027$); de forma similar, el aumento de la IL-6 mostró una tendencia, no significativa ($p = 0,076$), mientras que el descenso del IFN- γ se asoció a un incremento de mortalidad ($p = 0,033$).

Discusión. El consumo de alcohol parece guardar una relación bifásica entre el patrón de ingesta y los cambios en el estado inflamatorio, con marcada tendencia proinflamatoria con el abuso crónico. El efecto de la abstinencia sobre el patrón de citocinas en los pacientes alcohólicos crónicos no está bien descrito. La abstinencia prolongada parece modular el equilibrio Th-1/Th-2 y ello puede tener relevancia pronóstica.

Conclusiones. La abstinencia alcohólica se asocia a un cambio de citocinas, con tendencia a aumentar las derivadas de los Th-1, y disminuyendo (aunque más en no abstinentes) las derivadas de Th-2. El aumento de los niveles de TNF- α a lo largo del tiempo, obser-

ven o no los pacientes abstinencia alcohólica, se asocia a mayor mortalidad.

V-189

DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS DE UNA UNIDAD MONOGRÁFICA DE INTERCONSULTAS MÉDICAS EN UN HOSPITAL TERCIARIO: PERÍODO 2007-2010

J. Marco Martínez¹, I. Fraga Esteve¹, S. Plaza Canteli², C. Vicente Martín², G. Sotres Fernández³, C. Granda París³ y R. Sanz Lorente³

¹Unidad de Interconsultas Médicas, ³Servicio de Medicina Interna III. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid).

Objetivos. La Medicina Interna de nuestro hospital se encuentra muy disgregada y había dificultades para dar respuesta en tiempo y forma a la demanda de interconsulta de otras especialidades. Se creó en agosto de 2007 una Unidad Monográfica con dos médicos internistas a tiempo completo que centralizase todas estas interconsultas que los especialistas hicieran a los internistas. Nos proponemos describir esta actividad.

Material y métodos. Explotación de una base de datos local creada al efecto. Período de estudio: septiembre 2007 a mayo 2010. Variables: datos del episodio: fecha de solicitud de la interconsulta, médico que la responde, fecha de respuesta, número de visitas, fecha última visita y días de estancia Datos clínicos: servicio solicitante, 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. Una $p \leq 0,005$ tiene significación estadística.

Resultados. Se identifican 1.874 pacientes (49,6% hombres) con una edad media de años 63,4 (DE 19,0), rango 16 -100). El 81,16% de los pacientes fueron atendidos en el día y el 91,9% dentro de las primeras 24 horas de la demanda de atención. Se realizaron 9.216, lo que supone una mediana de visitas/paciente y episodio de 4 (rango 1 a 90), (rango intercuartil 2-7). El 23,7% del total de pacientes se resolvieron en una visita. La mediana de la estancia fue de 6 (rango 0 a 90), (rango intercuartil 1-14). Nuestros servicios demandantes más importantes fueron: psiquiatría 34,6%, COT 14,6%, cirugía general 12,7%, urología 11,4%, ginecología 4,7%, neurocirugía 8,8%, ORL 3,4%, cirugía vascular 2,0%, neurología 1,9% y el resto de servicios el 5,92%. 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. Sí hemos realizado una clasificación por diagnósticos categóricos siendo estos: 19,7% infecciosos, 17,7% cardiorrespiratorios, 15,4% tumorales, 8,5% patología multiorgánica, 7,4% metabólica, 6,3% digestiva, 7,0% no definible, 5,4% trastorno mental, 3,2% vascular, 2,8% hematológica, 2,9% neurológica, 1,8% hidro-electrolítica, 1,5% urológica. Respecto a los motivos de alta, el 76,8% fue dado de alta por nosotros por mejoría. La mortalidad mientras estábamos atendiendo al paciente alcanzó el 6,3%. Se realizaron un 16,1% de traslados: 7,8% a otro centro, 5,6% a otros servicios (muchos de ellos a la UCI) y 1,7% a Medicina Interna. Un 1,5% 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 ya descritos por nosotros que tienen una edad media superior (70,6 años), un case mix diferente (EPOC e insuficiencia cardíaca en los dos primeros puestos) y una mortalidad más alta (casi del 10%). Datos que implican un buen estándar de calidad en nuestra sería 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 23% resueltos en la primera visita). Por grupos diagnósticos, predo-

mina la patología infecciosa, seguida de la cardiorrespiratoria y la tumoral. 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 han presentado problemas de fácil resolución.

V-213

ESTUDIO DE BACTERIEMIAS POR *S. AUREUS* EN UN HOSPITAL DE SALAMANCA DURANTE EL PERÍODO 2008-2009

G. Spalter Glicberg, M. Santos Jiménez, N. Castro Iglesias y M. Marcos Martín

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

Objetivos. Analizar la incidencia, características clínicas y epidemiológicas de la bacteriemia por *Staphylococcus aureus* en el Hospital Clínico de Salamanca.

Material y métodos. Los datos se obtuvieron retrospectivamente del Servicio de Documentación del Complejo Asistencial de Salamanca, incluyendo todos los pacientes ingresados en el hospital, desde enero de 2008 a diciembre de 2009, usando los códigos diagnósticos de la 9ª revisión, modificación clínica, de la clasificación internacional de enfermedades (CIE-9-MC): 790.7 + 041.11 y 041.12. Se incluyeron todos los casos, como diagnóstico principal o secundario. Posteriormente se recogieron variables clínicas, analíticas y de resultado de dichos pacientes.

Resultados. Se identificaron 52 pacientes (26 en 2008 y 26 en 2009), representando un total de 0,9/1.000 ingresos. La edad media fue de 68,2, con una distribución por sexo de 32 varones (61,53%) y 20 mujeres (38,47%). En la distribución por servicios, Medicina Interna fue el que presentó mayor número de pacientes con 27%, a continuación Nefrología con 17,3%, Hematología y Oncología con 11,53% cada uno. Los focos de origen fueron catéter 14 (26,9%), respiratorio 6 (11,54%), piel y tejidos 4 (7,69%), y sin foco 16 (30,77%). El GRD más frecuente fue 584; el peso medio del GRD fue de 4,6762; 35 pacientes (67%) presentaron peso medio del GRD comprendido entre 1,0005 y 3,609. El índice de Charlson medio fue de 5,5; el Charlson entre 0 y 5 correspondió al 73,08% del total. El 61,54% (32/52) de las bacteriemias correspondieron a *S. aureus* meticilino sensible, mientras que el 38,46% (20/52) fueron secundarias a SARM. La estancia media fue de 26,1 por SARM y 26,9 por SAMS. El tratamiento empírico más utilizado fue piperazilina tazobactam con 26,93%, a continuación en orden de frecuencia amoxicilina clavulánico con 17,31%, luego quinolonas con 13,46%, cloxacilina y vancomicina ambas con 11,54%. El antibiótico indicado en forma empírica fue adecuado en el 77% de los casos. En cuanto a la mortalidad asociada a la bacteriemia se produjeron 7 (13,46%).

Discusión. La prevalencia de bacteriemias por *S. aureus* ha sido inferior a lo esperado, probablemente por problemas metodológicos. El foco de origen desconocido fue el hallazgo más frecuente, siendo conocido su rol como predictor de complicaciones derivadas de la bacteriemia por *S. aureus*, no se ha visto dicha asociación en este estudio. La bacteriemia por SARM en el entorno al 40% es importante aunque no se ha asociado con mayores complicaciones ni aumento de la estancia hospitalaria. La mortalidad no se asoció con un predominio por SARM. En la mayoría de los casos se inició terapia empírica efectiva atendiendo a los factores de riesgo del paciente, sin observarse aumento de la mortalidad en el 23% con terapia inadecuada inicial.

Conclusiones. La bacteriemia por *S. aureus* fue más frecuente en varones, y el servicio de Medicina Interna el lugar con mayor número de ingresos. Pese a observar factores de riesgo de complicaciones no se ha traducido ni en mayor mortalidad, complicaciones ni alargamiento de la estancia hospitalaria debido a SARM.

V-218 INFRACOMUNICACIÓN DE EFECTOS ADVERSOS MEDICAMENTOSOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

E. Lorenzo Serrano, M. Piedecausa Selfa, A. Aquilino Tarí, N. Luquin Ciuró, A. Mora Rufete, C. Soler Portmann, M. López Buitrago y A. Martín Hidalgo

Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Elche. Elche/Elx (Alicante).

Objetivos. Comparar las dos fuentes de datos más usadas para la comunicación de Efectos Adversos Medicamentosos (EAM), a saber, el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) y la revisión de historias clínicas. Determinar la infracomunicación de efectos adversos medicamentosos en los informes de alta hospitalaria en el Servicio de Medicina Interna del Hospital General Universitario de Elche.

Material y métodos. Solicitamos al servicio de documentación clínica de nuestro hospital el listado de EAM, codificados tanto como diagnóstico principal como en el diagnóstico secundario con los códigos comprendidos entre E-930 y 949 en el CMBD, correspondiente a los ingresos en el Servicio de Medicina Interna desde enero a diciembre de 2008. Analizamos 2053 informes de alta, correspondientes al año 2008, recogiendo mediante criterios previamente establecidos los EAM descritos en el diagnóstico (principal o secundario) o en la evolución clínica. Dicho análisis de datos se llevó a cabo entre 3 observadores tomando como efecto adverso medicamento cualquier reacción a un medicamento que sea nociva y no intencionada, y que tenga lugar a dosis que se apliquen normalmente en el ser humano.

Resultados. Según el informe por CMBD de dicho año se comunicaron 52 EAM, ($p = 2,52\%$). En la revisión de historias clínicas se describieron un total de 206 EAM ($p = 10,03\%$) respecto al total de ingresos en el año 2008, apareciendo con mayor frecuencia en mujeres mayores de 70 años con polimedición y pluripatología.

Discusión. En la literatura revisada al respecto, se proponen ambos sistemas de comunicación como válidos, señalando la posibilidad de la infracomunicación en el CMBD. En nuestro análisis queda reflejada dicha infracomunicación, siendo la diferencia en número de EAM muy llamativa. Esto puede ser debido a que con frecuencia se descubre el efecto adverso que se ha producido, detallando el fármaco y el tipo de reacción en la historia clínica, no siendo posteriormente incluido en los diagnósticos, sobre todo cuando el efecto adverso es una intercurencia en la hospitalización y no la causa de la misma.

Conclusiones. Según nuestro estudio el análisis de EAM utilizando como fuente de datos la revisión de historias clínicas es más exacto que por CMBD. La infracomunicación en nuestro centro es alta. Resaltamos la importancia de la inclusión de los Efectos Adversos Medicamentosos en el diagnóstico al alta puesto que ello mejorará el CMBD como fuente de datos, el cual es más rápido y sencillo de utilizar que la revisión de informes de alta. El fin, crear mejores estrategias de seguridad para los pacientes ingresados en los Servicios de Medicina Interna.

V-231 DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE UNA SERIE DE 24 PACIENTES AFECTOS DE FIBROSIS RETROPERITONEAL IDIOPÁTICA

A. Fernández Codina, J. Ordi-Ros, F. Martínez Valle, N. Iriarte de Montella, S. Buján Rivas, R. Solans Laqué, C. Simeón y M. Vilardell Tarrés

Servicio de Medicina Interna. Unidad Enfermedades Sistémicas. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos. Describir las características clínicas de una serie de 24 pacientes afectados de FRI en un hospital terciario.

Material y métodos. Se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo de 24 pacientes afectados de FRI que han sido diagnosti-

cados o derivados para seguimiento en nuestro centro. La recogida de datos se ha realizado a partir del historial clínico de los pacientes. Los síntomas clínicos al inicio de la enfermedad se han agrupado en grupos: dolor (lumbalgia, dolor abdominal), clínica por compresión de vasos, síndrome tóxico e hidronefrosis. Se evaluó la necesidad o no de cirugía abierta, derivación urológica con catéter doble jota o nefrostomía. Se calificó como "buena" evolución una normalización o mejoría de la función renal y una remisión total de la sintomatología. Se consideró una evolución "mala" si no se identificó mejoría en la función renal, si se produjo un deterioro crónico de la misma o si presentó sintomatología de la enfermedad.

Resultados. Se revisó la historia clínica de 24 pacientes diagnosticados de FRI visitados en nuestro centro entre 1985 y 2010. 19 varones (79,17%) y 5 mujeres (20,83%), con una edad media de 51,83 años. 19 pacientes (79,17%) presentaron dolor, 8 pacientes (33,33%) síntomas por compresión de vasos, 9 pacientes (37,5%) presentaron síndrome tóxico y 17 (70,83%) debutaron con hidronefrosis. Se practicó TAC abdominal en todos los pacientes y RMN en 7 (29,6%). En el momento de la presentación presentaban alteración de la función renal 14 de 22 pacientes (63,63%), con una creatinina media de 1,2 mg/dl (máxima 22,2 mg/dl). La VSG resultó elevada en 16 de 17 pacientes (96,11%). Se realizó biopsia en 18 pacientes (75%). 22 pacientes (91,16%) recibieron glucocorticoides, con una dosis media inicial de 53,95 mg/día durante un tiempo medio de 1,27 meses. Un paciente se trató con tamoxifeno. Dos pacientes recibieron tratamiento con prednisona y micofenolato de mofetil. Dos pacientes a los que sólo se les realizó procedimientos quirúrgicos presentaron IRC. De los 19 pacientes tratados únicamente con corticoides, 13 precisaron cirugía. Durante el primer año, 17 de 20 pacientes (85%) presentaron "buena evolución". En la evolución posterior (a partir del 3r año) 8 pacientes (44,44%) presentó IRC.

Discusión. La FRI es un trastorno fibrosante que se extiende caudalmente desde las arterias renales y afecta a las estructuras retroperitoneales. El diagnóstico se basa en pruebas de imagen, fundamentalmente TAC y RM, siendo el papel de la biopsia controvertido. En nuestra serie, los datos clínicos, demográficos y terapéuticos obtenidos se correlacionan con lo previamente descrito por otros autores. Si bien el tratamiento farmacológico más usado son los corticoides, en casos refractarios se utilizan inmunosupresores. En esta como en otras series, la gran variabilidad de fármacos utilizados (micofenolato, tamoxifeno, azatioprina) apunta a la ausencia tanto de estrategias de tratamiento como de ensayos clínicos aleatorizados en esta entidad.

Conclusiones. Si bien el tratamiento clásico con corticoides parece efectivo, la utilización de fármacos inmunosupresores es útil para casos refractarios. No es infrecuente la necesidad de aplicar procedimientos quirúrgicos. La principal complicación derivada de la FRI es la IRC, con una incidencia superior al 40% a lo largo del seguimiento.

V-240 EFECTOS ADVERSOS DE LOS MEDICAMENTOS: ESTUDIO PROSPECTIVO EN BASE A LOS CRITERIOS DE BEERS

R. Fernández Regueiro, J. Moris de la Tassa, E. Fonseca Aizpuru, G. López Colina, A. Álvarez-Uría, E. Rodríguez Ávila, L. Montes Gil y M. Ballesteros Solares

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

Objetivos. Analizar la frecuencia, características demográficas y gravedad de efectos adversos medicamentosos (EAM) en una serie de pacientes, tratados con fármacos incluidos en los criterios de Beers (B).

Material y métodos. Estudio prospectivo y observacional, de una cohorte de pacientes > 65 años, ingresados en el Servicio de Medicina Interna del hospital de Cabueñes (Asturias). Los criterios de inclusión fueron: 1) tratamiento con al menos un fármaco de B, 2) ingreso a consecuencia de un EAM por dichos fármacos. Los datos se analizaron mediante el programa SPSS v. 15.0.

Resultados. Se estudiaron 97 pacientes, 53 (54,6%) mujeres y 44 (45,4%) hombres, con una edad media de 81,3 años. El 24,7% eran totalmente dependientes para las actividades de la vida diaria. Como antecedentes personales de interés destacan: 72,2% HTA, 43,3% ICC y 39,2% DM. 13 pacientes ingresaron por EAM en relación con fármacos de B, y 84 ingresaron por otros motivos, de los cuales 5 desarrollaron EAM relacionado con B. Se recogieron un total de 19 fármacos incluidos en la lista de B, la digoxina y el lorazepam son los más frecuentes (en conjunto casi 50%), seguidos del ácido acetilsalicílico 300 mg y la glibenclamida. Se produjeron un total de 18 EAM, que fueron potencialmente graves en 11 (58%) (Tabla).

Discusión. El envejecimiento de una población cada vez más polimedicada y pluripatológica, justifica la necesidad de crear herramientas como los criterios de B, para identificar fármacos potencialmente inapropiados. Se estima que el 25% de los pacientes de edad avanzada estaría a tratamiento con al menos uno de éstos fármacos. Los EAM constituyen una causa frecuente de ingreso hospitalario y de complicaciones durante el mismo. En nuestra serie, se observa una mayor incidencia de EAM respecto a lo descrito en la literatura médica, esto puede ser debido a que los criterios de inclusión se basan en fármacos con mayor probabilidad de EAM.

Conclusiones. Es importante identificar y limitar el uso de fármacos inapropiados en la población anciana, por su eventual desarrollo de EAM potencialmente graves.

Tabla 1 (V-240).

Fármacos B	Nº de pacientes	EAM	EAM moderado	EAM grave
Digoxina	43	8	5	3
Lorazepam	31	4	1	3
Alprazolam	14	1	0	1
Glibenclamida	12	2	1	1
Lormetazepam	4	1	0	1
Diazepam	4	1	0	1
Antiagregantes (× 2)	1	1	0	1

V-258

INFLUENCIA DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRÓNICA EN LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON EXACERBACIÓN AGUDA DE ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA. DATOS DEL ESTUDIO ECCO

J. Pérez Díaz¹, M. Guil García¹, P. Medina Delgado¹, M. Martínez Delgado¹, P. Almagro Mena², J. Custardoy Olavarrieta³, J. Martín Escudero⁴ y C. San Román Terán¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga). ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Mutua de Terrassa. Terrassa (Barcelona). ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Vega Baja. Orihuela (Alicante). ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Objetivos. Conocer si la insuficiencia respiratoria crónica, definida como necesidad de oxígeno continuo previo al ingreso, como comorbilidad determina diferencias clínicas y funcionales en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Material y métodos. El ECCO es un estudio observacional, prospectivo y multicéntrico en el que se incluyen pacientes consecutivamente ingresados en unidades de Medicina Interna por exacerbación de EPOC confirmada con espirometría entre enero de 2007 y

diciembre de 2008. Hemos dividido a los pacientes en dos grupos: Con Insuficiencia respiratoria crónica (GIR) y Sin ella (GSIR). Las principales variables analizadas fueron: edad, sexo, tabaquismo, número de exacerbaciones en el año previo, gravedad de obstrucción (espirometría), días de estancia, mortalidad, comorbilidades e índice de Charlson. Se realizó un análisis estadístico bivalente, comparando variables cuantitativas con test t de Student y variables cualitativas con el test de χ^2 .

Resultados. Se incluyeron 398 pacientes, 353 varones y 45 mujeres. De ellos 146 (36,6%) usaban oxigenoterapia domiciliaria previa al ingreso. No había diferencia en la edad (GIR 73,75 ± 7,7 vs GSIR 73,73 ± 9,4 años; p = 0,98). La proporción de mujeres era mayor en GSIR (13,4% vs 7,5%; p = 0,07). Los pacientes del GIR habían abandonado con más frecuencia el tabaco (81,5% vs 67%; p = 0,003), tenían obstrucción más severa medida por FEV1 (1077 ± 345 vs 1326 ± 470 ml; p = 0,0001), mayor frecuencia de exacerbaciones (3,06 ± 2 vs 2,11 ± 1,96; p = 0,0001), días de estancia (11,3 ± 7,68 vs 8,8 ± 5,4; p = 0,001) y mortalidad (10,27% vs 2,38%; p = 0,001). No encontramos diferencias en cuanto a comorbilidad medida por índice de Charlson (GIR 2,56 ± 1,35 vs GSIR 2,8 ± 1,86; p = 0,18) pero si eran más frecuentes la diabetes (GIR 32,19% vs GSIR 22,22%; p = 0,02) y la osteoporosis (GIR 13,69% vs GSIR 6,74%; p = 0,02).

Discusión. La insuficiencia respiratoria es un factor de riesgo demostrado de evolución desfavorable que supone una gran carga económica social y familiar. Nuestros resultados, en líneas generales, son similares a la literatura revisada.

Conclusiones. Los pacientes EPOC que ingresan en nuestros Servicios tienen en un alto porcentaje fallo respiratorio crónico. Este subgrupo de forma estadísticamente significativa se integra en estadios más avanzados de la GOLD, se agudiza con más frecuencia anualmente, tiene mayor estancia media y mortalidad intrahospitalaria sin presentar diferencias significativas en cuanto a distribución por género, edad y comorbilidad.

V-265

EPOC E INSUFICIENCIA CARDÍACA: ANÁLISIS DEL MANEJO TERAPÉUTICO. DATOS DEL ESTUDIO ECCO

J. Pérez Díaz¹, M. Guil García¹, P. Medina Delgado¹, D. Morchón Simón², R. Boixeda i Viu³, J. Barquero Romero⁴, M. Fernández Ruiz⁵ y C. San Román Terán¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga). ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario del Río Hortega. Valladolid. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital de Mataró. Mataró (Barcelona).

⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina. Badajoz.

⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Objetivos. Conocer si la insuficiencia cardiaca crónica como comorbilidad determina diferencias de tratamiento en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Material y métodos. El ECCO es un estudio observacional, prospectivo y multicéntrico en el que se incluyen pacientes consecutivamente ingresados en unidades de Medicina Interna por exacerbación de EPOC confirmada con espirometría entre enero de 2007 y diciembre de 2008. Hemos dividido a los pacientes en dos grupos, aquellos con insuficiencia cardiaca (GIC) y los que no la padecen (GNIC). Se realizó un análisis estadístico bivalente, comparando las variables cualitativas con el test de χ^2 .

Resultados. De los 398 pacientes que se incluyeron 107 (26,88%) padecían insuficiencia cardiaca. El GIC recibía en mayor porcentaje diuréticos intravenosos (59,81% vs 17,86%; p = 0,000), IECAs (45,79% vs 28,52%; p = 0,001), digoxina (37,38% vs 7,90%; p = 0,000) y betabloqueantes (12,14% vs 5,15%; p = 0,016). No encontramos diferencias significativas en la administración de aerosolterapia (GIC 56,07% vs GNIC 63,91%; p = 0,15), corticoides intravenosos (GIC 67,28% vs GNIC 66,32%; p = 0,85), xantinas (GIC 13,08% vs GNIC

13,40%; $p = 0,93$) y antibióticos parenterales (GIC 54,20% vs GNIC 64,60%; $p = 0,058$). Recogemos el uso de B2 agonista de acción corta (GIC 65,42% vs GNIC 57,04%; $p = 0,27$), B2 de acción larga (GIC 14,95% vs GNIC 12,37%; $p = 0,49$) y anticolinérgicos inhalados (GIC 82,24% vs GNIC 63,91%; $p = 0,000$).

Discusión. Se conoce que el tratamiento farmacológico de la EPOC puede influir en la evolución clínica de los pacientes con IC y viceversa y en general, los fármacos para la patología pulmonar y para la insuficiencia cardíaca se pueden administrar de forma segura aunque los B2 adrenérgicos de acción corta y anticolinérgicos de acción corta, por un lado y la digital y betabloqueantes por otro pueden tener efectos deletéreos sobre la función cardíaca y la pulmonar respectivamente. Por otro lado, la edad y la comorbilidad elevadas pueden influir en la toma de decisiones ya que estos fármacos tienen potenciales efectos adversos en pacientes pluripatológicos.

Conclusiones. Nuestros pacientes con episodios de exacerbación de EPOC e insuficiencia cardíaca tienen asociado tratamiento más intensivo tónico-deplectivo y cronotropo negativo de forma estadísticamente significativa, a pesar de ello el uso de betabloqueantes sigue siendo corto teniendo en cuenta las recomendaciones de las guías de práctica clínica. Sólo encontramos una diferencia significativa en el manejo broncodilatador por el mayor consumo de anticolinérgicos en el grupo con fallo cardíaco.

V-271

IDENTIFICATION OF MORTALITY PREDICTORS AFTER INTENSIVE CARE UNIT DISCHARGE

I. Araújo¹, S. Teixeira², R. Nazareth³, J. Silvestre⁴, V. Mendes⁴, C. Tapadinhas⁴, J. Pereira⁴ y P. Póvoa⁴

¹Serviço de Medicina III, ²Serviço de Medicina IV, ⁴Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente. Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental. Hospital S. Francisco Xavier. Lisboa (Portugal).

³Serviço de Medicina II. Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental. Hospital Egas Moniz. (Portugal).

Objectives. Background: Multiple predictive factors of mortality have been studied regarding patients admitted in Intensive Care Units (ICUs). Nevertheless a significant number of patients die in the hospital wards, after ICU discharge. Few studies on post-ICU mortality determinants have been published for now. Several predictors have been described such as older age, presence of comorbidities, higher severity of disease at ICU admission and health professionals care after ICU discharge. Ho et al has also recently demonstrated the association of C-Reactive Protein (CRP) levels with post-ICU mortality. Aim: The aim of our study was to determine clinical and inflammatory markers at ICU discharge related to in-hospital, post-ICU mortality.

Material and methods. We retrospectively analyzed 457 patients admitted between January of 2008 and June of 2009 on a polyvalent ICU of a University Hospital. Patients discharged home directly from ICU ($n = 7$) were excluded. We recorded clinical and demographic characteristics of the patients who were discharged to wards, namely, ICU admission Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE) II score, Simplified Acute Physiology Score (SAPS) II, ICU and Hospital length of stay, duration of mechanical ventilation, of continuous renal replacement therapy, of central venous catheterization and the presence of tracheotomy, ICU discharge levels of C-reactive protein (CRP), hemoglobin and platelet and white cell count (WCC). We compared survivors and nonsurvivors to Hospital discharge. We compared survivors and nonsurvivors at Hospital discharge.

Results. During the study period 296 patients were discharged alive from the ICU to ward. Post-ICU mortality was 22.6% (67 patients). Nonsurvivors were older (72.5 vs 62.4, $p < 0.001$), had higher ICU length of stay (mean: 11.0 vs 6.8, $p < 0.001$) and

had more comorbidities (Charlson comorbidity score 4.8 vs 3.5, $p < 0.001$). Post-ICU length of stay was (mean) 24.6 (± 33.6) days for survivors and 22.9 (± 45.0) days for nonsurvivors ($p = 0.778$). C-reactive protein levels and WCC at ICU discharge were higher in nonsurvivors (9.5 mg/dL vs 7.4 mg/dL and $13100/\text{mm}^3$ vs $11200/\text{mm}^3$, $p = 0.044$ and $p = 0.007$, respectively). The area under receiver operating characteristics curves of APACHEII, SAPS II, CRP, WCC as prognostic markers of hospital death were 0.715, 0.738, 0.635 and 0.616, respectively. Duration of mechanical ventilation, renal replacement therapy and central venous catheterization were higher in non survivors (10 vs 6.6 days ($p = 0.006$), 13.7 vs 5.4 days ($p = 0.001$) and 12 vs 8.1 days ($p = 0.002$), respectively). Nonsurvivors had also higher rates of tracheostomy (36.4% vs 11%; $p < 0.001$).

Conclusions. In our study we identified clinical and biological markers associated to higher post-ICU, in-hospital mortality: older age, ICU length of stay, Charlson comorbidity score, SAPS2 and APACHEII scores, duration of mechanical ventilation, renal replacement therapy, central venous catheterization, presence of tracheostomy, higher discharge CRP and WCC levels.

V-283

EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO DE LA GLOMERULONEFRITIS MEMBRANOSA EN LOS PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

A. Ribera Puig, P. Millat Martínez, A. Rial Villavechia, F. Mitjavila Villeró, O. Capdevila Pons, M. Rubio Rivas, V. Pac Ferraz e I. Moga Sampere

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

Objetivos. Valorar la evolución de la glomerulonefritis membranosa (GNM) en los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES). Evaluar la influencia del tratamiento con hidroxiquina (HCQ) añadido al tratamiento inmunosupresor.

Material y métodos. Se revisaron los 355 pacientes diagnosticados de Lupus eritematoso sistémico (LES) según los criterios de la ACR controlados en el servicio de Medicina interna del Hospital Universitari de Bellvitge desde 1978 hasta el 2010. De estos, 27 pacientes que tenían una biopsia renal compatible con GNM, clase V según la clasificación de la International Society of Nephrology/Pathology (ISN/RPS) de 2003 se incluyeron en este estudio. Se recogieron variables demográficas, clínicas y analíticas en el momento de la biopsia y durante el seguimiento, y datos relacionados con el tratamiento administrado. Se consideró que el paciente había recibido tratamiento con HCQ susceptible de influenciar la evolución de nefropatía si se inició en el mes posterior a la biopsia y se tomó de forma mantenida a lo largo de la evolución.

Resultados. Se analizaron 27 pacientes con biopsias compatibles con clase V obtenidas entre enero de 1978 y octubre de 2009. 22 (81,5%) eran mujeres. La edad media (DE) fue de 32,2 años (DE 13,7). La duración media desde el diagnóstico de LES hasta la biopsia renal fue de 63,6 (DE 73,2) meses. El período de seguimiento a partir de la biopsia renal fue de 11,1 (DE 7,8) años. Sólo 4 pacientes (14,6%) presentaban insuficiencia renal (creatinina $> 133 \mu\text{mol/L}$) en el momento del diagnóstico de la GNM. La proteinuria media era de 4,6 g/d (DE 6,9). 20 pacientes (74,1%) presentaban proteinuria de rango nefrótico y 21 (77,8%) presentaban microhematuria. 9 pacientes (33,3%) presentaban HTA en momento del diagnóstico. 8 (29,6%) recibieron HCQ después del diagnóstico de GNM. Todos recibieron prednisona, 18 (66,7%) recibieron azatioprina, 8 (29,6%) micofenolato y 4 (14,8%) ciclofosfamida. 17 (63%) recibieron IECAs y 21 (77,8%) estatinas concomitantemente. 17 de los 27 pacientes (63%) presentaron remisión completa (proteinuria $< 500 \text{ mg/d}$, sedimento y función renal normales) con un tiempo medio hasta la remisión de 89,6 (DE 105,3) meses. La duración media del síndrome

nefrótico fue de 58,5 (DE 80) meses y sólo un paciente presentaba síndrome nefrótico al finalizar el seguimiento. 7 pacientes (25,9%) presentaban HTA al finalizar el seguimiento y sólo un paciente (3,7%) presentó insuficiencia renal terminal. Un solo paciente presentó manifestaciones tromboticas asociadas. 2 pacientes (7,4%) fallecieron durante el seguimiento por causas no atribuibles a la nefropatía. No hubo diferencias significativas en el porcentaje de remisiones entre los pacientes que habían tomado HCQ y los que no: 4 (50%) de los pacientes que recibieron HCQ y 13 (68,4%) de los que no la recibieron presentaron remisión completa. El hecho de estar tomando tratamiento con HCQ (6 de los 27 pacientes, 22,2%) en el momento del diagnóstico de GNM tampoco influyó en la evolución de la misma.

Conclusiones. En nuestra serie el pronóstico a largo plazo de la GNM ha sido favorable, con un 63% de remisiones completas. Sólo un paciente presentó insuficiencia renal terminal. No hemos podido demostrar un efecto beneficioso de la HCQ añadida al tratamiento inmunosupresor en los pacientes con LES y GNM.

V-305

¿EXISTEN FACTORES PREDICTIVOS DE NEOPLASIA DIGESTIVA EN PACIENTES CON ANEMIA FERROPÉNICA?

M. Rosich¹, E. Oviedo¹, P. Villace¹, R. Jordana¹, A. Casanovas¹, D. Grau² y J. Oristrell¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Enfermería. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona).

Objetivos. Evaluar si existen factores de riesgo clínicos, analíticos o de exploración, que sean predictivos de neoplasia digestiva (ND) en pacientes con anemia ferropénica (AF) para proceder a un estudio diagnóstico más exhaustivo y de mayor rapidez.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de pacientes con AF remitidos a consulta de Medicina Interna durante 3,5 años. Criterios de inclusión: Hb < 12 g/dL (mujeres) < 13 g/dL (varones) + Ferritina < 15 ng/mL y/o VCM < 80 y/o IST < 15%. Se recogieron datos clínicos (antecedentes familiares, patológicos de patología digestiva, fármacos, síntomas digestivos, etc.), analíticos (estudio anemia, VSG, LDH, proteínas, colesterol, albúmina) y de exploración (física, sangre oculta en heces -SOH-). Se definieron 3 grupos: G0: No diagnóstico, G1: Diagnóstico de ND, G2: Otros diagnósticos (no ND). Análisis univariante mediante test de Chi-Cuadrado para variables cualitativas, T-Student para las cuantitativas y multivariante mediante regresión logística (SPSS).

Resultados. N = 323 pacientes (202 mujeres 62,5%, 121 varones 37,5%) con una edad media de 68,7 años (16-92). G1 = 51 pacientes (15,8%), G2 = 217 pacientes (67,2%) y G0 = 55 pacientes (17%). Se comparó ND (G1) con no neoplasia (G0+G2). Análisis univariante: las variables que se asociaron de manera estadísticamente significativa con ND fueron: sexo masculino (56,9% en G1 vs 33,8% en G0+2; p < 0,002), astenia (66,7% vs 51,5%, p < 0,05), pérdida de peso (41,2% vs 27,6%, p < 0,05), náuseas (17,6% vs 3,7%, p < 0,000), sintomatología baja (56,9% vs 37,1% p < 0,008), dolor abdominal (21,6% vs 9,6% p = 0,014), estreñimiento (28,0% vs 12,5% p = 0,005), melenas (17,6% vs 7,4% p = 0,018), Hb < 9 (72,5% vs 49,6% p = 0,003), edad (x: 73,7 años vs 67,7); p < 0,01), niveles de Hb (7,7 g/dL vs 8,8; p < 0,001), VCM (72 vs 75,6; p < 0,008), HCM (21,13 vs 22,9; p < 0,003) y prot. totales (70,6 vs 72,7; p < 0,05). El AP de hernia de hiato (3,9% vs 22,5%; p < 0,002) y la ingesta de AINES (11,8% vs 26,1%; p < 0,05) se asociaron de manera inversa con ND. En el análisis multivariante mantuvieron la significación estadística las siguientes variables: sexo masculino (OR 2,5), el AP de hernia hiatal (OR 0,09), estreñimiento (OR 2,76), melenas (OR 4,47), SOH (OR 3,79) y Hb < 9 g/dL (OR 2,62).

Discusión. Según nuestros resultados, en los pacientes con AF que sean varones, con niveles de Hb < 9 g/dL y con SOH positiva es más alta la probabilidad de que la causa sea una ND. Si bien la mayoría

de datos clínicos analizados no son relevantes, la presencia de estreñimiento y melenas también se han asociado con ND. Estos resultados son similares a los de otros estudios en cuanto al valor predictivo del sexo y niveles de Hb. La edad se ha identificado como factor de riesgo de ND en otras series; en nuestro caso si se asociaba de manera significativa con ND en el análisis univariante pero no en el multivariante. Estos estudios, en general no evalúan ningún dato clínico excepto la historia farmacológica. La asociación entre el antecedente de hernia de hiato y una menor probabilidad de ND probablemente sea debido a una mayor presencia de patología benigna en este grupo. La prevalencia de ND es similar a la de otros estudios.

Conclusiones. Son factores predictivos de ND en pacientes con AF el sexo masculino, Hb < 9 g/dL, la presencia de melenas, la detección de SOH y el estreñimiento. Sería aconsejable priorizar el estudio digestivo en este subgrupo de pacientes.

V-326

INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS EN 102 PACIENTES AL ALTA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA

M. Filigheddu¹, J. Galván Román¹, J. Cardiananos Loidi¹, C. Pérez de la Campa², F. Abad Santos² y C. Suárez Fernández¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Farmacología Clínica. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Objetivos. Estimar la prevalencia de interacciones farmacológicas en pacientes dados de alta del servicio de Medicina Interna del H.U. de la Princesa (Madrid). Como objetivos secundarios se intentaron establecer las interacciones más frecuentes, las más graves y los posibles factores individuales que predisponen a padecer una interacción.

Material y métodos. Estudio epidemiológico transversal, descriptivo. Como único criterio de inclusión se estableció haber sido dado de alta del servicio de Medicina Interna del H.U. de la Princesa en los meses de abril y mayo del 2010. Se recogieron los informes de alta de 103 pacientes y a través del Drug Interaction Checker de Medscape se buscaron las interacciones de los fármacos allí prescritos. Este programa clasifica las interacciones en moderadas, graves, y contraindicadas. Como variables secundarias se recogieron los datos de edad, sexo, número de fármacos prescritos y datos analíticos al alta (hemoglobina, albúmina, GPT, tiempo de protrombina y filtrado glomerular) y antecedentes personales; incluyendo factores de riesgo cardiovascular (HTA, Diabetes y dislipemias), hábitos tóxicos y patologías crónicas según aparatos. El análisis estadístico fue realizado por el programa SPSS versión 16, a través de un análisis multivariante, utilizando como significativa una p ≤ 0,05.

Resultados. Se encontraron un 59,8% de pacientes con interacciones farmacológicas. Se detectaron un total de 127 interacciones; 3 de ellas contraindicadas, 26 graves y 98 moderadas. Se identificó como interacción más frecuente la asociación diurético e IECA (interacción moderada por riesgo de hipotensión ortostática) y como más grave la asociación clasificada como contraindicada entre amiodarona y otros fármacos prolongadores del intervalo QT. En el análisis univariante se mostró como significativa la asociación entre la presencia de interacciones y las variables número de fármacos, edad, HTA, y enfermedad neurológica. Con estos datos se realizó un análisis multivariante que tan sólo identificó como significativas la asociación entre la presencia de interacciones y las variables número de fármacos y enfermedad neurológica; cada nuevo fármaco multiplicaba por 18 la probabilidad de presentar una interacción, y por 4 el diagnóstico de enfermedad neurológica.

Discusión. En función de la bibliografía previa, pensábamos que las interacciones iban a ser muchas (alrededor del 90% de los pacientes) y que iban a estar condicionadas preferentemente por la edad, el número de fármacos y la presencia de patología cardio-

vascular crónica; en nuestra muestra, las interacciones son menores de lo esperado y la patología crónica más relacionada es la neurológica, quizá por el mejor manejo por parte de M.I. de los fármacos del área cardiovascular y de la mayor diversidad y complejidad de los del área de Neurología.

Conclusiones. El estudio mostró una prevalencia de interacciones elevada (59,8%). No obstante, la mayor parte fueron clasificadas como moderadas (77,1% del total), muchas con dudosa relevancia en la práctica clínica: la interacción moderada más frecuente (IECA y diuréticos con riesgo de ortostatismo), puede estar justificada para el control de la HTA o de la ICC. Esto nos alerta sobre la necesidad de usar con sensatez este tipo de programas informáticos, en relación con la práctica clínica. Se encontró un número importante de interacciones graves (20,5% del total), especialmente con ciertos fármacos como los anticoagulantes orales. En cuanto a las clasificadas como contraindicadas (2,4%) destaca la asociación entre amiodarona y otros prolongadores del QT.

V-328

DÉFICIT SELECTIVO DE INMUNOGLOBULINA M EN ADULTOS: REVISIÓN DE 28 CASOS

T. Megino Moreno, J. García de Tena, E. Águila-Fernández Paniagua, C. Betancort Plata, A. Jiménez González, J. Hergueta González, G. Hernando Benito y M. Rodríguez Zapata

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario. Guadalajara.

Objetivos. El déficit selectivo de inmunoglobulina M es muy poco frecuente en adultos y se ha asociado clásicamente con infecciones recurrentes por bacterias gram negativas encapsuladas y virus, neoplasias malignas y enfermedades autoinmunes. Nuestro objetivo es analizar este déficit en pacientes de nuestro medio y estudiar las entidades y complicaciones asociadas.

Material y métodos. Estudio retrospectivo realizado mediante el análisis de la base de datos del laboratorio de bioquímica de nuestro centro, detectando pacientes con déficit selectivo de IgM (< 20 mg/dl) medido en al menos 2 determinaciones consecutivas desde enero de 2009 a marzo de 2010. Revisión posterior de las historias clínicas con recogida de variables epidemiológicas, microbiológicas y clínicas, y análisis de los resultados con SPSS-15.0.

Resultados. Se detectaron 28 pacientes con déficit selectivo de IgM durante el periodo de estudio. El 75% fueron varones. La edad media fue de 72,9 años \pm 13,5. El 46,4% de los pacientes presentó infección recurrente (\geq 2 al año), siendo las localizaciones más frecuentes la gastrointestinal (32,1%), respiratoria (28,6%), genitourinaria (17,9%) y mucocutánea (14,3%). En cuanto a los microorganismos causantes, se identificaron *Aspergillus* sp, *Pseudomonas aeruginosa*, virus de herpes zoster y *Staphylococcus aureus*. Además, el 10,7% de los pacientes presentó enfermedad autoinmune (1 artritis reumatoide, 1 hipotiroidismo autoinmune, 1 ambas patologías). El 64,3% de los pacientes fueron diagnosticados de enfermedad neoplásica (17 hematológicas, 3 nefrológicas, 1 ginecológica, 1 digestiva). Tres pacientes presentaron gammapatía monoclonal de significado incierto. En 3 existían antecedentes de inmunoalergia (1 asma, 1 rinitis, 2 eczema atópico). El 39,3% recibían tratamiento inmunosupresor en el momento de las determinaciones. Sólo 3 individuos presentaron linfopenia absoluta. Únicamente en 3 de los pacientes se estudiaron las subpoblaciones linfocitarias, detectándose déficit de CD4 en los 3, y de CD8 en 2. Ningún paciente presentaba infección por VHC ni por VIH. No se detectó déficit de complemento ni anticuerpos antinucleares en ningún caso. Ningún paciente presentó eosinofilia asociada.

Discusión. El déficit selectivo de IgM fue descrito inicialmente en niños con infecciones graves. Posteriormente, se ha descrito en adultos asociado a enfermedades autoinmunes y neoplásicas,

siendo considerada una deficiencia muy infrecuente. Sin embargo, estudios recientes han puesto de manifiesto una mayor prevalencia de la reflejada previamente. En nuestra serie una minoría de pacientes asoció enfermedad autoinmune o inmoalérgica, aunque destacó la asociación con neoplasia en 2/3 de los pacientes. Cerca de la mitad de los enfermos presentaron infecciones recurrentes durante el periodo de estudio, lo que sugiere una posible mayor predisposición a las mismas. La ausencia de comorbilidad en un subgrupo de sujetos con esta deficiencia apunta a que el déficit selectivo de IgM puede estar infradiagnosticado. Son necesarios estudios que definan mejor las características clínicas e inmunológicas de este déficit, así como las implicaciones diagnósticas y terapéuticas.

Conclusiones. Debemos sospechar la insuficiencia de IgM selectiva primaria en pacientes con infecciones graves, poco comunes o de repetición. En estos casos hay que realizar un estudio inmunológico completo y despistaje de comorbilidades más frecuentes.

V-335

EFICACIA DE LA SUSTITUCIÓN ENZIMÁTICA Y LA REDUCCIÓN DEL SUSTRATO EN LA ENFERMEDAD DE GAUCHER TIPO 1: REVISIÓN DE 6 CASOS

J. Pérez López¹, M. Juanós Iborra¹, O. Salamero García², J. Pardos Gea¹, A. San José Laporte¹ y M. Vilardell Tarrés¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Hematología. Hospital General Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

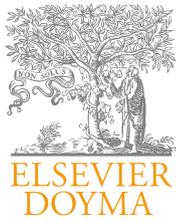
Objetivos. La enfermedad de Gaucher es una enfermedad minoritaria, por depósito lisosomal secundario al déficit de actividad de la glucocerebrosidasa. Como en otras enfermedades minoritarias, su baja prevalencia dificulta la elaboración de estudios extensos. El objetivo de nuestro trabajo fue evaluar la eficacia terapéutica de la sustitución enzimática mediante imiglucerasa y la reducción del sustrato mediante miglustat en la enfermedad de Gaucher tipo 1 (no neuropática o del adulto).

Material y métodos. Se estudiaron todos los pacientes con enfermedad de Gaucher tipo 1 controlados actualmente en el Hospital Universitario Vall d'Hebron de Barcelona y que recibieron imiglucerasa y/o miglustat. Para evaluar la eficacia terapéutica se calculó la diferencia, entre el momento de iniciar el tratamiento y su finalización, de los siguientes parámetros: hemoglobina en sangre, leucocitos en sangre, plaquetas en sangre, volumen hepático, volumen esplénico y quitotriosidasa.

Resultados. Se estudiaron un total de seis pacientes, cuatro de ellos varones. La edad media al diagnóstico de la enfermedad fue de 30 años (rango 7-55) y la mutación más frecuente fue N370S. El valor medio en la escala de Zimran fue de 12 (rango 9-18). La duración media del tratamiento fue de 4,4 años (rango 1,1-9,5). La dosis media de imiglucerasa endovenosa fue de 30 UI/Kg (rango 25-60) cada dos semanas y de miglustat fue de 100 mg/día (rango 50-200) vía oral. Hubo un descenso medio de 438 cc en el volumen del hígado, de 235 cc en el volumen del bazo, y de 2.023 UI en la quitotriosidasa. Por otra parte, se constató una elevación media de 2,8 g de hemoglobina/dl, de 833 leucocitos/ml y de 118.000 plaquetas/ml en sangre.

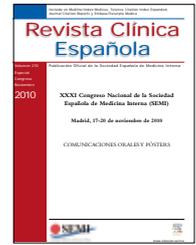
Discusión. Según la escala de gravedad de Zimran los pacientes de nuestro estudio padecen afectación leve-moderada, ya que no tienen afectación del sistema nervioso central. La eficacia del tratamiento de la enfermedad de Gaucher grave es controvertida, ya que la imiglucerasa no puede atravesar la barrera hematoencefálica y el miglustat está indicado sólo en pacientes con afectación leve-moderada de la enfermedad.

Conclusiones. El tratamiento con imiglucerasa (sustitución enzimática) y/o miglustat (reducción del sustrato) es eficaz en la enfermedad de Gaucher tipo 1.



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



PÓSTERS

XXXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)

Madrid, 17-20 de noviembre de 2010

Enfermedades infecciosas

A-1 RESISTENCIA ANTIBIÓTICA EN LA INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO E IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

C. Monroy Gómez¹, M. Mañas García¹, M. Clemente Tomé¹, A. Santamaría Marín², I. de la Rocha Vedia¹ y F. González Gasca¹

¹Servicio de Medicina Interna ²Servicio de Urgencias. Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real.

Objetivos. Conocer los uropatógenos más prevalentes en nuestro medio y los factores de riesgo asociados a multiresistencia.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de enero a diciembre de 2008 de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital General de Ciudad Real con sospecha clínica y confirmación microbiológica de infección urinaria. Se excluyeron los pacientes asintomáticos en los que el urocultivo positivo fue un hallazgo casual, aquellos en los que no se realizó urocultivo o éste fue negativo y los casos de ITU nosocomial. El protocolo de recogida de datos incluyó datos demográficos, factores de riesgo, antecedentes personales, microorganismo aislado, antibiótico empírico y sensibilidad o resistencia al mismo.

Resultados. Se incluyó a 131 pacientes con urocultivo positivo y clínica compatible con síndrome miccional. Ochenta y tres fueron mujeres (63,4%) y 48 varones (36,6%). La edad media fue de 72,96 años. El 21,4% tenía antecedente de neoplasia, el 19,1% de insuficiencia renal crónica (IRC), el 35,9% eran diabéticos, el 9,9% presentaban uropatía obstructiva y el 2,3% anomalías funcionales. El 12,2% de las ITU fueron recurrentes y el 3,1% recidivantes. El germen más frecuente fue *E. coli* (60%). Los antibióticos empíricos que se emplearon con mayor frecuencia fueron levofloxacino (47,3%), amoxicilina-clavulánico (34,4%), ciprofloxacino (9,2%) y ceftriaxona (6,9%). Las mayores tasas de resistencia se encontraron frente a ampicilina (66,2%), ciprofloxacino (50,8%) y levofloxacino (50%). Los gérmenes que presentaron mayores resistencias a levofloxacino

fueron *P. aeruginosa* (85,7% vs 14,3%), *Enterococo spp* (75% vs 25%), *E. coli* (54,6% vs 43,6%) y *Klebsiella spp* (44,3% vs 11,1%). Se encontró una mayor tasa de uropatógenos resistentes en varones (72,3% vs 37,3%), en mayores de 40 años (52,5% vs 20%), pacientes con IRC (76% vs 43,8%) y antecedente de ITU recurrente (81,3% vs 45,6%).

Discusión. Los datos demográficos de esta serie son similares a los publicados hasta el momento. En nuestro estudio, se observa un aumento significativo de las resistencias a partir de los 40 años. Resulta llamativa la elevada tasa de resistencia encontrada frente a ciprofloxacino y levofloxacino. Por ejemplo, *P. aeruginosa* presentó resistencia a quinolonas en más del 70% de los casos. Este porcentaje es muy superior al encontrado en otras series. La DM, el antecedente de neoplasia y el hecho de ser portador de sonda permanente también se han asociado a un aumento de resistencias, aunque en este caso las diferencias encontradas no fueron estadísticamente significativas.

Conclusiones. En nuestro medio, fosfomicina podría representar el antibiótico empírico de elección en el tratamiento de las cistitis no complicadas. Amoxicilina-clavulánico podría ser también una buena alternativa. En la ITU complicada, imipenem sería una buena opción. Las altas tasas de resistencia encontradas en el caso de las quinolonas limitan su uso de forma empírica, aunque son una buena opción tras haberse documentado su sensibilidad in vitro mediante antibiograma.

A-2 BACTERIEMIA POR *LISTERIA MONOCYTOGENES* EN EL ÁREA SANITARIA DEL FERROL

S. Sánchez Trigo¹, J. García Rodríguez², T. Caínzos Romero¹, L. Vilariño Maneiro¹, R. Sardina Ferreiro¹, I. Gómez Buela¹, H. Álvarez Díaz² y P. Sesma Sánchez¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Arquitecto Marcide. El Ferrol (A Coruña).

Objetivos. Analizar las características de los pacientes con bacteriemia por *Listeria monocytogenes* en el Área Sanitaria de Ferrol.

Material y métodos. Estudio observacional y retrospectivo en el que hemos analizado las características demográficas de los pacientes, los factores predisponentes, la existencia de un foco infeccioso asociado, el tratamiento empírico y la evolución de los pacientes. Hemos realizado una revisión de una base de datos informatizada en la que están documentadas 2.724 bacteriemias entre enero de 1989 y diciembre de 2009. Para el análisis estadístico se usó el paquete estadístico SPSS 18.0 para Windows.

Resultados. Se seleccionaron 11 pacientes con una media de edad de 56,45 ± 24,22 años (rango 0-82). El 72,7% eran hombres. Los casos se han distribuido de forma esporádica el período de tiempo analizado. El 36,4% de los pacientes estaban ingresados en el servicio de Medicina Interna en el momento del diagnóstico, el 36,4% en la UCI y el 18,2% en otros servicios. En 2 pacientes se ha identificado el origen intrahospitalario de la infección. En cuanto a los factores predisponentes, el 45,5% de los pacientes tenían una edad superior a los 60 años y el 27,3% tenían un tumor sólido; en 1 caso se presentó en un neonato y en 2 casos (18,2%) no se ha identificado ningún factor predisponente. El 81,8% de los pacientes presentaban un foco infeccioso asociado a la bacteriemia, siendo el más frecuente la meningitis en el 45,5%. El 18,2% de los pacientes presentaban una bacteriemia primaria. En el 54,6% de los pacientes se había administrado un tratamiento antibiótico empírico activo frente a *Listeria*. La mortalidad global fue del 54,5%, siendo esta mayor en el grupo de pacientes que no recibieron un tratamiento antibiótico empírico correcto (80%) frente al 33,3% que si lo recibieron ($p = 0,12$).

Discusión. La *Listeria monocytogenes* es una causa poco frecuente de enfermedad en la población general, causando cuadros de gastroenteritis en pacientes previamente sanos e infección invasiva en pacientes inmunocomprometidos. Habitualmente se presenta de forma esporádica y se puede asociar a distintos focos infecciosos (meningitis, peritonitis, colecistitis, etc.) o presentarse en forma de bacteriemia primaria. La mortalidad por la infección invasiva es alta y el inicio de un tratamiento antibiótico empírico activo frente a *Listeria* se asocia a una mayor tasa de supervivencia.

Conclusiones. 1. La bacteriemia por *Listeria* afecta con mayor frecuencia a pacientes con distintos estados de inmunosupresión así como aquellos con enfermedades crónicas debilitantes. 2. Las formas más frecuentes de presentación de listeriosis son la meningitis y la bacteriemia primaria. 3. La mayoría de nuestros pacientes tuvieron una infección extrahospitalaria. 4. La bacteriemia por *Listeria* tiene una alta mortalidad. 5. El inicio de un tratamiento antibiótico precoz activo frente a *Listeria monocytogenes* se asocia a una menor mortalidad.

A-3 URINARY TRACT INFECTIONS: MICRO-ORGANISMS AND ANTIBIOTIC SUSCEPTIBILITY

D. Silva¹, A. Pinheiro¹, H. Martins¹, H. Raquel¹, J. Melo¹,
M. Marques¹, P. Bandeira¹ y M. Esteves²

¹Medicina Interna, ²Medicina Interna. Centro Hospitalar Médio Ave UFamalicão (Dir. Serviço Augusto Duarte). Vila Nova Famalicão (Portugal).

Objectives. Urinary Tract Infections (UTI) are a common cause of admission to the Emergency Department (ED) and the most common hospital infection, being an important burden in Health Care System. Despite appropriate initial empiric antibiotic therapy (AT) remaining a dilemma, the knowledge about local agents and antibiotic sensitivity may help therapeutic decision. Our objective was to study urinary samples collected in our hospital in order to identify the causing agent, antibiotic susceptibility patterns and compare inpatient/outpatient differences.

Material and methods. This was a retrospective study of UTI cases carried out from January to December 2009 at Centro Hospi-

talar Médio Ave - UFamalicão's hospital. Urine samples from patients with suspected UTI were analyzed for causal agent and antibiotic susceptibility using MicroScan® panels and optical reading in MicroScan WalkAway40®. For each patient, age, gender and outpatient/inpatient (O/I) status were recorded. Antibiotic susceptibility was analyzed in the 3 most frequent agents.

Results. From 4290 urine samples collected (21% male and 79% female) we obtained 626 (15%) positive smears. Mean age was 59 years (± 21.2 years). *Escherichia coli* (E-coli) was the most prevalent agent (54%), followed by *Pseudomonas* (Ps) species (spp) (9%), *Klebsiella* spp (7%), *Proteus* spp (6%), *Enterococcus* spp (6%), *Candida* spp (5%) and *Enterobacter* spp (3%). E-coli was susceptible to Nitrofurantoin (Fd), Fosfomicin (Fos), Amoxicilin + Clavulanate (AmClav), Piperacilin + Tazobactan (PipTaz) and Imipenem (Imp) in > 80%. Sensitivity to Ciprofloxacin (Cp), Levofloxacin (Lv) and Cotrimoxazole (T/S) was observed in < 80%. Ps spp showed sensitivity to Imp, Amicacin (Ac) and Tobramicin (Tbm) in > 80%. Cp, Lv, PipTaz, Cefepime (Cpe), Ceftazidime (Caz) and Gentamicin (Gm) susceptibility was less than 80%. More than 80% of *Klebsiella* spp isolates were sensible to Imp, Ac, Gm, and Cpe, whereas AmClav, PipTaz, Cp, Lv, T/S and Fos susceptibility was < 80%. General antibiotic susceptibility reveals a higher effectiveness among outpatients when compared to inpatients: Fos (+15%), AmClav (+15%), PipTaz (+14%), Caz (+13%), Cp (+13%) and T/S (+11%).

Discussion. Our data indicated that E-coli was the most common uropathogen as shown in previous studies. T/S and quinolones were effective in less than 80% of the isolates and shouldn't be considered as first choice. High activity of Fos and Fd against E. coli is supported by UTI European guidelines as first choice drugs. There is an increasing concern about Ps spp resistance to antibiotics. Only the more recent aminoglycosydes and imipenem remain highly active while resistance among cephalosporins and quinolones is high. Inpatient isolates show lower susceptibility to ATB which must be taken into account in empirical therapy.

Conclusions. Fos and Fd should be the first choice (if suspected E. coli) in empiric treatment instead of quinolones and T/S. If suspected infection with Ps spp, aminoglycosides and carbapenems should be present at initial therapy. Due to inpatient decreased susceptibility to penicillins with B-lactamase inhibitors we should rationalize its use. Knowing the local uropathogens and its susceptibility to ATB is useful to guide empiric therapy in UTI.

A-4 ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LAS ANTIGENURIAS DE *LEGIONELLA PNEUMOPHILA* (AÑOS 2001-2009)

P. Alonso González, R. López Medrano, C. Fuster Foz
y C. Raya Fernández

Servicio de Microbiología. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León).

Objetivos. La legionelosis es una infección de transmisión aérea que produce neumonía atípica y que presenta una incidencia variable según la estación y el área geográfica. El objetivo de este estudio ha sido conocer la incidencia y evolución de esta enfermedad en el área de salud del Bierzo mediante un estudio retrospectivo de las antigenurias y de la respuesta serológica.

Material y métodos. Se estudiaron todas las muestras de orina con petición de detección de antígeno de *Legionella* durante un período de más de 8 años (del 19/06/2001 al 16/12/2009). Las muestras de orina se concentraron previamente a la determinación, que se llevó a cabo mediante el test inmunocromatográfico Binax NOW *Legionella*® (Leti) siguiendo las instrucciones del fabricante. La serología se realizó mediante la prueba de screening de neumonías *Legionella pneumophila* IFA IgG® (Vircell, S.L.) y para el cultivo de las muestras respiratorias se utilizó el medio BCYE® (Oxoid).

Resultados. Se estudió un total de 4.108 muestras de orina de las cuales 38 fueron positivas para antígeno de Legionella (0,9%) y 4.069 fueron negativas (99,1%). Sólo en dos casos se realizó cultivo específico de la muestra respiratoria para Legionella, uno de los cuales fue positivo. En 9 de los casos se realizó estudio serológico, en 6 de los cuales sólo se pidió una muestra, que fue positiva en 5 de los mismos. En dos de los tres casos en que se obtuvo una segunda muestra pudo demostrarse seroconversión. En cuanto a la evolución en el tiempo, se han detectado variaciones puntuales de la incidencia a lo largo del período de estudio.

Conclusiones. El porcentaje de positividad ha sido muy bajo, lo que en una zona de baja incidencia podría indicar quemuchas de las peticiones no tienen una justificación clínica correctamente fundamentada. En los casos en que se ha realizado un seguimiento serológico adecuado (2 muestras) se ha demostrado correlación entre antigenuria positiva y seroconversión. Para obtener conclusiones en cuanto al cultivo, serían necesarios estudios más amplios, pues la falta de sospecha clínica específica de neumonía atípica impide realizar cultivo para Legionella en todas aquellas muestras en que sería necesario.

A-5 ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LAS ANTIGENURIAS DE *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE* (AÑOS 2001-2009)

R. López Medrano, P. Alonso González, C. Raya Fernández
y C. Fuster Foz

Servicio de Microbiología. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León).

Objetivos. El neumococo constituye la etiología más frecuente de neumonía adquirida en la comunidad. El objetivo de este estudio ha sido conocer la incidencia de esta enfermedad en el área de salud del Bierzo mediante un estudio retrospectivo de las antigenurias de neumococo y la microbiología de las muestras respiratorias y los hemocultivos.

Material y métodos. Se estudiaron todas las muestras de orina con petición de antígeno de neumococo durante un período de 8 años (del 19/06/2001 al 19/06/2009). Las muestras de orina no se concentraron pero sí se hirvieron previamente a la determinación, que se llevó a cabo mediante el test inmunocromatográfico Binax NOW Streptococcus pneumoniae® (Leti) siguiendo las instrucciones del fabricante. Los hemocultivos se incubaron en el sistema BacT ALERT® 3D. A las muestras respiratorias se les realizó una tinción de Gram y tras selección de calidad se cultivaron en agar sangre, agar chocolate y agar McConkey, que se incubaron a 37° durante 48 horas.

Resultados. Se estudiaron un total de 4.044 muestras de orina de las cuales 377 (9,32%) fueron positivas para antígeno de neumococo, 3.636 fueron negativas y en 40 casos se obtuvo un resultado indeterminado. De los 377 pacientes con antigenuria positiva, 140 tenían petición de hemocultivo, que fue positivo para neumococo en 13 casos (9,20%). Tenían petición de cultivo de esputo 93 de ellos, que fue positivo para neumococo en 4 casos (4,3%). De los 40 pacientes con antigenuria indeterminada (positiva débil), 11 tenían petición de hemocultivo, ninguno de los cuales fue positivo para neumococo, y 13 tenían petición de cultivo de esputo, ninguno de los cuales fue positivo para neumococo. En el caso de las antigenurias indeterminadas, en 20 casos no se pidió una segunda determinación, y de los 20 casos en que sí se pidió, 9 fueron negativos, 9 positivos y 2 nuevamente indeterminados.

Conclusiones. En muy pocos casos de las sospechas clínicas de neumonía neumocócica se pide microbiología de muestras respiratorias y hemocultivos, confiando su diagnóstico a la antigenuria. El rendimiento del cultivo de esputo y del hemocultivo es muy bajo

con respecto al de la antigenuria. No se consiguió confirmar infección neumocócica mediante cultivo en ninguno de los casos de antigenuria indeterminada.

A-7 RESULTADOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO DE PREVALENCIA DEL VIRUS PAPILOMA HUMANO (VPH) Y ANORMALIDADES CITOLÓGICAS EN LA MUCOSA DEL CANAL ANAL DE HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES (HSHS) INFECTADOS POR EL VIH, PROCEDENTES DE ANDALUCÍA ORIENTAL

M. Rivero Rodríguez¹, C. Hidalgo Tenorio¹, M. Arenas Miras¹,
F. Jarilla Fernández¹, A. Concha², M. López de Hierro³,
J. Pasquau Liaño¹ y M. López Ruz¹

¹Unidad de Enfermedades Infecciosas, ²Servicio de Anatomía patológica, ³Servicio de Digestivo. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Objetivos. Analizar la prevalencia del VPH en la mucosa del canal anal de HSH infectados por el VIH pertenecientes a una cohorte de pacientes de Andalucía oriental. Analizar los diferentes factores asociados con la aparición de citologías de canal anal patológicas.

Material y métodos. Se trata de un estudio prospectivo que se inició en enero 2009 y está previsto su cierre en enero de 2011. Los pacientes se han reclutado consecutivamente y tras firma de consentimiento informado. Se han incluido HSHs infectados por el VIH atendidos en la consulta de enfermedades infecciosas del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. En la visita inicial se analizaron datos epidemiológicos, número de parejas con las que mantuvieron relaciones sexuales anales en los 12 meses previos, uso de preservativo, tabaquismo, condilomatosis perianal, datos relacionados con el VIH (CD4 actual, basal y nadir, carga viral, estadio CDC, TAR); se les tomó muestra de la mucosa del canal anal para citología, que fue clasificada como normal, indeterminada o borderline (hiperqueratosis, metaplasia escamosa, binucleaciones abundantes), y ASIL (LSIL o HSIL); y PCR para determinar la colonización por VPH.

Resultados. Hasta el momento se han reclutado 54 pacientes con edad media de 34,67 ± 8,79 años, diagnosticados de VIH desde hacía 39,61 ± 56,07 meses, con Cd4 nadir 478,15 ± 244,96 células/mL; el 22,6% estaban en estadio SIDA, 57,4% no tomaban TAR, y de los que tomaban 6,89% tenían fracaso virológico; 5,5% hepatitis crónica por VHC y 5,5% por VHB, 18,5% lúes, 8% infección tuberculosa latente; 57,4% fumaban, 74,15% utilizaban profiláctico, y la media de parejas en los últimos 12 meses era 9,7 ± 28,7 (1-200). En cuanto a la citología anal en 5 ocasiones (9,3%) faltaba muestra, 12 (22,2%) tenían citología normal, y 37 (68,5%) patológica; de estos 75,67% (28/37) eran ASIL I, y 24,32% (9/37) borderline/indeterminado. Se realizó PCR en 46 muestras, de las cuales 44 (95,65%) eran positivas para VPH; de los serotipos de VPH un 75% (33/44) eran de alto grado de malignidad, y un 52,7% (23/44) estaban colonizados simultáneamente por VPH de alto y bajo grado de malignidad. Los serotipos más frecuentes fueron el 11 (22,7%), 16 (34%), 18 (18%), 45 (18,8%), 51 (20%), 61 (18,18%). En conjunto los serotipos de alto grado se asociaron significativamente con citología patológica p = 0,008, y de ellos predominaban el 16 (p = 0,009) y 11 (p = 0,085). En cuanto al resto de variables analizadas como edad, estadio CDC, carga viral, otras enfermedades, no se asociaron con la aparición de ASIL; y mostraron tendencia a la significación la edad al diagnóstico de VIH, siendo más jóvenes los que presentaban la citología patológica 29,97 ± 6,13 años p = 0,08, mayor cifras de CD4 613,28 ± 224,84 p = 0,06 y condilomas p = 0,09.

Conclusiones. El 95,5% de nuestros pacientes HSH VIH tienen VPH en la mucosa anal y de ellos 68,5% citología patológica asociada a la presencia de serotipos de alto grado de malignidad sobre todo el 16 y 11. Por lo que creemos, la citología anal debe ser integrada en la evaluación rutinaria de pacientes VIH HSH y utilizarse como técnica de screening para el diagnóstico de alteraciones citológicas patológicas de la mucosa anal.

A-8 TUBERCULOSIS EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL DE LEÓN

S. García Escudero, E. Castelar Delgado, P. Dios, F. Muñiz, M. Ledo y E. Fernández

Servicio de Medicina Interna. Hospital de León. León.

Objetivos. Describir las variables clínico-epidemiológicas, métodos diagnósticos, localización y tratamiento de los pacientes diagnosticados de tuberculosis en un hospital general.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes diagnosticados de Tuberculosis (TBC) durante el año 2009, recogiendo datos clínicos, epidemiológicos, diagnósticos, terapéuticos y estudio de contactos de estos pacientes.

Resultados. La muestra la componían 30 pacientes con el diagnóstico tuberculosis; 18 (60%) hombres y 12 (40%) mujeres, con edad media de 67,6 años (rango 27-97 años). 57% provenían del servicio de Neumología, 37% Medicina Interna, 3% Cardiología y 3% Neurocirugía. 65% vivían en medio rural y el 35% medio urbano. 28 españoles y 2 inmigrantes (Marruecos y República Dominicana). En el momento del diagnóstico 13 pacientes eran fumadores y 6 consumían alcohol. Todos residían en domicilio familiar, 3 contacto previo con enfermo de TBC y 1 cuidador, 3 tto inmunosupresor y 23 presentaban enfermedad asociada (HTA, silicosis, cardiopatía). El síntoma más frecuente fue la tos (24%) seguida de la fiebre (16%). Se realizó Mantoux a 9 de los pacientes, siendo positivo en 3 de ellos (33%). Se diagnosticaron en total 16 tuberculosis pulmonares; 5 tuberculosis pleurales; 1 tuberculosis cutánea; 2 vertebrales; 1 meníngea; 1 pericárdica; 1 pleuropericárdica; 1 miliar y 2 ganglionares. En cuanto al tratamiento 23 recibieron triple terapia con rifampicina, isoniacida y pirazinamida; 5 con cuádruple terapia con rifampicina, isoniacida, pirazinamida y etambutol; 1 paciente con rifampicina, isoniacida y etambutol y 3 pacientes recibieron tratamiento complementario con corticoides. De los tratamientos instaurados, 8 (26%) se pautaron sin confirmación microbiológica ni histológica. Se realizó estudio de contacto a 12 de los 17 pacientes con TBC pulmonar (%).

Discusión. Se calcula que el 33% de la población mundial está infectada por *Mycobacterium tuberculosis*, por lo que es la infección más prevalente del mundo (España 10-15 millones). Para el diagnóstico de tuberculosis latente se utiliza la prueba de la tuberculina. Para el diagnóstico de certeza de la enfermedad tuberculosa se necesita la confirmación microbiológica. La tuberculosis extrapulmonar puede afectar a cualquier órgano, afectando más frecuentemente a inmunodeprimidos y a niños. Hoy en día se recomienda la utilización de regímenes terapéuticos con 4 fármacos para el tratamiento de la enfermedad tuberculosa (pulmonar) (individualizando cada caso).

Conclusiones. En nuestro hospital la mayoría de los casos de tuberculosis son diagnosticados por el Servicio de Neumología. La localización más frecuente fue la TBC pulmonar. Dentro de las tuberculosis extrapulmonares hay un elevado número de diagnósticos y tratamientos empíricos. Todavía un alto porcentaje de los pacientes son tratados con el régimen de triple terapia.

A-9 BACTERIEMIA NEUMOCÓCICA 2007-2009: ESTUDIO DE 53 CASOS

D. Blancas Altabella, J. Blanch Falp, J. Baucells y B. Jiménez Villegas

Servicio de Medicina Interna. Hospital Residencia Sant Camil. Sant Pere de Ribes (Barcelona).

Objetivos. Describir las características epidemiológicas, factores asociados, expresividad clínica, analítica y radiológica, mortalidad, factores pronósticos y sensibilidad ATB de la bacteriemia por *Streptococcus pneumoniae*, así como valorar la aplicación de un protocolo de diagnóstico y tratamiento de la NAC.

Material y métodos. Estudio retrospectivo. Selección de bacteriemias en adultos (> 14 años) según muestras recogidas en el laboratorio de microbiología entre los años 2007 y 2009: 53 casos estudiados. Revisión de los casos con historias clínicas según protocolo previo. Análisis estadístico realizado: test exacto de Fisher y t de Student.

Resultados. La incidencia anual es de 22 casos/140.000 habitantes. Existe variabilidad estacional presentándose la mayoría de episodios en marzo, octubre y diciembre. Las mujeres representan el 58% de los casos. La edad media es de 58 años (15-95). El 45% de los casos se produce en mayores de 65 años. La presentación clínica más habitual es la neumonía: 48 casos (90%). La PBE en 2 casos, la bacteriemia primaria en 2 casos y la pleuropericarditis en 1 caso. Un caso de bacteriemia nosocomial. Las condiciones asociadas son: tabaquismo (32%), EPOC/asma (22%), cardiopatía (17%), consumo de alcohol (13%), diabéticos (13%), residencia (9,4%), hepatopatía (9%), ictus (7,5%), neoplasia activa (7,5%), insuficiencia renal (5,7%), secuelas TBC (5,7%), corticoides (3,8%). 28,3% sin factores predisponentes. Las variables analizadas son: fiebre (58%), tos (71,9%), dolor torácico (49,1%), disnea (39,6%), confusión (13%) y taquipnea (7,5%). TA sistólica 121 mmHg (81-183), TA sistólica < 90 (9,4%), f. cardíaca 102 (47-150), derrame pleural (9,6%), neumonía multilobar (24,5%), pO₂: 61,8 (46-100), pO₂ < 60 (34%), pH: 7,44 (7,22-7,54), Na: 134,9 (124-146), urea: 61,5 mg/dl (13-198), PCR: 257,4 mg/l (54-682), leucocitos: 19,126 (1.100-57.350), plaquetas: 205.509 (22.000- 388.000), hematocrito: 39,28% (14-49). Fine: 2,75 (I: 18, II:3, III: 10, IV: 7, V: 10), CURB-65: 1,33 (0: 14, 1: 13, 2: 13, 3:7, 4:1). La sensibilidad del antígeno urinario es del 64,9% (24/37). La estancia media es de 9,3 días (1-42). La mortalidad es del 9 4%. La estancia mediana desde la introducción del protocolo se reduce de 9 días en el 2007 a 7 días en el 2009. Las escalas pronósticas realizadas en el ingreso son de 0 casos en el 2007 y 5 casos en el 2009. Los factores asociados a mortalidad son: edad > 65 años (p: 0,015), cardiopatía (p: 0,030), neoplasia (0,040), neumonía multilobar (p: 0,046), plaquetopenia (p: 0,001), leucocitos < 10.000 (p: 0,041), urea elevada (p: 0,026), puntuación elevada en Fine (p: 0,01) y CURB-65 (p: 0,06). Un caso con CIM = 4 para penicilina. Resistencia a macrólidos del 17,3%.

Discusión. El foco de la bacteriemia neumocócica en nuestro centro es la neumonía, con una incidencia estable, que afecta a gente anciana en su mayoría con pluripatología, y en jóvenes sin factores de riesgo (no disponemos de serología VIH en ningún caso). La presentación puede ser atípica (> 40% sin fiebre). La PCR está siempre altamente elevada. La gravedad es media (Fine: 2,75). La utilización de escalas pronósticas tras la instauración de un protocolo aumenta y se consigue una reducción de la estancia mediana. Son factores pronósticos la edad > 65 años, cardiopatía, neoplasia, la afectación multilobar, plaquetopenia, leucocitos < 10.000, urea elevada y puntuación elevada en las escalas pronósticas. No parecen existir resistencias significativas a penicilina.

Conclusiones. La incidencia de bacteriemia neumocócica se mantiene estable, la forma de presentación más frecuente es la neumonía, en gente mayor, con presentación atípica, con pluri-

patología o en jóvenes sin factores de riesgo. La utilización de escalas pronósticas es útil para detectar la gravedad del proceso y la utilización de un protocolo adecuado puede mejorar la estancia mediana de estos pacientes. La mortalidad es del 9,4%.

A-10 NEUMONÍA NEUMOCÓCICA: PRESENTACIÓN CLÍNICA Y PRONÓSTICO

G. Martínez López

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

Objetivos. Estudio retrospectivo de pacientes hospitalizados por neumonía neumocócica, en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga, durante el año 2009.

Material y métodos. Se revisaron las historias clínicas de pacientes, con diagnóstico de neumonía neumocócica. Recogiendo los antecedentes personales, radiología, datos analíticos, diagnóstico microbiológico, tratamiento, días de estancia, complicaciones y mortalidad. Los resultados se expresan en porcentajes y como valores promedio \pm DE. Para variables cualitativas se empleó el test de chi cuadrado y para las variables continuas la de t de Student.

Resultados. Se estudiaron 60 casos (36 hombres, 24 mujeres), la edad media de 60 años. Falleció el 11,66%, 5 hombres/2 mujeres. Fumadores el 46,7%, asma 10%, BNCO 26,7%, diabetes 26,7%, insuficiencia cardiaca 15%, otras enfermedades 13,3%. Los síntomas: fiebre 80%, dolor torácico 36,7%, expectoración 60%, tos 75%, disnea 35% y malestar general en 13,3%, otros 2-5%. La radiología fue infiltrado pulmonar 83,3%, condensación de segmento 3,3%, condensación de lóbulo 25%, derrame pleural 25%, un caso de absceso pulmonar. El tratamiento con cefalosporinas de 3ª generación en 65%, fluoroquinolonas 71%, macrólidos 11,6%, aminoglicósidos 3,3%, clinda/meropenem/tazobactán un caso cada uno, con otros gérmenes simultáneos. Estancia media de 12,97 días DE \pm 10,1. Ingreso en UCI el 26,6%. El diagnóstico microbiológico fue con hemocultivos en el 28,3%, serología a neumococo 78,3%, cultivo de esputo 10%. Datos analíticos la media de leucocitos 17,955 DE \pm 16,064, plaquetas 193,778 DE \pm 67,047, creatinina 1,25 DE \pm 0,82. Complicaciones: sepsis en 17%, derrame pleural 25%, insuficiencia cardiaca 18,3%, insuficiencia respiratoria 25%, un caso de absceso pulmonar. Sin diferencia de mortalidad en diabetes, fumador, asma, insuficiencia cardiaca o BNCO, tampoco con infiltrados o condensación de segmento. Mayor mortalidad en plaquetopenia al ingreso de 138.517 DE \pm 55.886 p = 0,018, creatinina elevada 2,58, 1,07 en supervivientes p = 0,00, ingreso en UCI p = 0,001, la presentación radiológica con derrame pleural p = 0,008, condensación de un lóbulo p = 0,008. La ausencia de tos p = 0,008 tuvo más mortalidad. Los fallecidos presentaban enfermedades como LES, neoplasia metastásica, etilismo severo, enfermedad de Hodgkin.

Discusión. Hubo mayor mortalidad en formas de presentación graves, el ingreso en UCI, signos de sepsis, insuficiencia cardiaca como complicación, o insuficiencia respiratoria. El diagnóstico actual es por detección de antígeno de *Streptococcus pneumoniae* en orina, de fácil realización y con resultados rápidos, con una sensibilidad de 80-90%, y una especificidad de 95-97%. La estancia media es similar a la de otros hospitales. La ausencia de tos se relacionó con mayor mortalidad y la forma de presentación radiológica extensa o con derrame pleural. El tratamiento es una combinación de cefalosporinas de 3ª generación y quinolonas, excepto cuando asocian otros gérmenes como Gram negativos o anaerobios.

Conclusiones. 1. La presentación grave, con descenso de plaquetas, afectación lobar y derrame pleural tiene más mortali-

dad. 2. El diagnóstico más frecuente se realiza con el test de antígeno neumocócico en orina. 3. El tratamiento habitual es con cefalosporinas/quinolonas en combinación, en caso de hospitalización.

A-11 MALARIA IMPORTADA: UNA ENFERMEDAD EN ASCENSO. EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL DEL SURESTE DE MADRID

J. Pérez Quero¹, M. de Guzmán García-Monge¹,
J. Martínez Consuegra¹, M. Martín Rodrigo²
y G. García de Casasola Sánchez¹

¹*Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina. Madrid.*

²*Servicio de Microbiología. Hospital Infanta Sofía. Madrid.*

Objetivos. Conocer las características clínico-epidemiológicas de los pacientes diagnosticados y tratados de Malaria en nuestro Hospital desde su apertura en febrero de 2008 para poder así planificar mejor su atención (selección de tratamiento, consejo al viajero...).

Material y métodos. Se incluyen todos los pacientes mayores de 18 años diagnosticados de malaria importada desde la apertura de nuestro Hospital el 22/02/2008 hasta el 31/12/2009. Se recogen variables clínicas y epidemiológicas que se analizan con el programa estadístico SPSS 11.5. Las variables cualitativas se resumen mediante frecuencias porcentuales y las cuantitativas mediante las correspondientes medidas de tendencia central.

Resultados. En el período de estudio se han atendido 12 casos de malaria, todos ellos por *Plasmodium falciparum*. El 50% de los pacientes son mujeres y la edad media es de 34,5 años. Todos los pacientes proceden del África subsahariana (66,7% de Nigeria), se pueden encuadrar dentro del concepto de VFR (Visit Friends and Relatives) con una media de 8,3 años en nuestro país y ninguno de ellos había hecho profilaxis antipalúdica durante el viaje. La mayoría, 75%, consultó en la Urgencia por fiebre tras regresar de sus países (8,18 días de media desde la vuelta) y la mayoría ingresó (75%) para tratamiento con una mediana de 3 días. La alteración de Laboratorio más frecuente fue la trombopenia (83,3% con $<$ 150.000 plaquetas/ μ l, con una mediana de 112000 y 33000 como cifra más baja detectada) seguida en menor medida de Anemia y elevación leve de las Transaminasas. El tratamiento más habitual fue quinina + doxiciclina durante 7 días, quedando afebriles rápidamente (mediana 48 horas). No hubo ningún caso de malaria grave ni exitus. Al alta se dio consejo sobre profilaxis antipalúdica para próximos viajes en la mayoría de los casos (75%).

Discusión. La malaria es una de las principales causas de fiebre tras viaje a un país tropical y la que nunca debemos olvidar en el diagnóstico diferencial ya que es una enfermedad grave y potencialmente mortal sin tratamiento. Nuestro Hospital está situado en el Sureste de la Comunidad de Madrid abarcando varios municipios con una población total de unos 150.000 habitantes. El mayor de estos municipios, Parla, tiene una tasa de población inmigrante cercana al 30%, una de las más altas de la Comunidad, lo que aumenta la posibilidad de diagnosticar patologías importadas.

Conclusiones. La malaria importada por *Plasmodium falciparum* es la más frecuente. El 100% de nuestros pacientes procede del África subsahariana, pertenecen al colectivo VFR y no hacen nunca profilaxis antipalúdica durante sus viajes. Normalmente sufren malaria sin datos de gravedad y con buena respuesta al tratamiento. El porcentaje de ingresos es elevado probablemente porque la experiencia en el manejo de esta patología no es muy alta y no existe una infraestructura adecuada para el manejo ambulatorio. Es necesario aumentar la información dirigida al colectivo de VFR

para evitar nuevas reinfecciones en los viajes a sus países de origen.

A-12 TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL COMARCAL DE OLOT (GIRONA) 1986-2009: INCIDENCIA Y DESCRIPCIÓN DE 118 CASOS

V. Bisbe Company, J. Trullàs Vila, H. Briceño García, S. Soler Simón y J. Bisbe Company

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sant Jaume. Olot (Girona).

Objetivos. Conocer la incidencia de tuberculosis (TB) en nuestro centro y describir las características demográficas y clínicas de todos los casos en el período 1986-2009.

Material y métodos. Población de estudio: Población de la comarca de la Garrotxa (Girona). Se incluyen todos los casos de TB declarados en nuestro centro entre 1986 y 2009. Se revisaron de forma retrospectiva las historias clínicas de los pacientes y se realizó un estudio descriptivo.

Resultados. Se identificaron 118 casos de TB. La incidencia anual osciló entre 4,2 y 25,7 casos \times 100.000 hab (tabla). La mayoría de casos procedían de urgencias (57%) seguido de consultas externas (26%). La mediana de edad al diagnóstico fue de 40 años. El 75% eran de raza blanca. El 66% procedían España y el resto de otros países (23% africanos). El 7% tenían patologías crónicas (EPOC en 6 y neoplasias en 2) y el 8,5% infección por el VIH. Las localizaciones más frecuentes fueron pulmonar (53%), pleural (18%) y ganglionar (11%). Para el estudio diagnóstico se obtuvieron sobre todo muestras respiratorias (52,5%). Se realizó PPD en 97 casos siendo positivo en 78%. El diagnóstico fue de presunción en el 22%. Tras el diagnóstico de TB se realizó serología para el VIH en el 44%. Se realizó tuberculograma sólo en el 26% de casos encontrando 2 casos de resistencia. Todos los pacientes recibieron un mínimo de 3 fármacos y en algunos casos 4 (N = 52), 5 (N = 7) y hasta 6 fármacos (N = 1). El tratamiento fue directamente observado en 2 casos. Se detectó toxicidad farmacológica en 45 casos: hiperuricemia asintomática por pirazinamida (N = 34), toxicidad hepática por isoniácida y rifampicina (N = 7 y 3), polineuropatía por isoniácida (N = 1). La evolución fue favorable con curación en el 80%. Hubo 5 exitus, 3 de ellos atribuibles a TB. El resto de pacientes (15 casos) fueron perdidos en el seguimiento. Al analizar los resultados en dos períodos distintos (1986-1999 y 2000-2009) observamos que en el segundo período aumentó el número de casos procedentes de fuera de España y de raza no blanca, se realizaron más tuberculogramas y más determinaciones de serología VIH y la estancia media hospitalaria fue más corta. Las tasas de curación fueron las mismas.

Conclusiones. La incidencia de TB en nuestra comarca fue inferior a la incidencia de Cataluña. En los últimos años ha incrementado el número de casos procedentes de fuera de España y de raza no blanca pero no existen diferencias clínicas ni evolutivas significativas.

Tabla 1 (A-12). Incidencia de tuberculosis (*casos \times 100.000 hab) en la comarca de la Garrotxa y Cataluña (1986-2008)

Año	N (%)	Censo Garrotxa	Casos Garrotxa (Incidencia)	Casos Cataluña
1986-1990	19 (16%)	45,368-46,765	4,4-17,3	ND-49,8
1991-1997	15 (13%)	46,060-47,390	4,2-13,0	36,4-54,1
1998-2001	20 (17%)	46,919-47,940	8,5-16,7	26,4-32,1
2002-2005	32 (27%)	48,796-51,786	7,9-23,2	21,6-25,9
2006-2008	29 (25%)	52,834-54,437	13,1-25,7	21,6-23,2

A-13 INCIDENCIA DE CANDIDEMIA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE REFERENCIA. PERÍODO 2006-2009. FACTORES ASOCIADOS

J. Echevarría¹, S. Iftimie¹, I. Pujol², F. Ballester², A. López¹, S. Ali², C. Maestre² y A. Castro¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología. Hospital Universitari Sant Joan. Reus (Tarragona).

Objetivos. Describir la incidencia, las características clínicas y factores asociados en los pacientes que presentaron hemocultivos positivos por *Cándida* y valorar la evolución de las diferentes especies de *Cándida* y resistencias correspondientes en un hospital de complejidad intermedia.

Material y métodos. Estudio retrospectivo en un hospital de 340 camas que da cobertura a 250.000 habitantes, y es de referencia oncológica para una población de 400.000 habitantes. Se revisaron todos los hemocultivos positivos para *Cándida* detectados en nuestro laboratorio entre julio de 2006 y diciembre de 2009. Se consideró infección nosocomial aquella que aparece tras 72 horas del ingreso. Se estudiaron datos microbiológicos (especies de *Cándida* aisladas, fungigrama según los criterios de sensibilidad y resistencia del CLSI y origen de la infección), sexo, edad, enfermedades de base, como tratamiento antibiótico previo, inserción de catéteres centrales, quimioterapia, nutrición parenteral, y aspectos relacionados con la evolución de los pacientes y estancia hospitalaria.

Resultados. Se encontraron 21 casos de bacteriemia por *Cándida*, de las que 13 (61,9%) son *C. albicans*, 2 (9,52%) casos *C. glabrata*, *C. parasilopsis*, *C. tropicales* y 1 (4,76%) caso para *C. spp* y *C. krusei*. La incidencia anual de bacteriemias por *Cándida* en el 2006 de 4 (19,05%), 7 (33,33%) en el 2007, 5 (23,80%) en el 2008 y 5 (23,80%) en 2009. El 80% de éstos fueron de origen nosocomial, principalmente en pacientes ingresados en la Unidad de cuidados intensivos (76,19%). El 43,48% del total fueron exitus. El fungigrama reveló una sensibilidad global al fluconazol de 52,14% (76,92% de las *C. albicans* y el 25% de las no *albicans*) y al itraconazol 42,85% (61,53% de las *C. albicans* y el 25% de las no *albicans*). Fueron estudiados 13 hombres (61,90%) y 8 mujeres (38,10%), con una edad media de 60,4 años (1 mes - 86 años). El índice de comorbilidad de Charlson fue de 5,3 (0-13). Entre los antecedentes destacó la presencia de neoplasia en 10 (47,61%), el uso previo de antibioterapia empírica de amplio espectro en el 85,71%, el uso de catéteres centrales 80,85%, nutrición parenteral en el 52% y la presencia de inmunodeficiencia en el 23,8% (4,79% por VIH, el 14,28% por tratamiento corticoideo), quimioterapia en el 14% e intervención quirúrgica previa en el 57% de los pacientes con candidemia. La estancia media hospitalaria fue de 31,83 días (1-129).

Conclusiones. La incidencia de candidemia se mantuvo estable durante el período estudiado. La mayoría de origen nosocomial y con elevada mortalidad asociada, siendo la especie aislada con mayor frecuencia *C. albicans*. Se observó una alta resistencia de *C. albicans* al fluconazol e itraconazol. Se asoció de forma significativa a pacientes con mayor comorbilidad y a mayores estancias hospitalarias. En más de la mitad de las candidemias los pacientes fueron sometidos a intervención quirúrgica previa, en la mayoría el origen fue nosocomial y principalmente se asociaron a servicios de cuidados intensivos, presentando alta tasa de mortalidad. Todo ello nos hace reflexionar sobre la necesidad de retirar los catéteres a la mayor brevedad posible, el uso adecuado de los antibióticos para disminuir la incidencia de las candidemias e insistir en el diagnóstico y tratamiento precoz para reducir la estancia media hospitalaria y tasa de mortalidad.

A-14 RESULTADOS PRELIMINARES DE ATEROSCLEROSIS PRECOZ ESTUDIADA MEDIANTE VELOCIDAD ONDA DE PULSO (VOP) EN PACIENTES VIH

F. Jarilla, C. Hidalgo-Tenorio, M. Rivero, M. Arenas, C. García Vallecillos, J. Pasquau-Liaño, M. López y M. López Ruz

Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Objetivos. Analizar la prevalencia de aterosclerosis precoz en nuestra cohorte de pacientes VIH mediante VOP y los diversos factores con los que se asocia.

Material y métodos. se trata de un estudio transversal, en el que de forma consecutiva y, tras firma de consentimiento informado, se fueron incluyendo pacientes VIH procedentes de consulta externa del HUVN de Granada, diagnosticados desde hacía al menos 1 año, naïve o con el mismo TAR durante un mínimo de 6 meses con carga viral < 50 copias/mL. En la visita se recogieron datos epidemiológicos, exploratorios (tensión arterial (TA), peso, diámetro abdominal y cadera), analíticos (perfil lipídico, CD4 nadir y actuales, carga viral del VIH basal y de los correspondientes al estudio, homocisteína, ApoA, ApoB, insulina basa). La VOP se midió mediante el método complior®. Se definió síndrome metabólico según criterios de ATPIII y resistencia insulínica utilizando el índice de HOMA.

Resultados. Se incluyeron 125 pacientes cuya edad media era 42,63 ± 9,7 años (23-71), 68,4% hombres, 71,4% fumadores, 35,9% hipertensos (HTA), 27,5% síndrome metabólico (ATPIII), 17,2% dislipémicos, 6% diabéticos, y 2,6% con antecedentes personales de un evento cardiovascular. Un 35,9% tenían resistencia insulínica, y niveles medios de homocisteína 11,25 ± 5,13, ApoA 140,28, 76, ApoB 76,96 ± 22,96, y tensión arterial sistólica 127,82 ± 19,46 mmHg. Habían sido diagnosticados de VIH hacía 118,97 ± 83,19 meses (8-288). 71,2% estaban con TAR que llevaban tomando durante 23,26 ± 18,48 meses (6-84), con CD4 nadir 225,75 ± 233,61 células/uL. 12% tenían alterada la VOP que se asoció a diabetes mellitus (p = 0,04, OR 6,18), HTA (p = 0,05), hepatopatía crónica por VHC (p = 0,012), fracaso virológico previo (p = 0,017, OR:5,5), toma de lopinavir/r (LOP), tipranavir/r (TPV), o fosamprenavir/r (FSV) (p = 0,05), mayor edad 51,93 ± 9,01 años (p = 0,001, OR 1,12), y elevadas glucemia en ayunas 117,40 ± 38,710 mg/dL (p = 0,02), tensión arterial sistólica (Tas) 141,28 ± 20,21 mmHg (p = 0,03, OR: 1,04), y frecuencia cardiaca (Fc) 88 ± 12,2 lpm (p = 0,026, OR 1,05).

Conclusiones. La décima parte de nuestros pacientes VIH tienen aterosclerosis precoz asociada tanto a factores de riesgo clásicos como edad, diabetes, TAS y Fc elevadas, como a hepatopatía crónica por VHC, y la propia infección VIH con antecedentes de peor situación viroinmunológica previa, y tratamiento con LOP, FOS o TVP. En consecuencia, nosotros propones la VOP como una herramienta más en la elección del TAR

A-15 RESULTADOS DEL TRATAMIENTO AMBULATORIO CON DAPTOMICINA EN LOS CENTROS ESPAÑOLES DEL ESTUDIO EU-CORE

V. González Ramallo¹, I. Lampreabe Gaztelu², J. Iribarren Loyarte³, B. Almirante Gragera⁴, C. Sarriá Cepeda⁵, S. Reus Bañuls⁶, L. Abella Vázquez⁷ y S. Gil Parrado⁸

¹Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital de Cruces. Barakaldo (Vizcaya).

³Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea. Donostia-San Sebastián (Guipúzcoa).

⁴Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital Universitari General Vall d'Hebron. Barcelona. ⁵Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

⁶Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. ⁷Unidad de Hospitalización a Domicilio. Complejo Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife (Tenerife). ⁸Departamento Médico. Novartis Farmacéutica. Barcelona.

Objetivos. Describir las características de los pacientes incluidos por los centros españoles del estudio EU-CORE a los que se administró daptomicina de forma ambulatoria y compararlas con los pacientes con tratamiento hospitalario.

Material y métodos. Desde enero de 2006 a agosto de 2009 se incluyeron 726 pacientes por 49 centros españoles en el estudio EU-CORE, estudio observacional europeo de uso de daptomicina en infecciones por Gram positivos. En 147 (20,2%) casos la totalidad o parte del tratamiento con daptomicina i.v. se llevó a cabo de forma ambulatoria (grupo A). Analizamos localización de la infección, microorganismo implicado, duración del tratamiento, evolución y aparición de complicaciones, comparando los datos de los pacientes con administración ambulatoria con los de los pacientes con administración exclusivamente hospitalaria (n = 579, grupo H).

Resultados. No hubo diferencias entre los grupos A y H en la edad (media 62, mediana 65 años) ni en el género (varones 66% vs 64%). Presentaban insuficiencia renal grave al inicio del tratamiento el 10,8 y el 16,4% respectivamente. Las principales infecciones tratadas en el grupo A fueron: infecciones de piel y partes blandas (30%), bacteriemia (24%), endocarditis (13,6%), osteoarticulares (10,2%). Se aislaron microorganismos causales en 103 (70%) pacientes, siendo los más frecuentes S. aureus (52%), SCN (24%) y Enterococcus (13%). La duración del tratamiento ambulatorio fue de 16,5 días (DE 12,2; mediana 13). La duración del tratamiento hospitalario fue significativamente menor en los que recibieron tratamiento ambulatorio (8,5 vs 13,8 d; p < 0,001). Se observó una elevación de la CPK en 5 casos del grupo A (3,4%) y 47 del grupo H (8,1%). Los % de insuficiencia renal grave al final del tratamiento con daptomicina fueron similares a los basales (grupo A 10,8%, grupo H 16,2%). Se obtuvo la curación o mejoría en el 88% de los pacientes del grupo A y en el 76% del grupo H (p < 0,01).

Discusión. La utilización del tratamiento ambulatorio por los centros españoles fue superior a la de otros países europeos del estudio EU-CORE (20% vs 14%), si bien notablemente inferior a la reportada en el estudio CORE americano. Se observa una tendencia al tratamiento de infecciones más graves que refleja la mayor confianza adquirida con daptomicina tras haber transcurrido cuatro años desde su introducción en Europa y la existencia en España de una amplia red de Unidades de Hospitalización a Domicilio.

Conclusiones. Daptomicina es un antibiótico eficaz y seguro, con un perfil farmacocinético que facilita el tratamiento ambulatorio de infecciones graves por Gram positivos.

A-16 SONDAJES VESICALES EN PACIENTES INGRESADOS

M. Galindo Andúgar¹, J. Danier¹, A. Gesualdo¹,
A. Escalera Zalvide¹, J. Castellanos Monedero¹,
M. Martínez Gabarrón¹, M. Franco Huerta¹
y C. García Llorente²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Cirugía.
Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan
(Ciudad Real).

Objetivos. Ver la prevalencia de sondaje vesical en pacientes ingresados en el Hospital General La Mancha Centro a cargo de especialidades médicas, el momento y motivo del sondaje, y el conocimiento al respecto de su médico responsable.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal realizado en nuestro hospital un día al azar del mes de mayo, en el que se revisaron los pacientes ingresados a cargo de especialidades médicas que llevaran sonda vesical el día de inclusión. Se realizó seguimiento hasta el fin del ingreso, se recogieron antecedentes del paciente (incluyendo estado portador sonda vesical, ingresos por infecciones del tracto urinario (ITU) en el último año), motivo y momento del sondaje vesical, intentos de retirada durante el ingreso, y valoración funcional (medida con el índice de Katz). Además, al día siguiente de realizar la recogida de casos, se entrevistó a los médicos responsables, preguntándoles si conocían los pacientes sondados a su cargo, la razón y el momento. Análisis estadístico con el SPSS 12.0.

Resultados. De un total de 107 ingresos, se detectaron 24 pacientes con sonda vesical que fueron incluidos, correspondiendo a 11 varones y 13 mujeres, con edad media de 80,5 años (rango 38-98). La distribución por especialidades fue: Medicina Interna 12 (50%), Geriatria 7 (29%), Digestivo 3, Cardiología 1 y Neurología 1. La estancia media fue de 12,8 días (rango 2-38), 6 de ellos fallecieron durante el ingreso (25%). 8 pacientes habían ingresado en el último año, de los que 4 lo habían hecho al menos una vez por ITU (16,7% del total). El índice de Katz (por orden de frecuencia) fue: A en 8 (33%), C en 5, G en 3, B en 4, F en 2, D en 1 y E en 1. 10 de los pacientes desarrollaron ITU confirmada mediante urocultivo. 5 pacientes tenían sonda vesical antes del ingreso, 3 de ellos desde hacía más de un año. En el resto, la sonda vesical se colocó en Urgencias a 14 pacientes (58,3%) y durante el ingreso a 5; las razones del sondaje más frecuentes fueron medición de diuresis en la mayoría (17 casos, 71%) y 4 por retención aguda de orina. En 12 pacientes no se intentó retirar la sonda (incluyendo los 6 fallecidos y 2 de los portadores crónicos de sonda; hubo un caso que no se hizo por razones desconocidas, en un varón joven ingresado por cardiopatía isquémica), en 11 se retiró con éxito y en 1 caso (portador previo) se intentó pero tuvo que recolocarse por retención urinaria. Respecto al conocimiento de sus médicos sobre el sondaje vesical, sólo en un caso se desconocía el sondaje, la razón del mismo se sabía de 23 pacientes (95,8%), y el momento en que se había realizado en 22 (91,7%).

Discusión. En un porcentaje muy elevado el médico responsable es consciente de la colocación de sonda vesical en los pacientes y el motivo. La mayoría de los pacientes ingresan con la sonda colocada en el Servicio de Urgencias, y sólo un pequeño porcentaje la precisan por retención urinaria durante el ingreso. Sin embargo, la retirada de la sonda, aunque casi siempre se hace durante el ingreso, en algunos casos se retrasa (a pesar de que el paciente ha iniciado movilización).

Conclusiones. Existe un buen conocimiento del sondaje vesical entre los médicos. El motivo principal es medir diuresis en pacientes inestables. Podría mejorarse la retirada precoz de las sondas para evitar el sondaje vesical como factor predisponente para infecciones urinarias.

A-17 INFECCIONES URINARIAS ASOCIADAS A SONDAJE VESICAL

M. Galindo Andúgar¹, M. Martínez Gabarrón¹, M. Franco Huerta¹,
J. Castellanos Monedero¹, A. Escalera Zalvide¹,
V. Ramírez Montero², J. Igeño Cano² y A. Sánchez de Haro²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

Objetivos. Estudiar las infecciones urinarias asociadas a pacientes ingresados en especialidades médicas con sondaje vesical.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal realizado en el Hospital General La Mancha Centro eligiendo un día al azar durante el mes de mayo, en el que se revisaron los pacientes ingresados a cargo de especialidades médicas que llevaran sonda vesical el día de inclusión. Se realizó seguimiento hasta el fin del ingreso, y se revisaron los urocultivos realizados durante toda la hospitalización. Análisis estadístico con el SPSS 12.0.

Resultados. De un total de 107 ingresos, se detectaron 24 pacientes con sonda vesical en el momento del estudio. De ellos, se confirmó infección del tracto urinario mediante urocultivo en un total de 10. Se incluyeron 3 varones y 7 mujeres, con edad media de 80,6 años (rango 66-98); ingresaron 7 pacientes en Medicina Interna, 2 en Geriatria y 1 en Digestivo. El motivo de ingreso fue infección urinaria en 2 casos. 3 pacientes eran portadores de sonda vesical, 2 de ellos desde hacía más de 1 año. Se realizó sedimento urinario en 7 de ellos, siendo patológico en todos. Los microorganismos aislados fueron: E. coli en 6 (60%, 2 productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE)), Pseudomona aeruginosa en 2 (una de ellas BLEE), candida en 3 (2 albicans y 1 glabrata), Klebsiella pneumoniae productora de BLEE en 1, Serratia marcescens en 1 (con cefalosporinas cromosómicas de alto nivel). 2 pacientes tuvieron más de un germen, siendo en un caso infección simultánea por Pseudomona y E. coli (BLEE) y posteriormente por Candida glabrata, y en el otro E. coli asociado con C. albicans. 4 fallecieron durante el ingreso (uno era portador sonda vesical). Del resto, se retiró la sonda con éxito en 3, y de los 3 restantes, 2 fueron dados de alta con sonda sin intentar retirarla (1 con instrucciones de intentar retirarla en 15 días, otro era portador), y en el último caso se hizo un intento de retirarla sin éxito (portador crónico por hiperplasia de próstata).

Discusión. El motivo más frecuente para sondar a los pacientes fue medición de la diuresis. A pesar de que la mayoría no estaban sondados previamente, se observa una tendencia a retirar tardíamente la sonda vesical durante el ingreso. La correlación entre el sedimento urinario patológico y el urocultivo positivo fue excelente. La cuarta parte de los pacientes sondados presentó infección urinaria; dos tercios de los pacientes presentaron microorganismos multirresistentes, con una presencia de BLEE/cefalosporinas del 50% (5 pacientes).

Conclusiones. Intentar retirada precoz de la sonda vesical en pacientes ingresados debe ser un objetivo prioritario para disminuir la frecuencia de infecciones urinarias, observándose una alta prevalencia de gérmenes multirresistentes.

A-18 FACTORES DE RIESGO DE MORTALIDAD EN LA DIARREA ASOCIADA A CLOSTRIDIUM DIFFICILE (DACD)

M. Franco¹, J. López-Contreras¹, N. Rodríguez Valero¹,
C. Pacho¹, N. de Benito¹, V. Pomar¹, B. Mirelis² y M. Gurgui¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología.
Fundación de Gestión Sanitaria. Hospital de la Sta. Creu i
Sant Pau. Barcelona.

Objetivos. Identificar posibles factores de riesgo de mortalidad en los pacientes con un primer episodio de diarrea asociada a Clostridium difficile.

Material y métodos. Estudio observacional retrospectivo. Desde: 1 diciembre de 2003 a 31 de diciembre de 2008. Ámbito: hospital universitario terciario de 620 camas. Criterios de inclusión: edad ≥ 18 años y tener 3 o más deposiciones líquidas en las últimas 24 horas y detección de toxina A-B de *Clostridium difficile* en heces por primera vez. Se definió la fecha de finalización de la diarrea como el primer día sin deposiciones líquidas que fuera seguido de 48 horas con deposiciones firmes. El criterio para definir recidiva fue la aparición de nuevo de diarrea con el mismo el criterio utilizado para definir el primer episodio de DACD y que este sucediese en un período inferior a 2 meses desde el primer episodio. Se realizó un análisis univariante con las siguientes variables: sexo, edad, índice de Charlson, número de antibióticos previos, retirada del antibiótico previo, corticoides, inhibidores de la bomba de protones (IBP) o antihistamínicos H2 (antiH2), antiácidos, procedencia de centros sociosanitarios, días de tratamiento para DACD, duración del ingreso, presencia de recidiva y servicio en el momento del diagnóstico. A continuación se realizó un análisis multivariante mediante regresión logística. Todo el estudio se realizó con el paquete estadístico SPSS v.18.

Resultados. 414 pacientes se diagnosticaron de un primer episodio de DACD, siendo el 52,7% mujeres. La edad mediana fue de 76 años (rango 19-98), el índice de Charlson fue de $3 \pm 2,3$. El 83,1% precisaron ingreso hospitalario y el 85,2% recibieron algún antibiótico los 2 meses previos. Un 30,5% presentaron una o más recidivas clínicas de la DACD y 68 pacientes fallecieron durante el ingreso. En el análisis univariante fueron significativos: número de antibióticos previos ($p = 0,012$), el ingreso hospitalario ($p < 0,001$), el tratamiento con corticoides ($p = 0,019$), el uso de IBP o antiH2 ($p = 0,027$), la recidiva ($p < 0,01$), y el Servicio donde se realizó el diagnóstico ($p = 0,021$). En el análisis multivariado únicamente la recidiva clínica de la DACD se identificó como factor predictivo independiente de mortalidad; con una odds ratio de 16; IC (95%): 4,6-55,8 ($p < 0,001$).

Discusión. El uso de antibióticos, las comorbilidades y la edad son algunos de los principales factores de riesgo para el desarrollo de DACD. Escasos estudios han valorado estos y otros factores de riesgo como predictores de mortalidad en estos pacientes. En nuestro estudio hemos identificado que la aparición de una recidiva clínica de la DACD como un factor de riesgo independiente de muerte en los pacientes con un primer episodio de DACD.

Conclusiones. En nuestro estudio la aparición de una recidiva antes de los 2 meses después de un primer episodio de DACD es un factor de riesgo independiente de mortalidad. Otras variables como la presión antibiótica previa, la edad o las comorbilidades no mostraron relación independiente como predictores de mortalidad en el análisis multivariante por regresión logística.

A-19

EVOLUCIÓN DE LA INCIDENCIA DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL ÁREA DE SALUD DE TOLEDO (1 DE ENERO DE 2004-31 DE DICIEMBRE DE 2009)

A. Blanco Jarava¹, V. Cano Llorente², J. González Moraleja³ y S. Moreno Guillén⁴

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo). ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Salud. Toledo. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Tres Culturas. Toledo. ⁴Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos. El objetivo del presente estudio ha sido conocer el número de casos diagnosticados y la incidencia de tuberculosis pulmonar en el área de salud de Toledo en el período de 2004-2009.

Material y métodos. Se ha realizado un estudio observacional, retrospectivo de todos los casos de tuberculosis pulmonar diagnosticados en el área de salud de Toledo, durante un período de 6 años

(1 de enero de 2004-31 de diciembre 2009). La población a estudio se ha definido como todos los pacientes con cultivo de esputo, lavado broncoalveolar, aspirado bronquial o jugo gástrico positivo para *Mycobacterium tuberculosis*.

Resultados. Se identificaron 201 casos de tuberculosis pulmonar en los 6 años que duró el estudio. El número de casos por año fue de 16 casos en 2004, 37 casos en 2005, 31 casos en 2006, 38 casos en 2007, 46 casos en 2008 y 33 casos en 2009. La tasa de incidencia media de tuberculosis pulmonar fue de 8,14/100.000 habitantes. La tasa de incidencia anual fue de 4,46/100.000 habitantes en 2004, 9,98/100.000 habitantes en 2005, 7,84/100.000 habitantes en 2006, 9,17/100.000 habitantes en 2007, 10,34/100.000 habitantes en 2008 y 7,04/100.000 habitantes en 2009.

Discusión. En la población de nuestro estudio se observó un aumento en la incidencia de tuberculosis pulmonar en los 6 años de estudio, excepto en los años 2006 y 2009, en los que tuvo lugar un descenso en el número de casos respecto a los años previos. Es especialmente llamativo el aumento del número de casos que se produjo del año 2004 a los años posteriores. Este aumento no fue lineal y se apreció un pico de incidencia en el año 2005 y en 2008. Este aumento podría explicarse por un infradiagnóstico de enfermedad tuberculosa en el año 2004. Además, en 2007 se puso en marcha en Castilla La Mancha el "Programa de control y prevención de la tuberculosis". La aplicación de este programa pudo suponer una mejora en el diagnóstico de enfermedad tuberculosa a partir de ese año. Otra probable explicación sería un aumento de los movimientos poblacionales, favorecidos por la mejora de los medios de transporte y de la red de carreteras que tuvieron lugar durante el año 2005 en la provincia de Toledo. En este sentido, el 15 de noviembre de 2005 fue inaugurado el tren de alta velocidad Madrid-Toledo y el 19 de diciembre de 2005 fue inaugurada la Autovía de los Viñedos, que facilitó las comunicaciones con el Levante y Andalucía.

Conclusiones. 1. La incidencia de tuberculosis pulmonar ha sido baja, inferior a la descrita en la mayoría de series nacionales. 2. La incidencia de tuberculosis pulmonar en el área de salud de Toledo ha mantenido una tendencia ascendente entre los años 2004 y 2009.

A-20

NEUMONÍA POR GRIPE A: GRAVEDAD Y MORTALIDAD E IMPACTO EN HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS MÉDICAS

N. Cabello-Clotet¹, R. Calderón Hernández¹, J. García Martínez², J. Ruiz Giardín¹, E. Canalejo¹, J. San Martín¹, A. Franco Moreno¹ y A. Zapatero Gaviria¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología. Hospital de Fuenlabrada. Madrid.

Objetivos. Describir las características, la gravedad y la mortalidad de todos los pacientes hospitalizados con neumonía y gripe A en un área metropolitana del Sur de Madrid de población joven. Como objetivos secundarios, identificar factores que sugieran como complicación neumonía durante el ingreso hospitalario por gripe A y evaluar el impacto de la ola epidémica en la hospitalización y frecuentación de la urgencia médica.

Material y métodos. Estudio descriptivo prospectivo de todos los casos consecutivos ingresados en el HUFL con gripe A y neumonía. Consideramos casos a los 103 pacientes con PCR H1N1 positiva y los comparamos con 124 controles con PCR negativa. Período de estudio del 1 de julio-31 de diciembre de 2009. El diagnóstico de neumonía requirió síntomas compatibles (detectados por un médico de Urgencias) e infiltrado radiológico de nueva aparición (informado por un radiólogo). Revisamos las estadísticas de frecuentación de la urgencia médica y la tasa de hospitalización por grupos etarios en el último semestre de 2008 y 2009. Se realizó análisis bivariado y regresión logística multivariante paso a paso hacia atrás, para ana-

lizar la influencia de cada factor en la presencia de gripe A y neumonía. Se consideran significativos valores de $p < 0,05$ (SPSS 15.0).

Resultados. Se evaluaron 389 pacientes hospitalizados con sospecha de gripe A, confirmándose por PCR 103 casos. Ingresaron en UCI 7/103 (6,7%) y fallecieron 3/103 (2,91%), más en el grupo de 30-60 años. Complicaciones: hipoxia 68%, sepsis/shock 9,7%, SDR 5,8%. 23 pacientes con gripe A ingresados (22,3%) no tenían ningún factor de riesgo, excluyendo a obesos, gestantes y fumadores. Respecto a la neumonía por gripe A, la presentaron 42/103 casos (40,7%, ingreso en UCI 7/42 (17,9%) y 3/42 fallecen (mortalidad 7,14%). Se trata de pacientes jóvenes (edad $40,5 \pm 18,7$ (42) (1-77) varones (52,4%) y españoles (83,3%). El patrón radiológico más frecuente es el intersticial (40,5%) seguido de lobar (33,3%) y multilobar (26,2%). FINE 1-2. Se aísla otro germen en 4 casos (9,5%). El 100% recibe oseltamivir precozmente (5 d) quinolonas (40,5%) y betalactámicos (28,6%). Diferencias ($p < 0,05$) en el tiempo de inicio sintomático-ingreso (< casos), linfocitos y plaquetas (< casos) y CPK (> casos). Son factores independientes asociados a gripe A las cifras más bajas de leucocitos y PCR, el tiempo desde el inicio de los síntomas al ingreso (> casos con neumonía: 3,7 vs 2,5 d) y en la estancia media (> casos con neumonía: $6,9 \pm 6,1$ (1-26) d). Todos los casos que ingresan en UCI o fallecen lo hacen por neumonía. Se clasificaron 1.772 síndromes febriles en nuestra Urgencia como sospecha de gripe A (ingresaron el 20%).

Conclusiones. 1 Neumonía como complicación de gripe A en más del 40% de los casos hospitalizados durante la ola epidémica (tropismo pulmonar del virus H1N1). 2 Ni la edad ni los factores de riesgo se asocian de forma significativa a la aparición de neumonía por gripe A. 3 El broncoespasmo en asmáticos ha sido el principal motivo de ingreso por gripe A, pero no ha sido causa significativa de agudización de EPOC. 4 La mayoría de neumonías por gripe A en jóvenes previamente sanos carecen de criterios de gravedad y se resuelven en pocos días, aunque observamos casos de ingreso en UCI y muerte en este grupo. 5 La demora diagnóstica y terapéutica se asocia a más riesgo de neumonía. 6 Las cifras bajas de leucocitos y PCR se asocian a casos de gripe A. 7 Se observa un claro pico de frecuentación e ingresos, no habitual, en pacientes jóvenes en la última semana de octubre y primera-segunda de noviembre.

A-21 SITUACIÓN INMUNOLÓGICA, VIROLÓGICA Y TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL UTILIZADO EN LOS PACIENTES CON INFECCIÓN VIH EN EL ÁREA DE SALUD DE ÁVILA

G. Hernández Pérez¹, M. Garcinuño Jiménez²,
M. López Fernández² y C. Sánchez Sánchez²

¹Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora. ²Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Ávila. Ávila.

Objetivos. Conocer el grado de control inmunológico y virológico de los enfermos con infección VIH de nuestro Área de Salud y tener una visión global de los fármacos antirretrovirales que estamos utilizando.

Material y métodos. Estudio transversal de todos los casos con infección VIH en el Área de Salud de Ávila, siendo el momento del corte la primera semana de mayo de 2009. Se han analizado las últimas cifras de linfocitos CD4 (células/ μ l), y las últimas cifras de carga viral (nº de copias/ml). En cuanto a los fármacos, hemos analizado el tratamiento antirretroviral de alta eficacia (TARGA) que estaban realizando en el momento del corte. Se han comparado con el único estudio transversal que tenemos a nivel nacional (Encuesta Hospitalaria de pacientes VIH/SIDA-2009). Se han analizado proporciones y mediana (G-stat 2.0)

Resultados. n = 150 enfermos: 138 (92%) con TARGA y 12 (8%) sin TARGA; España: TARGA (83,4%). Cifras de CD4: mediana en Ávila 549; mediana en España 405. Por tramos de CD4, expresado como

cifras en Ávila (% en Ávila/% en España). CD4 < 200: 15 (10,1%/17,9%). CD4 200-349: 18 (12,1%/18,4%). CD4 350-499: 35 (23,6%/20%). CD4 > 500: 80 (54%/43,7%). Carga viral (expresado como nº de pacientes en Ávila (% en Ávila/% en España). Viremias bajas o indetectables < 500 copias: 131 (88,5%/76,6%); viremias 501-30.000: 11 (7,4%/12,7%). Viremias > 30.000: 6 (4%/10,7%). Fármacos antirretrovirales utilizados, expresado nº de pacientes en Ávila (% en Ávila/% en España): inhibidores de la proteasa (IP): 61 (44,2%/48,5%); inhibidores de la transcriptasa inversa (TI) no análogos: efavirenz 59 (42,7%/33,1%); nevirapina 7 (5%/11,4%). En cuanto a los TI análogos de nucleósido: tenofovir 55 (39,8%/58,8%); lamivudina 48 (34,7%/37,7%); emtricitabina 36 (26%/44,8); abacavir 15 (10,9%/18,1%); zidovudina 23 (16,6%/15,8%); estavudina 8 (5,8%/4,4%). Otros fármacos de rescate: T-20: 1 (0,7%/0%); darunavir 6 (4,3%/5,7%); maraviroc 1 (0,7%/1,1%); raltegravir 3 (2,2%/5,9%); etravirina 1 (0,7%/1,9%).

Discusión. Destacar el mayor porcentaje de enfermos con TARGA en nuestra consulta. Si bien tanto los datos de control inmunológico como virológico son mejores que en el estudio nacional, hay que tener en cuenta el sesgo de selección de muestra en el estudio nacional, ya que contiene todos los enfermos ingresados y ambulatorios vistos en esa semana y nuestra muestra son todos los pacientes de Ávila, por lo que creo que los resultados finales son muy similares. Destacar en cuanto a los fármacos antirretrovirales, que su utilización es muy parecida, con mayor utilización de ITINN en Ávila y un porcentaje algo menor de IP. En los ITIAN tenemos algo más de utilización de fármacos de aparición más antigua. Destacar también el menor número de tratamientos de rescate que tienen nuestros enfermos.

Conclusiones. El control inmunológico de los casos VIH en nuestras consultas es óptimo, con una mediana de CD4 superior a la nacional y un análisis por tramos de CD4 favorable; así como el control inmunológico de nuestros enfermos. En cuanto a los fármacos anti-retrovirales utilizados, son casi superponibles con el estudio nacional lo que nos lleva a pensar que los TARGA utilizados son adecuados y están en la línea del resto del país.

A-22 INFECCIONES RESPIRATORIAS: ETIOLOGÍA Y PATRONES DE RESISTENCIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL

I. Clemente, D. Mañas, C. Monroy, C. Muñoz, J. Castro, I. Rocha y F. González

Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real.

Objetivos. Conocer el impacto en nuestra área de trabajo del aumento de resistencias antibióticas en las infecciones respiratorias.

Material y métodos. Se ha realizado un estudio observacional retrospectivo de los pacientes con cultivo de esputo positivo ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital General de Ciudad Real durante un año (enero-diciembre de 2008). En el protocolo de recogida de datos se han incluido características epidemiológicas de los pacientes, hábitos tóxicos, factores de riesgo (EPOC, cardiopatía, DM, deterioro neurológico, VIH), gérmenes identificados, patrones de resistencia de los mismos y tratamiento realizado.

Resultados. El número total de pacientes incluidos ha sido de 60. La edad media fue de 69,3 años (22-96). El 75% eran varones y el 25% mujeres. En el 83,3% existía algún factor predisponente, destacando el hábito tabáquico (68,3%). La reagudización de la EPOC ha sido el diagnóstico más frecuente (61,7%). En 43 de los casos el ingreso se realizó durante los meses de primavera y verano. El microorganismo aislado con mayor frecuencia ha sido la *Pseudomonas aeruginosa* (41,7%), seguido de *Haemophilus influenzae* (13,3%), *Staphylococcus aureus* y *E. coli* con un 11,7% respectivamente. En

nuestra área los antimicrobianos más empleados en el tratamiento inicial fueron el levofloxacino (36,7%) y la amoxicilina-clavulánico (26,7%). Los antibióticos con mayor porcentaje de resistencia han sido ciprofloxacino en *E. coli* (71,4%) y pseudomonas (56%), penicilina para *S. aureus* (100%) y *S. pneumoniae* (75%) y levofloxacino en *S. pneumoniae* (33,3%).

Discusión. Estudios realizados tanto en España como en otros países han puesto de manifiesto el aumento de las resistencias de los principales agentes microbiológicos implicados en este tipo de infecciones. En nuestro estudio, existe un predominio de varones con una media de edad de 69,3 años. Este grupo de población suele presentar importante comorbilidad por lo que existe mayor predisposición a este tipo de patología. Hemos detectado un incremento en el número de casos en los meses correspondientes a la primavera y el verano. Sin embargo en la mayoría de los estudios revisados las infecciones respiratorias se producen con más frecuencia durante los meses de invierno, probablemente esto se deba a que únicamente hemos seleccionado infecciones de origen bacteriano, sin tener en cuenta a los virus. En nuestro estudio los gérmenes aislados con más frecuencia han sido los BGN, principalmente las pseudomonas. Creemos que existen diversos motivos por los que en nuestra área observamos esta tendencia, como es la existencia de una población anciana, pluripatológica y con múltiples factores de riesgo para el desarrollo de infecciones por estos microorganismos. Además hemos observado un aumento de resistencia de antibióticos de grupo. Por tanto, debemos tener en cuenta este hecho a la hora de pautar un tratamiento empírico para obtener la máxima rentabilidad para el paciente con el menor coste sanitario.

Conclusiones. Los resultados presentados ponen de manifiesto el importante aumento en las resistencias de los microorganismos causantes de infecciones respiratorias a los antibióticos de uso más habitual.

A-24 REVISIÓN DE 302 EPISODIOS CONSECUTIVOS DE CELULITIS INFECCIOSA ATENDIDOS EN URGENCIAS DURANTE 1 AÑO

F. Llopis, A. Centellas, J. Jacob, C. Ferré, J. Ruiz e I. Bardés

Servicio de Urgencias. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

Objetivos. Evaluar las características clínicas y evolución de los episodios de celulitis infecciosa (CI) adquiridas en la comunidad atendidas en un Servicio de Urgencias (SU) durante un año.

Material y métodos. Estudio retrospectivo mediante revisión de informes de alta de pacientes atendidos en el SU entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2009 con el diagnóstico de CI. Se excluyen: infección de herida quirúrgica, complicación de úlceras en pies diabéticos y secundarias a venopunción en ADVP. Se analiza: edad, género, comorbilidad, cirugía y/o celulitis previa, presentación clínica, microbiología, tratamiento antibiótico empírico, días de tratamiento, destino al alta y reconsulta al SU al mes del alta.

Resultados. Se documentan 302 episodios (295 pacientes) de CI, con edad media de $63,51 \pm 17,32$ años (rango 16-97), 61,6% mujeres. Las condiciones de comorbilidad más frecuentes son diabetes mellitus (21,9%), insuficiencia cardiaca congestiva (12,9%), neoplasia (10,9%) obesidad (9,6%) y cirrosis hepática (4%). El 26,2% presentan insuficiencia venosa crónica, 16,2% cirugía previa y 14,2% celulitis previa (misma localización 76%). El 29,1% de pacientes había recibido tratamiento antibiótico el mes previo. La forma de presentación clínica fue en 246 casos (81,5%) la combinación de dolor, placa, edema y/o fiebre. A la exploración física, destaca la presencia de eritema (97%), edema (86,8%), dolor (83,4%), fiebre (23,5%), supuración (8,3%) y adenopatía satélite (4,6%). Se objetiva puerta de entrada en 134 pacientes (44,4%). La localización más frecuente son las extremidades inferiores (76,5%), pies (9,9%) y

extremidades superiores (5,6%). Se realiza estudio microbiológico en 94 pacientes (31,1%), (68 hemocultivos, 28 frotis y 27 punción), siendo positivo el 38,3%. Los microorganismos más frecuentes son *S. aureus* (10 episodios) y estafilococo coagulasa negativa (6); 14 episodios polimicrobianos. El tratamiento antibiótico empírico más prescrito fue amoxicilina-clavulánico (78,5%), quinolonas (6,3%) y clindamicina (4,6%), con una duración media de $10,38 \pm 3,32$ días. Ingresaron 25 pacientes (8,3%). La reconsulta al SU a los 30 días fue del 12,3% (37 pacientes) y no hubo ningún exitus.

Discusión. La celulitis constituye un motivo de consulta frecuente al SU. La forma de presentación clínica más habitual consiste en un área de edema con eritema y aumento de la temperatura local, que puede progresar con rapidez y acompañarse de linfangitis e inflamación de los ganglios linfáticos regionales. La etiología de la celulitis infecciosa suele ser bacteriana, clásicamente cocos gram positivos (*Streptococcus beta hemolítico* y *S. aureus*), si bien en pacientes con comorbilidad asociada pueden estar implicados microorganismos más virulentos o no habituales. Igualmente es reseñable el incremento en la incidencia de *S. aureus* resistente a meticilina. El diagnóstico suele ser clínico y la búsqueda microbiológica, mediante hemocultivos o punción, se recomienda cuando sospechamos un agente etiológico no habitual, existe toxicidad sistémica, ausencia de respuesta al tratamiento empírico inicial, celulitis de repetición o en pacientes inmunocomprometidos. El tratamiento antibiótico empírico correcto, en régimen de 7 a 10 días, suele ser efectivo en la mayoría de los pacientes.

Conclusiones. 1. La celulitis infecciosa adquirida en la comunidad que requiere atención en un SU se asocia a pacientes con alta comorbilidad (44% de episodios). 2. En el 30% de episodios se investiga la etiología de la celulitis, siendo esta positiva en cerca del 40% de los casos. 3. La necesidad de ingreso es relativamente baja (8%) siendo la reconsulta a los 30 días ajustada (12%).

A-25 DESCRIPCIÓN DE LOS INGRESOS POR GRIPE A H1N1 DURANTE EL OTOÑO-INVIERNO 2009-2010 EN EL HOSPITAL RAFAEL MÉNDEZ DE LORCA. REFERENCIA DEL ÁREA III DE SALUD DE LA REGIÓN DE MURCIA

M. Ruiz, M. Miluy, M. Tomás, C. Alcántara, G. Alonso y J. Hernández

Servicio de Medicina Interna. Hospital Rafael Méndez. Lorca (Murcia).

Objetivos. Describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes ingresados por gripe A H1N1 durante la reciente pandemia de 2009 y su impacto en la morbimortalidad hospitalaria, comparándola con los 3 años previos 2006-8.

Material y métodos. Estudiamos del registro CMBD del año 2009 las altas por los siguientes diagnósticos: 488.1 Gripe AH1N1. 481-486 y 507 Neumonías. 490-496 EPOC. 460-519 Enfermedad respiratoria. 428 Insuficiencia cardiaca. Comparamos la incidencia y mortalidad, con la de los tres años anteriores. De los pacientes dados de alta con diagnóstico de gripe A H1N1 como primer, segundo o tercer diagnóstico, estudiamos el informe de alta y la historia clínica, extrayendo los datos relevantes de la anamnesis, exploración física, exploraciones complementarias, datos de PCR y tratamiento; creamos una base de datos de 75 variables que hemos tratado estadísticamente con el programa SPSS. Obtuvimos de la región, por hospitales, los datos de altas por gripe A.

Resultados. La media de ingresos por gripe A en nuestra región ha sido de 0,61 por cada 1.000 habitantes. El número de altas de nuestro hospital, ha sido de 62 (0,31/1.000 h), edad media de 35 años, 53% mujeres, 4 embarazadas; 25% en pediatría; 30% inmigrantes. La incidencia temporal de los ingresos, la solicitud de frotis para PCR y su positividad se representan en el primer gráfico; la comparamos en otro gráfico con la de Navarra y la global española. Las caracte-

rísticas clínicas de nuestros pacientes se resumen en tablas. Usamos antibióticos en el 86% de enfermos; corticoides en el 29%; oseltamivir en el 73%. En nuestra área se ha consumido 1.817,615 g de oseltamivir. Ingresaron en UCI 4 pacientes (6,4%), 2 con ventilación mecánica y ambos fallecieron. La estancia media ha sido de 6,5 días; los índices de mortalidad global hospitalaria, índice de Swarovop, mortalidad por neumonía y mortalidad por EPOC e insuficiencia cardiaca son similares a años previos. La incidencia global de neumonía se ha multiplicado por 1,27, y en lo menores de 55 años por 1,5; siendo estas diferencias significativas estadísticamente respecto de los tres años previos.

Discusión. El índice de ingresos por 1.000 habitantes en cada hospital de la región y la mortalidad han sido muy desigual. Esta epidemia nos ha obligado a aumentar nuestro arsenal terapéutico, incluidos los antivirales, ya que se ha traducido en un aumento significativo en el número de neumonías, posiblemente más graves. Debe estudiarse la correlación por áreas entre consumo de antivirales intra y extrahospitalario y morbimortalidad, para conocer mejor su efectividad. Los afectados ingresados han sido pacientes sin enfermedades previas y los fallecidos tenían antecedentes patológicos básicos, como hipertensión, obesidad, diabetes o tabaquismo. La mortalidad por enfermedad respiratoria en menores de 55 años ha aumentado pero sin significación estadística dada la pequeña casuística.

Conclusiones. La pandemia de gripe de 2009 ha producido mayor morbilidad entre los jóvenes. El exceso de mortandad entre menores de 55 años, se ha concretado en nuestro área en tres personas y se ha debido a la mayor tasa de ataque más que a una dudosa mayor gravedad de las neumonías.

A-26 ENFERMEDAD DE CHAGAS EN LA PROVINCIA DE CUENCA

A. Molina Medina, M. Geijo Martínez, C. Rosa Herraz
e I. Calero Paniagua

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

Objetivos. Estudiar la prevalencia de la enfermedad de Chagas en nuestro entorno a raíz de la inmigración con el fin de establecer las actitudes diagnóstico-terapéuticas adecuadas y evitar nuevos casos.

Material y métodos. Serie de casos recogida entre 2001 y 2009, analizada retrospectivamente. Se estudiaron 6 pacientes de ambos sexos (50% varones), con edad media de 36 años (23-48), todos ellos procedentes de Bolivia y con un tiempo de estancia en España superior a 1 año. En cuanto a las características clínicas, 4 de los pacientes estudiados estaban asintomáticos, 1 presentó sintomatología digestiva tipo megacolon chagásico y 1 cardiológica tipo miocardiopatía dilatada. 5 estaban en fase indeterminada de la enfermedad y 1 en fase crónica. Se realizó técnica de laboratorio ELISA para *Tripanosoma cruzi* en todos ellos con resultado positivo; e IFI (inmunofluorescencia indirecta) con resultado positivo en valor variable para cada uno de ellos; y se solicitó PCR del parásito en sangre a laboratorio externo de referencia, que junto con la clínica del paciente determinó la indicación de tratamiento con benznidazol.

Resultados. Dos de los 6 pacientes estudiados fueron seleccionados para inicio de tratamiento con benznidazol a dosis de 400 mg/día durante 60 días tras hallazgo analítico de PCR de *T. cruzi* en sangre positivo, con buena tolerancia y cumplimiento farmacológico y sin manifestación de efectos secundarios, obteniendo una reducción del valor de PCR del parásito en sangre (no negativización en ninguno de los casos) y un adecuado control sintomático. El resto de los pacientes fueron seguidos en consulta externa de Infecciosas de forma periódica solicitando PCR del parásito en sangre y estudio cardiológico/sintomático sin detectar incidencias que impliquen la adopción de medidas diagnóstico/terapéuticas añadidas.

Conclusiones. El aumento de la inmigración en España, procedente de zonas endémicas para la enfermedad de Chagas hace necesario el conocimiento de la epidemiología, semiología, técnicas diagnósticas y terapéuticas de dicha enfermedad. A pesar de la baja eficacia del tratamiento con benznidazol en pacientes con enfermedad de Chagas en fase avanzada, nuestra experiencia es positiva en el seguimiento a corto plazo en cuanto a control sintomático.

A-27 INFECCIONES "QUIRÚRGICAS" EN UNA PLANTA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLÓGICA. EL PAPEL DEL INTERNISTA

J. Barbero Allende, V. Melgar Molero, A. Rebollar Merino,
M. García Sánchez, M. García Vidal, E. Montero Ruiz
y J. López Álvarez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid).

Objetivos. Desde el 1 de abril de 2009 un equipo de de internistas presta apoyo al Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatológica (COT) de nuestro hospital para efectuar el seguimiento de todos los pacientes ingresados a cargo de dicho servicio, habiendo conseguido una reducción de mortalidad, estancia media, índice de suspensión de quirófanos y reingresos. Una parte del trabajo consiste en atender a aquellos pacientes con procesos infecciosos relacionados con la patología ortopédica y traumatológica. En esta comunicación describimos nuestra experiencia con este tipo de enfermos.

Material y métodos. Estudio descriptivo prospectivo en el que se recogen de manera consecutiva pacientes con infecciones directamente relacionadas con la patología ortotraumatológica desde el 1 de mayo de 2009 hasta el 30 de abril de 2010, es decir, infecciones de herida quirúrgica (IHQ) sin afectación osteoarticular, infecciones asociadas a material de osteosíntesis (IAMO), incluidas prótesis articulares, artritis séptica (AS), osteomielitis (OM) sin material de osteosíntesis e infecciones de partes blandas (IPB). Se excluyen infecciones "médicas" (respiratorias, urinarias, bacteriemias no relacionadas con foco quirúrgico...) y heridas o fracturas sucias que no desarrollaron signos de infección con el tratamiento.

Resultados. Se contabilizaron 99 infecciones en 97 pacientes, con edad media 61,78 años (rango 17-93), 50 mujeres, que representan el 4,6% del total de pacientes ingresados. En 58 pacientes existía alguna comorbilidad. El origen de la infección fue en 32 casos comunitario y 67 nosocomial, con la siguiente distribución: 23 IHQ, 44 IAMO (22 prótesis), 5 AS (1 nosocomial), 15 OM (6 nosocomiales) y 12 IPB, que incluyen bursitis en codo y rodilla y abscesos/ celulitis en manos y pies, todas ellas comunitarias. Se obtuvo resultado microbiológico en 75 casos, polimicrobiana en 29, en 70 Gram positivos (aunque 8 pudieran ser contaminantes) y en 40 ocasiones Gram neg. El aislamiento más frecuente fue *S. aureus*, en 44 casos, 11 meticilín-resistentes (1 de ellos comunitario), después 14 *S. coagulans* negativo, 7 enterococos, 3 otros *Streptococcus*, 1 *Corynebacterium* y 1 *C. perfringens*; entre los Gram negativos 26 enterobacterias, 11 *P. aeruginosa*, 2 *A. baumannii* y 1 *Stenotrophomonas*. También hubo 1 caso de OM con aislamiento de *C. albicans*. En 74 casos se realizó tratamiento quirúrgico, con media de 1,38 cirugías. La estancia media fue de 24,1 días (rango 2- 160), siendo la del Servicio 5,3. Hubo 23 reingresos. La mortalidad fue de 3 casos, aunque solo 1 a causa directa de la infección.

Discusión. Las infecciones "ortotraumatológicas" no suponen un número importante de casos en la sala de COT. Tampoco tienen una mortalidad significativa, pero condicionan un aumento de la estancia hospitalaria, el número de cirugías y reingresos con el consiguiente aumento de morbilidad para el paciente y coste. Las prin-

cipales bacterias implicadas son los Gram positivos, fundamentalmente *S. aureus*, de los que el 25% eran meticilín-resistentes. 1 de ellos (osteomielitis de calcáneo) era de adquisición comunitaria aunque tenía como factores de riesgo una diabetes mellitus de larga evolución y haber recibido varios ciclos antibióticos previamente. Los Gram negativos también constituyen un porcentaje importante.

Conclusiones. Las infecciones “quirúrgicas” en la sala de COT no son frecuentes pero sí constituyen un problema importante. La cooperación entre el internista y el traumatólogo resulta esencial para afrontar esta situación.

A-28

SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CHAGAS EN FASE LATENTE TRATADOS CON BENZNIDAZOL

A. Rodríguez Guardado¹, M. Rodríguez Pérez², C. Seco³, F. Pérez González², N. Moran Suárez¹, C. Fernández García¹ y J. Cartón Sánchez¹

¹Sección de Enfermedades Infecciosas. Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias). ³Centro Comunitario de Transfusiones. Oviedo (Asturias).

Objetivos. Se describen los resultados del tratamiento con benznidazol en un grupo de pacientes con enfermedad de Chagas en fase latente.

Material y métodos. Se realizó un seguimiento prospectivo de todos los pacientes con enfermedad de Chagas tratados con benznidazol diagnosticados en la consulta de Medicina Tropical del Hospital Universitario Central de Asturias. El diagnóstico se realizó mediante la detección de Ac por inmunocromatografía (OPERON). Los casos positivos se confirmaron en el CNM (Majadahonda) con un ELISA (Ag Totales) y una PCR nested. En todos los casos confirmados se aplicó un protocolo que incluía una valoración clínicoepidemiológica, Rx Tórax, ECG, EGD, EO, TAC craneal y ecocardiografía basal. Todos los pacientes fueron tratados con benznidazol (5 mg/kg/día) en pauta ascendente durante 60 días. Se realizaron controles de PCR al acabar el tratamiento y luego cada 3 meses.

Resultados. Durante el período de estudio se analizaron 19 inmigrantes seropositivos (86% mujeres, edad media: 36 años, límites 28-48). Los países de procedencia eran: Bolivia (79%), Paraguay (11%), Brasil y Argentina (5% respectivamente) con un tiempo medio de permanencia de 1.260 días (rango 670-1.986). La PCR fue positiva en todos los pacientes. Todos habían vivido en casas donde la reproducción de insectos triatomíneos era posible. Dos pacientes refirieron la presencia de palpitaciones ocasionales y el resto estaban asintomáticos. En todos los pacientes los estudios complementarios fueron normales salvo un caso que presentó una hipertrofia del VI en el ecocardiograma sin otra causa subyacente. Los pacientes se siguieron durante una media de 381 días (límites 310-1.095). En todos los casos se negativizó la PCR al final del tratamiento y permaneció negativa durante todo el seguimiento. Las pruebas complementarias realizadas fueron normales. No se observaron efectos secundarios en ninguno de los pacientes.

Discusión. La migración de personas procedentes de zonas endémicas para enfermedad de Chagas es una realidad creciente en nuestro país convirtiéndola en un problema de salud pública. Aunque en nuestro medio el benznidazol se considera el tratamiento de elección su eficacia a largo plazo en pacientes en fase latente de la enfermedad es controvertida. Resultados recientes parecen señalar los beneficios del mismo ya que aunque no resulten curativos si parecen prolongar la duración de una fase latente ya de por sí prolongada.

Conclusiones. La enfermedad de Chagas tiene una importancia creciente en nuestro medio incluso en zonas con bajos flujos migratorios como es el caso de Asturias. La mayor parte de los cuadros corresponden a inmigrantes procedentes de Bolivia en muchos casos con fases latentes de la enfermedad. Los resultados del tratamiento en fases latentes precisan de largo tiempo de seguimiento para ser evaluados.

A-29

PREVALENCIA DE HEPATITIS VIRALES, SÍFILIS, VIH Y HTLV EN POBLACIÓN INMIGRANTE SUBSAHARIANA

A. Rodríguez Guardado¹, M. Rodríguez Pérez², V. Asensi Álvarez¹, C. Fernández García¹ y N. Morán Suárez¹

¹Sección de Enfermedades Infecciosas. Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias).

Objetivos. Se estudia la prevalencia de hepatitis por el virus B y C, sífilis, virus de la inmunodeficiencia humana y HTLV I y II en población inmigrante subsahariana.

Material y métodos. Se realizó un cribado serológico para VHB, VHC, sífilis y VIH en todos los inmigrantes subsaharianos atendidos en la consulta de Medicina Tropical del Hospital Universitario Central de Asturias entre 2006-2009. Durante el año 2009 se añadió el cribado serológico del HTLV. Se determinó la presencia de antiHBe, HBsAg y antiHBs (Architect, Abbott). En los pacientes portadores de HBsAg o con core aislado se determinaron HBeAg, AntiHBe. La presencia de anticuerpos para el VHC, VIH y HTLV I/II se determinó mediante quimioluminiscencia (Architect, Abbott), los resultados positivos se confirmaron mediante Western-Blot. Para la serología de sífilis se realizó una prueba treponémica (Ac totales) y en los casos positivos se determinó el RPR.

Resultados. Se analizaron 274 pacientes (57% varones, edad media: 33 años, estancia media en España: 746 días). Los principales países de procedencia eran: Guinea Ecuatorial (40%), Senegal (33%), Nigeria (8%), y Guinea-Conakry (4%). El 75% de los pacientes presentaba anticuerpos positivo para el VHB (52,6% hepatitis B pasada, 13% hepatitis B crónica, 11% anticuerpos aislados contra antígeno del core, y un 5% estaban vacunados). En los portadores sólo uno presentaba HBeAg y el resto eran positivos para anti-HBe. Aunque la presencia de anticuerpos frente al VHB era significativamente superior en pacientes de Guinea Ecuatorial (0,009; OR: 0,43), la presencia de hepatitis B crónica fue significativamente superior en pacientes de Senegal (p = 0,03; OR: 0,45). Un 5% presentaban anticuerpos contra el virus de la hepatitis C, todos ellos procedentes de Guinea Ecuatorial. Un 13,7% de los pacientes presentaba una sífilis latente tardía, sólo 3 no procedían de Guinea Ecuatorial (p = 0,00001; OR 0,04). El 5,8% presentaban anticuerpos para el virus del VIH, significativamente superior en Guinea Ecuatorial (p = 0,008; OR 0,25). Veinticinco pacientes fueron testados para el HTLV y uno de ellos presentó anticuerpos positivos. Sólo 22 pacientes no presentaba marcadores contra ningún tipo de infección.

Discusión. Algunas enfermedades infecciosas cosmopolitas (VHB, VHC, lues, VIH, HTLV) son especialmente prevalentes en población inmigrante. La prevalencia de estas entidades es distinta según las zonas de procedencia, alcanzando niveles más elevados en determinados países. El cribado de estas entidades debe formar parte de cualquier protocolo de aproximación a la patología del inmigrante especialmente subsahariano.

Conclusiones. El porcentaje de inmigrantes subsaharianos que presentan algún tipo de anticuerpos para hepatitis virales y sífilis es elevado. La prevalencia de cualquiera de las infecciones es significativamente elevada en pacientes procedentes de Guinea Ecuatorial. Sin embargo la presencia de hepatitis B crónica es significativamente superior en pacientes procedentes de Senegal. Estos datos

avalan la importancia de realizar cribados sistemáticos en este grupo de población.

A-30 PARASITOSIS COMO CAUSA DE EOSINOFILIA EN POBLACIÓN INMIGRANTE

A. Rodríguez Guardado¹, F. Pérez González², M. Rodríguez Pérez², E. Suárez¹, N. Morán Suárez¹ y L. Casado¹

¹Sección de Enfermedades Infecciosas. Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias).

Objetivos. Describir el papel de las parasitosis como causa de hipereosinofilia en población inmigrante.

Material y métodos. Se estudiaron de forma prospectiva todos los pacientes inmigrantes atendidos en la consulta de Medicina Tropical del Hospital Universitario Central de Asturias entre los años 2006-2009 que presentaban un recuento de eosinófilos mayor de 500 células/mm³. Se clasificó en leve entre 500-1.000 (grupo 1) eosinófilos/mm³, moderada entre 1.000-1.500 (grupo 2) y grave por encima de 1.500 (grupo 3). En todos los pacientes se aplicó un protocolo que incluía la realización de 3 parásitos en heces y orina, determinación de filarias en sangre y/o piel y estudios serológicos para toxocara, strongyloides, esquistosomas, hidatidosis, fasciola, cisticercos aplicado en función de la procedencia.

Resultados. Durante el tiempo de estudio se analizaron 59 pacientes (56% hombres; edad media: 33 años, tiempo de permanencia en España: 616 días (rango 16-3.667)). La media de eosinófilos fue de 1.568 (límites 520-17.000), 25 pacientes tenían eosinofilia leve, 14 moderada y los restantes grave. El 71% de los pacientes procedía del África Subsahariana. Los países más frecuentes eran: Guinea Ecuatorial (40%), Senegal (12%), Ecuador (10%), Nigeria (8,5%) y Guinea-Conakry (5%). Los motivos de consulta más frecuentes fueron la eosinofilia y el dolor abdominal (25,5% respectivamente). En un 17% de los pacientes la eosinofilia fue un hallazgo casual. Un 30% estaban asintomáticos. El diagnóstico más frecuente fueron las parasitosis intestinales (T. trichuria (27%), Ascaris lumbricoides (5%), Uncinaria spp (13,6%), S. stercoralis (34%); esquistosomiasis (17%), filariasis por M. perstans (15%). El 40% de los pacientes presentaba un único parásito, 25% dos parásitos, 7% tres parásitos, y 7% más de 4 parásitos. La presencia de eosinofilia leve fue significativamente superior en inmigrantes subsaharianos ($p = 0,045$), sin diferencias en los otros grupos. La media de eosinófilos no tuvo relación significativa con el número de parásitos. No se encontraron diferencias significativas en la media de eosinófilos en ninguno de los diagnósticos, pero la mannoselosis aparecía significativamente con más frecuencia en el grupo 1 ($p = 0,008$) y el strongyloides en el grupo 3 ($p = 0,001$). No existían diferencias significativas en el recuento de eosinófilos entre los pacientes asintomáticos y los demás (1.179 vs 1.732 células/mm³).

Discusión. La hipereosinofilia es un problema frecuente en población inmigrante. En muchas ocasiones está acompañada de pocos o ningún síntoma lo que dificulta su diagnóstico y hace necesaria una elevada sospecha. Las helmintiasis intestinales permanecen como la causa más frecuente de eosinofilia en este grupo de población en muchas ocasiones acompañada de poliparasitosis.

Conclusiones. La presencia de eosinofilia es un problema frecuente en inmigrantes, especialmente procedentes del África subsahariana. En muchas ocasiones es un hallazgo casual en ausencia de síntomas lo que obliga a mantener una elevada sospecha diagnóstica. Las helmintiasis intestinales junto con las filariasis son los principales parásitos implicados.

A-31 TUBERCULOSIS GENITOURINARIA EN TOLEDO

M. Martín-Toledano¹, A. Piqueras¹, R. Rubio¹, T. Núñez¹, P. Toledano¹, E. Sánchez¹, V. Martino³ y J. González Moraleja²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Tres Culturas. Toledo.

Objetivos. Describir los casos de tuberculosis genitourinaria diagnosticados en nuestro centro en los últimos ocho años.

Material y métodos. Se revisan de forma retrospectiva todos los casos diagnosticados de tuberculosis en los últimos ocho años en el complejo hospitalario de Toledo que atiende un área de 419.000 habitantes. De ellos, se seleccionaron las historias con el diagnóstico de tuberculosis genitourinaria, los cuales constituyeron los sujetos del estudio. A todos ellos se les pasó un protocolo de recogida de datos en el que se analizaron diversas variables: demográficas, clínicas, de laboratorio, radiológicas, tratamiento recibido y evolución.

Resultados. Encontramos siete pacientes con TBC genitourinaria, de los cuales tres eran hombres. La edad media fue 54,5 (34-75) años. Cuatro consultaron por clínica genitourinaria (disuria, dos de ellos polaquiuria, dos hematuria y uno con dolor lumbar). Cinco presentaron síndrome constitucional con fiebre. Uno cursó con un shock séptico. Un caso presentó el antecedente de neoplasia vesical que requirió RTU e instilación de BCG, con progresión de la enfermedad. Se realizó cistoprostatectomía y en la AP se observó prostatitis granulomatosa compatible con tuberculosis. Cuatro presentaron piuria y microhematuria, dos de ellos con bacteriuria asociada. Tres de los pacientes tenían insuficiencia renal. El diagnóstico definitivo de tuberculosis genitourinaria se estableció microbiológicamente en seis pacientes e histológicamente en uno. El Mantoux fue positivo en cuatro y no se realizó en el resto. La radiografía de tórax fue normal en todos los pacientes. Como hallazgos radiológicos tres de los pacientes presentaron hidronefrosis, dos de ellos de forma unilateral. Se visualizaron abscesos perirrenales en dos de los casos y afectación vesical en otros dos. Se observó afectación genital en dos pacientes. Se trató a los pacientes con tres fármacos (isoniazida, rifampicina y pirazinamida) en tres casos y con cuatro (etambutol) en el resto. No se encontraron resistencias a fármacos. Se realizó tratamiento completo en seis casos (seis meses), con pauta de 9 meses en un caso. Se suspendió tratamiento por toxicidad hepática en uno. Se requirió tratamiento quirúrgico en tres ocasiones. La evolución fue favorable en todos los casos a excepción de uno de ellos, que cursó con deterioro de función renal progresivo.

Discusión. La tuberculosis genitourinaria es la segunda forma más frecuente de tuberculosis extrapulmonar después de la forma ganglionar. La afectación renal ocurre por diseminación hematogena. Las manifestaciones clínicas más frecuentes asemejan a una infección urinaria común, lo que habitualmente retrasa la sospecha diagnóstica. Puede aparecer fiebre y síndrome constitucional. En ocasiones se sospecha de forma casual al detectar piuria y/o hematuria, empeoramiento de la función renal o por los hallazgos radiológicos. El diagnóstico se realiza microbiológicamente o por la observación de granulomas caseificantes. En nuestro medio, el tratamiento se basa en la combinación de cuatro fármacos: HRZE, dos meses e HR cuatro meses. El tratamiento quirúrgico de las complicaciones es bastante frecuente, aunque gracias a la terapia antibiótica, cada vez más temprana, las complicaciones son menores tanto en número como en gravedad.

Conclusiones. La tuberculosis genitourinaria debe formar parte del diagnóstico diferencial de la infección urinaria en aquellos casos que presentan evolución tórpida a pesar de tratamiento. El diagnóstico e inicio del tratamiento temprano evita secuelas irreversibles.

A-32 PALUDISMO ASINTOMÁTICO DIAGNOSTICADO MEDIANTE REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA (RCP)

M. Martínez Sela¹, A. Rodríguez Guardado¹, F. Pérez González², A. Pérez² y N. Morán Suárez¹

¹Sección de Enfermedades Infecciosas. Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias).

Objetivos. Se describen los resultados de un sistema de cribado sistemático de paludismo mediante reacción en cadena de la polimerasa.

Material y métodos. Durante el año 2009, se investigó la presencia de paludismo en 117 inmigrantes. En todos los pacientes se realizó un examen de frotis periférico mediante tinción de Giemsa, determinación del antígeno de Plasmodium spp (Binax NOW[®]) y realización de RCP anidada para las 4 especies.

Resultados. Durante el período del estudio se diagnosticaron 6 (5%) casos de malaria asintomática en seis pacientes (5 mujeres, un hombre) mediante reacción en cadena de la polimerasa. Las otras técnicas fueron negativas. Los países de procedencia fueron: Guinea Ecuatorial (tres casos), Senegal, Brasil y Costa de Marfil (un caso, respectivamente). La media de estancia en España fue 852 días (límites 123-1.825). Ninguno de los pacientes había regresado a su país de origen desde su llegada. En cuatro casos, la RCP fue positiva para Plasmodium falciparum y en dos casos para Plasmodium malariae. Ningún paciente presentó síntomas o alteraciones analíticas. Todos los pacientes fueron tratados con quinina y doxiciclina. Ninguno de los pacientes falleció ni se presentaron recidivas.

Discusión. En países con malaria endémica y transmisión estable de la misma la semiinmunidad se adquiere generalmente después de la infancia. Los adultos infectados pueden presentar formas no complicadas o parasitemias asintomáticas. Este hecho es frecuente en la población inmigrante donde el diagnóstico puede pasar desapercibido por las técnicas convencionales. En este grupo de pacientes puede ser de utilidad el cribado sistemático mediante reacción en cadena de la polimerasa.

Conclusiones. La parasitemia asintomática por Plasmodium spp es frecuente en inmigrantes procedentes de países endémicos de malaria. La reacción en cadena de la polimerasa es un método útil para la detección de malaria asintomática o parasitemias bajas en los pacientes inmigrantes. Este hecho es muy importante en la detección y el tratamiento del paludismo importado.

A-33 TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO INTRAVENOSO DOMICILIARIO DEL EMPIEMA Y EL ABSCESO PULMONAR: SEGURIDAD Y EFICACIA

J. Pardos-Gea, U. Maza, J. Pérez-López, A. San José y M. Vilardell

Unidad de Hospitalización Domiciliaria. Hospital Universitari General Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos. El objetivo de nuestro estudio fue describir las características de los pacientes con empiema y absceso pulmonar ingresados en nuestra unidad de Hospitalización Domiciliaria (UHD), y analizar la eficacia y la seguridad del tratamiento antibiótico intravenoso.

Material y métodos. Desde marzo de 2006 a abril del 2010 se incluyeron todos los pacientes que ingresaban en la UHD del Hospital General Universitario Vall d'Hebron con el diagnóstico de empiema pleural y/o absceso pulmonar para realización de tratamiento antibiótico intravenoso domiciliario. Se valoraron datos de seguridad y eficacia.

Resultados. Un total de 20 pacientes fueron incluidos, 13 empiemas y 7 abscesos pulmonares. Dos pacientes (10%) presentaron efectos secundarios del tratamiento antibiótico (candidiasis oral y

colitis pseudomembranosa). Un 100% de los pacientes con absceso pulmonar presentaron mejoría, sin ingresos hospitalarios. Respecto al empiema un 84,6% de los casos mejoraron y dos pacientes (15,4%) requirieron ingreso hospitalario.

Discusión. El nuestro es el primer estudio que evalúa la seguridad y eficacia del tratamiento del empiema y el absceso pulmonar realizado a nivel domiciliario en el contexto de una Unidad de Hospitalización Domiciliaria. Hemos objetivado una seguridad de uso elevada de antibioterapia intravenosa, similar a los resultados en otras patologías infecciosas tratadas a nivel domiciliario y a los estándares del contexto intrahospitalario.

Conclusiones. En conclusión, este sería un primer estudio en recoger la experiencia en el tratamiento antibiótico domiciliario del empiema y el absceso pulmonar, habiéndose constatado una tasa de seguridad y eficacia elevadas que apoyarían el uso actual y futuro de este recurso.

Tabla 1 (A-33). Seguridad y eficacia de la terapia domiciliaria en el absceso y empiema pulmonar

	Absceso pulmonar n = 7	Empiema n = 13	p
Efectos secundarios tto. antibiótico, n (%)	1 (14,3)	1 (7,7)	0,7
Complicación drenaje	0/1	0/3	
Porcentaje reducción,% (DE)	69,7 (15)	-	
Mejoría, n (%)	7 (100)	11 (84,6)	0,52
Curación, n (%)	2 (28,6)	5 (38,5)	0,7
Reingreso, n (%)	0	2 (15,4)	0,5

A-34 DATOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LA TUBERCULOSIS Y RESISTENCIAS A FÁRMACOS EN EL ÁREA DE SALUD DE ZAMORA (2006-2009)

G. Hernández Pérez, M. Jiménez Rodríguez, L. López Urrutia y P. García Carbo

Medicina Interna. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora.

Objetivos. Conocer la situación epidemiológica y de las resistencias a fármacos anti-tuberculosos en el Área de Salud de Zamora, con el fin tener un criterio objetivo a la hora de pautar el tratamiento a nuestros enfermos.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de los pacientes con tuberculosis (TBC) desde el 1 de enero de 2006 hasta la fecha de realización del estudio (mayo de 2010). La fuente de datos ha sido el registro de declaración obligatoria del Servicio de Medicina Preventiva. Los datos se han obtenido de la declaración, de los programas informáticos, y de la historia clínica. Además de variables epidemiológicas como edad, sexo, etc.; se han estudiado los cultivos en medio Bactec, y los antibiogramas. El análisis de resistencias se ha realizado desde 2007 a 2010. Para el cálculo de las tasas de incidencia se han utilizado las cifras de población publicadas por el Instituto Nacional de estadística. Las tasas de incidencia de TBC a nivel nacional son las aportadas por el Centro Europeo de Prevención y Control de Enfermedades (ECDC).

Resultados. Tasa de incidencia de TBC en España/Tasa de TBC en Zamora (2006: 18,2/13,1; 2007: 17,3/12,6; 2008: 18,1/12,1; 2009: 18,7/13,7). Datos epidemiológicos (n = 106): 1º) Localizaciones de la TBC: 73,6% pulmonares y 26,4% extrapulmonares. 2º) Sexo: varones 72 (67,9%), mujeres 34 (32,1%). 3º) Edad entre 0-15 años: 7 (6,6%); de 16-30 años: 10 (9,4%); de 31-45 años 11 (10,4%); de 46-60

años 15 (14,1%); de 61-75 años: 26 (24,5%); > 75 años 37 (34,9%). Estudio de resistencias: n = 80 casos. Cultivo positivo en 57 casos (71,25%); negativo 23 casos (28,75%). De los 57 casos positivos los cultivos con alguna resistencia son 8 (14%). Y el número de casos con TBC multirresistente (TB-MDR) o extremadamente resistente (TB-XDR) son 0. Por años, tenemos: 2007 (25 casos): 1 resistencia primaria a isoniácida (R¹-IS) y 1 caso de *M. bovis* que es resistente a pirazinamida. 2008 (24 casos): 1 caso de R¹-IS.; 2009 (27 casos): 2 casos de monoresistencia a streptomycin, dos casos de *M. bovis* resistente a pirazinamida; y un caso de TBC por insitilaciones de BCG resistente a isoniácida y pirazinamida. En cuanto al estudio de la resistencia primaria a isoniácida (de 2001 a 2009), tenemos un caso en el año 2002, uno en el 2004, uno en el 2005, uno en el año 2007 y otro en el 2008.

Discusión. Destaca la baja tasa de incidencia de TBC en la provincia de Zamora frente a la tasa de incidencia nacional, que en principio atribuimos a la baja tasa de población inmigrante (según censo: 9.121 inmigrantes en Zamora en el año 2009, que supone un 4,6% de la población). Sólo hemos encontrado 5 casos de TBC en población inmigrante (en España algunas series dan hasta el 30% de los diagnósticos en inmigrantes). Destaca el bajo número de resistencias primarias a isoniácida. Resaltar el hecho de que no ha habido ningún caso de TB-MDR.

Conclusiones. Los datos obtenidos apoyarían el hecho de poder tratar a los enfermos sólo con tres fármacos en ausencia de factores de riesgo para TB-MDR, sobre todo si tenemos en cuenta que de forma rutinaria en los cultivos positivos hacemos PCR para detectar las mutaciones KatG e InhA de resistencia a isoniácida y la mutación rpoB para rifampicina. Pero siempre que se vigile, al menos cada 6 meses, la aparición de resistencias en nuestros enfermos y que no se produzca ningún cambio de tendencia. De cualquier forma, y siempre que podamos monitorizar clínicamente el etambutol, el tratamiento recomendado en España son 4 fármacos.

A-35 APLICACIÓN DE UNA VÍA CLÍNICA PARA EL ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE LAS INFECCIONES DE PRÓTESIS ARTICULARES EN NUESTRA ÁREA

O. García Olmedo¹, A. Fernández Rodríguez¹,
A. de los Santos Moreno¹, P. Romero Cores¹,
D. Gutiérrez Saborido¹, J. de Andrés² y F. Guerrero¹

¹UGC Medicina Interna, ²UGC Aparato Locomotor.
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Objetivos. Optimizar el abordaje multidisciplinar de las infecciones de prótesis articulares (IPA) en nuestro medio, mediante la aplicación de una vía clínica consensuada por los Servicios de Traumatología y Medicina Interna. Analizar la adherencia al protocolo.

Material y métodos. Estudio prospectivo observacional de la cohorte de pacientes adultos con IPA diagnosticados desde el 1 de enero de 2007 al 31 de diciembre de 2009 de nuestro hospital tras la aplicación de una vía clínica de colaboración entre los Servicios de Medicina Interna y de Traumatología. Su implantación requirió la elaboración consensuada de la vía, 2 reuniones de información previas a su puesta en marcha y discusión de casos entre servicios a demanda. El cumplimiento del protocolo diagnóstico se consideró adecuado si se tomaron al menos 4 muestras previo al inicio de la antibioterapia y la idoneidad del tratamiento realizado (antibioterapia más tipo de cirugía aplicada) si se ajustó a las indicaciones que el protocolo proponía según el tipo de infección. Análisis realizado mediante el programa estadístico SPSS versión 12.0.

Resultados. Se recogieron un total de 40 casos. La edad media fue de 66,5 años. 67,5% mujeres. De las 40 prótesis colocadas, 20 fueron prótesis totales de rodilla y 16 de cadera, 3 de hombro y 1 de codo. Se tomaron las muestras según protocolo diagnóstico

adecuadamente en el 62,5%, cuando se analizó en relación al tiempo de implantación del protocolo, se observó que en el primer año se cumplió en el 47,4% y en el último año en el 81,8%. La etiología más frecuente fue *Staphylococcus coagulasa-negativo* en un 40% seguido de *S. aureus* 22,5%. El tipo de infección fue aguda 7 casos, crónica 25 y hematogena 7. Todos los casos se trataron con antibióticos. El tipo de tratamiento quirúrgico fue adecuado según el protocolo en el 91,4%.

Discusión. La infección de la prótesis articular supone actualmente una de las complicaciones más importantes en su manejo y la convierte en una de las patologías en las que el abordaje multidisciplinar médico-quirúrgico es imprescindible.

Conclusiones. El valor de nuestro estudio es la optimización del manejo multidisciplinar de las infecciones de prótesis tras la implantación de una vía clínica con un protocolo común de actuación inter-servicios. Se consiguió obtener un progresivo aumento en el número de muestras tomadas previo a la elección de la pauta antibiótica (47,4 en el primer año vs 81,8% en el tercer año) medida que favorece el éxito de su manejo. El procedimiento quirúrgico se consideró adecuado en casi la totalidad de los pacientes desde el inicio del análisis. La mayor aportación del abordaje multidisciplinar se pone de manifiesto en el manejo diagnóstico de esta entidad.

A-36 INFECCIONES "MÉDICAS" EN UNA PLANTA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLÓGICA. EL PAPEL DEL INTERNISTA

J. Barbero Allende, A. Rebolgar Merino, M. García Sánchez,
M. García Vidal, V. Melgar Molero, E. Montero Ruiz
y J. López Álvarez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid).

Objetivos. Desde el 1 de abril de 2009 un equipo de internistas presta apoyo al Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatológica (COT) de nuestro hospital para efectuar el seguimiento de todos los pacientes ingresados a cargo de dicho servicio. Uno de los objetivos es detectar y tratar de manera precoz aquellos eventos que complican la evolución de los pacientes no relacionadas directamente con la actividad orto-traumatológica. En esta comunicación se describen las infecciones no relacionadas con dicha actividad (o infecciones "médicas").

Material y métodos. Estudio descriptivo prospectivo en el que se recogen de manera consecutiva pacientes con infecciones no relacionadas con la actividad quirúrgica desde el 1 mayo de 2009 hasta el 30 abril de 2010 que ocurren durante la estancia hospitalaria o bien presentaban previamente.

Resultados. Durante el período descrito se encontraron 71 infecciones en 67 pacientes, con edad media de 75,3 años, 38 de los cuales habían ingresado por fractura de cadera (56,7%) y 53 presentaban algún tipo de comorbilidad (79,1%). En total representan el 3,18% del total de pacientes ingresados. El 65,7% eran mujeres. Las infecciones se distribuyeron: 23 del tracto respiratorio (9 neumonías), 3 abdominales (1 colecistitis aguda, 1 diarrea por *C. difficile* y 1 caso de abscesos esplénicos asociado a infección crónica urinaria), 30 del tracto urinario (3 con sepsis), 9 de piel y partes blandas (diferentes de la infección de área quirúrgica) y 6 bacteriemias asociadas a catéter venoso. Se obtuvo resultado microbiológico en 34 casos, polimicrobiana en 6, con predominio de los bacilos Gram negativos (30 aislamientos), sobre todo en las infecciones urinarias (13 casos de *E. coli*, 6 otras enterobacterias). También en las bacteriemias por catéter predominaron los Gram negativos: 2 casos de *E. cloacae* y 2 por *Serratia*, otras 2 por Gram positivos. En infecciones respiratorias y cutáneas hubo menor número de aislamientos. La estancia media hospitalaria fue

de 22,1 días (rango 3-160), siendo la del Servicio de 5,3. Requiere ingreso en UCI 3 pacientes. La mortalidad fue de 11 pacientes, todos ellos con diagnóstico al ingreso de fractura de cadera, aunque en sólo 7 la causa es directamente atribuible a la infección (10,4%). Las infecciones médicas representaron el 31,8% de todos los exitus que se produjeron. Hubo 18 reingresos en los siguientes 6 meses (27,7%), aunque solo en 2 casos por la misma causa, falleciendo 5 de ellos en el reingreso. En total 16 pacientes con fractura de cadera e infección médica (42,1%) fallecieron en los siguientes 6 meses.

Discusión. Las infecciones “médicas” no suponen un número importante de pacientes. La mayoría de los pacientes ingresados en la Sala de COT no tienen comorbilidad significativa y permanecen pocos días ingresados, por lo que el riesgo de infección nosocomial es bajo. La mayoría de las infecciones se produjeron en pacientes con algún tipo de comorbilidad y especialmente a los ingresados por fractura de cadera, particularmente infecciones urinarias asociadas al sondaje vesical e infecciones respiratorias favorecidas por el encamamiento. Las bacteriemias asociadas a catéter fueron poco frecuentes gracias a la retirada precoz de los mismos.

Conclusiones. Las infecciones “médicas” en la sala de COT no son frecuentes pero constituyen un problema importante, particularmente en el anciano con fractura de cadera donde es una de las principales causas de muerte, y también marcador de la misma. La labor del internista consiste en el establecimiento de las medidas de prevención necesarias y la detección de forma temprana de las infecciones para prevenir una peor evolución.

A-37 PRESCRIPCIÓN RACIONAL DE ANTIBIÓTICOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

F. González, F. Lagarto y M. Coelho

Servicio de Medicina. García de Orta. Almada (Portugal).

Objetivos. Ante la importancia epidemiológica y económica de la prescripción racional de los antibióticos en medio hospitalar, hicimos un estudio para caracterizar su uso en un hospital terciario identificando la indicación terapéutica, los antibióticos más utilizados y las principales patologías para las cuales eran prescritos.

Material y métodos. Es un estudio transversal, donde se incluyeron pacientes internados en todos los servicios, excepto Obstetricia, Pediatría y Urgencia, durante 24 horas. Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, servicio, indicación para tratamiento o profilaxis, antibiótico, vía de administración, dosis, duración del tratamiento, diagnóstico, infección de comunidad o nosocomial y culturas cogidas. Se utilizó una clasificación simplificada de la CDC, con base en señales, síntomas y datos laboratoriales para evaluar la indicación para terapéutica antibiótica.

Resultados. En el período del estudio 53,8% de los pacientes internados estaban sobre antibioterapia, de los cuales 42,3% estaban a hacer la para el tratamiento de infección y los restantes 11,5% para profilaxis. Se verificó que 17,7% no presentaban los criterios clínicos ni microbiológicos que justificaban la indicación para el tratamiento con antibiótico. Los más utilizados fueron: amoxicilina con clavulanato (16,2%), piperacilina-tazobactam (13,9%) y cefuroxima (13%). Los antibióticos fueron prescritos más frecuentemente para el tratamiento de la infección respiratoria, infección del trato urinario, infección de las partes blandas, infección intra-abdominal e sepsis, con 32,5%, 19,5%, 16%, 14,2%, 7,1%, respectivamente.

Discusión. En nuestro hospital más de la mitad de los pacientes se encontraban con antibiótico, que es superior a los 30% esperados en la literatura. A pesar de 17,7% no tener indicación terapéutica, comparativamente a 50% relatado en otros estudios, estos últimos

incluyen otros parámetros de uso inapropiado de lo antibiótico tales como: duración excesiva o corta de tratamiento, antibiótico no adecuado a la patología e opciones menos dispendiosas. La utilización preferencial de la amoxicilina con clavulanato y cefuroxima es frecuente en los hospitales internacionalmente, con todo la piperacilina-tazobactam fue prescrita excesivamente sin justificativos microbiológicos o patológicos y en una dosis no adaptada al foco infeccioso.

Conclusiones. El trabajo reveló que los antibióticos no siempre son prescritos adecuadamente en nuestro hospital relativamente a la indicación terapéutica. Con todo, la caracterización de otras variables fue limitada por el propio diseño del estudio. En la literatura internacional ya fue analizada la utilización de guías de tratamiento y políticas de adecuación terapéutica, pero el mejor método de optimizar el uso de antibióticos aún está por definir. Por eso proponemos un plan de regulación y de prescripción racional para reevaluar en el futuro.

A-38 BACTERIEMIA POR *CAMPYLOBACTER FETUS*: PRESENTACIÓN DE UNA SERIE DE CASOS

E. Rodríguez Ávila¹, E. Fonseca Aizpuru¹, J. López Caleyá¹, R. Fernández Madera¹, L. Montes Gil¹, M. Ballesteros Solares¹, G. Viejo² y J. Morís de la Tassa¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología. Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias).

Objetivos. El género *Campylobacter* spp produce habitualmente enteritis aguda. La bacteriemia es una forma de presentación inusual. En particular, la diseminación hematogena por *C. fetus* representa menos del 0,2% de las bacteriemias de un hospital. Presentar nuestra experiencia con bacteriemia por *C. fetus*.

Material y métodos. Se recogieron todos los casos de bacteriemia por *C. fetus* documentados hasta diciembre de 2.009, en el Hospital de Cabueñes (Gijón), hospital de segundo nivel y referencia del Área Sanitaria V de Asturias, que dispone de 490 camas y atiende a una población de 300.000 habitantes.

Resultados. Se recogieron 4 casos, 2 hombres y 2 mujeres, edad media: 44 años (35- 59), con antecedentes de estilismo en 3 y gestación en curso en 1. Desde el punto de vista clínico, se objetivó: una celulitis y una tromboflebitis ambas en miembro inferior derecho, tras traumatismo a dicho nivel; una peritonitis bacteriana espontánea en posible relación con enema opaco previo; y una corioamnionitis aguda complicada. Se inició tratamiento antibiótico empírico con amoxicilina-clavulánico en todos, menos uno que siguió tratamiento con norfloxacin. Los hemocultivos fueron positivos a los 8-12 días. La evolución fue favorable en todos, salvo la gestante con muerte fetal.

Discusión. Cualquier especie de *Campylobacter* puede producir bacteriemia, pero *C. fetus* es la más habitual. La forma de presentación más frecuente es la fiebre. La celulitis aparece en un 7%. La PBE por *C. fetus* es excepcional, en una revisión de la literatura PUBMED hasta 2.002 se habían descrito 3 casos. Asimismo, se han descrito casos de tromboflebitis, endocarditis y aneurisma micótico. La infección durante la gestación es infrecuente pero casi siempre fatal para el niño. La recogida de hemocultivos es fundamental. Su crecimiento es lento. No hay consenso en el tratamiento de elección y la duración no está bien establecida. La mortalidad es variable (0-20%) según las series.

Conclusiones. 1. La bacteriemia por *C. fetus* es infrecuente. 2. Es un germen de crecimiento lento y difícil diagnóstico microbiológico. 3. Debemos estar alerta ante síndromes febriles en pacientes inmunodeprimidos y gestantes, comunicar nuestra sospecha al microbiólogo e iniciar antibioterapia empírica de forma precoz.

A-40 INFECCIONES POR *NOCARDIA* EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

L. Montes Gil¹, M. Campoamor Serrano², E. Fonseca Aizpuru¹, G. Viejo¹, E. Rodríguez Ávila³, A. Álvarez Uría¹, M. García Alcalde² y J. Moris de la Tassa¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Enfermedades Infecciosas, ³Servicio de Microbiología. Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias).

Objetivos. Describir las características clínicas y forma de presentación, de las infecciones por *Nocardia* spp en nuestro medio.

Material y métodos. Estudio descriptivo, retrospectivo, de casos de *Nocardia* spp, recogidos desde enero 2005 hasta enero 2010, en el Hospital de Cabueñes (Asturias), de 2º nivel, que atiende una población de 300.00 habitantes. Los casos se obtuvieron a través del Servicio de Microbiología, a partir de muestras biológicas con cultivo positivo.

Resultados. Se diagnosticaron 5 casos de nocardiosis, 4 varones y 1 mujer, edad media de 75,4 (81-73) años. Todos presentaban factores de riesgo menos un paciente. Destacan: corticoterapia en 3, enfermedad pulmonar obstructiva crónica en 2, adenocarcinoma gástrico en 1 y diabetes mellitus en 1. La forma de presentación más frecuente fue cutánea en 3 (60%), con traumatismo previo en uno de ellos; y pulmonar con neumonía en 2 (40%) casos. Se identificó la especie en 3 muestras, e una se aisló *N. cyriacigeorgica* y en las otras dos *N. farcinica* multiresistente (trimetropim-sulfametoxazol, cefotaxima, gentamicina, tobramicina, ciprofloxacino). Se confirmó bacteriemia con hemocultivos positivos en un caso. La evolución fue favorable en 4 (80%), un paciente fue exitus por neumonía nosocomial asociada.

Discusión. La infección por *Nocardia* es poco frecuente. Es más frecuente en varones de edad avanzada e inmunodeprimidos, como se describe en la literatura. Destacar la corticoterapia como factor principal y la ausencia de infección por VIH o enfermedades hematológicas, quizás por tratarse de un hospital de 2º nivel. A diferencia de otras series, predomina la forma cutánea, siendo llamativa la ausencia de traumatismo previo. Desde el punto de vista microbiológico, la *N. farcinica* es una de las especies patógenas más habituales. Destacar el aislamiento de *N. cyriacigeorgica* de reciente descubrimiento, que se asocia habitualmente a infección pulmonar, y en nuestra serie produce afectación cutánea. Es complicado la obtención de hemocultivos positivos, por la dificultad del aislamiento en muestras biológicas. Aunque se describen como factores de mal pronóstico la inmunodepresión y la infección por *N. farcinica*, la evolución fue favorable en el 80% casos. La mortalidad es variable, según la literatura entre 3-50%, la afectación pulmonar implica peor pronóstico. La evolución es más favorable en formas cutáneas como en nuestra serie.

Conclusiones. La infección por *Nocardia* spp. es poco frecuente en nuestra área. Afecta a adultos inmunodeprimidos de forma principal. La forma de afectación más frecuente es la cutánea, y la especie más común *Nocardia farcinica*.

A-41 ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LAS INFECCIONES POR SARM EN UN HOSPITAL COMARCAL

A. Gómez Lozano, C. Soler i Ferrer, E. de Cendra Morera, C. Clemente Andrés, M. Custal Teixidor y J. Colomer i Pairès

Servicio de Medicina Interna. Hospital Provincial Santa Caterina. Salt (Girona).

Objetivos. Estudio retrospectivo de la casuística de infecciones por estafilococo aureus meticilín resistente (SARM) en nuestro hospital comarcal durante el año 2009 identificando factores de riesgo,

seguimiento de nuestro protocolo clínico, estudio de resistencias y adecuación de las medidas de control y tratamiento.

Material y métodos. Incluimos en nuestra base de datos la revisión sistemática de las historias clínicas de 29 pacientes con cultivos positivos a SARM detectados por nuestro servicio de laboratorio.

Resultados. Se consiguieron los datos de 26 de los 29 casos. El 66% fueron hombres y el 44% mujeres con una edad media de 70 a. Los servicios implicados más frecuentemente fueron Medicina Interna, Convalecencia y Traumatología procediendo en su mayoría de domicilio en un 77% y de los Centros sociosanitarios en un 11.5%. La adquisición del SARM fue predominantemente en relación a la asistencia sanitaria (73%) y menos frecuentemente nosocomial (19%). Sólo se detectó un caso de SARM comunitario que evolucionó favorablemente. El 73% de los cultivos positivos fueron de origen cutáneo y en sólo 3 casos se detectaron en hemocultivos. Los factores de riesgo principales fueron la presencia de úlceras, la inmunosupresión y la cirugía previa. En un 65% de los casos se obtuvieron gérmenes concomitantes, predominantemente pseudomona y en menos frecuencia klebsiella y *E. coli*. En un 30% de los casos revisados se consideró infección activa mientras que en un 70% se consideró colonización. Detectamos un 23% de resistencias a gentamicina y un 11% a mupirocina. El 100% fueron resistentes a quinolonas. No encontramos resistencias a vancomicina o linezolid. El protocolo se siguió de forma correcta en un 96%. La tasa de mortalidad fue del 15%.

Discusión. Las infecciones por gérmenes multiresistentes han aumentado durante los últimos años. En el último estudio EPINE el estafilococo aureus es el tercer germen más frecuentemente detectado en los hemocultivos. Dependiendo de las series aproximadamente el 25% de éstos, son SARM. La localización más frecuente de la infección por SARM es a nivel de piel y tejidos blandos. Es claramente un factor de riesgo independiente de mortalidad y provocando un aumento de la estancia media con un incremento de los gastos derivados de su control y tratamiento. Durante los últimos años se ha detectado un progresivo aumento de las infecciones por SARM comunitario. Es necesario que cada centro hospitalario tenga protocolos de atención a los enfermos colonizados o infectados por gérmenes multiresistentes para evitar su propagación. Al mismo tiempo se necesitan registros anuales para detectar su prevalencia, problemas en la actuación de los profesionales y estudio de resistencias.

Conclusiones. La infección por SARM es una patología en alza todavía poco frecuente en nuestro hospital comarcal. Los factores de riesgo para la infección por SARM son la presencia de úlceras, la inmunosupresión y la cirugía previa. La sensibilidad a los antibióticos son también similares a los ya descritos llamando la atención un progresivo aumento de la resistencia a mupirocina. Es una infección que conlleva una elevada mortalidad, en nuestra serie un 15%. Es necesaria la creación en cada hospital de un grupo interdisciplinar para el control y seguimiento de la infección nosocomial y de gérmenes multiresistentes.

A-42 INFECCIÓN URINARIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: ESTUDIO DE 140 EPISODIOS

J. Aligué, A. Tapiz, A. Flor, G. Subirà, M. Expósito, M. Pinazo, J. Rojas y M. Staitie

Servicio de Medicina Interna. Althaia-Xarxa Assistencial de Manresa (Barcelona).

Objetivos. La infección urinaria (IU) es un evento frecuente en los Servicios de Urgencias, ya sea como motivo primario de consulta o en el contexto de procesos febriles, sepsis, desorientación en el anciano u otras patologías. Realizamos un estudio en nuestro centro para intentar un mejor abordaje y conocimiento de esta patología.

Material y métodos. Estudio prospectivo de 140 episodios consecutivos de IU en nuestro Servicio de Urgencias recogidos durante 3 meses. Se consideró infección urinaria un urinocultivo positivo una vez descartada contaminación. Se hizo un control diario de cada episodio con recogida de datos clínicos, microbiológicos y evolutivos. En los pacientes que fueron dados de alta desde Urgencias, se realizó un seguimiento telefónico. Análisis posterior de los datos.

Resultados. n = 140 episodios de IU. Sexo: 53 varones (38%) y 87 mujeres (62%), todos adultos. Edad media: 51 años. Gran predominio de bacilos Gram-negativos, con 116 episodios (83%), sobre cocos Gram-positivos, con 20 episodios (14%), y 4 polimicrobianos (3%). Gérmenes más frecuentes: *Escherichia coli* 91 (65% del total), estafilococos 10, *Proteus mirabilis* 13, *Enterococcus faecalis* 6, *Klebsiella pneumoniae* 6. 47 (34%) pacientes ingresaron (de éstos, 30 a causa de la infección urinaria) y 93 no. 69 (49%) tenían antecedentes patológicos valorables y 71 no. De los 69 con patología de base, 25 eran diabéticos (18% del total y 36% de los que tenían patología de base). 20 (14%) con sonda urinaria, 11 permanente y 9 transitoria. 64 (46%) tenían antecedentes de IU y 76 (56%) no. 122 referían algún síntoma de IU, 18 asintomáticos. Tipo de infección: 87 cistitis (62%), 24 pielonefritis aguda (17%), 17 prostatitis aguda (12%) y 12 bacteriuria asintomática (9%). 6 episodios con bacteriemia (4%). Buena evolución, todos los pacientes curaron excepto 5 (3,5%) que fueron exitus, si bien ninguno a causa de la infección urinaria.

Discusión. La IU es uno de los motivos de consulta más frecuentes en los Servicios de Urgencias. Es preciso realizar una valoración global, tanto a nivel clínico y microbiológico, como a nivel de la comorbilidad asociada, para establecer un tratamiento correcto.

Conclusiones. En nuestra experiencia, la IU en Urgencias: 1) Es una patología frecuente. 2) Predomina en mujeres. 3) A nivel microbiológico, gran predominio de bacilos Gram-negativos, sobre todo *Escherichia coli* (65%) 4) La mitad de los pacientes tenían antecedentes patológicos valorables, sobre todo diabetes mellitus (18%) 5) Es frecuente el antecedente de otra infección urinaria (46%). 6) El tipo de infección más habitual es la cistitis y casi siempre la infección es sintomática. 7) La incidencia de bacteriemia es baja (4%). 8) La IU se muestra como una patología leve, sólo 1/3 requirieron ingreso y la mortalidad fue baja y nunca por la misma IU.

A-43 ABSCESO DEL MÚSCULO ILIOPSOAS: ASOCIACIONES CLÍNICAS, ABORDAJE TERAPÉUTICO Y EVOLUCIÓN EN UNA COHORTE RETROSPECTIVA DE 35 PACIENTES

M. Fernández Ruiz¹, M. Estébanez Muñoz², F. López Medrano¹, P. Ruiz Seco², A. García Reyne¹, J. Herrero¹, B. de Dios¹ y J. Aguado¹

¹Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital 12 de Octubre. Madrid. ²Servicio de Medicina Interna. Complejo Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos. El absceso del músculo iliopsoas constituye una entidad infrecuente, aun tras la generalización de los métodos de imagen abdominal, con un abordaje diagnóstico y terapéutico no bien estandarizado. Pretendemos comunicar la experiencia acumulada al respecto en dos centros de tercer nivel, y analizar particularmente su evolución a largo plazo en función del tratamiento empleado.

Material y métodos. Análisis retrospectivo de los 35 pacientes (18 varones; edad media 54,8 ± 18 años) con diagnóstico de absceso del músculo iliopsoas sometidos a tratamiento y seguimiento en dos hospitales de tercer nivel de la Comunidad de Madrid durante el período 1999-2009. Revisamos sus características clínicas, microbiológicas y evolutivas, tras dividir a la cohorte en dos grupos según su abordaje terapéutico: conservador [sólo antibioterapia (n = 10)] o intervencionista [antibioterapia más drenaje percutáneo y/o cirugía (n = 25)].

Resultados. El intervalo mediano transcurrido desde el inicio de la sintomatología hasta el diagnóstico fue de 12 días (rango: 1-350). La tríada clásica (fiebre, dolor lumbar y dolor a la deambulación) estuvo presente en 10 pacientes. La diabetes mellitus (DM) (6 casos), la hepatopatía crónica (5 casos) y las neoplasias activas (4 casos) constituyeron las comorbilidades más prevalentes en la cohorte. El absceso fue de naturaleza primaria en 8 casos, y secundaria en los restantes [origen músculo-esquelético (12 casos), gastro-intestinal (6 casos), tracto urinario (3 casos) y partes blandas (3 casos), entre otros]. *Staphylococcus aureus* fue el agente etiológico más frecuentemente documentado (11 casos), seguido de *Escherichia coli* (5 casos) y *Proteus spp.* (2 casos). La etiología tuberculosa fue demostrada en 2 pacientes. La mediana de seguimiento desde el diagnóstico fue de 14,9 meses (rango: 1,8-119). La mortalidad intrahospitalaria atribuible durante el ingreso fue del 2,9%. Se observó al menos un episodio de recurrencia del absceso en 8 casos (22,9%), tras un seguimiento mediano de 252 días. El riesgo de recurrencia fue mayor en pacientes con DM en comparación con el resto de la serie (66,7% vs 13,8%; p = 0,016). No observamos diferencias significativas entre los grupos sometidos a tratamiento conservador o intervencionista (20% vs 20,8%, respectivamente).

Discusión. La presentación clínica inespecífica y de carácter subagudo supone una dificultad para el diagnóstico precoz del absceso del músculo iliopsoas. La presencia de DM se asoció a un mayor riesgo de recidiva, sin que demostráramos diferencias en la evolución a largo plazo en función del tipo de abordaje terapéutico (conservador o intervencionista), circunstancia descrita igualmente en otras series previas.

Conclusiones. La adquisición secundaria desde un foco músculo-esquelético, con implicación de *S. aureus*, constituye la forma más frecuente de absceso del músculo iliopsoas en nuestra experiencia. El mayor riesgo de recurrencia en pacientes diabéticos debería ser tenido en cuenta a la hora de planificar la estrategia de seguimiento de esta infrecuente entidad.

A-44 EXPERIENCIA EN LA ENFERMEDAD DE LYME. MANEJO AMBULATORIO EN UN HOSPITAL DE DÍA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

N. Rodríguez Valero¹, M. Franco Arenaz¹, M. Sambat Domènech¹, M. Gutiérrez Macia¹, C. Muñoz Batet², J. de Llobet Zubiaga¹, M. Gurgui Ferrer¹ y J. Casademont Pou¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Objetivos. Evaluar el perfil clínico y el seguimiento de los casos de enfermedad de Lyme (EL) tratados en nuestro Hospital de día de Enfermedades Infecciosas (HDEI).

Material y métodos. Estudio retrospectivo observacional de casos de EL tratados en HDEI durante 2006-2010. Se usaron las guías de la Sociedad Americana de Infectología para definición de los cuadros clínicos y el síndrome PostLyme (CID 2006:43-1 noviembre). Todos los casos se confirmaron mediante inmunofluorescencia indirecta. La PCR (reacción en cadena de la polimerasa) para borrelia en líquido cefalorraquídeo se realizó en el Instituto de Salud Carlos III.

Resultados. Se recogieron 12 casos con edad 43,5 ± 14,5 años, 67% mujeres, Charlson 0,58 ± 0,9 y VSG 18 ± 10,8 mm/h. La picadura de garrapata fue objetivada en tres pacientes. Como formas clínicas se registraron a) Localizada precoz en cuatro pacientes: un caso de eritema migrans, un rash generalizado y dos casos de adenoopatías con mialgias y fiebre. Todos ellos tras tratamiento con doxicilina de 5-21 días curaron. b) Dos casos de carditis que tras tratamiento con doxicilina el primero y doxicilina y ceftriaxona el segundo (entre 1-3 meses de tratamiento), curan totalmente. c) Los casos de diseminada tardía fueron seis: un paciente con sintomatología neurológica y alteración de la sustancia blanca en la

resonancia magnética nuclear (RMN) en forma de vasculitis, un paciente con artritis intermitente, un paciente con artralgiás, tres pacientes con sintomatología en forma de mialgiás y síntomas cognitivos. Cinco de los pacientes de la forma c) fueron derivados desde Reumatología por estudio de fatiga crónica y fibromialgia. En este grupo se solicitaron cuatro RMN siendo sólo una patológica (ya citada), 2 muestras de PCR de borrelia en líquido cefalorraquídeo que fueron negativas y dos estudios neuropsicológicos que resultaron normales. El tratamiento fue doxiciclina ± rifampicina de 4 semanas a 6 meses. En dos casos se realizó terapia de inicio con ceftriaxona y en dos como terapia de rescate 28 días. En 5 de estos pacientes han persistido las manifestaciones clínicas incluso tras segunda tanda de tratamiento.

Discusión. La EL presenta un cuadro clínico característico pero su diagnóstico de certeza es difícil por la baja sensibilidad de las pruebas microbiológicas. Hemos observado que los pacientes con formas localizadas o diseminadas precoces curan pero no así los casos de diseminada tardía, posiblemente por tratarse de pacientes con sintomatología imbricada con otros síndromes reumatológicos y con el síndrome postLyme. Por este motivo los pacientes han estado recibiendo tandas largas y diversas combinaciones de antibióticos. Desde que se ha descrito el síndrome postLyme y la artritis de Lyme refractaria a antibióticos así como la realización de estudios con terapias comparadas tanto las guías americanas como la literatura norteamericana recomienda el tratamiento sintomático.

Conclusiones. En nuestra serie los pacientes con EL localizada y diseminada precoz curan tras tratamiento, sin embargo en la forma EL diseminada tardía tras tratamiento antibiótico correcto y completo persisten los síntomas más allá de seis meses sugiriendo una posible relación con el síndrome PostLyme. Sería recomendable la solicitud de pruebas complementarias para verificar EL en sistema nervioso central y/o articular. Los títulos serológicos no se corresponden con la actividad de la enfermedad ni con su curación.

A-45 FACTORES DE RIESGO Y DESCRIPCIÓN DE LA COHORTE DE PACIENTES CON INFECCIÓN DE PRÓTESIS ARTICULAR EN NUESTRA ÁREA

A. Fernández Rodríguez¹, O. García Olmedo¹, P. Romero Cores¹, A. de los Santos Moreno¹, E. Ruiz Blasco¹, P. Martín Peral¹, P. Marín Casanova² y F. Guerrero Sánchez¹

¹UGC de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Objetivos. Analizar la comorbilidad y los factores de riesgo peroperatorios y postoperatorios de la infección de prótesis articulares (IPA). Conocer la etiología y manejo médico-quirúrgico en nuestro medio.

Material y métodos. Estudio prospectivo observacional de la cohorte de pacientes adultos con IPA diagnosticados desde el 1 de enero de 2007 al 31 de diciembre de 2009 de nuestro hospital tras la aplicación de un protocolo conjunto de colaboración entre los Servicios de Medicina Interna y de Traumatología. Análisis realizado mediante el programa estadístico SPSS versión 12.0.

Resultados. Se recogieron un total de 40 casos. La edad media fue de 66,5 años. 67,5% mujeres. De las 40 prótesis colocadas, 20 fueron prótesis totales de rodilla, 16 de cadera (14 prótesis totales de cadera y 2 parciales), 3 de hombro y 1 de codo. Se colocaron por artrosis en 30 casos, por fracturas cerradas 6, por artritis reumatoide 2 y 1 caso por necrosis ósea. 72,5% de los pacientes padecían enfermedad de base, las más frecuentes fueron diabetes (30%), cardiopatía (22,5%) y obesidad (20%) 50% presentó riesgo peroperatorio, siendo los más frecuentes: el hematoma (20%), el sangrado abundante (17,5%) y la infección de la herida quirúrgica (15%), El 45% presentaron riesgo postoperatorio relacionado con procedimientos invasivos. La etiología más frecuente fue Staphylococcus

coagulasa-negativo en un 40%, seguido de S. aureus 22,2%. El tipo de infección fue aguda 7 casos, crónica 25, hematológica 7. Todos los casos se trataron con antibióticos. De las crónicas, 15 se trataron mediante abordaje quirúrgico en 2 tiempos, 2 mediante retirada completa y recambio en un tiempo, 3 con desbridamiento y retención de prótesis y 2 mediante desbridamiento y artrodesis. En las agudas se realizó desbridamiento en 3, retirada y recambio en 2 tiempos en 1, retirada y recambio en un tiempo en 1 y Gilderstone en otra. De las hematológicas, 4 se trataron mediante desbridamiento y retención de prótesis y 3 mediante retirada y recambio en 2 tiempos.

Discusión. El número de colocación de prótesis articulares se ha incrementado en los últimos años. La infección se convierte actualmente en una de las complicaciones más importantes en su manejo con un aumento de la comorbilidad de los pacientes. En nuestra cohorte la mayoría de los pacientes presentaron enfermedad de base, las más prevalentes fueron la diabetes, la cardiopatía y la obesidad. La mitad de los pacientes presentaron factores de riesgo per y postoperatorio, destacó por frecuencia el hematoma, sangrado abundante, infección de la herida quirúrgica y procedimientos invasivos por otro motivo. La etiología más frecuente fue similar a la descrita en la literatura. El abordaje quirúrgico fue heterogéneo.

Conclusiones. Una escala de riesgo que definiera la población con mayor probabilidad de infecciones de prótesis permitiría un diagnóstico precoz y en algunos de los casos de la forma aguda y hematológica podría evitarse el recambio de la prótesis con la optimización del procedimiento diagnóstico y terapéutico mediante el abordaje multidisciplinar.

A-46 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS BACTERIEMIAS ASOCIADAS A CATÉTER PERIFÉRICO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

A. Jimeno Almazán, M. Alcalde Encinas, J. Vega Cervantes, E. Peñalver González y B. Alcaraz Vidal

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

Objetivos. 1. Un número significativo de las bacteriemias nosocomiales provenía de catéteres de inserción periférica. Se decidió realizar un estudio descriptivo prospectivo para cuantificarlas y caracterizarlas. 2. Se revisaron el número de pacientes que permanecían ingresados con vías heparinizadas y los procedimientos de inserción y cuidado de los dispositivos en las plantas de hospitalización.

Material y métodos. El Hospital Santa María del Rosell de Cartagena es un hospital universitario de 400 camas. Representa un área de salud de aproximadamente 280.000 habitantes La población del estudio está representada por los pacientes ingresados en el hospital que presentaron una bacteriemia y cuyo origen se atribuyó al catéter periférico. Se recogieron los datos de forma prospectiva desde enero de 2009 a enero de 2010.

Resultados. En el período del estudio se produjeron 146 bacteriemias de origen nosocomial, de las cuales 71 (48,6%) correspondían a algún tipo de dispositivo intravascular y de ellas 23 (32,3%) se asociaron con las vías periféricas. La densidad de incidencia para bacteriemia asociada a catéter periférico fue de 0,18/1.000 pacientes-día. La media de días de catéter hasta la aparición de los síntomas fue de 6,3 días. De los pacientes con bacteriemia asociada a catéter periférico la media de edad fue de 71,91 años, la distribución por sexos fue equitativa (52% mujeres-48% hombres) y la mayoría presentaba alguna condición debilitante de forma asociada. El patógeno causal más frecuente fue Staphylococcus aureus que supuso un 33% de los casos (n: 8), destacando 2 casos de bacteriemia por S. aureus resistente a meticilina, seguido por el estafilococo negativo para la coagulasa (SCN) que representó el 29% de los casos (n: 7) y los bacilos Gram negativos con otros 7 casos. Encon-

tramos 1 caso de *E. faecalis*, *C. albicans* y dos formas polimicrobianas. En cuanto al protocolo de cuidados de las vías encontramos que en algunas plantas se realizaban soluciones de heparina en suero fisiológico para la desobstrucción de las vías periféricas. Sólo se retiraban los catéteres que presentaban signos clínicos de flebitis o mal funcionamiento. El porcentaje de pacientes con vías venosas periféricas en el hospital se estimó en un 98%.

Discusión. Los catéteres periféricos exponen a los pacientes a un riesgo derivado de la aparición de complicaciones infecciosas. La tasa encontrada de bacteriemia asociada a catéter periférico fue superponible a la de otros centros. La causa más frecuente fue el *S. aureus*. Aparecen patógenos típicamente nosocomiales con el consiguiente problema terapéutico añadido. En general, no se siguieron las recomendaciones para el cuidado, mantenimiento y retirada adecuada de los catéteres periféricos.

Conclusiones. 1. La bacteriemia asociada a catéter periférico representa un tercio del total de las bacteriemias relacionadas con dispositivos vasculares. 2. El patógeno más frecuente es *S. aureus* y las bacterias nosocomiales con mecanismos de resistencia específicos no son infrecuentes. Esto supone un evidente problema terapéutico y de implicaciones pronósticas. 3. La prevención mediante la revisión de los protocolos de inserción y cuidado de las vías es fundamental para disminuir la incidencia. Se preconizó el uso de soluciones monodosis de suero salino para la permeabilización a raíz de esta revisión. 4. Se debe recomendar al personal sanitario la evaluación diaria del estado de los dispositivos intravasculares para evitar la aparición de complicaciones.

A-47

PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LA BACTERIEMIA RELACIONADA CON CATÉTER CENTRAL Y PERIFÉRICO EN UN HOSPITAL GENERAL

A. Gabillo¹, M. Delgado¹, E. Vidal¹, G. Saucá², J. Yebenes³ y J. Capdevila¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología, ³Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Mataró. Mataró (Barcelona).

Objetivos. Conocer la incidencia, características clínicas y pronósticas de la bacteriemia relacionada con catéter (BRC) venoso periférico en un hospital general de nivel 2.

Material y métodos. Estudio prospectivo de los episodios de BRC central y periférico detectados durante el año 2009 a partir del seguimiento de las bacteriemias nosocomiales. Comparación estadística entre los episodios (test de Fisher). BRC se define como hemocultivos y cultivo de catéter positivos al mismo microorganismo, o hemocultivos positivos a un microorganismo causante de BRC con signos clínicos compatibles con infección de catéter.

Resultados. 29 episodios de BRC en 26 pacientes, 17 varones, edad media: 68 años (42-89). Dieciséis episodios se originaron en catéter central (55%), 12 en periférico (41%) y 1 en un catéter central de inserción periférica (3%). Etiología: 12 episodios por *S. aureus* (3 SARM), 12 por *S. plasmocoagulasa* negativo (11 *S. epidermidis*), 1 por *C. albicans*, 3 por enterobacterias (2 *Citrobacter*, 1 *Citrobacter* + *Klebsiella*), 1 por *S. viridans* (tabla). Incremento de coste relacionado con el consumo de antibióticos por BRC superior a 18.000 euros.

Discusión. La BRC es una constante en nuestros hospitales destacando últimamente un aumento de los episodios causados por *S. aureus* originado en catéter periférico e importantes complicaciones asociadas. Ello probablemente sea debido al menor control de estos dispositivos, su uso indiscriminado, abusivo y prolongado, y a la ausencia de una sistemática de uso y manipulación como se establece para catéteres centrales.

Conclusiones. Es necesaria una formación continuada sobre normas de actuación consensuadas e incidir en la valoración diaria de la necesidad del catéter a fin de obviar su uso innecesario.

Tabla 1 (A-47).

Comorb. (n/%)	Periférico (n = 12)	Central (n = 17)	p
EPOC	2 (16,66%)	4 (23,5%)	0,513
IC	2 (16,66%)	2 (11,76%)	0,556
Neoplasia	2 (16,66%)	4 (23,5%)	0,513
IRC	1 (8,33%)	2 (11,76%)	0,633
CH	1 (8,33%)	1 (5,88%)	0,665
DM	3 (25%)	2 (11,76%)	0,329
Mortalidad hosp	2 (16,66%)	3 (17,6%)	0,670
Complicaciones sépticas	2 EI (16,66%) 1 Infección by pass (8,33%) 1 trombosis (8,33%)	2 EI (11,76%)	0,172
Etiología			0,05
<i>S. aureus</i>	7 (58,33%)	5 (29,4%)	
SPCN	3 (25%)	9 (52,9%)	
Enterobacterias	2 (16,66%)	1 (5,88%)	

A-48

MENINGITIS INFECCIOSA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

M. Ledo Laso¹, S. Castellanos Viñas¹, A. Morán Blanco¹, D. Carriedo Ule², F. Mourad¹, M. Liñán Alonso¹, I. Muínelo Voces¹ y E. Fernández Pérez¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Cuidados Intensivos. Complejo Asistencial de León. León.

Objetivos. Analizar los casos de meningitis en un servicio de cuidados intensivos de un hospital de tercer nivel durante un período de 4 años, con especial atención a la epidemiología, etiología y complicaciones.

Material y métodos. Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo sobre pacientes con el diagnóstico de Meningitis en el área sanitaria de León, que precisaron ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos del Complejo Asistencial de León, durante el período de enero de 2005 a junio de 2009. Los datos se obtuvieron a partir de la base de datos existente en la UCI del Hospital de León, mediante revisión de historias clínicas y elaboración de un protocolo de recogida de datos con múltiples variables: de filiación, epidemiológicas, antecedentes patológicos, servicio de procedencia, manifestaciones clínicas, tiempo de evolución, exploración física, datos de laboratorio y microbiológicos, pruebas de imagen, tratamiento, complicaciones, evolución y estancia. Estos datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS 15.0 versión Windows.

Resultados. Se analizaron un total de 35 pacientes con el diagnóstico de meningitis, un 54,3% varones. La media de edad fue de 51,1 años. El 54,3% de los pacientes procedía del Servicio de Urgencias y el 15% del Servicio de Medicina Interna. Un 77% del total fueron casos de meningitis aguda. La mayoría de origen bacteriano (71,4%), el 11,4% de origen vírico, no llegando al diagnóstico en el resto de los casos. Se ha empleado tratamiento corticosteroide en las 2/3 partes de los pacientes. Ha habido 4 casos de sepsis y 2 casos de shock séptico de origen meningocócico. La mortalidad observada fue del 8,6% (3 pacientes). La estancia media en UCI ha sido de 12 días y la estancia media hospitalaria de 32 días.

Discusión. Las infecciones del sistema nervioso central constituyen en ocasiones una verdadera emergencia médica, requieren un adecuado diagnóstico de sospecha y un manejo precoz. Su epidemiología ha sufrido un cambio con el desarrollo de vacunas eficaces. El cultivo de LCR continúa siendo una herramienta diagnóstica fundamental, a pesar de la demora diagnóstica que puede conllevar en determinados casos. La corticoterapia coadyuvante ha demos-

trado un beneficio en cuanto al pronóstico y mortalidad de estos pacientes.

Conclusiones. La meningitis continúa siendo un motivo frecuente y grave de ingreso en UCI, requiere una atención inmediata para reducir complicaciones y secuelas. La incidencia de meningitis meningocócica es elevada en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos, equiparándose a las neumocócicas, con una evolución más tórpida y un pronóstico más desfavorable. La tasa de complicaciones tanto sistémicas como neurológicas en las meningitis que precisan manejo intensivo es alta, sin embargo la mortalidad objetivada en estos pacientes es baja. Se debería disponer de técnicas rápidas de diagnóstico etiológico, como la PCR en tiempo real, que permitan instaurar un tratamiento específico con prontitud.

A-49 ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE ADENITIS TUBERCULOSA EN EL ÁREA DE SALUD DE TOLEDO

M. Toledano Sierra¹, M. Núñez Gómez-Álvarez¹,
M. Flores Chacartegui¹, M. Martín-Toledano Lucas¹,
M. Salas Cabañas², M. Díaz Sotero¹, C. Vélez Pérez¹
y J. Bayona León¹

¹Medicina Interna. Hospital Virgen de la Salud. Toledo. ²Medicina Interna. Hospital Gutiérrez Ortega. Valdepeñas (Ciudad Real).

Objetivos. Descripción clínico-epidemiológica de la tuberculosis ganglionar en el área de Salud de Toledo durante 3 años.

Material y métodos. Se realizó un estudio retrospectivo de pacientes diagnosticados de TBC activa y latente en el área de Salud de Toledo entre los meses de enero de 2005 y diciembre de 2007, buscados a través del laboratorio de anatomía patológica y microbiología, recogiendo de las historias clínicas datos demográficos, clínicos y diagnósticos de la enfermedad.

Resultados. Se registraron 131 casos de tuberculosis, de las cuales 36 (27,5%) fueron extrapulmonares y de éstas 9 correspondían a adenitis tuberculosa (6,9% del total tuberculosis y el 25% de las formas extrapulmonares). Durante el 2005 y 2006 no se declaró ningún caso, siendo todos registrados en el 2007. La incidencia en ese año fue de 1,4 casos por 100.000 habitantes y 2,9 casos por cada 100.000 mujeres, en la provincia de Toledo. La edad mediana fue de 51,5 años, siendo el 100% mujeres. El 62,5% fueron de nacionalidad española; entre los inmigrantes el 66% procedían de Rumania y el resto de Marruecos. De los factores de riesgo analizados se obtuvieron los siguientes resultados: VIH 33,3%, alcoholismo 33%, usuarios de drogas por vía parenteral 33,3%, indigencia 44,4%, institucionalizado en prisión 44,4%. Las manifestaciones sistémicas más frecuente fueron tos y fiebre, simultáneamente en el 11,1%. Se obtuvieron cultivos positivos en el 60% de los casos, siendo todos los casos producidos por *M. tuberculosis*. La anatomía patológica fue compatible en el 66,7%. El 87,5% de los pacientes recibieron la pauta convencional de tratamiento y en el 12,5% fue sustituida la piracinamida por estreptomycin. El 100% completo el tratamiento.

Discusión. La adenitis tuberculosa supone la manifestación más frecuente de tuberculosis extrapulmonar, representando aproximadamente el 50% de los casos. Los gérmenes más frecuentemente aislados son, en el siguiente orden: *M. tuberculosis*, *M. bovis* y *M. africanum*. La edad de presentación más habitual se sitúa entre la tercera y cuarta década de la vida, con predominio en el sexo femenino. La inmigración supone un importante factor de riesgo añadido. El 80% de los casos se presenta en forma de adenopatías cervicales o supraclaviculares, encontrándose afectación sistémica en menos de un 20% de los pacientes inmunocompetentes. El diagnóstico se establece analizando el material obtenido mediante PAAF/biopsia. En hasta el 50% de los casos se observan BAAR, siendo los cultivos positivos entre el 70 y el 80%. El Mantoux generalmente es positivo, aunque puede ser negativo en pacientes infectados por

el VIH. La pauta antibiótica se compone de dos meses de tratamiento con 4 fármacos, continuando con IHN y RMP otros cuatro meses hasta completar un total de seis.

Conclusiones. La edad de predominio es más alta que la descrita (quinta década de la vida), siendo ausente su presentación en hombres. El resto de factores de riesgo permanece, siendo destacable la inmigración. En nuestra serie llama la atención la presencia de un porcentaje menor de formas extrapulmonares en forma de adenitis tuberculosa, no existiendo ninguna bacteria diferente al *M. tuberculosis*.

A-50 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL ÁREA DE SALUD DE TOLEDO

A. Blanco Jarava¹, M. Díaz Sotero², S. Moreno Guillén³
y J. González Moraleja⁴

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo). ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Salud. Toledo. ³Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Tres Culturas. Toledo.

Objetivos. Describir las características epidemiológicas de los pacientes diagnosticados de tuberculosis pulmonar en el área de salud de Toledo.

Material y métodos. Se ha realizado un estudio observacional, retrospectivo de todos los casos de tuberculosis pulmonar diagnosticados en el área de salud de Toledo, durante un período de 6 años (1 de enero de 2004-31 de diciembre 2009). La población a estudio se ha definido como todos los pacientes con cultivo de esputo, lavado broncoalveolar, aspirado bronquial o jugo gástrico positivo para *Mycobacterium tuberculosis*.

Resultados. El 79,6% de los casos eran varones y el 20,4% eran mujeres. La edad media (\pm DT) fue de 46,41 (\pm 21,57) años. La mediana fue 40,5 años. Por grupos de edad, la mayor tasa de incidencia se registró en el grupo de edad comprendido entre los 75 y los 79 años (26,56 casos/100.000 habitantes). Se analizaron los factores de riesgo en cada uno de los casos. El 59,2% eran fumadores/exfumadores. El 6% eran VIH+. Un 9% ya habían sido diagnosticados con anterioridad de tuberculosis, y en el 6,5% estaba documentado haber recibido un tratamiento antituberculoso correcto.

Discusión. En la población de nuestro estudio, la tuberculosis pulmonar ha sido más frecuente en varones. Este resultado se reproduce en todas las series estudiadas a nivel mundial y se explica, fundamentalmente, por los diferentes hábitos sociales de cada sexo. Por grupos de edad, se observó una distribución asimétrica, con un pico de incidencia de tuberculosis pulmonar entre los 25 y los 39 años y otro pico de casos entre los 75 y los 79 años. Generalmente, el pico de incidencia que tiene lugar en los mayores de 75 años suele corresponder a la población autóctona, por reactivación endógena de infección antigua; y el pico de incidencia que tiene lugar en la gente joven suele corresponder a la población inmigrante y a la población VIH+. El factor de riesgo más frecuente en la población de nuestro estudio fue el tabaquismo. Destacar que la mayoría de los casos de tuberculosis pulmonar eran casos nuevos y que sólo en el 6,5% de los casos se constató haber recibido tratamiento antituberculoso previo.

Conclusiones. 1. La tuberculosis pulmonar, al igual que se describe en la mayoría de series de la literatura, ha sido más frecuente en varones. 2. De modo preocupante, más de la mitad de los casos han tenido lugar en el grupo de edad joven comprendido entre los 20 y los 39 años. 3. La mayor incidencia de tuberculosis pulmonar se ha registrado en el grupo de edad comprendido entre los 75 y los 79 años. 4. Se ha observado una baja tasa de tuberculosis pulmonar

en población infantil, debido a la escasa documentación microbiológica de la tuberculosis en este grupo de edad.

A-51 AISLAMIENTOS RESPIRATORIOS DE *ASPERGILLUS* EN UN HOSPITAL TERCIARIO

O. Ateka¹, X. Beristain², M. Arteaga³, V. Jarne³, R. Campos⁴, M. Mellado¹, L. Torroba² y V. Acha¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología. Hospital Virgen del Camino. Pamplona/Iruña (Navarra).

³Servicio de Medicina Interna. Hospital García Orcoyen. Estella/Lizarra (Navarra). ⁴Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Calahorra. Calahorra (La Rioja).

Objetivos. Describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con aislamientos de *Aspergillus* en muestras respiratorias recogidas durante 4 años en un hospital terciario.

Material y métodos. Estudio retrospectivo realizado en un hospital terciario de 500 camas que no dispone de servicio de Oncología y en el que no se realiza trasplante de médula ósea. Se recogieron datos microbiológicos, clínicos y epidemiológicos de los pacientes con aislamientos respiratorios positivos para *Aspergillus* (esputo, BAS y BAL) detectados en el laboratorio de Microbiología de dicho hospital durante el período 2004-2007 (ambos inclusive).

Resultados. Se procesaron 5.765 muestras respiratorias, de las cuales 510, el 8,85% (esputos 86,9%, BAS/BAL 13,1%) resultaron positivas para *Aspergillus* (5,8 muestras/1.000 ingresos). Estas muestras pertenecían a 275 pacientes. El 44,7% (123) de los pacientes presentó sólo un esputo positivo (a la mitad de los mismos no se les recogió otra muestra), el 34,5% (95) presentó 2 o más esputos positivos, y en el 20,8% (57) se obtuvo BAS/BAL positivo. Tan sólo 4 pacientes (1,5%) fueron diagnosticados por muestra histológica. Las diferentes especies de *Aspergillus* aisladas fueron: *A. fumigatus* 221 (43,3%), *A. niger* 58 (11,4%), *A. flavus* 22 (4,3%), y otras especies (o no identificadas) 266 (55,2%). En las muestras respiratorias de estos pacientes, además de *Aspergillus*, se detectaron otros gérmenes asociados como: 25,7% *Cándida*, 12,2% *P. aeruginosa*, 4,6% SAMR y en el 2,8% alguna *mycobacteria*. La mayoría de los pacientes eran hombres (70,5%) y la edad media fue de 68,3 años. El 71,27% (196) de los pacientes presentaba alguna patología respiratoria crónica (46,2% EPOC, 19,3% bronquiectasias, 33,8% otras), el 13,8% (38) tenía diabetes mellitus, el 3,3% (9), etilismo, el 1,1% (3), había sido transplantado y el 19,3% (53) padecía otras patologías. En cuanto al servicio clínico de origen la distribución fue la siguiente: Neumología 44,7% (123), Medicina Interna 34,9% (96), UCI 10,5% (29), Hematología 4,4% (13), y Pediatría 3,6% (10).

Discusión. La aspergilosis sigue siendo una de las infecciones fúngicas emergentes más importantes de los últimos años, sobre todo en inmunodeprimidos. Su implicación en infecciones de pacientes no neoplásicos y/o hematológicos todavía no ha sido definida del todo. A pesar del diseño retrospectivo, pensamos que los 275 pacientes incluidos pueden aportar una buena aproximación a la realidad de dicha población. Los datos epidemiológicos más destacables nos dejan entrever el tipo de paciente incluido, que son: predominio de sexo masculino, con enfermedades respiratorias crónicas, y edad media avanzada. El alto porcentaje de pacientes con un solo esputo positivo (44,7%) hace patente la alta tasa de contaminación de muestras y/o colonización de la vía respiratoria.

Conclusiones. La incidencia de aislamientos de *Aspergillus* en muestras respiratorias entre los pacientes con patologías respiratorias crónicas no es desdeñable. Dichas patologías son característicamente predominantes en la población presentada. Son necesarios más datos sobre la implicación de este germen en lo que al diagnóstico y tratamiento de estos pacientes se refiere.

A-52 NEUMONÍA NOSOCOMIAL EN EL PACIENTE NO VENTILADO

A. Rivera Austrui, N. Costa Rosell, A. García Hinojo, A. García Flores, A. Zamora Cervantes y R. Massa Puig

Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de Blanes. Blanes (Girona).

Objetivos. Nuestro objetivo es analizar de forma retrospectiva el perfil de pacientes con neumonía nosocomial (NN) en el servicio de Medicina Interna de un hospital comarcal.

Material y métodos. Revisión de las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de neumonía nosocomial en los años 2006, 2007 y 2008. Criterios de inclusión: altas del Servicio de Medicina interna con código de neumonía en posición secundaria o código de neumonía en diagnóstico principal si existía ingreso en los últimos 15 días, Hospital Comarcal de Blanes, desde el servicio de Medicina Interna.

Resultados. Se han identificado un total de 12 neumonías en 12 pacientes que cumplían criterios de NN, 10 varones y 2 mujeres, con edad media de 75.8 años (57-92); el 50% eran mayores de 80 años. Incidencia de 2,3 × 1.000 ingresos. En 7 casos el motivo de ingreso fue la NN adquirida en un ingreso previo. Comorbilidad: diabetes mellitus: 2/12, hipertensión arterial: 4/12; el 50% tenían un proceso neoplásico de base, se documentó en la historia clínica la presencia de disfagia en 5/12. 9/12 habían recibido tratamiento previo con corticoides. 8 de los 12 pacientes estaban encamados en los días previos. A destacar que sólo 3/12 cumplieron criterios de gravedad. Se obtuvo diagnóstico microbiológico en 3 ocasiones de las 9 en las que se realizó estudio: *P. aeruginosa*, *S. pneumoniae* y SARM. El antibiótico empírico inicial fue: imipenem en 5/12, levofloxacino 3/12, amoxicilina-ácido clavulánico en 2/12, claritromicina 2/12. Cambio antibiótico por criterios de fracaso en 3 pacientes de los que 2 fallecieron. La estancia media fue de 17,7 días y la mortalidad directamente relacionada fue del 16.6%.

Discusión. La neumonía nosocomial ocupa el tercer lugar de las infecciones adquiridas en el hospital representando un 10,1% de los casos registrados en el estudio de prevalencia de la infección nosocomial en España (EPINE) del año 2009. Se asocia a una mortalidad elevada que oscila entre el 25-50%, el principal factor de riesgo relacionado es la ventilación mecánica, pero también existen otros como son la microaspiración, enfermedades de base y tratamientos inmunosupresores previos. Es importante que cada hospital conozca su incidencia y las características clínico-epidemiológicas para poder definir protocolos terapéuticos y medidas preventivas.

Conclusiones. La incidencia de NN en nuestro servicio ha resultado similar a otros estudios. Los factores de riesgo más destacados han sido la edad avanzada, el tratamiento previo con corticoides, la enfermedad neoplásica y la disfagia. Se ha podido determinar el agente etiológico en un escaso número de casos. La mortalidad encontrada se sitúa en el rango referido en la literatura.

A-53 FACTORES DE RIESGO DE ASPERGILLOSIS PULMONAR EN PACIENTES CON PATOLOGÍA RESPIRATORIA CRÓNICA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

O. Ateka¹, X. Beristain², V. Jarne³, M. Arteaga³, R. Campos⁴, M. Areses¹, L. Torroba² y V. Acha¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología. Hospital Virgen del Camino. Pamplona/Iruña (Navarra). ³Servicio de Medicina Interna. Hospital García Orcoyen. Estella/Lizarra (Navarra). ⁴Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Calahorra. Calahorra (La Rioja).

Objetivos. Estudio de posibles factores predictivos para desarrollar Aspergilosis Pulmonar Invasiva (API) en pacientes con aislamiento de *Aspergillus* en muestras respiratorias.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de revisión de la historia clínica de todos los pacientes con aislamientos respiratorios positivos para *Aspergillus* detectados durante 2004-2007 (ambos inclusive) en el laboratorio de Microbiología de un hospital terciario de 500 camas que no dispone de servicio de Oncología y en el que no se realiza trasplante de médula ósea. Se recogieron datos microbiológicos, analíticos, epidemiológicos, clínicos y radiológicos. En base a los parámetros de clasificación utilizados por otros autores, los casos se agruparon según la probabilidad de API, de la siguiente forma: si presentaban clínica, hallazgos radiológicos y tratamientos inmunosupresores (incluido corticoides) al recoger el esputo o BAS positivo se consideró de alta probabilidad, mientras que si no cumplían lo anterior se consideró de baja probabilidad. Los datos se analizaron utilizando análisis univariante y regresión logística multivariante incluyendo mortalidad y antibióticos-ingresos previos.

Resultados. Durante el período mencionado, se registraron 510 aislamientos positivos para *Aspergillus* (8,85% de las 5.765 muestras respiratorias procesadas) de un total de 275 pacientes. De los factores recogidos, vemos que el haber estado previamente ingresado o haber tomado tandas previas de antibióticos es el único factor asociado a una mayor probabilidad de API. Igualmente, se evidencia una mayor mortalidad en el grupo de alta probabilidad. Por último, destacar que factores como la malnutrición y el tratamiento antifúngico específico no presentan diferencias entre los grupos de alta y baja probabilidad de API.

Discusión. Son pocos los trabajos que analizan las infecciones respiratorias por *Aspergillus* en pacientes no onco-hematológicos y los posibles factores implicados. En este estudio, la mayoría son hombres (70,5%) con una edad media de 68 años, con alguna patología respiratoria crónica (71,3%). El 34,2% estaba en tratamiento con corticoides y el 27,8% había sufrido ingresos previos y/o había tomado tandas antibióticas previas. El 51,3% no presentaba alteraciones en la Rx tórax. Dadas las pocas TC-tórax realizadas no es posible sacar conclusiones de las mismas. Son varias las interpretaciones posibles de que la malnutrición y el tratamiento antifúngico específico no presenten diferencias entre los grupos; en cuanto a la malnutrición, su alta incidencia en pacientes hospitalizados podría justificarlo; en cuanto al tratamiento antifúngico, la falta de criterios clínico-radiológico-microbiológicos y de momento de inicio del mismo podría ser una de las razones para estos resultados.

Conclusiones. En una población con predominio de patología respiratoria crónica, además del tratamiento con corticoides, el haber sufrido 2 o más ingresos en los 3 meses previos al aislamiento o haber recibido 2 o más tandas antibióticas durante el último mes aumentan la probabilidad calculada para API, lo que se relaciona con mayor mortalidad.

**A-54
TERAPIA ANTIBIÓTICA EMPÍRICA INADECUADA
Y MORTALIDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS
POR INFECCIÓN URINARIA**

A. Esparcia, A. Artero, M. Balaguer, C. Mar, A. Atienza, M. Madrazo y M. Candel

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Objetivos. Conocer la proporción de casos de ITU grave que reciben TAEI y sus características clínico-microbiológicas. Valorar la influencia del TAEI sobre la mortalidad relacionada con la infección.

Material y métodos. Estudio transversal prospectivo de los pacientes cuya causa principal de ingreso en un Servicio de Medi-

cina Interna fue ITU. Período de estudio: octubre de 2008 a mayo de 2010. Sólo se incluyeron los casos con urocultivo positivo. Se consideró TAEI cuando un paciente no recibía tratamiento antibiótico eficaz según el antibiograma, en el momento en que se recibió los resultados microbiológicos. Los datos clínicos, epidemiológicos y microbiológicos se recogieron de forma protocolizada. Los resultados se analizaron con el programa estadístico SPSS.

Resultados. De un total 185 casos de ITU procedentes de la comunidad (incluidos casos asociados con cuidados sanitarios), 65% fueron mujeres, con edad media de 78,5 ± 12,2 años. Presentaron: antecedente de uso previo de antibióticos 81/185 (44%); ingreso previo 84/185 (45%); ITU recurrentes 46/185 (25%); sondaje urinario permanente 48/185 (26%); diabetes mellitus 66/185 (35%); insuficiencia renal crónica 27/185 (15%) e incontinencia urinaria 92/185(50%). Recibieron TAEI 44 casos (24%). La mortalidad global fue 9,2% y la relacionada con la infección 6,5%, relacionándose esta última con Índice de McCabe 2 y 3 (p = 0,01), APACHE > 15 al ingreso (p = 0,001) y TAEI (p = 0,038). La distribución de TAEI según etiología fue: *Escherichia coli* 32/143 (22%), *Klebsiella pneumoniae* 6/21 (28%) y *Enterococcus faecalis* 6/15 (40%) (p = 0,029).

Conclusiones. Uno de cada cuatro pacientes con ITU recibió TAEI, y este último se asoció a ingreso previo reciente, uso de antibiótico e infecciones de repetición. Las ITU que recibieron TAEI tuvieron mayor mortalidad.

**A-55
LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN UN HOSPITAL
DE MEDIA-LARGA ESTANCIA**

A. Orive Brea, F. Collado Nicolás, C. Larrodé Pellicer e I. Alfaro Águila-Real

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Leza. Laguardia (Álava).

Objetivos. Objetivo primario: conocer la incidencia de infección nosocomial en un hospital tipo de media-larga estancia. Objetivos secundarios: conocer qué tipos de infección/es nosocomial/es son los más incidentes en la práctica clínica diaria; conocer cuáles son los principales factores de riesgo intrínsecos implicados en este tipo de infecciones.

Material y métodos. Material: para realizar el estudio se han utilizado las fichas de recogida de datos de la Comisión INOZ, de todos los pacientes dados de alta de nuestro Hospital en el período enero-abril de 2010 (ambos inclusive). Un total de 115 fichas, que equivalen a 115 altas: 62 hombres y 53 mujeres, con una edad media de 73,9 años. Método: se trata de un estudio de incidencia, observacional y descriptivo.

Resultados. Tasas de incidencia de Infección Nosocomial: 1. Incidencia acumulada de pacientes con infección nosocomial 13,91%. 2. Incidencia acumulada de infecciones nosocomiales 22,61%. Distribución de infecciones: 1. Infección Respiratoria Baja 25,8%, 2. Infección urinaria 25,8%, 3. Infección piel/partes blandas 19,3%, 4. Infección mucosas 16,1%, 5. Bacteriemia 9,6%, 6. Neumonía 3,2%. Factores de Riesgo intrínsecos: 1. 61% desnutrición. 2. 38% diabetes mellitus, 3. 15% inmunodepresión.

Discusión. Actualmente, según la literatura, y a pesar de la heterogeneidad de los estudios, se estima una densidad de incidencia de infección nosocomial en hospitales de media-larga estancia en torno a 0,2-0,7 × 100 pacientes/día. Los estudios de incidencia, dentro del plan de vigilancia epidemiológica, son necesarios, para minimizar la infección nosocomial, la cual está implicada en un alto coste socio-sanitario y humano.

Conclusiones. 1. En nuestro hospital las tasas de incidencia de infección nosocomial se corresponden con los datos de la literatura.

2. Las infecciones nosocomiales más incidentes en nuestro hospital son la infección del tracto urinario y la respiratoria inferior. 3. La gran mayoría de nuestros pacientes están desnutridos.

A-56

INFECCIONES URINARIAS EN LA COMUNIDAD

C. de la Torre Solís¹, J. Lomeña Villalobos¹, M. Guil García², S. Martín Alarcón¹, M. Martín Beltrán¹, C. Perpiñá Fortea¹, P. Almagro Martín-Lomeña¹ y C. San Román y Terán²

¹UGC Torre del Mar, ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga.

Objetivos. Conocer los aspectos epidemiológicos y clínicos de las infecciones urinarias en la comunidad de la población de la Axarquía.

Material y métodos. Estudio retrospectivo en el que se analizan los uropatógenos aislados en los pacientes con infección del tracto urinario bajo, adquirida en nuestra comunidad del área sanitaria entre los meses de enero y junio de 2008, de pacientes de ambos sexos y todas las edades, con confirmación microbiológica y antibiograma convencional. Se realiza el análisis estadístico con SPSS v.15.0.

Resultados. Se analizaron 854 urocultivos de 765 pacientes. 668 (78,2%) en mujeres (edad media 50 años) y 186 (21,8%) en hombres (edad media 57 años). 28 muestras (3,3%) se tomaron por sondaje. 70 casos (9,1%) con más de un urocultivo positivo. La incidencia de bacterias fue *E. coli* 558 (65,3%), no *E. coli* 296 (34,7%): [*Klebsiella* spp 95 (11,1%), *Proteus* spp 59 (6,9%), *Enterococo faecalis* 45 (5,3%), *Estafilococo* spp 22 (2,6%), *Citrobacter* spp 18 (2,1%), *Enterobacter* spp 16 (1,9%), *Pseudomona* spp 15 (1,8%), *Morganella* spp 10 (1,2%), *Serratia* spp 7 (0,8%), *Streptococo agalactiae* 7 (0,8%), otros 2 (0,2%)]. Los gérmenes productores de beta lactamasas estaban presentes en 28 (4,6%). La sensibilidad de los antibióticos más usados era amoxiclavulánico 75,3%, ampicilina 32,9%, cefuroxima axetilo 80,1%, ciprofloxacino 78,8%, fosfomicina 88,1%, nalidixico 67,4%, nitrofurantoina 74,9%, trimetropín 66,3% de forma general. La incidencia de los gérmenes se modificaba en función del sexo: en la mujer el *E. coli* era de 68,6% y en la del varón 53,8% ($p = 0,0001$) así como las sensibilidades a antibióticos: amoxiclavulánico: mujer 79,4% varón 59,4% ($p = 0,0001$); cefuroxima: mujer 83,3% varón 68,6% ($p = 0,0001$); ciprofloxacino: mujer 81,2% varón 69,9% ($p = 0,001$); nalidixico: mujer 70,9% varón 53,9% ($p = 0,0001$); TMP/SMX: mujer 69,1% varón 56,7% ($p = 0,002$); ampicilina mujer 34,5% varón 27% ($p = 0,03$), no existiendo diferencias por sexo para la fosfomicina y la nitrofurantoina. En el grupo de edad < 14 años la sensibilidad para la fosfomicina en la mujer era de 94,3% y 76,5% en hombre ($p = 0,05$) y el amoxiclavulánico (83,3% mujer, 55,6% hombre, $p = 0,02$). Entre 15-40 años hay diferencias en la cefuroxima (mujer 86,1% hombre 65,0% $p = 0,025$), ciprofloxacino (mujer 96,1%, hombre 71,4% $p = 0,001$), nalidixico (mujer 91,9%, hombre 41,2%, $p = 0,0001$), TMP/SMX (mujer 75,9%, hombre 50%, $p = 0,017$). Entre 40-65 años la diferencias son para TMP/SMX (mujer 74,1%, hombre 48,1%, $p = 0,001$), nalidixico (mujer 71%, hombre 53,3%, $p = 0,032$), fosfomicina (mujer 93%, hombre 80,4%, $p = 0,014$), amoxiclavulánico (mujer 79,1%, hombre 58,7%, $p = 0,005$). Para > 65 años hay diferencias para amoxiclavulánico (mujer 78,8%, hombre 60%, $p = 0,001$), cefuroxima (mujer 78,5%, hombre 62,4%, $p = 0,003$).

Conclusiones. El *E. coli* es el germen más frecuente para las infecciones urinarias para ambos sexos, pero la incidencia y sensibilidades a los antibióticos se van modificando a lo largo de la vida y son diferentes para hombres y mujeres. La realización de un modelo predictivo que tenga en cuenta además otros factores predisponentes a infecciones urinarias, mejoraría la eficiencia en los

tratamientos empíricos y disminuiría las resistencias de los gérmenes a los antibióticos.

A-57

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO DE LA ENFERMEDAD DE LYME EN UN ÁREA NO ENDÉMICA: DESCRIPCIÓN DE CASOS Y VALOR DE LA SEROLOGÍA

B. Alcaraz Vidal, E. Peñalver González, M. Alcalde Encinas, A. Rodríguez Pavía, G. Tornel Sánchez, J. Vega Cervantes, A. Moreno Hernández y A. Jimeno Almazán

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

Objetivos. 1.- Conocer las características clínico-epidemiológicas de los casos de Enfermedad de Lyme (EL) diagnosticados en nuestro hospital, perteneciente a un área no endémica para dicha borreliosis; y 2.- Determinar el valor diagnóstico de la serología de *Borrelia* en nuestro medio.

Material y métodos. Análisis descriptivo retrospectivo de los casos con el diagnóstico al alta de EL en el Hospital General Universitario Santa María del Rosell (Cartagena), con un área de unos 200.000 habitantes y situado en el sureste español, que no se trata de una zona endémica para dicha borreliosis. El periodo estudiado ha sido de 6 años (mayo 2004 a mayo 2010). Asimismo se han cuantificado las serologías para *Borrelia burgdorferi* realizadas y revisado de manera retrospectiva las historias clínicas de los pacientes con IgM positiva.

Resultados. Durante el periodo de estudio se han detectado en nuestro hospital 4 casos con clínica compatible y serología positiva para *B. burgdorferi*, 2 varones y 2 mujeres. Las edades son 14, 37, 40 y 78 años. En sólo uno existe el antecedente conocido de picadura de garrapata, con residencia en ambiente rural. Las manifestaciones clínicas principales son la monoartritis (2 casos) y poliartalgias (2 casos), con presencia de cuadro general y febrícula en el 100%. Un caso ha presentado alteraciones de la marcha. Existe lesión cutánea compatible con eritema migrans en el 50% (2 casos). La serología es positiva en todos los casos, con ausencia de marcadores de enfermedad reumatológica u otras serologías positivas que apunten a posible reacción cruzada. Todos los casos han curado sin recidiva, con doxiciclina o ceftriaxona. Asimismo, y con la finalidad de conocer la incidencia de EL en el área sanitaria de Cartagena, fueron cuantificadas las serologías para *B. burgdorferi* realizadas durante el periodo 2004-2008, recopilando los pacientes con IgM positiva y revisando sus historias clínicas de manera retrospectiva. Resultaron positivas 35 de las 936 serologías solicitadas (3,7%), cumpliendo criterios diagnósticos sólo 3 pacientes (8,5%). La mayoría de las peticiones procedieron de los servicios de Neurología (54%), UCI (7%) y Medicina Interna (5%).

Discusión. La enfermedad de Lyme es una zoonosis causada por espiroquetas del complejo *Borrelia burgdorferi* sensu lato y transmitida por picadura de garrapata, sobre todo de la especie *Ixodes ricinus* en Europa. Produce manifestaciones dermatológicas, reumáticas, neurológicas y cardíacas, siendo la lesión más específica el eritema crónico migratorio. Su diagnóstico es complejo, pues la serología por sí sola no es diagnóstica además de presentar múltiples reacciones cruzadas. En nuestro país se considera endémica en determinadas regiones de la cornisa cantábrica, mientras que en otras comunidades la seroprevalencia es muy baja.

Conclusiones. 1. La EL es muy infrecuente en nuestro área, siendo la manifestación clínica más frecuente la artritis. 2. En áreas no endémicas como la nuestra, el valor de la serología decae significativamente por lo que su solicitud rutinaria no se justifica debido a la dificultad en la interpretación de resultados.

A-58 BROTE DE BACTERIEMIA POR *PSEUDOMONAS AERUGINOSA* EN UNA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA

B. Alcaraz Vidal¹, M. Alcalde Encinas², A. Gómez Martínez-Iglesias², E. Peñalver González¹, A. Rodríguez Pavía¹, G. Tornel Sánchez¹, J. Vega Cervantes¹ y A. Moreno Hernández¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Equipo de Control de Infección Nosocomial. Hospital General de Área Santa María del Rosell. Cartagena (Murcia).

Objetivos. Describir un brote de bacteriemia (B) por *Pseudomonas aeruginosa* (PA) acontecido recientemente en la Unidad de Cardiología del Hospital Santa María del Rosell, así como la intervención del Equipo de Control de Infección Nosocomial (ECIN), destacando su importancia en la detección y control de brotes hospitalarios.

Material y métodos. Estudiamos el brote nosocomial de B por PA detectadas durante un período de un mes (23 de febrero-18 de marzo de 2010). Nuestro ECIN realizó un estudio clínico de los casos y un estudio ambiental para determinar el foco de origen. En el estudio clínico se recogieron las variables: edad y género, diagnóstico de ingreso, posible foco, procedimientos y evolución. En el estudio ambiental fueron analizadas: soluciones hidroalcohólicas y antisépticas empezadas, frascos de heparina -tanto cerrados como empezados y diluciones usadas-, muestras de piel peripunción de todos los pacientes de la planta portadores de vía venosa periférica (VVP) (20), eles de ecocardiograma, apósitos y cartuchos de telemetría, y diversas muestras (fregadores, dosificadores y mostrador). Fueron revisados los procedimientos de inserción y cuidados de VVP. Las cepas se enviaron al Centro Nacional de Microbiología (CNM). Asimismo se realizó una búsqueda retrospectiva de aislamientos de PA con igual antibiograma en el hospital desde febrero de 2010.

Resultados. Durante el período descrito se produjeron en la planta de Cardiología 5 casos de B y sepsis por PA con idéntico antibiograma y sensible a la mayoría de los antibióticos testados. Se realizó un estudio ambiental que no mostró aislamientos, y un estudio clínico de los casos. Se trata de 2 varones y 3 mujeres, con edad media de 76 años. Sus diagnósticos de ingreso: bigeminismo sintomático, angor hemodinámico, enfermedad del seno, FA rápida y edema agudo de pulmón. Todos portaban VVP en el momento de detección de la B -con signos de flebitis en 3-, y una de ellas con bomba de perfusión de heparina sódica. Los procedimientos recibidos: telemetría (3 casos), ecocardiograma (3), gammagrafía de V/P (2), coronariografía (1), inserción de marcapasos (1), y angioTAC (1). La evolución fue favorable en todos los pacientes excepto uno que requirió ingreso en UCI por empeoramiento de su patología de base. Se revisaron los procedimientos de inserción y cuidado de VVP en la Unidad; se realizaban diluciones de heparina en suero fisiológico inyectándose 1-2 cc para desobstruirlas. De las cepas enviadas al CNM (4), 2 fueron iguales (transmisión horizontal). Como hipótesis nos planteamos la contaminación de algún suero (dilución de heparina) que fuera el reservorio y se inoculara, a pesar de que en el muestreo de los sueros (4 de marzo) no se obtuvo crecimiento. En la búsqueda de aislamientos de PA se encontraron 2 casos (exudado y orina) sin B e ingresados en plantas diferentes. Tras incrementar las medidas de higiene general y del cuidado de las VVP sin realizar diluciones de heparina no han aparecido nuevos casos.

Discusión. La bacteriemia por PA se asocia al ingreso hospitalario y diversas manipulaciones como el catéter venoso. Es vital su precoz detección especialmente en el caso de brotes hospitalarios por su potencial diseminación horizontal.

Conclusiones. Describimos un brote de bacteriemia nosocomial por PA en probable relación a VVP. Las técnicas de asepsia durante su inserción y manipulación son fundamentales para evitar su aparición. La existencia de un ECIN es vital para la detección y control de brotes hospitalarios.

A-59 UNA VISIÓN RETROSPECTIVA SOBRE LOS 2 RECIENTES BROTES DE TULAREMIA EN CASTILLA Y LEÓN

S. Franco Hidalgo¹, J. Prieto de Paula², L. Nalotto², J. Martín Serradilla¹, E. Mayor Toranzo¹, S. Calzada Simón¹ y D. Serrano Herrero³

¹Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Palencia. Palencia. ²Servicio de Medicina Interna ³Servicio de MFyC. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Objetivos. La tularemia es una enfermedad ocasionada por *Francisella tularensis*, de distribución mundial y con mayor prevalencia en el hemisferio norte. Hasta 1997, España se había considerado prácticamente libre de la enfermedad; algo que hubo de modificarse tras los dos brotes (1997 y 2007) que ocurrieron en Castilla y León, donde se declararon 585 y 507 casos respectivamente. Con el presente trabajo se analizan, en especial, sus características clínico-epidemiológicas. Y ello, tanto por el volumen de afectados -que configura, hasta donde conocemos, los dos mayores brotes de tularemia-, como por sus peculiaridades clínico-epidemiológicas.

Material y métodos. Revisión de las características clínico-epidemiológicas de los dos recientes brotes de tularemia en Castilla y León. Se parte para ello tanto de la bibliografía sobre el particular como de los datos propios.

Resultados. El primer brote de tularemia afectó a 585 pacientes (con alguna variación, según la fuente) en la comarca de Tierra de Campos, entre el invierno y la primavera de 1997-98. El segundo brote ocurrió entre mayo y diciembre de 2007, y afectó a 507 pacientes de la misma zona. Según los criterios de los CDC, todos los casos del segundo brote fueron confirmados (91,5% serología, 5% cultivo, 3,5% PCR), mientras que en el primero de ellos, 127 casos fueron confirmados y 373 probables. En ambos supuestos el germen causal fue *Francisella tularensis* biovariedad holarctica. El primer brote, con predominio de mujeres (60,5%), estuvo ligado a la manipulación de liebres enfermas. El segundo afectó predominantemente a varones (80,1%) y se vinculó al ámbito rural, trabajos agrícolas, contacto con topillos, picaduras de artrópodos y manipulación de cangrejos. La presentación clínica se refleja en la tabla. La respuesta al tratamiento, mayoritariamente con ciprofloxacino (750 mg/12 horas/14 días), tetraciclinas o estreptomycinina, fue favorable en todos los casos.

Discusión. Se describen dos brotes epidémicos de tularemia que ilustran la distribución bimodal de la enfermedad, los diferentes mecanismos de transmisión y, en consecuencia, las diferentes formas clínicas de la misma.

Conclusiones. Se trata de los dos brotes de tularemia más numerosos; 2. Los distintos patrones de transmisión explican la distribución bimodal de la enfermedad y condicionan la forma clínica; 3. La susceptibilidad de padecer tularemia parece ligada especialmente a factores relacionados con la mayor o menor exposición al germen.

Tabla 1 (A-59). Formas clínicas

	Brote 1997/98	Brote 2007
Ulceroganglionar	324 (55,4)	74 (14,6)
Ganglionar	90 (15,4)	64 (12,6)
Tifoidea	41 (7,7)	299 (59)
Orofaringea	30 (5,1)	24 (4,8)
Pulmonar	26 (4,5)	40 (7,9)
Oculoganglionar	11 (1,9)	6 (1,2)

A-60 INGRESO EN MEDICINA INTERNA CON DIAGNÓSTICO DE ABSCESO HEPÁTICO. REVISIÓN DE LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

M. Alemán Valls, M. Martín González, J. Armas González, D. García Rosado, M. Alonso Socas, M. María José, R. Pelazas González y J. Gómez Sirvent

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

Objetivos. El absceso hepático representa un motivo de ingreso cada vez más frecuente con considerable morbi-mortalidad que ha disminuido en la actualidad tras la introducción de nuevas técnicas terapéuticas, como el drenaje percutáneo.

Material y métodos. Se recoge retrospectivamente 39 pacientes que ingresan en el Servicio de Medicina Interna del HUC a lo largo de diez años. Se analizan características clínicas y epidemiológicas como edad, sexo, riesgo cardiovascular, microbiología y tratamiento.

Resultados. La edad media fue de 58 años, con predominio masculino (75%). Con respecto al riesgo vascular sólo el 25,6% eran diabéticos, mientras que el 43,6% eran fumadores. Un 12,8% de los pacientes presentaba desnutrición moderada-grave. Se identificó puerta de entrada en el 36% siendo la más frecuente la entérica (25,6%) seguida de la biliar (12,8%) con embolismos sépticos en el 18% de los casos. El agente causal se aisló en el 51,3%, siendo *Klebsiella pneumoniae* el más frecuente (12,5%) seguida de gérmenes anaerobios, detectándose éstos fundamentalmente en hemocultivos. En el 51,3% de los casos el absceso fue único y mayor de 5 cm en el 66,7% con localización en lóbulo hepático derecho (56,4%). Respecto a la clínica un 38,5% presentó datos de sepsis grave o shock séptico. El 64% de los diagnósticos se realizó por ecografía y en la mitad de los casos se requirió drenaje percutáneo además del tratamiento médico. La combinación de antibiotioterapia más utilizada fue cefalosporinas de tercera generación y metronidazol; si se precisó ampliar cobertura antibiótica se pautó tobramicina. El ciprofloxacino fue el antibiótico que se prescribió con más frecuencia al alta. El tratamiento tuvo una duración media de 5 semanas. Tras un seguimiento de al menos 6 meses la mortalidad fue del 2,6% (1 caso).

Conclusiones. En nuestro estudio se observa mayor frecuencia de *Klebsiella pneumoniae* como agente causal lo que contrasta con la literatura revisada donde *E. coli* es la causa principal. Destacar también la baja mortalidad constatada, probablemente en relación con el porcentaje de cultivos positivos obtenidos lo que nos da la posibilidad de tratamiento según antibiograma.

A-61 IMPACTO DE LA PANDEMIA DE GRIPE A SOBRE LOS CASOS DE NEUMONÍA DE ADQUISICIÓN COMUNITARIA INGRESADOS EN UN HOSPITAL COMARCAL

M. Gómez Hernández, R. de la Rosa Morales y J. Delgado de la Cuesta

Servicio de Medicina. Hospital San Juan de Dios de El Aljarafe. Sevilla.

Objetivos. Estudiar si las características, manejo y evolución de los pacientes ingresados por neumonía en un hospital comarcal se han visto modificadas por la pandemia de gripe A.

Material y métodos. Estudio retrospectivo, descriptivo y comparativo de todos los pacientes ingresados en nuestro hospital con diagnóstico de neumonía durante los períodos del 1/09/2006 al 31/01/2007 y del 1/09/2009 al 31/01/2010 (período de pandemia de gripe A). El análisis de las variables cuantitativas se realizó mediante la U de Mann-Whitney y para las cualitativas la prueba de Chi-cuadrado.

Resultados. En el primer período ingresaron 2.574 pacientes en el servicio de Medicina; de ellos, 98 (3,81%) con diagnóstico de neumonía. En el período de pandemia ingresaron 2.329 pacientes, de los cuales 149 (6,4%) por neumonía; de ellos 19 (12,8%) tuvieron PCR positiva a virus de la gripe H1N1. Las características de ambas poblaciones y el análisis estadístico se muestran en la tabla. Al no encontrar diferencias estadísticamente significativas en el índice de severidad de CURB entre las dos poblaciones reanalizamos esta variable tras su categorización por la mediana ($p = 0,014$).

Discusión. Durante la pandemia de gripe A objetivamos un incremento en número de ingresos por neumonía, con un índice de severidad (FINE y CURB65) significativamente menores que en el primer período, aunque con similar mortalidad y recidiva durante el primer mes. Sin embargo, a pesar de una mayor búsqueda, no conseguimos llegar a un diagnóstico etiológico en más del 50% de los casos estudiados. Tuvimos evidencia de gripe H1N1 en 12,8% de los pacientes ingresos por neumonía durante el período de pandemia.

Conclusiones. El incremento de ingresos por neumonía durante la pandemia por gripe A no ha supuesto en nuestro centro un incremento en la mortalidad derivada de este proceso.

Tabla 1 (A-61).

	Período 1 (n = 98)	Período 2 (n = 149)	p
Varones [n (%)]	63 (64,3)	90 (60,4)	NS
Edad (mdn [RIQ])	75 (67-84)	71 (50-81)	0,002
FINE (mdn [RIQ])	4 (3-4)	3 (2-4)	< 0,001
CURB65mdn[RIQ]	2 (1-3)	2 (1-3)	NS
EPOC [n (%)]	41 (41,8)	23 (15,4)	< 0,001
Etiología [n (%)]	43 (43,9)	73 (49)	NS
Neumococo [n (%)]	35 (35,7)	38 (25,5)	0,058
Mortalidad [n (%)]	15 (15,3)	21 (14)	NS
Recidiva [n (%)]	6 (6,1)	8 (5,4)	NS

A-62 UTILIDAD DE LOS PREDICTORES DE MORTALIDAD EN PACIENTES INGRESADOS POR NEUMONÍA COMUNITARIA EN UN HOSPITAL COMARCAL

M. Gómez Hernández, R. de la Rosa Morales, C. Escorial Moya y J. Delgado de la Cuesta

Servicio de Medicina. Hospital San Juan de Dios de El Aljarafe. Sevilla.

Objetivos. Estudio de factores predictores de mortalidad en pacientes ingresados por neumonía de adquisición comunitaria.

Material y métodos. Realizamos un estudio descriptivo de las características basales de todos los pacientes ingresados en un hospital comarcal con diagnósticos de neumonía comunitaria (NC) en los períodos (1/09/2006- 31/01/2007) y (1/09/2009- 31/01/2010). El análisis de las variables cuantitativas se realizó mediante la U de Mann-Whitney y para las cualitativas la prueba de Chi-cuadrado. Las variables que alcanzaron significación estadística en el estudio univariado fueron incluidas en un modelo de análisis multivariado.

Resultados. Durante el período analizado ingresaron en nuestro centro hospitalario 247 sujetos por NC, de los cuales fallecieron 36 (14,6%). Las características clínico-epidemiológicas de la población se muestran en la tabla. Las tres variables incluidas en el modelo multivariado resultaron estadísticamente significativas [edad ($p = 0,031$), FINE ($p = 0,021$) y CURB 65 ($p < 0,001$)]. El índice de gravedad CURB65 obtuvo mayor coeficiente beta (0,42).

Discusión. La edad y los índices de severidad al ingreso (tanto FINE como CURB65) son predictores independientes de mortalidad por NC en nuestra población, comportándose el CURB65 como el predictor estadísticamente más potente.

Conclusiones. La inclusión de la escala CURB65 es recomendable en la valoración inicial del paciente que ingresa por NC.

Tabla 1 (A-62).

	Total NC (n = 247)	Fallecidos (n = 36)	p
Edad [Mdn (RIQ)]	73 (59-83)	86 (73-89)	0,024
Sexo varón [n (%)]	153 (61,9)	20 (55,6)	NS
FINE [Mdn (RIQ)]	3 (2-4)	5 (4-5)	< 0,001
CURB65Mdn(RIQ)	2 (1-4)	4 (3-4)	< 0,001
Etiología [n (%)]	116 (47)	20 (55,6)	NS
EPOC [n (%)]	64 (25)	10 (27,8)	NS

A-63 BAJA MORTALIDAD ATRIBUIBLE A LA PANDEMIA DE GRIPE A EN UN HOSPITAL COMARCAL

D. García Guzmán, R. de la Rosa Morales y J. Delgado de la Cuesta

Servicio de Medicina. Hospital San Juan de Dios de El Aljarafe. Sevilla.

Objetivos. Estudio descriptivo de los mayores de 14 años con PCR positiva para virus de la gripe H1N1 y de la mortalidad atribuida a esta infección en nuestro hospital desde el 11-6-2009 al 31-1-2010.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes con PCR positiva para virus H1N1. Durante el período de estudio fueron atendidas 62.708 personas en el Servicio de Urgencias de nuestro centro. Realizamos PCR para virus H1N1 de exudado nasal y orofaríngeo siguiendo las recomendaciones vigentes en cada momento de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía a 304 pacientes (0,5%). De ellas 46 (15%) fueron positivas.

Resultados. La caracterización demográfica de la población se muestra en la tabla. Treinta (65,21%) de los diagnósticos se realizaron en el mes de noviembre de 2009. Fallecieron 6 (13%) del total de los que tenía PCR positiva H1N1.

Discusión. Teniendo en cuenta que la mayoría de los pacientes infectados por gripe A durante la epidemia no recibieron asistencia sanitaria o que esta fue dispensada en su centro de salud y que de los atendidos en urgencias del hospital fueron diagnosticado de gripe en su mayor parte en base a criterios clínicos sin realización de determinación de PCR, la población que hemos analizado es solo una minoría, posiblemente aquella más grave o con más riesgo a priori de presentar complicaciones. Considerando esa premisa, hemos encontrado un bajo número de fallecidos. Aunque el número de fallecidos es muy reducido para obtener datos concluyentes, no hemos encontrado un peor pronóstico en pacientes con algún factor de riesgo de los analizados.

Conclusiones. La mortalidad atribuida al virus de la gripe A H1N1 en nuestra área fue muy baja y los factores de riesgo no predispusieron a un peor desenlace en la población analizada

Tabla 1 (A-63). Características demográficas

	Total (n = 46)	Exitus (n = 6)	p
Edad [Mdn (DS)]	46,5 (20,6)	58,5 (24,1)	NS
Varones [n (%)]	23 (50)	4 (66,7)	NS
FactRiesgo [n (%)]	23 (50)	3 (50)	NS
Antiviral [n (%)]	43 (93,5)	6 (100)	NS
Neumonía [n (%)]	20 (43,5)	5 (83,3)	0,037
Ingreso [n (%)]	32 (69,6)	5 (83,3)	NS
UCI [n (%)]	8 (17,4)	3 (50)	0,025

A-64 STRONGYLOIDIASIS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

V. Hontañón Antoñana, C. García Cerrada, J. Fraile Vicente, R. Montejano Sánchez, R. Mayayo Alvira, F. Montoya Lozano, A. Quesada Simón y F. Arnalich Fernández

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos. Analizar los casos de strongyloidiasis diagnosticados en los últimos 4 años en el Hospital Universitario La Paz.

Material y métodos. Estudio observacional descriptivo de pacientes a los que se les pide serología de strongyloides en los últimos 4 años en el Hospital Universitario La Paz, y analizar los resultados positivos.

Resultados. Del total de casos sospechosos analizados mediante serología (32), un 40,63% (13) fueron positivos para Strongyloides. El número de casos fue mayor en 2009 (5 casos, 38,46%). La media de edad de los pacientes afectos fue de 30,53 años, con una mediana de 30 años. La mayoría de los casos (4, 30,77%) fueron de procedencia boliviana. En un 7,7% procedían de Guinea ecuatorial, Brasil y Paraguay, respectivamente. En 6 casos (46,15%) no se recogió el origen. Se observó predominio de población femenina (53,85% del total). El motivo de consulta más común fue eosinofilia (7 casos, 53,85%), seguido de disnea (2 casos, 14,28%), síncope, elevación de GGT, anemia, fiebre y rash, con un caso cada uno, siendo individualmente un 7,14% del total. Vimos cifras similares de eosinófilos entre los casos estudiados, con una media de 1.199,23/ μ L y una mediana de 1.110/ μ L. Sólo hubo un caso con 0 eosinófilos. Disgregando por sexos, apreciamos una eosinofilia media de 1.105/ μ L en hombres y de 1.280/ μ L en mujeres, con unas medianas de 695/ μ L y 1.120/ μ L, respectivamente. La mayor parte de los casos (76,92%) seguían un curso crónico o subagudo de la enfermedad en el momento del diagnóstico, objetivándose en un 23,08% (2), de los casos formas de la enfermedad diseminadas (1 ingreso en UVI por reacción sistémica y 1 ingreso en UVI por broncoespasmo). Hubo coparasitación con Toxocara en 4 casos (30,76%), con Schistosoma en 3 casos (23,67%), con Cisticercos en 2 casos (15,38%), con Wuchereria/Brugia en 2 casos (15,38%) y con Fasciola, Hidatidosis, Ascaris, Onchocerca, Filarias, Bartonella h., Bartonella q. y Taenia solium en 1 caso cada uno, representando el 7,69% individualmente. Además, se detectó en 1 paciente (7,69%) Ag VRS. No se aprecia relación con inmunosupresión, sobreinfección por Gram -, ni con HTLV-I.

Discusión. Parejo al incremento de población inmigrante se observa un aumento en el diagnóstico de enfermedades no propias de nuestro medio, strongyloidiasis en nuestro caso. Además, los viajes incrementan el número de casos esperables de dichas enfermedades. Es común la coparasitación por otros agentes, hecho de importancia para prevenir complicaciones y optimizar tratamientos, por lo que se debería pedir serología para los parásitos más frecuentes ante un caso sospechoso. La eosinofilia resulta el motivo de consulta más frecuente, siendo usualmente infecciones crónicas o subagudas. El diagnóstico de strongyloidiasis se objetiva con mayor frecuencia en población femenina. El grueso de los casos deja al margen a edades extremas de la vida, lo que puede estar en relación con el menor número de población inmigrante anciana y con la influencia de las condiciones socio-sanitarias de nuestro medio en los niños inmigrantes.

Conclusiones. La infección por Strongyloides es un fenómeno presente en nuestro medio, siendo objeto de búsqueda en los pacientes procedentes de áreas de riesgo derivados a consultas de Medicina Interna para estudio de eosinofilia. Se observa asociación con mujeres jóvenes y la procedencia latinoamericana. En todos los casos sospechosos se ha de hacer el despistaje de las

parasitosis más comunes, dada la frecuencia de coparasitación observada.

A-65 FACTORES RELACIONADOS CON LA COINFECCIÓN VIH-VHC EN UN ÁREA SANITARIA

L. Briongos Figueroa¹, P. Bachiller Luque¹, T. Palacios Martín¹
y J. Eiros Bouza²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. ²Servicio de Microbiología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Objetivos. El 30-35% de los pacientes infectados por VIH presentan coinfección por VHC, llegando al 75-90% de los pacientes que adquirieron VIH por vía parenteral (UDVP). Nuestro objetivo fue describir la frecuencia y características de la coinfección VIH-VHC en nuestra población.

Material y métodos. Estudio observacional descriptivo transversal en pacientes VIH en seguimiento en Consulta del Hospital Universitario Río Hortega, mediante cuestionario de recogida de datos sociodemográficos y clínicos, integrando los cuestionarios SMAQ de adherencia al tratamiento y BDI-II (Beck Depression Inventory, versión II) de depresión. Muestra: 150 pacientes seleccionados de manera consecutiva. Datos analizados con SPSS v15.0 (nivel de significación $p \leq 0,05$).

Resultados. La prevalencia de coinfección fue 47,3% (N = 71) (48,2% (N = 54) de los hombres; 44,7% (N = 17) de las mujeres), más frecuente entre los pacientes ≤ 50 años (54% vs 12,5%; $p < 0,001$). La coinfección fue más frecuente en pacientes UDVP (93%, N = 53) frente a los que se contagiaron por vía transfusional (50%, N = 1) y por contacto sexual heterosexual (32,7%, N = 17); $p < 0,001$. Asimismo, la coinfección resultó más frecuente en pacientes con estudios básicos (69% vs 46,85%; $p = 0,006$). No hallamos diferencias al categorizar según el estado civil de nuestros pacientes. En cuanto al grado de inmunodepresión, no hallamos diferencias en los niveles de linfocitos CD4 y los de carga viral entre la población mono infectada y la coinfectada. La ausencia de sintomatología fue más frecuente en pacientes mono infectados (69,6% vs 30,4%; $p = 0,018$) mientras que en coinfectados fueron más frecuentes diarrea (35,2% vs 20,3%; $p = 0,04$) y pérdida de peso (35,2% vs 19%; $p = 0,028$). Un 9,9% (N = 7) de coinfectados presentaban depresión grave y un 12,7% (N = 9) depresión moderada en el cuestionario BDI-II (datos no estadísticamente significativos). En cuanto a otros factores asociados a coinfección, el 81,7% eran fumadores ($p < 0,001$); el 38% declaró consumir alcohol casi a diario y el 28,2% había abandonado el hábito enólico ($p < 0,001$). Por último, los pacientes no adherentes al TARV presentaron mayor frecuencia de coinfección (52,5% vs 20,9%) que los adherentes (47,5% vs 79,1%); $p < 0,001$.

Discusión. La presencia de hepatitis crónica por virus C es un factor independiente asociado a la infección VIH. La prevalencia de coinfección VIH-VHC en nuestra población (47,3%) resultó similar a la hallada por otros grupos nacionales y sensiblemente más alta que en otros países de nuestro entorno. Hemos encontrado un alto porcentaje de pacientes coinfectados con antecedentes de consumo de drogas por vía parenteral y en algo más de una tercera parte de los mismos se recogió la manifestación de consumir alcohol a diario. Por otra parte, sólo el 36,6% de nuestros pacientes coinfectados refería fatiga frente a otras series internacionales.

Conclusiones. La mitad de nuestros pacientes presentaban coinfección VIH-VHC, más frecuente en población joven y entre los UDVP. Resultó más frecuente la presencia de sintomatología asociada en los pacientes coinfectados que en mono infectados VIH. Casi una cuarta parte de nuestros pacientes coinfectados presentaba depresión moderada o severa. La completa caracterización de la

infección VIH en la era del TARV es cada vez más necesaria dado el carácter crónico que adquiere la evolución de la enfermedad en la mayoría de nuestros pacientes.

A-66 INFECCIONES POR SARM EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

M. del Río Vizoso¹, S. Guiu Martí¹, E. Albarca Riba¹, L. Gil Alonso¹
y M. Riera Jaume²

¹Servicio de Hospitalización a Domicilio, ²Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial Son Dureta. Palma de Mallorca (Illes Balears).

Objetivos. 1. Describir los pacientes con infección por SARM en una unidad de HAD. 2. Evaluar la seguridad del tratamiento en domicilio de estos enfermos. 3. Conocer los antimicrobianos empleados, con especial interés en toxicidad y/o eficacia de vancomicina.

Material y métodos. Estudio prospectivo de los pacientes ingresados por infección por SARM en una unidad de HAD de un hospital de tercer nivel entre el 1/1/2007 y el 28/2/2010. Se recogieron las variables: edad, sexo, localización de la infección, antibiótico empleado, estancia media, número y tipo de catéteres empleados (central/periférico), sistema de infusión (gravitatorio/electrónico/continuo), número de visitas por estamento, efectos farmacológicos adversos, cambios en el tratamiento antibiótico y evolución del proceso (curación, reingreso por mala evolución del proceso inicial, interrupción del tratamiento por otros motivos o éxitos).

Resultados. 26 pacientes, 62% varones. Edad media: 60 años. 14 (53,8%) de origen respiratorio, 10 (38,4%) infecciones de herida quirúrgica o tejidos blandos, 1 infección urinaria y 1 absceso abdominal. 19 pacientes (73%) recibieron vancomicina, 3 (12%) linezolid, 2 (7,5%) teicoplanina y 2 (7,5%) gentamicina. EM: 10,84 días (3-24). 85% de los tratamientos sin complicaciones, 1 reingresó por enfermedad del cuidador y 3 (1 con vancomicina, 1 con linezolid, 1 con gentamicina) interrumpieron tratamiento por razones independientes del antibiótico o del proceso infeccioso. Ninguna toxicidad grave. 1 episodio de prurito en relación con vancomicina que mejoró con antihistamínicos. En ningún caso se necesitó variar el tratamiento por toxicidad o falta de respuesta. Enfermería acudió al domicilio de forma programada 10,3 veces por paciente y 2 veces en total de forma urgente (problemática de vías). Los médicos acudieron 5,07 veces de media de forma programada y 1 de forma urgente (motivo no especificado). 6 pacientes con vía central (23%); media de catéteres periféricos por paciente y tratamiento fue de 2,8. Ninguna complicación grave relacionada con el acceso venoso. En 18 ocasiones se empleó bomba de infusión electrónica (69%). No se empleó perfusión continua de vancomicina. Se cambió la vía periférica cada 3 días, nunca la vía central.

Discusión. La infección por SARM es cada vez más frecuente en nuestro medio. En la última década ha aparecido con fuerza el SARM comunitario y existe preocupación ante la presencia de resistencias a vancomicina, sugiriendo la necesidad de nuevos antimicrobianos que la reemplacen, como linezolid o daptomicina. Las unidades de HAD, por sus características especiales, pueden ser útiles a la hora del manejo de estas infecciones, acortando estancias y "liberando" camas hospitalarias (aislamientos). La HAD contribuye al control de la epidemia de SARM disminuyendo el riesgo de transmisión del microorganismo al disminuir las estancias hospitalarias.

Conclusiones. Las infecciones por SARM pueden ser atendidas en HAD de forma segura y con escasa carga de trabajo. La administración de vancomicina en domicilio se realiza predominantemente mediante bombas de infusión electrónica, es segura, cómoda y eficaz, no requiriendo modificaciones en el tratamiento original. En pacientes con tratamientos prologados con vancomicina (> 10 días)

podría ser útil la instauración precoz de un acceso venoso central para evitar complicaciones locales (flebitis químicas y extravasaciones).

A-67 FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE EMPIEMA EN PACIENTES CON NEUMONÍA COMUNITARIA

M. Forniés, N. Balibrea, S. Colomina, M. Pacheco, S. Pérez y R. Pascual

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Elda Virgen de la Salud. Elda (Alicante).

Objetivos. Determinar los factores de riesgo para el desarrollo de empiema en pacientes con neumonía adquirida en la comunidad.

Material y métodos. Estudio observacional descriptivo retrospectivo, casos y controles, en el Departamento 18 de la Agencia Valenciana de la Salud. Se incluyeron a los pacientes mayores de 14 años con el diagnóstico de empiema ingresados desde enero 2007 hasta diciembre 2008. Se seleccionaron 2 controles por cada caso, con el diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad, pareados con el mismo sexo, edad y período de ingreso. Se elaboró una ficha de datos que incluía variables demográficas, epidemiológicas, comorbilidad, datos clínicos, bioquímicos, microbiológicos, radiológicos y tratamiento. Se consideró paciente con empiema a los que presentaban infección respiratoria más derrame pleural paraneumónico complicado con criterios de exudado y líquido purulento (según criterios de Light), independientemente de que el empiema fuera al ingreso o durante la evolución de la infección respiratoria en el ingreso hospitalario.

Resultados. Se identificaron 23 pacientes durante el período de estudio que cumplían los criterios de empiema. Se seleccionaron 40 controles. De los pacientes con empiema 19 eran hombres (82,6%). Edad media 52,57 años, IC95% (44,89-60,24), en los casos y de 54,83 años en los controles, IC95% (49,24 - 60,41). El 69,6% de los casos curaron, frente al 92,5% de los controles ($p = 0,029$). El porcentaje de exitus por la infección fue mayor en los casos (26,1%) que en los controles (5%), con una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,043$). No hubo diferencias estadísticamente significativas en las recidivas entre ambos grupos ($p = 1,000$). La media de días de ingreso, fue, superior en los casos, con una media de 21,13 días en comparación con los 7,80 días de los controles. Respecto a los factores de riesgo sólo la alteración de conciencia (OR de 8, p -valor = 0,02), la hemoglobina baja (OR de 8,5, p -valor = 0,003), y la eosinopenia (OR de 0,33, p -valor = 0,03), resultaron estadísticamente significativos. La HTA con un OR de 4,5 presentó un resultado casi-significativo (p -valor 0,06). El tabaco se mostró como un factor protector (OR de 0,28, p -valor = 0,04). No hubo resultados significativos respecto a ninguna de las otras variables.

Discusión. No se han encontrado diferencias significativas para la OR en ninguno de los datos de comorbilidad estudiados (DM, neoplasia, inmunodepresión, hepatopatía...), en contra de lo encontrado en la literatura analizada, que señala la comorbilidad como FR. La alteración de la conciencia representa un criterio de severidad en las diferentes escalas. Por tanto es un dato que nos obliga a una vigilancia estrecha tanto por la gravedad de la situación clínica como por el riesgo de desarrollo de empiema. La hemoglobina baja puede ser también un reflejo de mayor gravedad. No se pudieron extraer conclusiones respecto al agente etiológico puesto que pudo identificarse sólo en un escaso porcentaje de casos. El estudio no permite extraer conclusiones potentes, dado que la muestra es pequeña, reflejo de la baja incidencia de esta entidad. Es necesario continuar el estudio incluyendo un mayor número de pacientes.

Conclusiones. En un paciente con neumonía adquirida en la comunidad la alteración de la conciencia y las cifras bajas de hemoglobina pueden alertarnos sobre el futuro desarrollo de empiema.

A-68 AISLAMIENTOS DE CONTACTO EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE MEDICINA INTERNA

A. Ortiz Morales, R. Martínez Fernández, J. Alcalá Díaz, A. Jurado Porcel, J. Ampuero Ampuero, M. Carracedo Melero, M. Martín Moreno y M. Montero Pérez-Barquero

Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Objetivos. Nos propusimos realizar un análisis descriptivo de los "aislamientos de contacto" efectuados en una sección de nuestra Unidad durante un año, y comparar la estancia media y la mortalidad de estos pacientes con las del resto de los hospitalizados.

Material y métodos. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, de los casos en que se efectuó un aislamiento de contacto desde el 1 de junio de 2009 hasta el 31 de mayo de 2010, seleccionados del total de pacientes ingresados en una sección de Medicina Interna dotada con 50 camas. Dichos aislamientos se realizaron según los protocolos de los CDC de Atlanta, aplicados por el Servicio de Medicina Preventiva de nuestro centro.

Resultados. Durante este período fueron aislados 38 pacientes (19 hombres y 19 mujeres) de un total de 1447 ingresos (2,62%), con una edad media de 76,7 años, un índice de Barthel de 37,89 puntos y un índice de Charlson de 7,5 puntos, de los cuales el 21,05% procedían de residencias sociales. En el 36,84% ($n = 15$) de los casos el cultivo se realizó de exudado purulento de úlceras cutáneas, 18,32% ($n = 7$) de esputo, 34,21% ($n = 13$) de heces y 7,89% ($n = 3$) de sangre. El microorganismo aislado fue en el 28,94% ($n = 11$) *Acinetobacter baumannii*, 21,05% ($n = 8$) *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM), 13,15% ($n = 5$) coinfectados por *Acinetobacter baumannii* y SARM, 26,31% ($n = 10$) *Clostridium difficile*, 7,89% ($n = 3$) *Salmonella enteritidis* y 2,63% ($n = 1$) *Sthenotrophomona maltophilia*. La estancia media fue de 27,89 \pm 16,99 días, con una diferencia significativa respecto a la estancia media de la Unidad en dicho período ($p < 0,001$). La mortalidad fue 25,64% en la población de estudio, siendo significativamente mayor ($p < 0,027$) y con un riesgo relativo de 2,33, respecto al total de pacientes hospitalizados.

Discusión. El número de casos en los que se realiza un aislamiento de contacto por microorganismos resistentes en los Servicios de Medicina Interna se ha incrementado en los últimos años. El grupo de pacientes principalmente atendido lo constituyen los enfermos pluripatológicos, con altos índices de comorbilidad, que consumen un elevado número de recursos y poseen una elevada morbimortalidad que refleja la gravedad del problema al que nos enfrentamos.

Conclusiones. Los pacientes a los que se realiza un aislamiento de contacto presentan un elevado índice de comorbilidad y una mayor estancia media y mortalidad que el resto de sujetos hospitalizados, siendo las infecciones por *Acinetobacter baumannii* y SARM los gérmenes más frecuentemente aislados, con un alto grado de coinfección por ambos.

A-69 DESCRIPCIÓN PROSPECTIVA DE UNA SERIE DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN UN HOSPITAL TERCIARIO (HOSPITAL DONOSTIA-HD-)

K. Leizaola Arregui, U. Errasti Amiano, N. Pérez Fernández, X. Kortajarena Urkola, A. Fuertes Rodríguez, A. Eguiluz Pinedo, M. Bustinduy Odriozola y M. Goenaga Sánchez

Unidad Enfermedades Infecciosas. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea. Donostia-San Sebastián (Guipúzcoa).

Objetivos. Realizar una descripción epidemiológica de las características y evolución de la endocarditis infecciosa (EI).

Material y métodos. Descripción prospectiva de todos los casos diagnosticados de EI (criterios Duke) en el HD en el 2008 y 2009.

Resultados. Se diagnosticaron un total de 64 casos en 63 pacientes: 46 varones (71,9%). Media edad 64,44 (varones 62,11 y mujeres 70,56). Etiología: -Estafilococos aureus sensibles a meticilina (SAMS) 14 (21,9%), -estafilococos coagulasa negativos 15 (23,4%); catalogados como SCN 9, S. epidermidis 2, S. lugdunensis 2, S. warneri 1, S. hominis 1. - Estreptocócica (estrep.) 27 (52,2%) entre los cuales; S. faecalis 5, S. bovis 11, S. viridans 3, S. pneumoniae 1, Enterococo spp 1, S. gallolyticus 1, S. oralis 3, S. salivarius 1, S. beta-hemolítico 1. -Bacilos gram negativos (BGN): Y. enterocolitica 1. -Anaerobios 3; G. morbillorum 1, B. fragilis 1, P. acnes 1. Infección mixta por Cándida parapsitosis y S. sanguis 1. -Hemocultivos neg. 3. Localización: Aórtica 21 (32,8%), mitral 20 (31,2%), tricúspide 5 (7,8%), pulmonar 1 (1,6%), en cable de marcapasos (4) y en DAI (2), (9,4%), aórtica y mitral 6 (9,4%) (aórtica nativa-mitral nativa 4, aórtica prótesis mecánica-mitral nativa 2), aórtica y tricúspide nativas 1 (1,6%), DAI y tricúspide nativa 1 (1,6%), desconocida 3 (4,7%). Tipo de afectación: Válvula nativa únicamente 35 (54,7%) (tabla). Tratamiento recibido inicialmente fue: cloxacilina ± gentamicina ± rifampicina 17 (SAMS, SCN, estrep.), vancomicina ± gentamicina ± rifampicina 8 (SAMS, SCN), vancomicina + cloxacilina ± gentamicina 1 (SAMS), penicilina + gentamicina 2 (estrep.), ampicilina ± gentamicina 8 (estrep., cultivo negativo), ampicilina + cloxacilina ± gentamicina 1 (estrep.), ceftriaxona ± gentamicina ± rifampicina 10 (estrep., SCN, anaerobio), ampicilina +ceftriaxona ± gentamicina 3 (estrep., cultivo negativo). Otras combinaciones antibióticas: amoxicilina-clavulánico ± metronidazol 2, piperacilina-tazobactam 1, asociaciones con quinolonas, carbapenems, daptomicina o linezolid. Precisarons recambio valvular 26 casos (40,6%). Tratados por hospitalización a domicilio (HAD) 29 pacientes (45,31%) con 21 días de estancia media y 24 en planta. Exitus 8 (12,5%): 5 en el postoperatorio inmediato, 1 ACV isquémico con transformación hemorrágica, 1 fallo multiórgano en contexto de paciente con pluripatología de base y 1 por edema agudo de pulmón.

Conclusiones. La etiología fue estreptocócica en más del 50% de los casos con afectación de válvula nativa en casi el 55%. El 40% de los pacientes precisó recambio valvular. Cerca de la mitad de los enfermos continuó tratamiento con HAD lo que supuso una reducción media de 10 días de estancia hospitalaria respecto a los no tratados en HAD. La EI, a pesar de los nuevos antibióticos y la mejoría desde el punto de vista de la técnica quirúrgica sigue siendo una enfermedad con alta mortalidad que llega a ser del 12,5% en nuestra serie.

Tabla 1 (A-69). Tipo de afectación

	Nativa	Prótesis mecánica	Prótesis biológica
Válvula aórtica	12	5	4
Válvula mitral	12	7	1
Válvula tricúspide	5	0	0
Válvula pulmonar	1	0	0

A-70

LACTOBACILLUS CASEI. ¿MICROORGANISMO COMENSAL O PATÓGENO OPORTUNISTA?

M. Ramírez Lapausa¹, A. García Perea², K. Pisconte Alayza¹, G. Gallegos Vayas¹, J. Pascual Pareja¹, P. González Ruano¹, M. Martínez Prieto¹ y A. Noguerado Asensio¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Cantoblanco. Madrid.

²Servicio de Microbiología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos. Analizar las características demográficas, factores de riesgo y localización de la infección, de pacientes que presentaron cultivo positivo para Lactobacillus casei en muestras procedentes de líquidos biológicos.

Material y métodos. Estudio retrospectivo observacional, entre el 1 de enero de 2005 y el 1 de junio de 2010, de aislamientos de Lactobacillus casei en muestras de líquidos biológicos. Los pacien-

tes se encontraban ingresados en el Hospital Universitario La Paz de Madrid y el aislamiento se obtuvo en el servicio de microbiología de dicho hospital. Las variables recogidas fueron: las características demográficas de los pacientes, el número de ingresos previos hospitalarios y la administración previa de probióticos y antimicrobianos. Se recogieron también los diagnósticos finales de los pacientes, la necesidad de ingreso en UCI, el uso de antibióticos, el perfil de resistencias y la evolución clínica del paciente

Resultados. Se recogieron 32 muestras de pacientes con aislamiento de Lactobacillus casei, 7 de los cuales eran menores de 18 años. La edad media de los adultos fue de 58 años. El 37% había tenido más de dos ingresos en el último año y más de la mitad de los adultos (52%) tenían más de dos comorbilidades: neoplasias (48%), quimioterapia (38%) y corticoides (24%). El 82% había recibido antibióticos previamente y sólo se registraron 3 casos de ingesta previa diaria de probióticos (11%). De los 7 niños, 5 habían requerido un trasplante hepático y uno de ellos estaba diagnosticado de hepatocarcinoma. El 39% de los pacientes requirió ingreso en UCI o reanimación y la mitad había precisado intervención quirúrgica. Los diagnósticos finales más frecuentes fueron peritonitis (9 pacientes), abscesos intrabdominales (5), abscesos odontógenos (4), infecciones de herida quirúrgica (4), empiema (3), y colangitis (2). Se objetivó 100% de resistencia a glucopéptidos y un 33% y 34% a carbapenems y cefalosporinas de 3ª y 4ª generación respectivamente. El 66% de las infecciones fueron polimicrobianas. Se indicó tratamiento antibiótico en el 100% de los casos, siendo los antimicrobianos más utilizados, carbapenems (12) y piperacilina tazobactam (7). Este tratamiento fue el adecuado en el 71%. La evolución clínica fue favorable en el 82% de los pacientes y en todos los niños. Hubo 5 exitus. En 2 de los pacientes que cursaron de forma desfavorable el tratamiento no había sido el adecuado.

Discusión. A pesar de que, en ocasiones, se considera a Lactobacillus casei como un microorganismo colonizador; puede estar implicado en el desarrollo de infecciones severas, como peritonitis, abscesos, colangitis e infecciones de herida quirúrgica, fundamentalmente en pacientes con neoplasias de base, historia de inmunosupresión y trasplantados (específicamente trasplante hepático).

Conclusiones. Destaca una elevada comorbilidad de los pacientes, con importante prevalencia de neoplasias (48%) y otros tipos de inmunodeficiencia (70%). El 39% precisaron ingreso en UCI o reanimación. Los abscesos y peritonitis fueron los diagnósticos finales más frecuentes. La mayor parte de las infecciones fueron polimicrobianas y una tercera parte de los aislamientos fueron resistentes a carbapenems y cefalosporinas de 3ª y 4ª generación. El 82% de los pacientes cursaron de forma favorable siendo el tratamiento definitivo adecuado en el 71%.

A-71

RESULTADOS DEL ESTUDIO DE 403 EMPIEMAS PLEURALES: ASPECTOS CLINICOEPIDEMIOLÓGICOS

A. Ginés Santiago¹, P. Dios Díez², P. García Carbo³, J. da Cruz Soares⁴, J. Moreno Palomares⁵, M. León Tellez⁶, J. Quispe Gonzales⁷ y J. Barragán Casas⁸

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. ²Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de León. León. ³Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora. ⁴Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Palencia. Palencia. ⁵Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Segovia. Segovia. ⁶Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Soria. Soria. ⁷Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario del Río Hortega. Valladolid. ⁸Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Ávila. Ávila.

Objetivos. Conocer las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con empiema pleural diagnosticados en la Comunidad de Castilla y León.

Material y métodos. Estudio retrospectivo sobre los casos diagnosticados de empiema pleural en los últimos 5 años en la Comunidad de Castilla y León. Se han solicitado datos epidemiológicos, clínicos, microbiológicos, sobre el tratamiento y la mortalidad. Han participado, por orden alfabético, Ávila, León, Medina del Campo, Palencia, Salamanca, Segovia, Soria, Valladolid y Zamora.

Resultados. Se han analizado los resultados de 403 casos de empiemas pleurales. Por sexos: varones 311, mujeres 92. La media de edad total es $59,3 \pm 20,6$; en varones $59,5 \pm 19,4$ y en mujeres $58,7 \pm 17,3$. La estancia media global fue de $22,9 \pm 16,1$; en varones $23,2 \pm 16,6$ y en mujeres $22,1 \pm 13,9$. Distribución por servicios: Neumología 205, Medicina Interna 122, Cirugía torácica 32, UVI 19, pediatría 7, Cirugía general 6, Oncología 5, Hematología 3, Cirugía cardíaca 2, Traumatología 1 y Nefrología 1. La distribución por provincias fue: Valladolid 119, León 95, Palencia 40, Zamora 38, Soria 30, Segovia 29, Salamanca 28 y Ávila 24. La incidencia anual fue: 2005: 90, 2006: 88, 2007: 86, 2008: 73, 2009: 66. La mortalidad fue de 66 pacientes (15,3%). Las manifestaciones clínicas fueron: dolor torácico 66,6%, fiebre 64,7%, disnea 56,5%, tos 51,9%, expectoración purulenta 26,6%, síndrome general 6,5%, hemoptisis 4,4%. En la exploración física destacó la disminución del murmullo vesicular (83,6%) y crepitantes (27,6%). Los factores favorecedores fueron: fumadores 26,8%, ex-fumadores 23,2%, alcoholismo 16,9%, EPOC 15,4%, neoplasias no pulmonares 13,8% (principalmente digestivos, mama, urológicos y hematológicos), antecedentes de tuberculosis 12,2%, neoplasias pulmonares 9,9%, VIH 0,5%.

Conclusiones. El empiema pleural es una patología infecciosa con múltiples especialidades implicadas en su tratamiento, aunque predominan Neumología y Medicina Interna. Predomina en varones (77,2%). La media de edad fue de 59,3 años. La estancia media de asistencia fue 22,9 días, sin diferencia entre sexos. Poca incidencia en VIH. La mortalidad fue del 15,3%.

A-72

ES O NO IGUAL LA PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN EL PACIENTE INFECTADO POR EL HIV-1 QUE EL NO HIV

M. Castañeda¹, R. Perelló², O. Miró², M. Calvo³, S. Camón², A. Foix¹, M. Sánchez² y E. Martínez³

¹Servicio de Medicina Interna ²Servicio de Urgencias ³Servicio de Infecciones. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

Objetivos. Determinar si la presentación clínica de la cardiopatía isquémica (CI) en el paciente VIH es similar o no al paciente no VIH.

Material y métodos. Se realizó un estudio de casos y controles desde mayo del 2000 hasta junio del 2009, mediante pacientes que acudieron a nuestro centro hospitalario y fueron diagnosticados de CI. Los pacientes con diagnóstico de infección por HIV fueron catalogados como casos, mientras que los no HIV fueron considerados controles. En nuestro estudio hemos dividido la CI en tres entidades: el infarto agudo de miocardio transmural (SCACET), no transmural (SCASEST) y el angor inestable (AI). Las variables independientes analizadas fueron: sexo, edad, linfocitos CD4, Carga viral, co-infección virus hepatitis C, método de contagio HIV, tratamiento con HAARTT, niveles de troponinas a su llegada al centro hospitalario, factores de riesgo cardiovascular. Características clínicas del dolor y unidades de ingreso tras tratamiento realizado.

Resultados. Durante dicho período 627 pacientes que acudieron a nuestro Servicio de Urgencias fueron diagnosticados de CI, 44 pacientes eran HIV y 583 no HIV. La edad media fue 48 ± 11 y 69 ± 14 respectivamente. El sexo varón fue predominante en ambos grupos con un 95,5% y 68,6% respectivamente. La incidencia de CI en los pacientes VIH fue de $7,33 \times 10.000$ pacientes/año. La presentación clínica de la CI en los VIH fue en forma de dolor únicamente en un 74,7%, en un 25% se asoció a cuadro vegetativo, y en 2,3% la disnea fue la for-

ma de presentación de la CI. En cuanto a las características del dolor, en la población HIV fue de tipo opresivo en 56,8%, irradiado en 36,4% y se manifestó de manera atípica únicamente en 4,5% casos, mientras que en no HIV el dolor de tipo opresivo se presentó en 85,1% ($p < 0,05$) y el irradiado en un 48,7% no siendo este valor significativo ($p < 0,12$) y en cuanto al tipo de CI fue el SCACET (59,1%) el predominante en pacientes HIV, mientras que en población general predominó el SCASEST (38,1%) ($p < 0,05$).

Discusión. La CI en paciente HIV se presenta en población más joven y de sexo masculino respecto a la población no VIH. Los pacientes HIV presentan menos cuadro de dolor y de disnea sin embargo no hay diferencias en cuanto al cuadro vegetativo acompañante a su llegada a urgencias. En cuanto a las características del mismo es menos opresivo que en población general si bien no hay diferencias en cuanto a su irradiación y presentación con el esfuerzo y por tanto hay que insistir en la anamnesis acerca del dolor ya que la población HIV afecta de CI, puede presentar un tipo de dolor con rasgos atípicos. El tipo de CI que predominó en la población HIV fue el infarto transmural, más potencialmente peligroso que el resto con una elevación mayor de troponinas y con una mayor complejidad de manejo. Sin embargo en nuestro los pacientes VIH ingresaron en menor proporción en una unidad coronaria que la población general, ingresando en áreas de cuidados intermedios.

Conclusiones. La CI en el paciente VIH se presenta en población más joven y de sexo masculino respecto a la población no VIH. Presenta menos dolor y disnea y éste cumple rasgos menos típicos que en población general. Aunque sea el SCACET el infarto más frecuente, el ingreso en unidades coronarias es menor que en población general.

A-73

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS POR GRIPE A EN UN ÁREA SANITARIA DEL SUR DE GALICIA, JUNIO A DICIEMBRE DE 2009

D. Cid Gómez¹, L. Valle Feijóo¹, M. Páramo de Vega¹, M. Arias de Luxán¹, J. Bermúdez Sanjurjo¹, C. Millán Cachinero², M. de la Fuente Fernández³ y J. de la Fuente Aguado¹

¹Servicio de Medicina Interna ²Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Povisa S.A. Vigo (Pontevedra). ³Servicio de Codificación Diagnóstica. Hospital Povisa S.A. Pontevedra.

Objetivos. Describir los datos epidemiológicos, patologías asociadas, clínica de presentación, hallazgos analíticos, radiológicos y microbiológicos, así como la necesidad de tratamiento (antivirales, antibióticos y corticoides), de ventilación mecánica y evolución final de los pacientes ingresados en nuestro centro entre junio y diciembre de 2009 con diagnóstico confirmado de gripe H1N1.

Material y métodos. Nuestro centro presta asistencia a un área sanitaria de unos 150.000 habitantes en el sur de Galicia. Revisamos las historias clínicas e informes de alta de los pacientes ingresados entre junio y diciembre de 2009 con diagnóstico confirmado de gripe H1N1 por PCR en exudado nasal y/o faríngeo.

Resultados. Treinta pacientes precisaron ingreso hospitalario en nuestro área sanitaria en el período descrito, 25 de ellos adultos, 5 de ellos niños, con una edad media de 32,35 años, (intervalo desde 2 meses a 64 años) y un ligero predominio del sexo femenino (17 pacientes, 56,6%). Entre los antecedentes, dieciséis (53,3%) tenían alguna enfermedad subyacente, de los cuales 10 (62%) padecían enfermedades respiratorias. En dos casos (12,5%) existía el antecedente de enfermedad neurológica (epilepsia y distrofia muscular). Dos pacientes (12,5%) presentaban inmunodepresión en relación con neoplasia. Ninguno de los pacientes tenía como antecedente una enfermedad cardiovascular o insuficiencia renal. Dos de las pacientes (6,6% del total de ingresados) eran gestantes. Las características de presentación clínica fueron: fiebre (96%), tos (83%), mialgias (66%), cefalea (33%), náuseas o vómitos (33%),

disnea (26%), rinorrea (16%), odinofagia (13%) y diarrea (10%). En lo relativo a los hallazgos analíticos, destacó la presencia de hipertransaminasemia (40%) y anemia (36%). La gasometría demostró insuficiencia respiratoria en un 23%. La radiografía de tórax mostró condensación pulmonar compatible con neumonía en un 43% de los casos. Se obtuvieron hemocultivos en un 26% de los pacientes y muestra de secreción bronquial en un 13%, sin crecimiento bacteriano. Los inhibidores de neuraminidasa fueron administrados en un 80% de los casos, antibióticos en el 70% y corticoides en un 26% de los ingresados. La estancia media fue de 5,1 días (1-21 días), precisando ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos el 6,6% de los afectados (dos pacientes), con una mortalidad global de un 6,6%.

Discusión. Los datos de nuestra serie confirman la tendencia de la gripe A a afectar a personas jóvenes, en similar porcentaje en pacientes previamente sanos como con patología subyacente, con un ligero predominio en el sexo femenino. El modo de presentación, los hallazgos analíticos y radiográficos, así como el empleo de antibioterapia empírica y oseltamivir fueron similares a lo previamente encontrado en una amplia serie norteamericana publicada por el "2009 Pandemic Influenza A (H1N1) Virus Hospitalizations Investigation Team". La necesidad de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos fue menor a lo previamente descrito, reflejando tal vez una menor agresividad del virus en nuestra área. La mortalidad global final no fue diferente a lo esperado, si bien la mortalidad en la Unidad de Cuidados Intensivos fue menor. No obstante, el pequeño número de pacientes no permite extraer conclusiones con significación estadística.

A-74

ESTUDIO DE CONTACTOS DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN EL ÁREA DE SALUD DE TOLEDO

P. Toledano Sierra¹, T. Núñez Gómez-Alvarez¹, S. Gómez Caro², A. Sánchez Oropesa³, V. Cano Llorente¹, R. Orueta Sánchez², I. Martín Pérez¹ y E. Muñoz Platón⁴

¹Medicina Interna, ³Medicina de Familia y Comunitaria, ⁴Servicio Medicina Preventiva. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

²Medicina de Familia y Comunitaria. Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo.

Objetivos. Conocer las características epidemiológicas de los contactos de personas con tuberculosis, la indicación de quimioprofilaxis primaria y/o secundaria en los mismos y el grado de seguimiento/pérdidas del protocolo de estudio de los mismos.

Material y métodos. Se realizó un estudio descriptivo. Transversal. Utilizando como muestra el universo de contactos de pacientes con tuberculosis estudiados en el Área de Salud de Toledo durante los años 2007 y 2008. Los datos fueron obtenidos de la revisión de historias clínicas.

Resultados. Fueron estudiados 419 contactos, los cuales tenían una edad media de 33,6 años; el 51,1% eran varones; el 17,4% eran inmigrantes con una estancia media en España de 5,3 años. Los factores de riesgo presentes en los mismos con mayor frecuencia fueron: tabaquismo (27%), consumo de alcohol (11,2%) y diabetes mellitus (1,2%). El 8,8% referían contacto previo con enfermos con tuberculosis, el 11% haberse realizado prueba PPD con anterioridad, el 6,7% haber recibido la vacunación BCG y el 3,3% haber realizado quimioprofilaxis con anterioridad. Únicamente el 1,7% de los contactos refería sintomatología compatible con tuberculosis. Respecto al tipo de contacto, el 6,4% era laboral (93,6% no laboral) y su intensidad diversa (intimo 10,9%; más de 6 h/d 32,9%, diario pero menos de 6 h/d 22,4% y más esporádico 33,7%). Las localizaciones más frecuentes de la enfermedad en los casos fueron: pulmonar (78,4%), pleural (15%) y linfática (3,6%). Tras la realización del protocolo de estudio de contactos, el 42,5% precisaron quimioprofilaxis primaria, el 1% quimioprofilaxis secundaria y el 1% pasa-

ron al estudio de enfermedad tuberculosa. El total de pacientes que no completaron el protocolo fue del 1,7%.

Discusión. Aunque el número de casos de tuberculosis se ha mantenido estable en Toledo en los últimos años, es necesario adaptar los programas de control. La clave para su prevención y control son: realizar un diagnóstico precoz y un tratamiento efectivo en los enfermos y detectar y tratar a las personas con infección latente. La mitad de los casos de tuberculosis activa que se diagnostican, han sido contactos de enfermos bacilíferos o tenían elevada predisposición personal de desarrollar la enfermedad. Por eso la detección y tratamiento de la infección latente debe hacerse mediante el cribado de personas con alto riesgo de infectarse y desarrollar la enfermedad y fundamentalmente en el estudio sistemático de contactos de los casos con enfermedad. En el tratamiento tanto de la tuberculosis activa, como de infección latente es imprescindible conseguir un buen cumplimiento del paciente.

Conclusiones. El estudio pone en evidencia la necesidad del estudio de contactos de pacientes con tuberculosis ya que un alto porcentaje de los mismos precisan quimioprofilaxis. El porcentaje de pacientes que no completó el protocolo fue inferior al recogido en otras publicaciones, lo que probablemente determinó el escaso porcentaje de contactos que pasaron la enfermedad.

A-75

ANÁLISIS DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

G. Tornel Sánchez, B. Alcaraz Vidal, M. Alcalde Encinas, J. Vega Cervantes, A. Rodríguez Pavía, E. Peñalver González y A. Jimeno Almazán

Servicio de Medicina Interna. Complejo Universitario Santa María del Rosell. Cartagena (Murcia).

Objetivos. Las infecciones nosocomiales (IN), son una de las complicaciones más frecuentes y graves de los pacientes hospitalizados. Las bacteriemias nosocomiales constituyen una causa frecuente y potencialmente prevenible de IN. En este sentido, nos planteamos realizar un análisis descriptivo de las infecciones y bacteriemias nosocomiales que desarrollaron los pacientes en nuestro hospital durante 2009.

Material y métodos. Se recogieron los datos de prevalencia de IN del estudio EPINE 2009, agrupando por servicios y tipo de infección. Se analizaron de manera prospectiva las bacteriemias nosocomiales, teniendo en cuenta las bacterias implicadas, las resistencias de las mismas, el foco de origen, y en su caso los procedimientos o manipulaciones invasivas previas a su aparición.

Resultados. El Hospital Universitario Santa María del Rosell cuenta con 373 camas y durante 2009, con 125.149 estancias y 22.493 ingresos. La prevalencia de las IN durante 2009 fue del 6,7% (5,8% referencia EPINE según tamaño del hospital). La infección más frecuente fue la urinaria (18%), seguida por la sistémica (10%) y la sepsis (7%). La distribución de infecciones por servicios arrojó los siguientes resultados: 12,5% en la Unidad de Cuidados Intensivos, del 8% en los servicios quirúrgicos, 7,14% en los médicos y 5,26% en Ginecología y Obstetricia. La densidad de incidencia de bacteriemia nosocomial fue de 1.1 por 1000 días de hospitalización y 0.8% ingresos. Las bacterias implicadas más frecuentemente fueron: estafilococos coagulasa negativos (*S. epidermidis*, *S. hominis-hominis*) con un 18% (28 pacientes), 16% *S. aureus* (24 pacientes) destacando que 5 de estos pacientes tuvieron una bacteriemia por *S. aureus* resistente a metilicina, en 23 pacientes (15%) se aisló *P. aeruginosa* y de ellos 5 con multirresistencia, *E. coli* fue la bacteria implicada en 21 enfermos con bacteriemia nosocomial (14%), 6 de ellas resistentes a quinolonas y 2 con BLEE (betalactamasas de espectro extendido), 8% *K. pneumoniae* (12 pacientes) y 3 de ellos con BLEE, *Enterobacter spp* el 7% (11 pacientes), *Candida spp* el 6% (9 pacientes), *Enterococcus faecalis* el 6%, *K. oxitoca* el 4%

(6 pacientes), *Acinetobacter* spp se aisló en 3 pacientes, *Proteus mirabilis* en otros 3 y *Stenotrophomonas maltophilia* en 2 pacientes. Analizando el origen de las bacteriemias encontramos un alto porcentaje relacionado con procedimientos invasivos, siendo la presencia de catéter vascular el más frecuente (45%, con 64 pacientes), de los que un 65% eran catéteres centrales. Las manipulaciones quirúrgicas, relacionadas en su mayoría con técnicas urológicas supusieron el 18% de los casos (26 pacientes), el foco respiratorio el 15% (45% de casos asociadas a VM), el origen urinario se constató en 15 pacientes y en 4 el procedimiento previo fue una CPRE.

Conclusiones. La prevalencia de infecciones nosocomiales durante el 2009 en el HUSMR fue de 6,7%, alta para el tamaño y complejidad del hospital, siendo las infecciones del tracto urinario las de mayor frecuencia y la Unidad de Cuidados Intensivos el Servicio con mayor prevalencia. La bacteriemia nosocomial es una infección frecuente y en su mayoría se asoció a algún procedimiento invasivo. Las bacterias implicadas presentaron elevados niveles de resistencia a antimicrobianos.

A-76

SITUACIÓN ACTUAL DE LOS PACIENTES VIH COINFECTADOS POR VHC-VHB SEGÚN FIBROSCAN®

M. Manzano Luque, D. Mesado, I. de los Santos Gil y J. Sanz Sanz

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 a los que se realizó FibrosScan®, y su utilidad en el diagnóstico de hepatitis crónica.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes VIH+ coinfectados por el VHC o VHB de la consulta de Enfermedades Infecciosas de nuestro centro, a los que se les realizó FibrosScan® desde 2007 hasta febrero de 2010. Se recogieron datos de: filiación (edad, sexo, raza), grupo de riesgo, consumo de alcohol, resultado del FibrosScan® en Kilopascuales (Kpa) y grado de fibrosis. Hemos considerado: ausencia de fibrosis si Kpa < 6, fibrosis no significativa si Kpa 6-9, fibrosis significativa si Kpa 9-14 (equivalente a grado 3 de Metavir) y cirrosis con Kpa > 14. Datos analíticos: CD4, carga viral de VIH, serología de VHB y VHC, incluida PCR-VHC y genotipo VHC, y DNA-VHB si indicados. Además: tratamiento antirretroviral, tratamiento de VHC y respuesta al mismo. Se recogieron datos de biopsia hepática si estaba realizada, y ecografía abdominal. Los resultados estadísticos fueron analizados por el programa SPSS 15.0.

Resultados. Total de pacientes: 240 (6 no valorables por obesidad). Media de edad: 44,85 ± 5,5 años; 70,8% hombres y 29,2% mujeres. Grupo de riesgo: 78% ADVP, 13,5% heterosexuales y 8,5% homosexuales. El 45,4% nunca había consumido alcohol, el 18,1% era bebedor activo y el 36,6% lo fue en algún momento. El FibrosScan® mostró: 35% de pacientes sin fibrosis, 29,5% con fibrosis no significativa, 10,7% con fibrosis significativa y un 24,8% cirrosis. Media de CD4: 555,19 (rango 36-1.767), con un 7,9% con niveles < 200. El 87,8% recibían tratamiento antirretroviral y el 68,3% tenían carga viral de VIH indetectable. 93,3% de los pacientes estaban coinfectados por el VHC, siendo más frecuente el genotipo 1 con un 58,4%, seguido del 3 con un 16% y del 4 con un 15,5%. El 55,4% de ellos tenían una PCR-VHC > 500.000 UI/ml. Habían recibido tratamiento para el VHC con interferón pegilado y ribavirina un 37,1% de los pacientes, con una respuesta sostenida en un 37,1% de ellos. El 14,6% presentaba coinfección por VHB, con DNA-VHB < 2.000 copias en el 57,1%. Se realizó ecografía abdominal en el 92,5%, con hepatomegalia en 29,6%. La biopsia se realizó en 94 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, siendo el paciente tipo un

varón en la 5ª década de la vida, con grupo de riesgo ADVP. Los genotipos de VHC por orden de frecuencia 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 alta prevalencia de bebedores. La mayoría de nuestros pacientes recibía tratamiento antirretroviral con un porcentaje bajo de pacientes con inmunodepresión grave y alto de carga viral indetectable. Cerca de un tercio de los pacientes estaban libres de fibrosis hepática, mientras que más de un 35% presentaban fibrosis significativa o cirrosis.

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 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 su seguimiento.

A-77

UTILIDAD DEL FIBROSCAN® EN PACIENTES VIH CON COINFECCIÓN POR VHC-VHB EN ESTADO DE FIBROSIS

M. Manzano Luque, I. de los Santos Gil y J. Sanz Sanz

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

Objetivos. Describir las características de los pacientes VIH+ coinfectados por VHC/VHB, con grado 4 de fibrosis hepática (F4), medido por FibrosScan®, e intentar establecer relación con genotipo y respuesta al tratamiento antiviral.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes VIH+ coinfectados por el VHC o VHB de la consulta de Enfermedades Infecciosas de nuestro centro, a los que se les realizó FibrosScan® desde 2007 hasta febrero de 2010, cuyo resultado fue > 14 kilopascuales, compatible con fibrosis grado 4-cirrosis en la escala de Metavir. Se recogen datos de filiación (edad, sexo, raza), grupo de riesgo y consumo de alcohol. Datos analíticos: serología de VHB y VHC, CD4, carga viral de VIH, genotipo de VHC, PCR-VHC, perfil hepático, albúmina, datos de coagulación y hemograma y alfa-fetoproteína. Tratamiento antirretroviral, del VHC y respuesta al mismo. Igualmente si se realizó biopsia hepática, gastroscopia y ecografía abdominal. Se determina la significación estadística con el genotipo del VHC, PCR-VHC y respuesta viral sostenida (RVS) al tratamiento. Resultados estadísticos analizados por el programa SPSS 15.0, y prueba de correlación Chi cuadrado.

Resultados. Total 58 pacientes. Edad: 45,93 ± 7 años. 70,7% hombres y 29,3% mujeres. Grupo de riesgo: 81,6% ADVP, 12,7% heterosexuales y 5,7% homosexuales. El 29,3% nunca había consumido alcohol, el 27,6% era bebedor activo y el 43,1% lo había sido. Media de CD4: 437,88 (rango 36-1.093), con un 17,2% < 200. El 91,4% recibían tratamiento antirretroviral, con 70,7% de carga viral de VIH indetectable. Coinfección por VHC en 94,8% de los pacientes, siendo más frecuente el genotipo 1 con un 69,1%, seguido del 3 y el 4, con un 10,9%. En el 63% se objetivó una PCR-VHC > 500.000 UI/ml. El 12,1% presentaba coinfección por VHB, con DNA-VHB < 2000 copias en el 80%. Resultados analíticos (media ± DE): GOT 87,3 ± 63,5, GPT 80,8 ± 53,6, bilirrubina 1,2 ± 0,8, GGT 209,6 (rango 25-1.586), FA 121,5 ± 56,2, albúmina 4,1 ± 0,6, actividad de pro-trombina 81,5% ± 19,3%, hemoglobina 14,3 ± 2,2, leucocitos 5.507, 2 ± 2.553,4, plaquetas 126.000 (rango 21.000-341.000) y alfa-fetoproteína 23,5 (rango 1,52-343,9). El 96,6% tenían ecografía abdominal con: hepatomegalia 55,4%, hipertensión portal 28,6%. Se realizó gastroscopia en 29,3%, 50% con varices esofágicas. Biopsia hepática se realizó en 27 pacientes. Habían recibido tratamiento para el VHC

con interferón pegilado y ribavirina un 44,4% de los pacientes, con una RVS en un 20,8% (5 pacientes). Se observó diferencia significativa para RVS, con menor respuesta en los F4 ($p < 0,035$), pero no se encuentran diferencias cuando se analizan por genotipo.

Discusión. Los pacientes incluidos presentan una elevada prevalencia de abuso de alcohol y de replicación viral de VHC, comparado con otras series en las que se incluyen todos los grados de fibrosis. La mayoría de los pacientes en nuestro estudio están coinfectados por VHC, reciben tratamiento antirretroviral y presentan alto porcentaje de carga viral de VIH indetectable. Como cabría esperar, los resultados analíticos y pruebas complementarias reflejan alteraciones de daño hepático, manteniendo no obstante una aceptable situación inmunológica con bajo porcentaje de pacientes con $CD4 < 200$. Cerca de la mitad habían recibido tratamiento para el VHC, con porcentaje de RVS menor que en los grupos con menor fibrosis, lo que no impide comenzar tratamiento para el VHC, y más aún en un grupo con mala evolución a corto plazo sin tratamiento.

Conclusiones. Según estos datos, establecer mediante una técnica, fiable y reproducible como el Fibroscan® el grado y estadio de fibrosis se torna importante para predecir respuesta al tratamiento y evolución del daño hepático.

A-78 EVOLUCIÓN DE LA RESISTENCIA ANTIBIÓTICA A PSEUDOMONAS AERUGINOSA EN ESPUTO EN EL HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL

A. Sáenz Gutiérrez¹, M. Mañas García¹, J. Castro Jiménez¹,
C. Muñoz Hornero¹, F. González Gasca¹, I. de la Rocha Vedia¹,
C. Lozano Cejudo² y F. Mora³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Radiodiagnóstico,
³Servicio de Microbiología. Hospital General de Ciudad Real.
Ciudad Real.

Objetivos. Describir las resistencias antibióticas de Pseudomonas aeruginosa aislada en cultivo de esputo en el último año. Comparar dichos resultados con los disponibles de años previos.

Material 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 un año (junio de 2009-mayo de 2010). Se elaboró un protocolo de recogida de datos que incluyó sexo, edad, factores de riesgo para infección por Pseudomonas aeruginosa (EPOC, tratamiento corticoideo, neutropenia (≤ 500 leucos/mm³), VIH), y antibiograma de dicho germen. Se excluyeron aquellos en los que no fue posible recoger los datos incluidos en el protocolo, los que no se dispuso del antibiograma, y los pacientes procedentes de UCI. Los datos se compararon con las resistencias presentadas durante los años previos (mayo 2006-2009).

Resultados. Se incluyeron en el estudio 45 pacientes durante el año de estudio. De ellos, 33 (73,3%) eran varones. Treinta y nueve (86,7%) eran mayores de 65 años. En 25 (55,6%) se recogía como antecedente personal padecer EPOC. Veinte (44,4%) se encontraban recibiendo tratamiento corticoideo. En un paciente se objetivó infección por VIH. Se aportan los datos de resistencia antibiótica del último año comparados con los de los años previos: quinolonas (ciprofloxacino 65,5% vs 46,9%, levofloxacino 57,5% vs 10,2%), piperacilina-tazobactam 4,4% vs 18,4%, ceftazidima 24,4% vs 26%, cefepime 26,7% vs 27,5%, aztreonam 42,2% vs 27,5%, imipenem 22,2% vs 31,9%, meropenem 6,7% vs 14,5%, aminoglucósidos (gentamicina 33,4% vs 26%, tobramicina 11,1% vs 8,2%, amikacina 6,6% vs 6%), y colistina 0% vs 0%.

Discusión. P. aeruginosa es un patógeno habitual en el medio hospitalario. Los pacientes que la padecen en la comunidad suelen presentar algún tipo de inmunosupresión (VIH, neutropenia, trasplantes, etc.), tratamiento antibiótico previo, alteración del parénquima pulmonar (fibrosis quística, bronquiectasias), o exacerbacio-

nes múltiples de EPOC que requieran tratamiento corticoideo 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. Nuestro hospital lleva en funcionamiento cuatro años, nos ha parecido interesante valorar la evolución de las resistencias antibióticas a este patógeno. En el último año han aumentado las resistencias a quinolonas, en especial levofloxacino, aztreonam, gentamicina y tobramicina. Sin embargo en el caso de los carbapenemes y piperacilina-tazobactam se observa un descenso importante en las mismas. Esto probablemente se debe a un cambio en el tratamiento antibiótico que se está empleando en este patógeno. Estos datos sugieren no utilizar levofloxacino como primera línea para su tratamiento por el elevado grado de resistencia desarrollado. Es muy importante realizar tratamientos combinados y pautarlos en función de las resistencias recogidas en cada centro hospitalario.

Conclusiones. P. aeruginosa es un patógeno muy importante en infecciones nosocomiales y en pacientes con factores de riesgo. Teniendo en cuenta su gran facilidad para desarrollar resistencias, es importante conocer su sensibilidad antibiótica en cada centro hospitalario para poder realizar el tratamiento más efectivo.

A-79 DISTINTAS FORMAS DE PRESENTACIÓN DE LA INFECCIÓN POR ASPERGILLUS SPP. EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

B. Díaz Pollán¹, J. Castillo Álvarez² y C. Blasco Fanlo³

¹Servicio de Medicina Interna III, ²Servicio de Medicina Interna I.
Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ³Servicio de Medicina Interna.
Hospital Carlos III. Madrid.

Objetivos. Nos proponemos describir en el presente estudio las características epidemiológicas y clínicas de las distintas formas de presentación de la infección por Aspergillus spp. observadas en nuestro hospital en los últimos cuatro años y analizar el diagnóstico, tratamiento, mortalidad asociada y posibles recidivas.

Material y métodos. Para identificar a los enfermos solicitamos mediante el código de la clasificación de la enfermedades internacionales CIE-9 modificada (1.173), el registro de pacientes que presentaban el diagnóstico de infección por Aspergillus spp. al alta, entre 2006-2009. Posteriormente analizamos datos demográficos, características clínicas, pruebas complementarias realizadas, tipo de tratamiento, duración del mismo, y evolución del proceso: curación, recidiva, o el fallecimiento. Se realizó el análisis estadístico mediante SPSS 15.

Resultados. Se analizaron 67 pacientes, 70% eran varones. La edad media fue de 68 años (DT 16). La mayoría ingresaron en un servicio médico siendo Medicina Interna (40,3%) el servicio más prevalente. Aproximadamente un tercio de los enfermos (34,3%) presentaban inmunosupresión. La colonización (23,9%) y las infecciones nosocomiales (23,9%), son las formas más frecuentes de presentación. La aspergilosis pulmonar invasiva (API) se diagnosticó en 17,9% y se encontraron 11 aspergilomas. La aspergilosis necrotizante crónica se halló en 14,9%. El órgano más afectado fue el pulmón (95,5%). Para su diagnóstico se solicitó a todos un cultivo del tracto respiratorio, que fue negativo en 6 de los casos. Las muestras positivas fueron: esputo, BAL y/o BAS en 74,2% y material quirúrgico en 13,4%. Las determinaciones serológicas (galactomano y precipitinas) sólo en 5 de los casos fueron positivas. Se realizó TAC de tórax en (57,6%). Recibieron tratamiento antifúngico el 84,4% de los enfermos, con una duración del tratamiento superior a 2 semanas en el 60% de los casos. 8 pacientes recibieron tratamiento quirúrgico. Se identificaron 2 recidivas que ocurrieron a pesar de haber recibido tratamiento prolongado. Fallecieron 23 enfermos, encontrándose mayor número entre los requirieron ingreso en UCI ($p < 0,004$); no hemos hallado diferencias significati-

vas en cuanto a la duración del tratamiento, ni en el estado de inmunosupresión y la mortalidad. Existe una mayor frecuencia de API entre los inmunosuprimidos ($p < 0,04$) aunque no hemos objetivado ninguna tendencia entre la gravedad y la mortalidad.

Discusión. En nuestro registro se observa un incremento del número de las infecciones por *Aspergillus* spp. en pacientes no neutropénicos. Nos gustaría destacar lo difícil que es identificar a los pacientes con API, a pesar de los criterios definidos por Bulpa et al, en los enfermos en situación inmunológica adecuada. Asimismo el tratamiento prolongado creemos que puede ser una de las razones por las que apenas hemos encontrado recidivas. Los datos quirúrgicos encontrados indican que el tratamiento es eficaz y seguro, siendo de primera elección en los aspergilomas. Por último destacamos el riesgo añadido de los pacientes que ingresan en UCI.

Conclusiones. Las distintas formas de aspergilosis suponen una forma de infección cada vez más prevalente en hospitalización. Aunque la API sigue siendo más frecuente entre los enfermos inmunodeprimidos, debemos tenerla presente en otros pacientes inmunocompetentes con patología crónica como los EPOC y pacientes ingresados en UCI. Cuando la infección por *Aspergillus* spp. se detecta en las UCIs siempre se debe de tratar como una API. La duración del tratamiento al menos debe de mantenerse durante dos semanas.

A-80 IMPLICACIONES EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS AISLAMIENTOS DE *E. COLI* BLEE DURANTE EL PERÍODO 2005-2007 EN EL ÁREA IX DE LA COMUNIDAD DE MADRID

M. Cervero Jiménez¹ y S. Quevedo²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid).

Objetivos. En los últimos años han adquirido gran interés las cepas multirresistentes adquiridas en la comunidad. Este es el caso de *E. coli* productor de BLEE. Presentamos los datos epidemiológicos de los aislados de *E. coli* BLEE en el área IX de la Comunidad de Madrid entre 2005 y 2007. Durante todo el período estudiado se realizó el aislamiento preventivo de todos los pacientes en los que se producía el aislamiento de *E. coli* BLEE.

Material y métodos. Se seleccionaron de la base de datos de Microbiología todos los aislamientos de *E. coli* BLEE durante el período 2005-2007 de procedencia intra y extrahospitalaria, incluyendo sólo un aislado por paciente y/o episodio. Las variables epidemiológicas que se analizaron en el estudio fueron la prevalencia de *E. coli* BLEE, la resistencia asociada a los antimicrobianos, la procedencia de las muestras, el tipo de muestra de los aislamientos y el servicio peticionario.

Resultados. Incluimos en el estudio 468 aislados de *E. coli* BLEE, que representan el 4,2% de todos los aislamientos de *E. coli*. La frecuencia de aislamiento de *E. coli* BLEE no varió a lo largo del período del estudio (4,1%, 4,2% y 4,2% respectivamente). La resistencia asociada a ciprofloxacino y sulfametoxazol-trimetoprim fue elevada y mantenida a lo largo del período (media 74,5% y 70% respectivamente). Se observó descenso en la resistencia a aminoglucósidos a lo largo del período: gentamicina (2005 46,83%; 2006 28,49% y 2007 17,65%); amikacina (2005 9,43%; 2006 5,29% y 2007 4,58%). El antibacteriano con menos resistencia asociada fue fosfomicina (media 9,1%). Los servicios peticionarios con más aislamientos de *E. coli* BLEE fueron Atención Primaria (media 37,9%), en segundo lugar Urgencias (media de 18,19%) y en tercer lugar Medicina interna (media de 12%). La orina fue la muestra en la que con más frecuencia se aisló, seguido por los hemocultivos. A lo largo del período del estudio se observó tanto un aumento creciente de los aislamientos en orina como de la adquisición comunitaria.

Conclusiones. 1) La mayoría de los aislamientos de *E. coli* BLEE son adquiridos en la comunidad; 2) El urocultivo es la muestra en la

que con más frecuencia se aísla *E. coli* BLEE; 3) Los aminoglucósidos y la fosfomicina son los antibacterianos con menor resistencia asociada a *E. coli* BLEE; 4) Por los datos del estudio basándonos en los orígenes de las muestras y los servicios peticionarios se podría sugerir que las medidas de aislamiento son de dudosa eficacia.

A-81 ABSCESO HEPÁTICO PIÓGENO: ANÁLISIS DE UNA SERIE DE 54 CASOS

M. López-Cano, P. Laguna, P. García, M. Gil y A. Castañeda

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. Madrid.

Objetivos. Los abscesos hepáticos representan el 13% del total de abscesos abdominales y el 48% de los viscerales, siendo los de origen bacteriano, o abscesos hepáticos piógenos (AHP), los más frecuentes. Los objetivos de este trabajo son: 1) describir clínicamente una serie de AHP y 2) identificar los factores asociados a una evolución desfavorable.

Material y métodos. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de absceso hepático entre 1996 y 2008, incluyendo en el estudio aquellos que cumplían criterios diagnósticos de AHP. Se clasificaron en dos grupos según su evolución, favorable y desfavorable (sepsis grave, complicaciones infecciosas a distancia, complicación local, ingreso en UCI, ingreso > 30 días, fallecimiento, reingreso).

Resultados. Se incluyen 54 AHP, 35 (65%) hombres, con una media de edad de 61 años. Los factores predisponentes fueron: patología biliopancreática 18 casos (33%), ingreso reciente 11 (20%), etilismo 8 (15%), diabetes mellitus 8 (15%), antecedente de neoplasia digestiva 6 (11%) y de cirugía abdominal reciente 6 (11%). El origen de los abscesos fue: criptogénico 35 (65%), biliopancreático 17 (31%) y portal 2 (4%). Clínicamente cursaron con fiebre 54 casos (100%), dolor abdominal 35 (65%), vómitos 20 (37%), ictericia 5 (9%), síndrome de respuesta inflamatoria sistémica 14 (26%) y hepatomegalia 18 (33%), con una evolución media de los síntomas de 12 días. El diagnóstico de sospecha se estableció por ecografía y/o TC abdominal (realizados al 76% y 93% de pacientes, respectivamente). El absceso fue multilobar en 8 casos (15%), se localizó en lóbulo hepático derecho en 36 (67%), y 34 (63%) tuvieron un tamaño > 5 cm. Los hemocultivos resultaron positivos en 20/50 casos (40%) y el cultivo del pus drenado en 24/37 (65%), siendo *E. coli* y *Streptococcus* spp. los microorganismos aislados más frecuentemente. Se efectuó drenaje percutáneo a 39 casos (72%) y cirugía a 3 (6%), recibiendo sólo antibioterapia 12 (22%). La evolución fue favorable en 26 casos (48%) y desfavorable en 28 (52%): sepsis grave 14 (26%), complicación infecciosa a distancia uno (2%), complicación local 2 (4%), ingreso en UCI 4 (7%), ingreso de más de 30 días 16 (30%), fallecimiento 5 (9%) y reingreso 12 (22%). Se asociaron a evolución desfavorable el origen biliopancreático (54% vs 8%, $p < 0,001$), la edad (66 vs 55 años, $p = 0,016$), el descenso de la actividad de protrombina (67% vs 76%, $p = 0,043$), la elevación de la AST (154 vs 68 U/L, $p = 0,033$), el tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el drenaje (4 vs 2 días, $p = 0,038$) y la duración de la antibioterapia intravenosa (27 vs 19 días, $p = 0,021$).

Discusión. El cuadro clínico del AHP es inespecífico. Se sospechará en pacientes con fiebre y síntomas o signos de patología abdominal no atribuible a otra enfermedad, siendo las técnicas de imagen fundamentales para su diagnóstico. La mortalidad observada está acorde con lo publicado en otros trabajos, así como la asociación del origen biliopancreático y de alteración de la coagulación con una evolución desfavorable, si bien otros autores también encuentran asociación con cifras bajas de hemoglobina, elevadas de creatinina y positividad de los hemocultivos.

Conclusiones. 1) Sólo uno de cada 3 AHP está causado por patología biliopancreática, siendo el resto de origen criptogénico. 2) La

mayoría pueden manejarse con antibioterapia y drenaje percutáneo, sin necesidad de cirugía. 3) La mortalidad es del 9%, pero hasta la mitad de los pacientes sigue un curso clínico desfavorable. 4) La etiología biliopancreática, mayor edad, determinadas alteraciones analíticas y el retraso en efectuar el drenaje tras el diagnóstico se asocian a una evolución desfavorable.

A-82 OSTEONECROSIS MANDIBULAR POR BIFOSFONATOS Y ACTINOMYCES

E. Flores Ballester⁵, A. Arranz Caso¹, A. Restoy Lozano³,
V. López Pizarro³, M. Martín Angulo², F. Albarrán Hernández⁴,
S. Ngo Pombe¹ y J. de Miguel¹

⁵Servicio de Hematología y Hemoterapia, ¹Servicio de Medicina Interna, ³Servicio de Cirugía Maxilofacial, ²Servicio de Oncología, ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid).

Objetivos. La osteonecrosis maxilar (ONM) por tratamiento con difosfonatos es un fenómeno que se está describiendo en los últimos años, sobretodo en pacientes oncológicos. Aunque se ha considerado una complicación no infecciosa, estudios recientes sugieren que bacterias de género *Actinomyces* tienen un importante papel en su patogenia. El objetivo de este trabajo es analizar los casos de ONM en nuestra institución.

Material y métodos. Análisis de las historias clínicas, en los últimos 10 años, con el diagnóstico de osteonecrosis maxilar/mandibular.

Resultados. Se encontraron 7 pacientes (5 mujeres 2 hombres) con ONM. Cinco eran pacientes oncológicos (Cuatro neoplasias mamarias y uno urotelial) y dos artritis reumatoide con osteoporosis. Los bifosfonatos utilizados fueron el ác. zoledrónico en los 5 pacientes oncológicos y risedronato o alendronato en los 2 pacientes con osteoporosis. En todos ellos existía evidencia anatomopatológica de infección ósea por *Actinomyces*; en ningún caso se pudo obtener el diagnóstico microbiológico por no envío de muestras o procesamiento inadecuado de las mismas. La evolución fue favorable en todos ellos, tras tratamiento prolongado con betalactámicos, excepto en uno por la coexistencia de alergia a penicilinas y que recibió tratamiento subóptimo con eritromicina.

Discusión. La infección por *Actinomyces* juega un papel importante en los casos de ONM, independientemente de si es la causa primaria de la necrosis ósea o una infección secundaria y su tratamiento es ineludible para la buena evolución del proceso. Puesto que todos los pacientes habían sido tratados con inmunosupresores, por su enfermedad de base, es posible que la inmunodepresión pueda favorecer la infección por este germen. Es importante el envío de muestras para estudio microbiológico advirtiendo la posibilidad de este tipo de infecciones para que el procesamiento de las mismas sea adecuado.

A-83 BACTERIEMIAS EN UN SERVICIO DE UROLOGÍA

M. Ibarguren Pinilla, M. Elola Zeberio, A. Eguíluz Pinedo,
A. Berroeta Iribarren, M. Vaquero Valencia, K. Leizaola Arregui,
H. Azkune Galparsoro y M. Goenaga Sánchez

Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea. Donostia-San Sebastián (Guipúzcoa).

Objetivos. Las infecciones del tracto urinario son el origen más frecuente de bacteriemia en pacientes hospitalizados. La incidencia debería ser mayor en los Servicios de Urología, donde un porcentaje alto de pacientes están sondados o han sido sometidos a manipulación de la vía urológica. Nuestro objetivo es analizar el

resultado microbiológico de todos los hemocultivos extraídos en un Servicio de Urología y compararlo con el de los urocultivos.

Material y métodos. Se recogen los datos de todos los hemocultivos extraídos en el Servicio de Urología desde mayo 2009 a mayo 2010 en pacientes con fiebre y sospecha de bacteriemia. Se analizan los microorganismos aislados, las características de los pacientes, el antecedente de sondaje, tratamiento antibiótico y resultado de los urocultivos.

Resultados. A lo largo de un año se recogen un total de 60 hemocultivos en 48 pacientes, 37 de ellos varones. La edad media es de 66 años (rango 29-85). Del total de hemocultivos extraídos, 52% con antibioterapia previa, 11 son positivos. En 47 de los 60 casos se recoge además del hemocultivo, una muestra para urocultivo, siendo el 64% de ellos positivos. El resultado del hemocultivo coincide con el del urocultivo en 8 de los 11 casos, en un caso no coincide, y en los 2 restantes no se ha recogido urocultivo. De los 60 casos, 31 tienen antecedentes de sondaje uretral. De esos pacientes sondados, 6 presentan bacteriemia y 21 tienen urocultivo positivo. El resultado del hemocultivo hace que se modifique el tratamiento antibiótico en 7 de los 11 casos de bacteriemia. Ningún paciente fallece durante el ingreso.

Discusión. Como era de esperar, la principal fuente de bacteriemias en pacientes urológicos es el tracto urinario, siendo el riesgo mayor en pacientes con antecedentes de sondaje. La incidencia real de bacteriemias es difícil de valorar en nuestro estudio por la ausencia de criterios claramente definidos para la extracción de hemocultivos, y por el frecuente uso de antibióticos previos.

Conclusiones. Las infecciones urinarias son una fuente frecuente de bacteriemia en los pacientes ingresados en Urología. Su incidencia esté probablemente infravalorada debido al uso previo de antibióticos que negativiza los cultivos.

A-84 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MICROBIOLÓGICAS DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL ÁREA DE SALUD DE TOLEDO

A. Blanco Jarava¹, P. Toledano Sierra², J. González Moraleja³
y S. Moreno Guillén

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora del Prado¹. Toledo. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Salud. Toledo. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Tres Culturas. Toledo. ⁴Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos. El objetivo del presente estudio ha sido conocer las características clínicas y microbiológicas de los pacientes diagnosticados en el área de salud de Toledo, durante el período de estudio.

Material y métodos. Se ha realizado un estudio observacional, retrospectivo de todos los casos de tuberculosis pulmonar diagnosticados en el área de salud de Toledo, durante un período de 6 años (1 de enero de 2004-31 de diciembre 2009).

Resultados. Respecto a las manifestaciones clínicas, la tos estuvo presente en 132 casos (65,7%), asociada a expectoración en 111 casos (55,2%) y hemoptisis en 37 casos (18,4%). 95 pacientes (47,3%) presentaron fiebre, 65 pacientes (32,3%) síndrome constitucional, 52 pacientes (25,9%) disnea, 42 pacientes (20,9%) dolor costal y 23 pacientes (11,4%) presentaron sudoración nocturna. Respecto a las alteraciones en la radiografía de tórax en el momento del diagnóstico, 140 pacientes (69,7%) presentaban condensación neumónica. La cavitación estaba presente en 80 casos (39,8%). 29 pacientes (14,4%) presentaban derrame pleural, en 27 pacientes (13,4%) se visualizaba un patrón miliar y 13 pacientes (6,5%) presentaban calcificaciones. 27 pacientes (13,4%) presentaron otras alteraciones radiológicas. La prueba de la tuberculina estaba registrada en 61 pacientes (30,3%), con resultado positivo en 31 pacien-

tes (15,4%) y negativa en 30 pacientes (14,9%). La baciloscopia de esputo resultó positiva en 104 pacientes (51,7%), negativa en 93 pacientes (46,3%) y no se realizó en 3 pacientes (1,5%).

Discusión. La manifestación clínica y las alteraciones radiológicas observadas en la población de estudio no difieren de las descritas habitualmente en la literatura. La manifestación clínica más frecuente fue la tos, seguido de expectoración y la fiebre. Las alteraciones radiológicas más frecuentes fueron la condensación neumónica y la cavitación. La prueba de la tuberculina sólo estaba registrada en el 30,3% de los pacientes. Es probable que realmente se realizará en más pacientes, pero en muchas ocasiones se realiza de forma ambulatoria y el resultado no siempre se recoge en la historia clínica. La baciloscopia de esputo resultó positiva en el 51,7% de los pacientes y negativa en el 46,3% de los pacientes. El principal inconveniente de la baciloscopia es su moderada sensibilidad, que está condicionada por la localización y el grado de afectación de la enfermedad, la calidad de la muestra y el tiempo que dedica el observador para determinar que una baciloscopia es negativa. Este resultado, similar en otras series, obliga a realizar cultivo para Mycobacterias siempre que exista sospecha elevada de enfermedad tuberculosa.

Conclusiones. Las manifestaciones clínicas, las alteraciones radiológicas y los resultados de la prueba de la baciloscopia, de los pacientes diagnosticados de tuberculosis pulmonar en el área de salud de Toledo, no difieren de las descritas habitualmente en la literatura.

A-85 HOSPITALIZED PATIENTS WITH PNEUMONIA. A PROSPECTIVE STUDY

M. Marques, A. Pinheiro, C. Maio, D. Silva, H. Raquel, H. Martins, J. Melo y C. Guedes

Medicina Interna. Centro Hospitalar Médio Ave-UFamalicão (Director Serviço - Dr Augusto Duarte). Vila Nova Famalicão (Portugal).

Objetivos. Prospective evaluation of Pneumonia as a cause of admission, in an Internal Medicine Department for a period of 9 months, concerning multiple features: epidemiology, comorbidities, clinical classification, severity scores, etiology and antimicrobial therapy (AT), complications and mortality. Main goal was to clarify those features and thereby optimize the practice.

Material and methods. A prospective study that included all patients admitted with diagnosis of Pneumonia from May 2009 till January 2010. A previous created protocol was used for registry data and SPSS version 17.0 for statistical analysis. CURB 65 was our main choice as a severity score.

Results. Total of cases: 153; 70.6% male; Mean age: 75 years, 70% were above 70 years old. Origin of admission: Home (83.7%) and long-term facility or institution (13.1%). The average length of hospitalization was 11.8 days. Most frequent comorbidities were cerebrovascular disease (37.3%), neoplastic disease (21.6%). 60% of patients had Rankin \geq 4 on admission. The most frequent features on chest radiography were single pulmonary infiltrate (66.7%) and multiple infiltrates (26.8%). We had 66.7% of community-acquired pneumonia and 33.3% of health-care associated pneumonia. The mean hours since admission and diagnosis till AT was initiated were: 8.4 hours and 6.2 hours, respectively; the AT was initiated in our Emergency Department (ED) in 66.7% of patients. AT was altered in 16.9% of patients, mostly because of treatment failure. The two most common antimicrobial combinations used for empiric treatment were Amoxicillin Clavulanate + Azithromycin (43%) and Ceftriaxone + Azithromycin (16.3%). Eighty one per cent of the patients had blood cultures, with identification of agent in only 6 patients; Urinary Legionella and Pneumococcus antigens were determined in 37.9% of patients. CURB 65 Score of 0 represented

9.1%; 1 - 34.4%; 2 - 36.3%; 3 - 14.3% while 4 - 5.9%. In our series we had a mortality of 26.1%; Concerning that specific group there was a correlation with mortality and rankin on admission, previous AT, multiple infiltrates and time between diagnosis and AT start. The Rankin on discharge was remarkably lower on the vast majority of the patients.

Discussion. Concerning the general population's characterization we had an elevated median age, with the vast majority being highly dependent (60% with Rankin \geq 4). The microbiological screening was not effective, although mostly all patients had blood cultural sampled. AT was started mainly on ED, but the time since diagnosis till AT exceeded the recommended time of maximum 4 hours. Since we had very few isolated agents, AT was altered mainly because of clinical failure. In our series we had a mortality of 26.1%, that is similar to our national data (23%).

Conclusions. Microbiological screening must be optimized in order to direct the antimicrobial therapy. Another purpose has to be decreasing time between diagnosis and AT as it is remarkably related with better outcome. High Rankin on admission, longer time till antimicrobial start, multiple infiltrates and previous AT were all related with higher mortality.

A-86 GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE LA AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA) 2008 EN UNA COHORTE DE PACIENTES DIABÉTICOS CON INFECCIÓN POR EL VIH

C. Sánchez Parra

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

Objetivos. Analizar el grado de cumplimiento de las recomendaciones establecidas por la ADA 2008 para la población general en los pacientes diabéticos con infección por VIH en estudio. Estudiar la relación entre el grado de control diabetes y la hemoglobina glicosilada como marcador sérico. Establecer la asociación entre diabetes y otros factores de riesgo cardiovascular en el paciente con infección por VIH, así como con la lipodistrofia.

Material y métodos. Estudio observacional retrospectivo con 43 pacientes infectados por el VIH diabéticos pertenecientes a la Comunidad Autónoma de Madrid, la mayoría del Área 7 de Salud. Se recogieron datos epidemiológicos, antropométricos, clínicos y analíticos. Se diagnosticó de DM según los criterios ADA 1997/OMS 1998, y se siguieron las recomendaciones de la ADA 2008 para definir los objetivos de control.

Resultados. La mediana de glucemia fue 124 (109-154,4) y de hemoglobina glicada (Hb A1c) 6 (5,70-7,45). La media de años desde el diagnóstico de la infección por VIH hasta el de la diabetes fue alrededor de 5, siendo la carga viral en el 97% < 1.000 copias/ml y la mediana de linfocitos CD4 de 475 (374-673). Sólo el 9,1% cumplieron todos los objetivos propuestos por la ADA para definir el buen control de la diabetes en la población general, cumpliendo los de Hb A1c < 7% y colesterol LDL < 100 mg/dl el 45,5%. Si se analizan de forma individual: Hb A1c < 7% - 72,7%, tensión arterial 84,8% - TAS < 130 y 78,8% - TAD \leq 80, colesterol total < 200 - 72,7%, c-HDL - 69,7%, c-LDL - 60,6% y triglicéridos < 150 mg/dl - 36,4%. Alteración del perfil lipídico en el 67% y lipodistrofia en el 21,2%. De acuerdo con la mayoría de las guías, los antidiabéticos orales fue el grupo farmacológico más usado, utilizándose la insulina (monoterapia o combinada) en un 27,7%. El uso de ácido acetilsalicílico fue bajo.

Discusión. Gracias a la terapia antirretroviral de alta eficacia, se ha objetivado un incremento de la morbi-mortalidad debido a causas no infecciosas, como la diabetes y la enfermedad cardiovascular en los pacientes con infección por el VIH. En nuestra cohorte de pacientes, la infección por el VIH estaba controlada, pero la mayoría no cumplían los objetivos establecidos por la ADA 2008, siendo

necesarios estudios con mayor tamaño muestral, donde se especifica, por la importancia en la patogenia de la resistencia insulínica, el tipo de TARGA o de daño hepático, así como estudios comparativos con controles sanos.

Conclusiones. A pesar de no existir una asociación estadísticamente significativa, hubo datos que sugieren que un mejor control de las cifras de HbA1c y colesterol LDL, protegería frente al desarrollo de cardiopatía isquémica, lipodistrofia y hepatopatía en los pacientes diabéticos con infección por el VIH estudiados. Se requieren estudios que ayuden a establecer un enfoque multidisciplinar en cuanto al diagnóstico y manejo de la diabetes de en estos pacientes, no existiendo guías estandarizadas, ya que además de las propias complicaciones asociadas a la diabetes en la población general, presentan otros factores que, de forma independiente, contribuyen a un incremento del riesgo cardiovascular, principal causa de morbimortalidad en la actualidad.

A-87

BACTERIEMIA POR *STREPTOCOCCUS GALLOCYTICUS*

R. Calderón Hernáiz, J. Ruiz Ruiz, D. Rejas Velásquez, J. Satué Bartolomé y A. Zapatero Gaviria

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

Objetivos. El *Streptococcus bovis* es un coco grampositivo, inicialmente clasificado junto con el enterococo. Se divide en biotipo I (*S. bovis*) y II (*S. bovis* variante). En los últimos años se ha reclasificado este grupo, pasando a denominarse *S. gallolyticus* al *S. bovis* biotipo I. *S. gallolyticus* puede ser causa de bacteriemia, endocarditis y osteomielitis. Clásicamente se ha relacionado con tumoraiones del colon. Se ha asociado también con otras neoplasias de dentro y fuera del tracto gastrointestinal, con linfomas y con hepatopatía. Nuestro objetivo es describir los casos de bacteriemia por *S. gallolyticus* detectados en el Hospital Universitario de Fuenlabrada, con sus características demográficas, comorbilidad, y asociaciones patológicas más frecuentes.

Material y métodos. Estudio descriptivo y retrospectivo de las bacteriemias por *S. gallolyticus* en pacientes mayores de 14 años detectadas en nuestro hospital desde marzo de 2004 hasta enero de 2010.

Resultados. En este período se diagnosticó bacteriemia por *S. gallolyticus* en cinco pacientes, la mayoría con edad superior a los 70 años. Dos de ellos tenían valvulopatía izquierda previa (uno era portador de prótesis aórtica). Otros dos padecían diabetes mellitus tipo 2. Otro paciente diferente estaba diagnosticado de adenocarcinoma de vesícula biliar. Excepto en este último, en todos los casos se realizó ecocardiograma y colonoscopia. En sólo dos pacientes se emprendieron pruebas adicionales (TC, ecografía) como rastreo de patología abdominal. En pacientes con sintomatología ósea se efectuaron TC, RM, o gammagrafía óseas. Se encontró endocarditis izquierda en dos de los pacientes sometidos a ecocardiograma. En tres casos la colonoscopia mostró alteraciones patológicas, concretamente adenomas con displasia de bajo grado. Otros hallazgos patológicos abdominales fueron un caso de esteatosis hepática y, ya previamente diagnosticado, un adenocarcinoma de vesícula. Tres pacientes aquejaron dolor vertebral o articular, encontrándose infección en todos ellos: dos casos de espondilodiscitis dorso-lumbar y otro de artritis séptica de cadera. No se observó asociación con estados de inmunodepresión en el momento del diagnóstico. En cuanto a la coincidencia de procesos clínicos, en dos ocasiones la bacteriemia por *S. gallolyticus* asoció infección osteoarticular sin endocarditis, y sólo en una paciente concurren bacteriemia, endocarditis, adenoma de colon y espondilodiscitis. Dicha paciente falleció después al desarrollar leucemia mieloide aguda. Todos los aislamientos del germen fueron sensibles a penicilina y vancomicina, siendo el trata-

miento más empleado la penicilina (asociada o no a gentamicina). No hubo complicaciones relacionadas con la bacteriemia o la patología osteoarticular, pero uno de los casos con endocarditis precisó recambio de una prótesis valvular. Sólo se registró un fallecimiento, correspondiente a la paciente que desarrolló leucemia.

Conclusiones. Se confirma en nuestra revisión la frecuente asociación de la bacteriemia por *S. gallolyticus* con tumoraiones intraabdominales (fundamentalmente de colon), endocarditis infecciosa de predominio izquierdo, infecciones osteoarticulares e incluso con neoplasias extraintestinales como las hematológicas. Esto justifica la realización de pruebas diagnósticas (sobre todo ecocardiograma y colonoscopia) para poner de manifiesto patología asociada en todo paciente con bacteriemia por este microorganismo. No siempre la patología abdominal en estos casos es de naturaleza maligna. En general se trata de una infección tratable con penicilina G o vancomicina y la evolución suele ser favorable.

A-88

INGRESO POR NEUMONÍA POR *P. JIROVECCI*. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS. ESTUDIO RETROSPECTIVO

M. Monedero Prieto, M. Alemán Valls, M. Alonso Socas, D. García Rosado, J. Armas González, I. Hernández Hernández, M. Martín González y J. Gómez Sirvent

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

Objetivos. Estudiar las características clínicas y epidemiológicas de pacientes con infección VIH ingresados con neumonía por *P. jirovecci* y evolución durante el mismo. Realizar un subestudio de aquellos que por su gravedad requirieron ingreso en unidad de cuidados especiales: intensivos (UVI) o semiintensivos (UCSI).

Material y métodos. Estudio retrospectivo donde revisamos las historias clínicas de 82 pacientes ingresados con estas características durante los años 1995 al 2009. Se valoró clínica, situación inmunológica, tratamiento recibido, estancia hospitalaria, y factores de riesgo de mortalidad.

Resultados. 82 pacientes (67 hombres y 15 mujeres), con mediana de edad de 38.4 años (24-82). Forma de contagio 54(65%) fue vía sexual, 18 (23%) vía parenteral y en 10 (12%) era no conocido. La mediana de CD4 fue 31 cel/ml (1-250), 56 pacientes eran naïve; y de estos, 37 fueron diagnosticados de VIH durante este ingreso por la neumonía. De los 26 pacientes no naïve, 12 (46%) se encontraban tomando tratamiento antirretroviral durante más de 6 meses con muy mala adherencia, 4 llevaban menos de 3 meses tomando tratamiento, y el resto (10 pacientes) lo habían abandonado por su cuenta desde más hacia de 1 año. Clínica: 73 (89%) disnea, 65 (79%) fiebre y 65 (79%) referían tos de predominio no productiva (60%). El estudio radiológico tenía patrón sugestivo en 75 pacientes (91%), y el diagnóstico fue principalmente por IFD del LBA (positiva en el 77% de los estudios realizados después de 1997). Requirieron ingreso en unidad 27 pacientes: 23 en UCSI y 4 en UVI, con una estancia media en unidad de 36 días, 21 recibieron VMNI y 14 (53%) llegaron a IOT. Del total de pacientes fallecieron 16 (19,5%), de los que 12 (75%) habían requerido ingreso e IOT en unidad. No hay diferencias significativas en el número de diagnóstico en los distintos años estudiados.

Conclusiones. La neumonía por *P. jirovecci* sigue siendo una causa importante de ingreso y de mortalidad entre los pacientes con infección VIH, siendo el diagnóstico de VIH y SIDA en cerca del 50% de los pacientes con esta patología. En 4 pacientes se puede considerar la posibilidad de sd reconstitución inmune. Destaca la inmunosupresión y desnutrición, con sintomatología previa aproximadamente un mes. El principal riesgo de mortalidad es requerir IOT falleciendo el 75% de los mismos.

A-89 MENINGITIS NEUMOCÓCICAS EN ADULTOS. ESTUDIO DURANTE EL PERÍODO 2003-2010 EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

I. Páez Rubio¹, R. Luque Márquez², E. Domínguez Durán³, F. Carrasco Sánchez¹, J. Lepe Jiménez² y E. Pujol de la Llave¹

¹Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Huelva. ²Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas y Microbiología. ³Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. La Meningitis Neumocócica (MN) es actualmente la principal causa de meningitis comunitaria en adultos y es responsable de elevada morbi-mortalidad. **Objetivos:** 1. Estudio descriptivo de los episodios de MN en adultos en un hospital de tercer nivel entre Enero 2003 y Mayo 2010, evaluando variables relacionadas con la morbi-mortalidad. 2. Conocer si la MN de foco ORL y su tratamiento quirúrgico influyeron en la mortalidad.

Material y métodos. El diagnóstico se hizo en base a alguno de los siguientes: 1. cultivo de LCR positivo para *S. pneumoniae* (SP). 2. Bioquímica de LCR compatible con meningitis bacteriana + hemocultivos positivos para SP. 3. Bioquímica de LCR compatible con meningitis bacteriana y detección de antígeno neumocócico en LCR u orina. Para el contraste de hipótesis se utilizó una t de Student o un test de Mann-Whitney para variables cuantitativas y el estadístico Chi Cuadrado (corrección de Fisher) para cualitativas. Construimos un modelo multivariante por regresión logística para identificar variables relacionadas independientemente con la mortalidad.

Resultados. Se incluyeron un total de 50 episodios en 49 pacientes. La edad media fue 55,26 años (DE 18,02). Igual proporción de hombres y mujeres. La mediana del Glasgow al ingreso fue de 10,5 (8-14). El 14% tenía patología ORL previa y el 10% había tenido meningitis previa. Un 42% presentó sepsis o shock séptico al ingreso. 34 pacientes precisaron ingreso en UCI (68%) y el 36% requirió ventilación mecánica (VM). El 90% recibió antibiótico el primer día, siendo apropiado en todos los casos. Se asoció dexametasona en un 88%. El foco ORL fue la causa en 35 pacientes (70%). 19 enfermos recibieron cirugía ORL (38%). La mortalidad a los 3 meses fue del 16%, con secuelas el 28%. En el análisis univariado, las variables asociadas a mortalidad fueron la edad: OR 1,075 (1,005-1,15), presentación de sepsis-shock séptico: OR 14 (1,5-125,2), ingreso en UCI: OR 1,3 (1,08-1,57), la VM: OR 19 (2,1-173,3) y no haber recibido tratamiento quirúrgico ORL: OR 1,8 (1,3-2,4). El tratamiento antibiótico apropiado y un Glasgow alto fueron factores protectores. Las MN de foco ORL tuvieron menor probabilidad de asociarse a muerte OR 0,1 (0,03-0,92). Al incluir en el modelo de Regresión Logística las variables con $p < 0,1$ en el estudio univariado, sólo la VM se relacionó directamente con la mortalidad OR 18,03 (1,14-282,8). Si eliminamos variables relacionadas con clínica grave, sólo la edad alcanzó el borde de la significación. Cuando se estratifica por edad, el tratamiento quirúrgico ORL pierde la significación estadística.

Discusión. Encontramos una elevada morbi-mortalidad (16% y 38% respectivamente). Llama la atención la alta prevalencia de MN de foco ORL (70%), que se comporta como "factor protector" en el estudio univariante. Sólo la VM, se asoció independientemente con la mortalidad en el estudio multivariante. No obstante, al analizar otras variables útiles en la valoración del paciente, sólo la edad quedó al borde de la significación, y parece actuar como factor confundente con respecto al tratamiento quirúrgico ORL (se operan los jóvenes).

Conclusiones. Las MN en adultos tienen una elevada mortalidad (16%). En nuestra serie, las meningitis ORL suponen el foco principal. El tratamiento quirúrgico ORL parece asociarse a menor mortalidad, estando confundido por la edad.

A-90 ECONOMIC EVALUATION OF DAPTOMYCIN AS FIRST-LINE THERAPY VERSUS DAPTOMYCIN AS RESCUE THERAPY AFTER VANCOMYCIN OR LINEZOLID FAILURE IN GRAM-POSITIVE BACTEREMIA TREATMENT

R. Lahoz¹, S. Gil Parrado¹, C. Soengas¹ y S. Grau²

¹Clinical Development. Novartis Farmacéutica, S.A. Barcelona.

²Servicio de Farmacia. Hospital del Mar. Barcelona.

Objectives. To assess the efficiency of daptomycin as first-line therapy (D) versus daptomycin as rescue therapy after failure of vancomycin (V+D) or linezolid (L+D) in gram-positive bacteremia treatment.

Material and methods. A cost-effectiveness analysis comparing the three therapeutic alternatives: D, V+D or L+D was performed using data from a previous observational study (EUCORE). In the present sub-study, data on 19 (D), 33 (V+D) and 19 (L+D) bacteremic patients were analyzed. Effectiveness was measured in terms of cure or clinical improvement. Costs were gathered from "BOT" and "e-salud" Spanish databases. Direct costs (medication and hospitalization) due to bacteremia were included. Costs are expressed in 2009 Euros. Patients were observed until either end of daptomycin therapy or exitus. A probabilistic multivariate sensitivity analysis was carried out. Dispersion was estimated using bootstrap (three alternative scenarios were considered in the simulations: 50%, 25% and 10% of the estimated dispersion) and Monte Carlo simulations were performed for both costs (log-normally distributed) and effectiveness (normally distributed) measures.

Results. Effectiveness figures: D: 84.2% (95%CI: 60.4%-96.6%); V+D: 87.9% (95%CI: 71.8%-96.6%); L+D: 68.4% (95%CI: 43.5%-87.4%); p value = 0.206 (Chi²). Average costs per treated patient: D: 6,672.8 euros (95%CI: 4,076.8-9,268.8); V+D: 9,786.6 euros (95%CI: 7,124.7-12,448.5); L+D: 12,190.4 euros (95%CI: 8,693.2-15,687.7); p value < 0.001 (Kruskal-Wallis). Cost-Effectiveness Incremental Ratios: 53,478.8 euros (D versus V+D) and -6,639.5 euros (D versus L+D). Sensitivity analysis results: D versus V+D: D is efficient with lower costs (in 41.2%-77.9% simulations) and dominant (22.1%-38.0%); D versus L+D: D is dominant (44.6%-99.6%) and efficient with lower costs (0.4%-30.0%).

Conclusions. Daptomycin as first-line therapy is a dominant alternative when compared to daptomycin as rescue therapy after linezolid failure, showing better clinical results with lower associated costs. Daptomycin as first-line therapy does not show significant differences in effectiveness when compared to daptomycin as rescue therapy after vancomycin failure, but it shows significantly lower costs.

A-91 GÉRMENES PRODUCTORES DE BETALACTAMASAS DE ESPECTRO EXTENDIDO EN INFECCIONES URINARIAS DE LA COMUNIDAD

C. de la Torre Solís¹, J. Lomeña Villalobos¹, M. Guil García², S. Martín Alarcón¹, T. Martín Beltrán¹, C. Perpiñá Fortea¹, P. Almagro Martín-Lomeña¹ y C. San Román y de Terán²

¹UGC Torre del Mar ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga).

Objetivos. Conocer factores epidemiológicos de las infecciones urinarias de la comunidad producidas por gérmenes productores de betalactamasas de espectro extendido (BLEE).

Material y métodos. Estudio retrospectivo en el que se analizan los uropatógenos productores de betalactamasas de espectro extendido aislados en pacientes con infección del tracto urinario bajo, adquirida en nuestra comunidad del área sanitaria entre los meses de enero y junio de 2008, de pacientes de ambos sexos y todas las edades, con confirmación microbiológica y antibiograma convencional. Se realiza el análisis estadístico con SPSS v.15.0.

Resultados. Analizamos 611 urocultivos: *E. coli* 521 (85,27%) y otros gérmenes 90 (14,73%) con 28 (4,6%) productores de BLEE [26 *E. coli* (92,8%) y 2 *Klebsiella* (7,2%)]. De los 503 urocultivos en mujeres, 21 (4,17%) y de los 108 en hombres 7 (6,48%) eran productores de BLEE sin diferencia significativa entre hombre y mujer. 4 (3,77%) aparecían en las 106 ITUS repetidas contra 24 (4,75%) en las 505 ITUS no repetidas, sin diferencias entre ellas. En los pacientes sondados la incidencia de BLEE era de 17,6% contra 4,3% en los no sondados ($p = 0,038$). No existían diferencias entre las mujeres embarazadas y las no embarazadas. Con respecto al antibiograma en estos casos, existía diferencia significativa ($p = 0,0001$) además de con la sensibilidad a todas las cefalosporinas y penicilinas (ampicilina, cefalotina, cefepima, cefotaxima, ceftaxidime, cefuroxima axetilo y sódica) con la amikacina $p = 0,002$, ciprofloxacino $p = 0,0001$, nalidixico $p = 0,003$. Había tendencia en los demás aminoglucósidos ($p = 0,06$ en gentamicina y tobramicina) y no se afectaban el amoxiclavulánico, la fosfomicina, la nitrofurantoína, el imipenem y la piperacilina/tazobactán.

Conclusiones. Los gérmenes que producen BLEE, además de las penicilinas y cefalosporinas, inactivan las quinolonas y afectan al espectro de los aminoglucósidos. No hemos encontrado un aumento de ellos en infecciones de repetición y sí en pacientes sondados, por lo que parece más indicado el uso de fosfomicina que el de quinolonas en estos pacientes.

A-92

ESCALOFRÍOS COMO PREDICTORES DE BACTERIEMIA

E. Merino Peña, J. Villasenín Arnosó, R. Salas Campos, C. Fornós Astó, M. Sanjaume Feixas, G. Euba Ugarte, N. Parra Macías y F. Fernández Monrás

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona.

Objetivos. La bacteriemia se define como la presencia de bacterias en la sangre demostrada mediante cultivo. La detección de bacteriemia significativa es un marcador pronóstico e implica una mayor mortalidad. La predicción de bacteriemia permitiría delimitar a un grupo de pacientes potencialmente más graves, en los que sería necesario iniciar tratamiento antibiótico empírico tempranamente y que podrían beneficiarse de tratamientos dirigidos a acotar la respuesta inflamatoria sistémica. La sospecha de bacteriemia por juicio clínico no ha mostrado en los estudios de validación suficiente sensibilidad, especificidad ni valor predictivo. Se han publicado diversos modelos de predicción clínica de bacteriemia en diferentes circunstancias y grupos de pacientes y también en nuestro medio; dentro de las diferentes variables testadas los escalofríos han sido muy controvertidos como predictores de bacteriemia cuando se han aplicado análisis de regresión logística. Pero sus fallos en especificidad podrían deberse a errores en la recogida de la anamnesis dada la posible gradación de lo que entendemos como escalofríos. A fin de diseñar un estudio prospectivo para valorar el papel de los escalofríos como predictores de bacteriemia, se realizó previamente un estudio retrospectivo que es el que reflejaremos a continuación a partir del análisis de la historia clínica de los pacientes que habían ingresado en el servicio de medicina interna durante los doce meses anteriores por el mismo motivo y la posterior entrevista con los médicos que los habían atendido.

Material y métodos. Se recogieron las historias clínicas de 200 pacientes ingresados correlativamente en medicina interna desde el servicio de urgencias desde enero 2009 a diciembre 2009 con fiebre como motivo de consulta y de los que se habían obtenido hemocultivos en las primeras 48h. Se recogieron las variables demográficas (edad y sexo), las constantes vitales y la existencia de enfermedad asociada previa al episodio. En cuanto a la presencia de escalofríos reseñados en la historia clínica se recogieron todos

los sinónimos empleados por los diferentes facultativos que atendieron al paciente: escalofríos presenciados por el médico, o por personal asistencial no facultativo o relatados por familiares o por el propio paciente; y cuando era así, la forma en cómo se habían interrogado. Además se recogieron los resultados de hemocultivos y de otros cultivos, y se procedió al análisis de los resultados. En todos los casos se obtuvieron 2 pares de hemocultivos seriados. Se definió bacteriemia como el aislamiento de microorganismos de patogenidad reconocida en uno o más hemocultivos de un paciente con un contexto clínico compatible.

Resultados. De un total de 200 pacientes, 36 (18%) tuvieron bacteriemia. Se identificaron distintos términos en la historia clínica: Ausencia de escalofríos, escalofríos, escalofríos francos y tiritona (especificando siempre si estas situaciones eran observadas por personal asistencial). Tanto tiritona como escalofríos francos mostraron una alta especificidad para la posterior positividad de los hemocultivos. 90,3% (IC95% 89,2-91,5), que no pudo obtenerse con el término escalofríos. La ausencia de escalofríos mostró una sensibilidad del 87,5% (IC95% 74,4-94,5).

Conclusiones. La evaluación de la manera en cómo fueron recogidos los escalofríos como parte de la presentación clínica del proceso febril del paciente es muy importante para estimar el riesgo de bacteriemia. Cuanto más evidente es la certeza de la presencia de los escalofríos aumenta su poder significativo.

A-93

DAPOMICINA (DAP) PARA EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES POR COCOS GRAMPOSITIVOS EN PACIENTES DIABÉTICOS

S. Reus¹, I. Merino¹, B. Almirante² y S. Gil Parrado³

¹Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. ³Departamento médico IDTI. Novartis Farmacéutica S.A. Barcelona.

Objetivos. El tratamiento de infecciones causadas por grampositivos multirresistentes cuenta con opciones limitadas. DAP es un lipopéptido cíclico con alta y rápida actividad bactericida frente a estos patógenos. El objetivo de este estudio fue describir la experiencia clínica con DAP en España para el tratamiento de pacientes diabéticos.

Material y métodos. EU-CORE es un registro voluntario, retrospectivo, en fase IV, de características clínicas y evolutivas de pacientes tratados con DAP entre enero 2006 y marzo 2010 en Europa. En España, se registraron 726 enfermos, de los cuales 175 presentaban diabetes (24,1%). El seguimiento realizado a los pacientes fue de 30 días.

Resultados. El 66% de pacientes fueron varones y la mediana de edad fue 65 años. 60 de ellos aquejaban infecciones complicadas de piel y tejido blando (IcPTB), 25 endocarditis y 25 bacteriemias. La mayoría de patógenos primarios fueron *Staphylococcus aureus* (52,1%) -de los cuales el 15,1% fueron multirresistentes-, *S. epidermidis* (16,4%), patógenos del género *Enterococcus* (12,1%) y *Staphylococcus coagulasa negativos* (7,9%). El 56% (98 pacientes) habían recibido previamente vancomicina (53), linezolid (30), teicoplanina (13) y tigeciclina (2). La eficacia general de daptomicina en el tratamiento de pacientes diabéticos fue del 85,3% en tratamiento de primera línea y del 73,8% en rescate. La eficacia para el tratamiento de IcPTB alcanzó el 83,3%, de endocarditis el 72% y de bacteriemias el 76,8%, siendo la duración media del tratamiento de 17,1, 22,1 y 15,6 días, respectivamente. Para los 65 pacientes en los que se evaluó la evolución de la CPK, de los 55 inicialmente por debajo del valor de 1xULN, 47 se mantuvieron en este valor y 8 superaron 1xULN en el pico máximo. Se presentó un único caso de fallo renal agudo.

Conclusiones. DAP resulta ser un antibiótico con buen perfil de eficacia clínica y seguridad para el tratamiento de ICPTB, bacteriemias y endocarditis en pacientes diabéticos.

A-94 MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS EN EL ÁREA SANITARIA DE TOLEDO

A. Moreno Rodríguez¹, J. González Moraleja¹, R. Labra González¹, M. Malmierca Corral¹, M. García Butenegro¹, M. Moya Saiz¹, R. Salcedo Martínez¹ y M. Martino Castañar²

¹Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Toledo. Hospital Tres Culturas. Toledo. ²Servicio de Microbiología. Complejo Hospitalario de Toledo. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Objetivos. Describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con aislamiento de micobacterias no tuberculosas (MNT) en el área de Salud de Toledo.

Material y métodos. Se solicitó un listado al servicio de Microbiología del Complejo Hospitalario de Toledo, que atiende un área de 419000 habitantes, con los aislamientos de MNT de los últimos 5 años (del 1/1/ 2005 al 31/3/2010). A los casos identificados, se les pasó de forma retrospectiva un protocolo de recogida de datos, en el que se recogían variables demográficas, clínicas, analíticas, radiológicas, de tratamiento y evolutivas. Los resultados se analizaron con el programa estadístico SPSS, versión 15.

Resultados. Se identificaron 16 casos con al menos un aislamiento de MNT. La media de edad fue de $49,6 \pm 19,7$ años (Rango: 2-79), once (68,8%) fueron varones. Entre los factores predisponentes destacan, haber fumado, que se identificó en 13 pacientes (81,3%); padecer EPOC en 6 (37,5%); la existencia de bronquiectasias en 5 (31,3%); 5 (31,3%) habían padecido tuberculosis previa y 5 (31,3%) tenían inmunosupresión conocida (2 infección por VIH, 1 recibía tratamiento con natalizumab por esclerosis múltiple, 1 metotrexate por artritis reumatoide y 1 esteroides de forma crónica por asma). Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron la fiebre y la disnea, seguidos de anorexia y pérdida de peso. Nueve pacientes presentaron infiltrados en la radiografía, en 7 de ellos el infiltrado fue bilateral. Los aislamientos se hicieron en 12 casos (75%), en el cultivo del esputo, en 3 en muestras de ganglios linfáticos y uno, en jugo gástrico. En 9 casos (56,4%) se aisló MNT en 2 o más muestras. Las MNT identificadas fueron en 10 casos, *Mycobacterium avium complex* (MAC) seguidas, con un caso cada una por *M. kansasii*, *M. chelonae*, *M. abscessus*, *M. goodii* y *M. fortuitum*. En 1 paciente no se logró la identificación de la MNT. En 3 se aisló simultáneamente *M. tuberculosis* y en 8 otras bacterias. Inicialmente 10 (62%) de los casos fueron considerados patógenos (5 afectación pulmonar, 2 ganglionar y 3 diseminada) y 6 saprofitos o colonizadores. De los 10 considerados patógenos, 8 recibieron tratamiento adecuado y que incluía macrólidos y etambutol para MAC y rifampicina, isoniazida y etambutol para *M. kansasii*; en 7 casos la duración del tratamiento fue correcta (> 12 meses). En estos 7 pacientes se pudo constatar la curación completa. Un paciente falleció por enfermedad diseminada y 3 casos se perdieron. El resto sigue en observación o tratamiento. A lo largo del estudio se evidenció un incremento en el número anual de casos que pasó, de un único aislamiento en el año 2005, a 4 casos en el año 2008 y 2009 y a 5 en el primer trimestre del 2010.

Discusión. En el estudio, hemos observado un porcentaje significativo de pacientes con aislamiento de MNT que no recibieron tratamiento o bien éste fue inadecuado ya fuera por los fármacos recibidos o por una corta duración del mismo. Probablemente esto suceda por el escaso relieve que hasta el momento hemos dado los clínicos a la patogenicidad de las MNT. Sin embargo, el incremento de edad de la población, el uso cada vez mayor de fármacos inmunosupresores, quimioterápicos y de los anticuerpos monoclonales,

van a ocasionar un incremento de la frecuencia de infecciones por estos gérmenes y de su patogenicidad, tal como se intuye en este estudio.

Conclusiones. 1. MAC con 10 casos (62,5%) fue la MNT más frecuente en el área de salud de Toledo. 2. La tasa de incidencia de infección por MNT es baja pero se observa un incremento a lo largo del estudio. 3. Todos los pacientes que recibieron un tratamiento correcto y de duración adecuada se curaron.

A-95 ESTUDIO DE CUMPLIMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LAS GUÍAS DE TRATAMIENTO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. del Valle Navarro¹, J. Barberán López¹, J. Pérez Cabello², A. Gómez Honorato¹, J. Picazo de la Garza³ y M. Curado-Moliní Álvarez¹

¹Servicio de Enfermedades Infecciosas, ²Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid. ³Servicio de Microbiología. Complejo Universitario de San Carlos. Madrid.

Objetivos. 1) Describir el manejo de las infecciones respiratorias en la Atención Primaria (AP) y 2) valorar el uso que se hace de los documentos de consenso para el tratamiento de estos procesos en la práctica clínica diaria en AP.

Material y métodos. Estudio multicéntrico, prospectivo y descriptivo durante el período de un año, con tres cortes aleatorios de un día. A través de una encuesta se recogieron los datos clínicos de todos los pacientes que acudían a la consulta un día seleccionado, con una de las siguientes infecciones: faringoamigdalitis (FA), sinusitis (SIN), exacerbación de la EPOC (EEPOC) y neumonía comunitaria (NC).

Resultados. Se incluyeron 102.932 pacientes, con edades comprendidas entre los 2 y 81 años. Los cuadros clínicos fueron los siguientes: FA 56.709 casos (53,5%), EEPOC 28.436 (26,8%), SIN 15.502 (14,6%) y NC 5.393 (5,1%). Se hicieron 11.132 estudios radiológicos y sólo un 1% microbiológicos. El tratamiento antimicrobiano fue inicialmente empírico en el 87% de los casos. En el 3,9% de las sospechas bacterianas no se emplearon antimicrobianos, mientras que en el 23,9% de las víricas sí se utilizaron. Al comparar los porcentajes de utilización de antimicrobianos con la primera elección de los consensos se apreció el siguiente cumplimiento: 69% en la FA, 17,6% en la SIN, el 89% en la EEPOC y el 69% en la NC.

Conclusiones. En AP el manejo de las infecciones respiratorias es mayoritariamente empírico. El cumplimiento de las guías terapéuticas varía con la entidad clínica. Ninguna guía es lo suficientemente específica como para sustituir el juicio clínico, por lo que los resultados no deben interpretarse como un exceso o una falta de adhesión a los consensos, dado que este trabajo no está diseñado para tal fin.

A-96 ABSCESO DEL MÚSCULO PSOAS: DESCRIPCIÓN DE 30 CASOS

P. García, P. Laguna, M. López-Cano, A. Castañeda y M. Gil

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. Madrid.

Objetivos. El absceso del músculo psoas (AP) es una enfermedad poco frecuente y de difícil diagnóstico. Existen dos grandes grupos etiológicos, piógenos y tuberculosos. Por su patogenia se clasifican en primarios (espontáneos) y secundarios (por extensión de una infección contigua). Los objetivos de este trabajo son: 1) describir clínicamente una serie de AP y 2) identificar las características propias de las etiologías piógena y tuberculosa.

Material y métodos. Revisión retrospectiva de los casos de AP diagnosticados en un hospital universitario durante 27 años (1983-2009). Se establecen dos grupos etiológicos, piógenos y tuberculosos, y se comparan los hallazgos clínicos, analíticos y radiológicos de ambos.

Resultados. Se incluyen 30 AP, 25 (83%) piógenos y 5 (17%) tuberculosos, con una media de edad de 53 años. Nueve (31%) fueron primarios y 21 (69%) secundarios a: patología esquelética 8 (27%), urológica 8 (27%) y gastrointestinal 5 (17%). No se observaron diferencias en la presentación clínica entre AP piógenos y tuberculosos. Cursaron con dolor local 28 casos (93%), fiebre 18 (60%), dificultad en la marcha 14 (47%), síndrome general 10 (33%), masa inguinal o abdominal 4 (13%), y el signo del psoas fue positivo en 9 (30%). La duración de los síntomas hasta el diagnóstico fue de 44 días de media. En los parámetros analíticos los abscesos piógenos se diferenciaron de los tuberculosos en el recuento de leucocitos (13.871 vs 8.560/mm³, p = 0,018), cifra de hemoglobina (11 vs 14 g/dL, p = 0,008) y valor de la VSG (108 vs 17 mm/h, p < 0,0001). El diagnóstico de AP se efectuó con TC en 29 casos y con RM en uno, siendo todos unilaterales y 16 (53%) de localización izquierda. La lateralidad izquierda fue menos frecuente en la etiología piógena que en la tuberculosa (44% vs 100%, p = 0,031). Los hemocultivos resultaron positivos en 5/16 (31%) y el cultivo del pus drenado en 16/19 (84%), siendo bacilos aerobios gramnegativos, *Streptococcus* spp. *S. aureus* y *Bacteroides* spp. los aislamientos más frecuentes en los AP piógenos. Se drenaron 20 casos (67%), 15 (50%) por vía percutánea, 4 (13%) quirúrgicamente u uno por ambas técnicas. Fallecieron 2 pacientes (7%) con AP piógeno y ninguno de etiología tuberculosa.

Discusión. Coincidiendo con otras series publicadas, la mayoría de AP fueron secundarios, más frecuentemente a espondilodiscitis o patología urológica, y cursaron con una presentación subaguda, lo que puede retrasar el diagnóstico. La TC fue la técnica de imagen más empleada en el diagnóstico. Los hemocultivos resultaron frecuentemente negativos, mientras que los cultivos de pus del absceso fueron positivos en más del 80% de los casos. El tratamiento antibiótico empírico en los AP piógenos debería cubrir tanto *S. aureus* como bacilos aerobios gramnegativos y anaerobios, modificándolo posteriormente según el resultado de los cultivos. Asociado a la antibioterapia, la punción y colocación de un catéter de drenaje mediante control radiológico es la técnica más utilizada para drenar los AP.

Conclusiones. 1) El AP tiene una presentación subaguda y con frecuencia inespecífica, lo que retrasa su diagnóstico, para el que la TC constituye el procedimiento de elección. 2) Leucocitosis, anemia, VSG elevada y lateralidad derecha sugieren la etiología bacteriana del absceso frente a la tuberculosa. 3) El drenaje percutáneo está sustituyendo a la cirugía como parte del tratamiento, y además permite obtener muestras para cultivo que tienen mayor rentabilidad que las de sangre.

A-97

INFECCIONES POR *ACHROMOBACTER XYLOSIDANS* EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

M. León Téllez, P. Sánchez Oliva, O. Terry López y C. Aldea Mansilla

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Soria. Soria.

Objetivos. Conocer las infecciones que origina *A. xyloSIDANS* en nuestro medio, patógeno no frecuente y capaz de originar diversas infecciones con gran relevancia e incluso final fatal. La bacteriemia supone el más frecuente, pero causa también infección de catéteres intravasculares, meningitis, infecciones de vía biliar, tracto urinario y osteomielitis. En cuanto a infecciones respiratorias y de tejido subcutáneo se le ha relacionado raramente. Así realizar esta revisión con el fin de conocer el cuadro infeccioso que causa en nuestros pacientes y la muestra de la que se aísla.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de un período de 5 años, de un Servicio de M. Interna junto con Microbiología del Hospital Santa Bárbara de Soria, de segundo nivel, revisando historias de pacientes con patología infecciosa en los que se aisló *A. xyloSIDANS*. Analizando variables epidemiológicas, significativas en la literatura para infección: edad, sexo, inmunodepresión, causa del ingreso/presentación, además de la muestra en la que se aisló el germen y de si fue con otros patógenos. Incluso estudiando la especie y el antibiograma de los gérmenes.

Resultados. 11 pacientes. Edad media de 66 años, límite inferior 27 y superior 92 años. Relación hombre/mujer 4,5:1. Antecedentes personales significativos: 1sd. deficiencia poliglandular, 2 tto corticoides, 3 EPOC, y 2 DM. Consulta a Medicina Interna por: 2 fiebre (18,2%); 2 reagudización EPOC (18,2%); 1 celulitis (9%); 1 otitis (9%); 2 escara infectada (18,2%); y 3 por úlceras por IVC (27,3%). De las muestras recogidas positivas 5 exudados herida, 2 esputos, 2 HC, 1 aspirado bronquial y 1 frotis ótico. Dos pacientes se consideraron colonizados. En 7 de los 11 (64%) se aislaron otros patógenos, así *S. aureus*, *E. coli*, *S. maltophilia*, *E. cloacae*, *E. faecalis* y *P. rettgeri*, *Streptococcus agalactiae*, *M. morgani* *morgani* (úlceras).

Discusión. En 1971 se describió por primera vez *A. xyloSIDANS* aislado del exudado ótico de siete pacientes con otitis media crónica. Después del tubo digestivo de pacientes con alteración de la flora saprofita. En una revisión de bacteriemia por *A. xyloSIDANS* la primaria fue el 29%, la neumonía el 22% y la asociada a catéter el 20%. Los factores de riesgo relacionados: neoplasias, trasplante de órganos sólidos o precursores hematopoyéticos, hipogammaglobulinemia, sida y neonatos pretérmino. Suele ser resistente a aminoglucósidos y cefalosporinas de 1ª y 2ª generación y sensible a quinolonas. En nuestro estudio la mayoría (54.5%) fue infección de piel o tejido subcutáneo, y segundo el grupo EPOC (18,2%). En nuestra serie no se cumplen los porcentajes de otras revisiones. No hubo ningún caso de enfermedad neoplásica, tampoco ingresos recientes salvo 2 EPOC y sólo 1 inmunodeprimido. El tratamiento fue eficaz, con desaparición del proceso, desempeñando un rol patógeno claro, falleciendo con cultivos positivos 1 paciente. Todos nuestros *A. xyloSIDANS* aislados compartían antibiograma, resistentes a fluorquinolonas, sensibles a cotrimoxazol, imipenem y meropenem al igual que a piperacilina-tazobactam y ceftazidima, con resistencia intermedia a gentamicina y tobramicina. No siguiendo el patrón descrito en la literatura.

Conclusiones. Hacer constar que *A. xyloSIDANS* puede comenzar a ser habitual y afectar a pacientes inmunocompetentes. Debe tenerse en cuenta al iniciar tratamiento empírico de un fenómeno infeccioso con cualquier tipo de expresión: bacteriemia, sd. febril, etc. y así procurar un tratamiento eficaz que evite antibióticos a los que por especie es resistente aminoglucósidos y cefalosporinas de primera y segunda generación principalmente y también a quinolonas en nuestro medio.

A-98

¿SON ÚTILES EN NUESTRO MEDIO LA DEFINICIÓN DE NEUMONÍA ASOCIADA A CUIDADOS SANITARIOS (NACS) Y LOS CRITERIOS DE SHORR PARA PREDECIR LA PRESENCIA DE GÉRMENES RESISTENTES?

E. Gil-Olivas¹, O. Torres Bonafonte¹, M. Mateo Roca², C. Pacho Pacho¹, N. Rabella García³, S. Benito Vales¹, D. Ruiz Hidalgo¹ y J. Casademont¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Urgencias, ³Servicio de Microbiología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Objetivos. Evaluar la utilidad de la definición de NACS y los criterios de Shorr en el manejo de los pacientes atendidos por neumonía en Urgencias.

Material y métodos. Estudio prospectivo observacional de pacientes atendidos en Urgencias por neumonía confirmada radiológica-

mente desde diciembre'09- mayo'10. Se realizó estudio etiológico mediante cultivos de esputo, antígenos microbianos en orina, hemocultivos (criterios de la IDSA), serologías respiratorias y estudio virológico de frotis nasofaríngeo. Se adoptaron los criterios IDSA-ATS para la definición de NACS. Se analizó el riesgo de gérmenes resistentes con el índice de Shorr (Arch Intern Med 2008;168:2005-10).

Resultados. Se incluyeron 97 pacientes (63,9% varones) con edad $73,9 \pm 16$ (74,2% ≥ 65 años). El 30% fueron NACS: 12 hospitalizados en los 90 días previos (12,3%), 12 institucionalizados (12,3%), 3 en tratamiento intravenoso domiciliario (3,1%), 1 paciente convivía con portador de germen multiresistente, 3 recibían curas por úlceras (3,1%). El 12,4% ingresó en Unidades de Críticos. Se identificó germen causal en el 40,2% de los casos (38,4% NACS): 28 gérmenes comunes (42,6%), 4 *P. aeruginosa* (4,1%), 1 MRSA (1%), y 6 otros gérmenes resistentes (6,2%). Según el Índice de Shorr tenían riesgo bajo de gérmenes resistentes el 77,3%, riesgo intermedio el 22,7% y riesgo alto el 1%. Se aislaron gérmenes resistentes en 5/39 neumonías con germen identificado: 4 neumonías de la comunidad (3 *P. aeruginosa* y 1 MRSA) y 1 en NACS (*P. aeruginosa*) ($p = 0,65$). Los 5 pacientes en que se aisló un germen resistente presentaron un índice de Shorr de $1,4 \pm 1,5$ vs $1 \pm 1,7$ en el resto de pacientes ($p = 0,227$) y vs. $1,1 \pm 1,6$ en los pacientes con germen identificado no resistente ($p = 0,496$).

Discusión. En los últimos años se ha reconocido la NACS como una nueva forma de neumonía asociada a mayor riesgo de infección por gérmenes resistentes. Ante la hipótesis de que no todos los criterios de NACS comportan el mismo riesgo, recientemente Shorr en un estudio retrospectivo de 639 pacientes, estratifica el riesgo de acuerdo a un índice que incluye: ingreso en los 90 días previos, institucionalización, hemodiálisis e ingreso en unidad de críticos. En nuestra muestra, un tercio eran NACS con riesgo bajo para gérmenes resistentes según este índice. Sólo se aislaron gérmenes resistentes en el 13% de las neumonías con germen identificado. Si bien el pequeño tamaño de la muestra puede limitar el significado de los resultados, ni la clasificación de NACS ni el índice de Shorr nos fueron útiles para predecir el riesgo de gérmenes resistentes. Las diferencias epidemiológicas impiden extrapolar los datos de otros países y muestran la necesidad de estudios en nuestro medio.

Conclusiones. Un tercio de las neumonías atendidas en Urgencias fueron NACS con riesgo bajo de gérmenes resistentes según el índice de Shorr. Se aislaron gérmenes resistentes en el 13% de las neumonías con germen identificado. En nuestra muestra, ni la clasificación de NACS ni el índice de Shorr fueron útiles para predecir el riesgo de gérmenes resistentes.

A-99

A COHORT OF PATIENTS WITH *ENTEROCOCCUS* SP. BACTERAEMIA: CLINICAL FEATURES, ANTIBIOTIC SUSCEPTIBILITY AND OUTCOME AT A UNIVERSITY-AFFILIATED HOSPITAL

H. Albendín Iglesias, E. García Vázquez, A. Hernández Torres, E. Moral Escudero, A. Fernández Rufete, J. Herrero, J. Ruiz y J. Gómez Gómez

Servicio de Medicina Interna-Infeciosas. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

Objectives. To describe a cohort of patients with enterococcal bacteraemia (EB): epidemiological, clinical and microbiological characteristic (and those of patients who developed endocarditis-IE-); to analyse predictors of mortality; to investigate risk factors and clinical features related to high level aminoglycoside resistance.

Material and methods. Observational and descriptive study of a cohort of non paediatric patients with EB admitted at a university affiliated hospital. Data collection from clinical records was done

according to a standard protocol. We analysed epidemiological, clinical, microbiological and laboratory data from June of 2007 to October 2009. Patients with EB were identified by review of results of microbiology blood cultures from the hospital microbiology laboratory. Blood samples were processed by BACT-ALERT system (bio-Mérieux). Identification and *Enterococcus* spp. sensitivity was determined by Vitek-2 system (bio-Mérieux).

Results. 128 episodes of EB were documented (89,1% nosocomial): 82.8% *E. faecalis*; 11.7% *E. faecium* and 5.5% different *Enterococci* sp.; 20.3% were polymicrobial bacteraemia (8 catheter related, 1 abdominal infection, 1 infected surgical-wound and 16 primary bacteraemia). Mean age was 60 years (range 14-89); 62.5% were men; 46,1% patients were admitted in Medical Wards, 19,5% in Surgical Wards and 34,4% in ICU; and underlying condition was present in 84,3%: diabetes (22.7%), hypertension (43%), renal failure (26.6%), cancer (24.2%), cardiac valvulopathy (22.7%) and transplant (10.9%); McCabe was I-II in 51.6%; mean Charlson score was 3.1 and mean Pitt score 2.84 and the clinical situation was critical or bad (Winstons I-II) in 66.4%. 81.3% had a central catheter at the time of bacteraemia and 71% a urinary catheter. Infection was defined as urinary tract infection (16.4%), catheter related (14.8%), abdominal (9.4%), IE (6.4%), and primary bacteraemia (50,8%). In IE patients mean age was 69 and main underlying condition was previous valvulopathy (85,7% vs 19,2% in those without IE). The rate of previous antibiotic administration was 66,4% and previous medical instrumentation was present in 78,9%; 71% had permanent urinary catheter. High level gentamycin resistance (GmR) was present in 60.9% isolates (94,1% in nosocomial EB and 5,1% in community-acquired EB) and streptomycin resistance in 60.2%; 78,6% *E. faecium* were ampicillin resistant. Empirical antibiotic treatment was inadequate in 54,1% and definitive treatment in 39.1% (12,5% in IE). Definitive treatment included ampicillin (21% -ampicillin plus gentamycin in 2 cases, ampicillin plus ceftriaxone in 4), glycopeptides (37.5%), penicillin plus penicillinase inhibitor (23.4%), carbapenem (13.3%), quinolone (12.5%), linezolid (11,7%), cephalosporin (4.7%) and aminoglycoside (3.1%); mean duration of treatment was 11 days (range 1-42). Mortality rate was 26.6% (61,1% related mortality, 64.7% of them with septic shock) in the EB cohort and 14,2% in patients who developed IE. Only one patient had a relapsed complicated with IE (first course of treatment was 7 days long).

Conclusions. In our cohort, EB is characterized by a high prevalence of underlying conditions (85,7% valvulopathy in case of IE vs 19,2% in those without IE) and permanent urinary catheter; high incidence of GmR, mainly in nosocomial patients (64,9% vs 28,6%); treatment was inadequate in 39% patients and mortality was 26% (14,2% if IE).

A-100

ENTEROCOCCUS SPP. BACTERAEMIA: FACTORS RELATED TO MORTALITY AND INFLUENCE OF RESISTANCE, SPECIES AND ANTIBIOTIC TREATMENT ON OUTCOME

H. Albendín Iglesias, E. García-Vázquez, E. Moral Escudero, A. Hernández Torres, M. Canteras, G. Yagüe, J. Ruiz y J. Gómez Gómez

Servicio de Medicina Interna-Infeciosas. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Objectives. To analyse factors related to mortality in patients with *Enterococcus* sp. bacteraemia (EB), and to assess the influence of high level aminoglycoside resistance (AgR) and species (*E. faecalis* vs *E. faecium*).

Material and methods. Observational study of a cohort of non paediatric patients with EB admitted at a university affiliated hospital. Data collection from clinical records was done according to a standard protocol. We analysed epidemiological, clinical, microbiological and laboratory data from June of 2007 to October 2009.

Patients with EB were identified by review of results of microbiology blood cultures from the hospital microbiology laboratory. Blood samples were processed by BACT-ALERT system (bio-Mérieux). Identification and Enterococcus spp. sensitivity was determined by Vitek-2 system (bio-Mérieux). Epidemiological and clinical variables and predictors of mortality were analysed.

Results. 128 episodes of EB were documented (106 *E. faecalis* and 22 non *E. faecalis*). Overall mortality was 26.6% (24,5% if *E. faecalis* and 36,6% if non *E. faecalis*). AgR was present in 61% (high level gentamycin resistance in 63% and streptomycin resistance in 59%). Mortality predictors in bivariate analysis ($p < 0.05$) were: age, hypertension, COPD, tracheostomy, coming from other hospital, native heart valvulopathy, EB due to non *E. faecalis*, McCabe I, Winstons I-II, Charlson and Pitt. In multivariate analysis predictors of mortality were: age (OR 1.094, 95%CI 1.02-1.16), McCabe I (OR 20.83, 95%CI 3.89-111.11), Pitt (OR 1.259, 95%CI 1.033-1.53), tracheostomy (OR 10.98, 95%CI 2 -6.25) and EB due to non *E. faecalis* (OR 7.187, 95%CI 1.469-35.168).

Conclusions. Our cohort of patients with EB is characterised by a high mortality (26.6%); severity of patients, tracheostomy and EB due to non *E. faecalis* are statistically associated to mortality; high level aminoglycoside resistance or inadequate antibiotic treatment were not statistically associated to mortality.

A-101

MENINGITIS POR LISTERIA. EXPERIENCIA DE 10 AÑOS

V. González Doce, P. Villanueva Rodríguez y J. Anglada Pintado

Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera (Cádiz).

Objetivos. El objetivo del estudio es identificar y analizar las características clínicas, factores epidemiológicos y el manejo inicial de los pacientes con meningitis por listeria en nuestro medio.

Material y métodos. Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo de todos los casos de meningitis por listeria diagnosticados en el Hospital General de Jerez de la Frontera desde el 1 de enero de 2000 hasta 31 de diciembre de 2009. Se analizaron las historias clínicas a partir de una búsqueda por diagnóstico. Fueron excluidos aquellos casos sin confirmación microbiológica a partir de estudio del líquido cefalorraquídeo (LCR).

Resultados. Se analizaron un total de 8 casos, con una edad media de 53 años (20-70) y una proporción hombre-mujer de 5:3. El 37% de los casos reconocía consumo diario de alcohol y en un 25% eran fumadores activos, pero no se recoge ningún caso de consumo de otras drogas. Un 25% presentaba una neoplasia activa en el momento del diagnóstico, pero sólo un caso estaba sometido a tratamiento con quimioterápicos. El 37% había estado en tratamiento antibiótico durante los días previos al diagnóstico, entre los que se recogen cefuroxima y meropenem. Los síntomas de presentación predominantes fueron fiebre (87%), cefalea (75%), rigidez de nuca (62%), alteración del nivel de conciencia (50%) y alteración de pares craneales (37%). Otros síntomas menos frecuentes fueron vómitos, incoordinación motora, crisis convulsiva y lumbalgia con un 13% cada uno. El retraso medio hasta consultar desde el inicio de los síntomas fue de 2 días (mediana 1 día), y en el 50% de los casos transcurrieron más de 24 horas desde la consulta hasta la punción lumbar, siendo el retraso en 2 de ellos mayor a 1 semana. Sólo un 50% recibió tratamiento antibiótico empírico correcto, y otro 50% se trató de inicio con glucocorticoides. El LCR tuvo una celularidad media de 478 células/ μ L (75-1200), con un predominio de neutrófilos medio del 70% (55-94), una hiperproteínoorraquia media de 214 mg/dL (29-407), y se confirmó hipoglucoorraquia en la mitad de los casos. En cuanto a las complicaciones sufridas en el curso de la enfermedad, el 75% de ellos necesitó ingreso en UCI, requiriendo ventilación mecánica la mitad de los pacientes. Otras complicacio-

nes fueron shock (2 casos), SIADH (1 caso) y drenaje ventricular (1 caso). Ninguno falleció en el curso de la enfermedad.

Discusión. A pesar de que clásicamente la meningitis por listeria se ha descrito en pacientes en edades extremas de la vida, el grueso de nuestros pacientes se hallaba en edad media, y sólo una cuarta parte se encontraba en una situación de inmunodepresión por enfermedad grave. Unido a que la mayor parte sólo presentaba la triada de fiebre, rigidez de nuca y alteración del nivel de conciencia, explica que únicamente en la mitad de los casos se iniciase tratamiento empírico correcto. Este retraso, sin embargo, no se ha asociado a un peor pronóstico, si bien el número de pacientes incluidos en el estudio es reducido. Nuestro paciente tipo fue un varón de 20 a 60 años con fiebre, cefalea, rigidez de nuca y disminución del nivel de conciencia, con LCR claro y moderada celularidad con predominio polimorfonuclear.

Conclusiones. La mayor parte de los casos de meningitis por listeria se dan en varones sanos de edad media. Hasta la mitad de los casos de meningitis por listeria no reciben adecuado tratamiento empírico. La suma de triada clásica y LCR claro con predominio polimorfonuclear pueden orientar el diagnóstico.

A-102

TRATAMIENTO EN EL DOMICILIO DE LAS INFECCIONES OSTEOARTICULARES (IOA), ENDOCARDITIS INFECCIOSA (EI) Y PIELONEFRITIS (PNF)

R. Ros Vilamajó, J. Viña Rodríguez, E. Rodríguez Rodríguez, M. Rodríguez Gaspar, M. Durán Castellón, R. Pelazas González y F. Santolaria Fernández

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

Objetivos. Las IOA, las EI y las PNF son infecciones que generan costes elevados. La elección del antibiótico, la duración del tratamiento y el lugar donde se administra, son relevantes y la principal razón para permanecer ingresados, es la administración parenteral prolongada de antibioterapia. La Hospitalización a Domicilio (HaD) ofrece una alternativa en estos casos. Objetivo: analizar los casos de IOA, EI y PNF ingresados en HaD de nuestra Unidad.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de casos ingresados en HaD del HUC (14-02-2007 a 14.02.2010). Estadística: SPSS 15.0.

Resultados. Durante los tres años evaluados ingresaron 12 EI (92% varones; edad media: 66 años), 18 PNF (94% mujeres; edad media: 41,4 años) y 33 IOA (57,6% varones; edad media: 51 años). La estancia media fue de 20,5 días para las EI, 8 días para las PNF y 23,79 días en las IOA. El 50% de las EI habían estado entre 24 y 60 días en el hospital antes del ingreso en HaD. La estancia media en el hospital de las PNF fue de 5,39 días. El 27% de las IOA llevaban más de 28 días de ingreso hospitalario. Todas las EI procedían de planta de hospitalización (5 del Servicio de Cirugía cardíaca y 5 de Infecciones). Ningún paciente presentó complicaciones ni precisó reingreso. En las PNF la duración media del tratamiento antibiótico intravenoso en domicilio fue de 10,16 días. El 50% ingresaron desde urgencias. El urinocultivo fue positivo en 33,3%. El germen más frecuente fue *E. coli*. El servicio de procedencia: medicina interna en un 83,35%, seguido de infecciones, urología y nefrología. La ceftriaxona fue el antibiótico más utilizado (75%), seguido de las quinolonas y aminoglicósidos (25%). Ningún caso precisó reingreso. En las IOA las causas predisponentes más frecuentes fueron: cirugía previa y fractura abierta (33%), seguidas del cáncer diseminado y la amputación previa. El 88% procedían de planta de hospitalización; 6% de consultas y 6% de urgencias. El 36,5% ingresaron en el servicio de Traumatología, 15% en Infecciones, 12% en Cirugía Vascul. Los antibióticos más utilizados: cefalosporinas solas o asociadas a quinolonas, linezolid, daptomicina, cloxacilina o vancomicina en 42% de casos.

Conclusiones. Las ventajas de la HaD son evidentes: ofrecen una alternativa en el manejo de estas infecciones en fase estable al

garantizar la misma eficacia, disminuir los costes de tratamiento, y reducir los días de ingreso hospitalario.

Tabla 1 (A-102).

Gérmes aislados EN EI	Frecuencia
Bartonella quintana	1
Coxiella burnetti	1
Estafilococo lugdunensis	1
Estreptococo bovis	2
Estreptococo bovis gallotyticus	3
Tropheryma whippeli	1
Leuconostoc spp	1
HC negativo	2
Total	12

A-103 ESTUDIO DE LA INCIDENCIA DE PIELONEFRITIS AGUDA EN UN HOSPITAL GENERAL

J. Sequeira Lopes da Silva, L. Morillo Blanco, M. Lobo Pascua, F. Olgado Ferrero y J. Izquierdo Hidalgo

Servicio de Medicina Interna. Hospital Perpetuo Socorro. Badajoz.

Objetivos. Realizar un estudio retrospectivo y descriptivo de todos los enfermos ingresados en nuestro Hospital con diagnóstico de pielonefritis aguda, síntomas más frecuentes, resultados de urocultivos y gérmenes más frecuentemente encontrados, así como tratamiento pautado y evolución.

Material y métodos. Revisión de todas las historias clínicas de los enfermos ingresados con el diagnóstico de pielonefritis aguda entre enero de 2004 y mayo de 2010.

Resultados. Durante estos 6 años y medio, han ingresado 63 enfermos con el diagnóstico de pielonefritis aguda, 52 de género femenino y 11 de género masculino, con una edad media de 56 años (16-93 años). Solamente 15 eran diabéticos. La fiebre fue el síntoma más frecuente, siendo descrita en el 94% de los enfermos, seguida de dolor en fosa renal (57%) y de síndrome miccional (33%). Solamente 25% de los enfermos presentaban la tríada típica. Otros síntomas más inespecíficos como náuseas o vómitos (12,7%), gastroenteritis (5%) o deterioro general también han sido encontrados. 4 enfermos presentaban criterios de sepsis. Se ha solicitado urocultivos a 43 enfermos, siendo que 37 han sido negativos y 6 de ellos positivos, 4 a Escherichia coli sin resistencias y 2 a Escherichia coli resistente a amoxicilina-clavulánico, ampicilina y 1 a ciprofloxacino, pero todos sensibles a cefuroxima y amikacina. La ecografía abdominal fue solicitada en 61 pacientes, encontrándose litiasis/hidronefrosis importante en 11 de ellos. El tratamiento preferentemente pautado ha sido la combinación de una cefalosporina de 3ª Generación con un aminoglucósido (27%), seguida de una quinolona en monoterapia (23%). Los carbapenems en monoterapia o en combinación con otro antibiótico fueron utilizados en el 13,5% de los enfermos. 3 pacientes necesitaron de cambio de antibiótico por escasa respuesta. En 13 casos no se ha podido saber el antibiótico pautado. 54 enfermos han evolucionado bien, siendo 2 derivados a Consultas Externas de Urología tras su alta. 1 paciente ha requerido tratamiento por UCI y 5 por el Servicio de Urología. 3 han sido exitos.

Discusión. En nuestro estudio, se nota un predominio de enfermos del sexo femenino, sin una clara predominancia etaria, siendo que 24% eran diabéticos. La fiebre, acompañada o no de dolor en la fosa renal, fue el síntoma principal, siendo que la tríada típica se presentó solamente en un cuarto de los pacientes. La ecografía resultó normal en el 82% de los casos. Aunque 68% de ellos ha realizado urocultivos, la mayoría resultó ser negativa

(86%), dado que desde el Servicio de Urgencias ya habían empezado con antibioterapia. La gran mayoría de nuestros pacientes evolucionó favorablemente pautándose la combinación de una cefalosporina de 3ª generación con un aminoglucósido, una quinolona en monoterapia o un carbapenem en monoterapia o asociado a otro antibiótico.

Conclusiones. Se comprueba un predominio de enfermos del sexo femenino, que habían acudido a Urgencias principalmente por fiebre y/o dolor en fosa renal derecha, la mayoría no diabética. Aunque el 68% haya realizado urocultivo, 86% resultó ser negativa. Un alta porcentaje de los pacientes evolucionó favorablemente, pautándose frecuentemente una cefalosporina de 3ª generación con un aminoglucósido o una quinolona en monoterapia.

A-104 DETERMINACIÓN DE PROTEÍNA C REACTIVA COMO MARCADOR DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO DE INFECCIONES EN URGENCIAS

O. Flores Lledó, J. Ramírez Correa y M. Aranda Sánchez

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Terrassa. Terrassa (Barcelona).

Objetivos. Definir el papel de la determinación de proteína C reactiva (PCR) en el diagnóstico y pronóstico de infecciones en urgencias.

Material y métodos. Se revisaron las historias clínicas de pacientes que ingresaron, procedentes de urgencias, entre septiembre y diciembre de 2009 en el servicio de Medicina Interna del Hospital de Terrassa, para valorar la incidencia de determinación de proteína C reactiva y su valor diagnóstico en procesos infecciosos.

Resultados. En total se revisaron las historias clínicas de 330 pacientes. En 253 casos se determinó la PCR a su llegada a urgencias. Dividimos los valores de PCR en cuatro grupos. Los valores de PCR determinados en urgencias se distribuyeron según aparecen en la tabla: de entre los pacientes a los que se les determinó la PCR en urgencias un 49% fue diagnosticado de una patología infecciosa. La distribución de pacientes diagnosticados de infección en los diferentes grupos es la siguiente: < 10 mg/L: 19,5%; 10-50 mg/L: 51,5%; 50-100 mg/L: 70,7%; > 100 mg/L: 78,9%.

Discusión. En nuestro medio la determinación de PCR se ha extendido, principalmente en el caso de pacientes en los que se sospecha o se diagnostica una enfermedad infecciosa. Sin embargo, en muchos casos, se desconoce el valor que su elevación aporta al diagnóstico de la patología. Con este estudio se pretendió analizar el uso diagnóstico de la PCR en el ámbito de urgencias y el valor que su determinación podría tener para el diagnóstico de patologías infecciosas. De los datos extraídos se puede extrapolar que valores de PCR superiores a 100 mg/dL al ingreso son sugestivos de patología infecciosa. Dado que se trata de un estudio retrospectivo la ausencia de algunos datos relevantes como determinaciones posteriores de PCR durante el ingreso, no permiten extraer conclusiones acerca del valor pronóstico o de la importancia de la PCR para el diagnóstico etiológico.

Conclusiones. La determinación de PCR tiene un valor limitado para el diagnóstico de infecciones en urgencias. En ese contexto la clínica, junto con escalas de estratificación de riesgo, tienen mayor valor diagnóstico y pronóstico que la PCR aislada. No obstante valores superiores a 100-200 mg/L podrían tener un valor en el diagnóstico de procesos infecciosos, sin que este valor sea específico de la etiología de la infección. Igualmente, la ausencia de descenso de PCR tras tratamiento, se puede relacionar con la falta de respuesta al tratamiento, sin que exista evidencia sobre el descenso esperable ante un tratamiento efectivo.

Tabla 1 (A-104). Distribución de valores de PCR en cada grupo

Valor de PCR	< 10 mg/L	10 a 50 mg/L	50 a 100 mg/L	> 100 mg/L
Número de pacientes	88	68	40	57
Media	3,53 mg/L	24,84 mg/L	70,60 mg/L	218,91 mg/L
	(0,07-9,60)	(10,16-46,04)	(50,29-97,02)	(104,11-575)
Mediana	3,13	22,61	65,10	185,66

A-105

DIFERENCIAS EN MORTALIDAD Y REINFECCIÓN CON EL USO DE ANTIBIÓTICOS PARA LA INFECCIÓN POR ACINETOBACTER BAUMANNII

F. García Colchero, A. Martín Aspas, J. Rodríguez Roca, F. Guerrero Sánchez, D. Gutiérrez Saborido, E. López Tinoco, M. Soto Cárdenas y J. Girón González

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Objetivos. Analizar el uso de antibióticos, la tasa de mortalidad, reinfección por *A. baumannii* u otros patógenos en pacientes tratados por un primer episodio de *A. baumannii* y los eventos adversos de los diferentes tratamientos usados.

Material y métodos. Se ha realizado un análisis retrospectivo de los aislamientos recogidos durante seis meses en un hospital de tercer nivel. Los casos de infección fueron definidos con los criterios del Center for Diseases Control (CDC) y el resto como colonización. Entre las variables recogidas se han analizado: el área de hospitalización, comorbilidades, factores de riesgo, mortalidad, antibióticos usados y efectos adversos.

Resultados. Se han recogido 105 aislamientos en 54 pacientes en total (todos de origen nosocomial): 29 de ellos se consideraron infecciones (27,6%). El 82,8% eran hombres, edad media de 56,3 años ($\pm 18,9$), un 69,0% tenía patología de base, el 79,3% tenían un McCabe no fatal, el 20,7% últimamente fatal y el 0% rápidamente fatal, con una mediana del índice de Charlson de 1,14. Todos habían recibido previamente antibióticos, el 48,3% carbapenemas. Las muestras microbiológicas fueron de aspirado traqueal (79,3%), esputo (13,8%), sangre y herida quirúrgica (3,4% en ambos). El diagnóstico fue de neumonía en el 51,7%, bronquitis purulenta en el 41,4%, bacteriemia primaria, infección de herida 3,4% (en ambos). Un 48,3% estaban en ventilación mecánica y un 34,5% traqueostomizados. Un 86,2% tenían datos de sepsis, un 3,4% de sepsis severa y 10,3 de shock séptico. La mayoría de los aislamientos eran microorganismos multirresistentes: aztreonam 88,9%, ceftazidima 100,0%, cefepime 82,8%, piperacilina-tazobactam 96,4%, carbapenemas 20,7%, gentamicina 87,7%; 0% fue resistente a colistina y tigeciclina. No había diferencias en el perfil de sensibilidad asociado al uso previo de carbapenemas. Los tratamientos empleados fueron: colistina en 23 pacientes; carbapenemas en 17; tigeciclina en 7; tobramicina en 2; amikacina y cefepime en 1. En 10 pacientes (34,4%) sólo se usó un antibiótico activo, en 14 pacientes (48,3%) dos antibióticos y en 5 pacientes (17,2%) 3 antibióticos. Sólo un paciente presentó hepatotoxicidad relacionada con tigeciclina; ninguno de los pacientes desarrolló fallo renal. Seis pacientes se reinfectaron: 3 por *A. baumannii* (con diferente sensibilidad), 2 por otros patógenos y un paciente por *A. baumannii* más otro patógeno. 6 pacientes fallecieron (20,7%): 3 por neumonía y 3 por bronquitis purulenta (ninguno de ellos tenía bacteriemia secundaria); todos ellos tenían patología subyacente. No hubo diferencias estadísticamente significativas cuando se comparó el

tipo de antibiótico usado y el número total de ellos, con respecto a la mortalidad y reinfección.

Conclusiones. La mortalidad y reinfección después del tratamiento de un episodio de infección respiratoria por *A. baumannii*, no está condicionada por el antibiótico usado o la combinación de estos. Los antibióticos usados, no han mostrado efectos adversos, incluso usados en combinación.

A-106

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO RECIENTE DE INFECCIÓN POR VIH. PRESENTADORES TARDÍOS

M. Gil Hurtado¹, I. Sellés Sirera¹, P. Oteo López¹ y C. Amador Prous²

¹Servicio de Medicina Interna ²Unidad Enfermedades Infecciosas. Hospital de la Marina Baixa. Villajoyosa/Vila Joiosa (la) (Alicante).

Objetivos. Conocer las características epidemiológicas de los pacientes con nuevo diagnóstico de infección por VIH en nuestro departamento sanitario y describir las variables asociadas con una presentación tardía. Describir las diferencias epidemiológicas obtenidas para las mismas variables al analizar dos períodos de tiempo consecutivos [(2000-2006) vs (2007-2010)].

Material y métodos. Se realizó un estudio longitudinal retrospectivo en el que se incluyó la cohorte de todos los pacientes diagnosticados de infección por VIH desde 1 de enero de 2003 hasta 31 de mayo de 2010. Consideramos pacientes con presentación tardía aquellos que presentaban enfermedades definitorias de SIDA y/o recuentos de linfocitos CD4 inferiores a 200 céls/mL.

Resultados. Nuestro estudio incluyó un total de 181 pacientes. Del total de pacientes, el 81,2% eran varones. El 82,9% de la población estudiada tenía menos de 50 años y el 59,1% nacionalidad española. La vía de transmisión fue principalmente sexual y sólo el 4,4% eran usuarios de droga por vía parenteral. El motivo por el cual se realizaron serología fue en la mayoría de los casos la presencia de síntomas. Los pacientes con SIDA en el momento del diagnóstico fueron el 22,7%. El 43,6% de los pacientes fueron considerados presentadores tardíos y en el 61,3% de los pacientes el recuento de CD4 era inferior a 350 cels/mcl. Más de la mitad de los pacientes (55,2%) presentaron al menos un factor de riesgo cardiovascular. Al analizar el subgrupo de pacientes con presentación tardía en dos períodos de tiempo consecutivos obtuvimos que en el primer período la nacionalidad extranjera se asoció a un mayor riesgo de presentación tardía ($p < 0,037$, RR 2,83 (IC95% 1,05-7,63)), mientras en el segundo período ocurre lo mismo para la conducta de riesgo heterosexual ($p < 0,021$, RR 2,53 (IC95% 1,13-5,64)).

Discusión. La vía de contagio es, en la actualidad, predominantemente sexual, y así ha resultado en nuestra cohorte con un mayor porcentaje de contagio por vía homosexual. Coincidimos con otros grupos en el aumento de pacientes diagnosticados de VIH de procedencia extranjera y cabe destacar que casi la mitad son procedentes de países de la Unión Europea. En nuestra cohorte el retraso en el diagnóstico es, inicialmente, significativamente mayor entre pacientes extranjeros, y actualmente, en infectados por relaciones heterosexuales.

Conclusiones. 1) La epidemiología de la infección VIH se ha modificado en los últimos años, siendo la vía de transmisión sexual la vía de contagio más frecuente en nuestra área. 2) La mitad de los pacientes se diagnostican cuando la infección VIH se encuentra en situación avanzada. 3) Actualmente el factor de riesgo que se asocia a presentación tardía en nuestra área de salud es la conducta de riesgo heterosexual. La nacionalidad

extranjera parece que ya no supone un retraso en el diagnóstico precoz del VIH.

A-107 DIFERENCIAS ENTRE COLONIZACIÓN E INFECCIÓN POR *ACINETOBACTER BAUMANNII* EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN O UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

F. García Colchero, D. Gutiérrez Saborido, E. López Tinoco, A. Martín Aspas, J. Rodríguez Roca, F. Guerrero Sánchez, M. Soto Cárdenas y J. Girón González

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Objetivos. Cuando la infección por *Acinetobacter baumannii* es endémica en un centro hospitalario, la presentación como infección con repercusión clínica o como una colonización puede depender de las características del paciente así como del área de hospitalización: unidad de cuidados intensivos (UCI) o planta de hospitalización médica. Nos proponemos conocer si estas diferencias pueden ayudarnos a predecir la aparición de colonización o infección clínica.

Material y métodos. Se ha realizado un análisis retrospectivo de los aislamientos recogidos durante seis meses en un hospital de tercer nivel. Los casos de infección fueron definidos con los criterios del Center for Diseases Control (CDC) y el resto como colonización. Entre las variables recogidas, se han analizado, el área de hospitalización, comorbilidades, factores de riesgo y mortalidad.

Resultados. Se han recogido 105 aislamientos en 54 pacientes en total (todos de origen nosocomial): 29 de ellos se consideraron infecciones y el resto, 25 colonizaciones. Un 80,8% eran hombres. No hubo diferencias en la edad de ambos grupos (56,3 vs 65,7 años), la patología subyacente (69,0 vs 90,9), ni en la escala de Mc Cabe (no fatal: 79,3 vs 50,0%; últimamente fatal: 20,7 vs 45,0%; rápidamente fatal: 20% vs 5%), en cambio sí se encontraron diferencias en el índice de Charlson (1,14 vs 2,77; $p = 0,013$). De 12 pacientes que no habían estado nunca en UCI, sólo 2 (16,6%) se consideraron infecciones, ambos fallecieron; el resto de pacientes que desarrollaron infección, estaban o habían estado previamente en UCI (62,5% vs 31,0% $p = 0,021$). No hubo diferencias con respecto al área de hospitalización entre las colonizaciones (40,0% vs 20,0%). La mayoría de los pacientes infectados habían recibido antibióticos (93,1%), eran portadores de catéter venoso central (79,3%) sonda de orina (86,2%), nutrición enteral (75,9%); el 48,3% de los pacientes estuvieron sometidos a ventilación mecánica y el 34,5% traqueostomizados. Tanto en infectados como colonizados la mayoría de las muestras microbiológicas recogidas fueron de esputo (13,8% y 20,0% respectivamente) y de aspirado traqueal (79,3% y 44,0%). Los aislamientos en catéteres, orina, úlceras por presión y herida quirúrgica fueron colonizadores. Los aislamientos colonizadores, tendieron a ser menos resistentes que los que provocaron infección, (sin significación estadística): aztreonam 69,06 vs 88,09%, ceftazidima 88,0% vs 100%, cefepime 54,2% vs 82,8%, piperacilina-tazobactam 88,0% vs 96,4%, carbapenemas 24,0% vs 20,7%, gentamicina 80,0% vs 87,7%; 100% fueron sensibles a colistina y tigeciclina. No aparecieron diferencias en cuanto a mortalidad en pacientes colonizados (32%) y pacientes infectados (20,7%, en total 6, 3 de ellos fallecieron por la infección y 3 por progresión de la patología de base).

Conclusiones. El aislamiento de *Acinetobacter baumannii* en muestras no obtenidas del tracto respiratorio, de pacientes hospitalizados en planta (especialmente aquellos que no han estado previamente en UCI), y con mas patología subyacente (Índice de Charlson) representan con mayor probabilidad colonizaciones. En cambio pacientes ingresados en UCI y muestras obtenidas de aspirado traqueal, representan más frecuentemente infecciones. No se han

encontrado diferencias en cuanto a mortalidad entre colonización e infección.

A-108 UTILIDAD DE LA VÍA CLÍNICA EN LA APLICACIÓN DEL CÓDIGO SEPSIS GRAVE

M. Molas¹, A. Aguirre Tejedo², J. Echarte Pazos², M. Muñoz Lopez², C. Clemente Rodríguez², A. Supervía Caparrós², E. Torres del Pliego¹ e I. Campodarve Botet²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Urgencias. Hospital del Mar. Barcelona.

Objetivos. Analizar las diferencias del grado de cumplimiento del CSG y la mortalidad intrahospitalaria en función de la aplicación de una check list o una vía clínica.

Material y métodos. Estudio prospectivo comparativo de los pacientes con sepsis grave/shock séptico (SG/SS) con criterios de inclusión el CSG durante el período octubre 2006-octubre 2007 [Grupo Check List (GCh)] y el período enero 2008-junio 2009 [Grupo Vía Clínica (GV)]. Se realizaron sesiones clínicas formativas a médicos adjuntos, residentes y enfermería. Como grupo control, se recogió de forma retrospectiva, del período enero-julio 2006, un Grupo Histórico (GH), correspondiente a pacientes tratados de SG/SS, previo a la implantación del CSG. Se excluyeron a los pacientes con indicación de limitación del esfuerzo terapéutico (LET) Se analizó el grado de aplicación de las medidas y de consecución de los objetivos en las primeras 6 horas, y la mortalidad intrahospitalaria. Los resultados se expresan en porcentaje.

Resultados. Se incluyeron 73 casos en el GCh, 143 en GV y 44 en GH. Al comparar el GCh respecto al GH hubo diferencias significativas en: medición de lactato [LACT] (98,6 vs 65,9); hemocultivos antes del antibiótico [ATB] (87,7 vs 61,4); administración de ATB < 3 horas [ATB < 3] (91,8 vs 61,4); resucitación con volumen suficiente [VOL] (82,2 vs 29,5); administración de noradrenalina [NADR] (90,4 vs 68,2); medición de la presión venosa central [PVC] (64,4 vs 40,9); medición de la saturación venosa central [SvcO₂] (43,8 vs 22,7); objetivo presión arterial media [PAM] (83,6 vs 56,8); objetivo diuresis (80,8 vs 52,4); objetivo PVC (52,1 vs 31,8). objetivo SvcO₂ (34,2 vs 15,9). Al comparar el GV respecto al GH hubo diferencias significativas en: [LACT] (99,3 vs 65,9); [ATB] (77,5 vs 61,4); [ATB < 3] (94,9 vs 61,4); [VOL] (71,3 vs 29,5); [NADR] (90,1 vs 68,2); [PVC] (62,4 vs 40,9); [SvcO₂] (46,8 vs 22,7); objetivo [PAM] (93 vs 56,8); objetivo diuresis (73,2 vs 52,4); objetivo PVC (59,6 vs 31,8); objetivo SvcO₂ (44,7 vs 15,9). Al comparar el GCh respecto al GV sólo hubo diferencias significativas en: objetivo [PAM] (83,6 vs 93); El volumen administrado (mL) fue significativamente superior (GV: 1363,6 + 702 GCh: 1202,7 + 474/GH: 465,9 + 9). La demora en minutos, de la administración del ATB (GV: 29,35 + 44 /GCh: 114,3 + 141/GH: 158,9 + 145) fue significativamente inferior solamente en el GV ($p < 0,001$). Hubo una tendencia a la disminución de la mortalidad intrahospitalaria (GV 13,3 vs GH 25,6; $p = 0,055$).

Discusión. Si bien ambos métodos, no presentaron grandes diferencias entre sí, a excepción del objetivo PAM, la vía clínica consiguió una disminución significativa en la demora del tratamiento antibiótico. Probablemente su enfoque multidisciplinar haya tenido influencias en evitar retrasos injustificados. Nuestra mortalidad puede ser inferior a otras series, dado que se excluyeron los pacientes con LET en los cuales la adecuación de la administración de noradrenalina u otras medidas podría ser de difícil interpretación.

Conclusiones. El cumplimiento del CSG fue similar al aplicar un checklist o una vía clínica. La vía clínica ha disminuido notablemente el tiempo de demora en la administración del ATB y la mortalidad intrahospitalaria.

A-109 "PANDEMIA" DE GRIPE A H1N1 EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

N. Cubino Bóveda¹, A. Romero Alegría¹, E. Fraile Villarejo¹, E. Puerto Pérez¹, P. Miramontes González¹, C. López Ordoñez², L. Mateos Polo¹ y A. Sánchez Rodríguez¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.

²Servicio de Oncología. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Clínico. Salamanca.

Objetivos. Analizar la incidencia, distribución por sexo y edad, la estancia media y las consecuencias de morbi-mortalidad, estancia en UVI, de los pacientes ingresados con gripe A H1N1 durante los meses de septiembre 2009 a enero del 2010 en un Hospital del tercer nivel.

Material y métodos. Se analizan los datos de un registro interno del Hospital por el cual cada día se transmitía la información al sistema regional de vigilancia epidemiológica del SACYL. Estudio retrospectivo, descriptivo de los pacientes ingresados con sospecha de gripe A de septiembre 2009 a enero 2010. Considerándose criterios de ingreso: insuficiencia respiratoria, neumonía asociada a la comunidad grave (según escala ATS o CAP-Piro Score) datos de sepsis o SRIS, co-morbilidad importante o enfermedades con riesgo de mala evolución (embarazos, hepatopatía, EPOC, neoplasia activa, diabéticos, corticoides, etc.).

Resultados. Ingresaron en Medicina Interna un total de 88 pacientes con sospecha de Gripe A de los que se confirmó por PCR del virus A H1N1 su positividad en 35 pacientes: 19 eran varones (54,28%) y 16 mujeres (45,71%). La edad media fue de 57,1 años y la estancia media fue de 9,7 días. Requirieron UVI, 8 pacientes (22,85%), por distrés respiratorio, sepsis o insuficiencia respiratoria y 1 paciente falleció. 10 pacientes no tenía patología previa (28,57%), 6 tenía patología pulmonar (EPOC), 4 patología hematológica (2 mielomas, 1 SMP y una LLB), 4 eran inmunodeprimidos (3 por toma crónica de corticoides, 1 carcinóide epidermoide de pulmón, un hepatómeta). 4 pacientes eran diabéticos y 5 presentaban antecedentes de cardiopatía. 2 pacientes padecían síndrome de Down, uno de los cuales falleció por insuficiencia respiratoria global. Sólo 4 paciente presentaron neumonía (11,4%), y un paciente presentó un derrame pleural complicado.

Discusión. Los primeros casos se describen en la primavera de 2009 en México y EE.UU., con una rápida expansión mundial del virus, declarando la OMS el nivel 6 de alerta pandémica (pandemia establecida), generaron una fuerte inquietud en el ámbito sanitario y social. Posteriormente se observó que la pandemia era menos virulenta de lo esperado. La demanda de asistencia por sospecha de gripe en este hospital fue elevada, en los primeros meses de pandemia y el porcentaje de hospitalización fue elevado, propio de la inquietud. Ha afectado menos a las personas mayores de 60 años. En los adultos, la incidencia de enfermedad grave ha sido más elevada en los de 20-59 años. A diferencia de en las epidemias de gripe estacional, en las que los mayores de 60 años suelen presentar las formas graves. Destaca la escasa aparición de neumonías, siendo la causa de ingreso en UVI la presencia de insuficiencia respiratoria global o distrés respiratorio. A pesar del impacto asistencial generado los niveles de mortalidad en España por gripe A han sido muy bajos, atribuibles a la escasa virulencia del virus y a los importantes recursos médico-asistenciales.

Conclusiones. La gripe A afecta a pacientes más jóvenes (57,1 años de media) y el 28,5% sin patología de base. La estancia media fue de 9 días (mayor que otros series, por la demora en las pruebas de PCR). 8 pacientes requirieron estancia en UVI por distintos motivos y 1 de ellos falleció. Los datos obtenidos nos indican una baja virulencia y morbi-mortalidad de la gripe A comparada con la gripe estacional.

A-110 CAMPAÑA DE VACUNACIÓN PARA LA GRIPE A EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA

J. Oteiza Olaso¹, F. Úriz Otano², M. Gonzalo Lázaro², C. Martínez Velasco¹, M. Mosquera Pérez³ y P. Ruiz Domínguez³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Geriatría, ³Servicio de Medicina Preventiva. Hospital San Juan de Dios. Pamplona/Iruña (Navarra).

Objetivos. Se pretende analizar los resultados de la campaña de vacunación para la gripe A en los trabajadores de nuestro Hospital. Hemos estudiado la respuesta del personal analizada por estamentos; así como los efectos secundarios recogidos de esta nueva vacuna. También hemos analizado los síndromes gripales vistos en los trabajadores de nuestro centro, que cursaron con baja laboral; así como los ingresos hospitalarios por esta enfermedad en el personal del Hospital.

Material y métodos. El Hospital San Juan de Dios de Pamplona, está focalizado a pacientes en convalecencia de procesos agudos y rehabilitación, encuadrada dentro de un Hospital de Media Estancia. Cuenta con 135 camas de hospitalización; 7 quirófanos con 28 camas más para cirugía; también se realizan cirugía menor ambulatoria y consultas. Hemos analizado la campaña de vacunación para la gripe A, recogiendo N° de vacunados por estamentos, efectos secundario de las vacunas, casos de "posible" gripe A con baja laboral, ingresos hospitalarios por esta causa en trabajadores, además de otras circunstancias de riesgo para gripe A como embarazo.

Resultados. El n° de empleados totales suman 323; 29 son licenciados (23 médicos); 106 enfermeras; 112 auxiliares de enfermería; 16 camilleros; 26 de limpieza; 6 de mantenimiento; 24 en administración y 4 en dirección. Se han vacunado 31 empleados (9,6%) que dividido por categorías: 30,4% de los médicos; 33% de mantenimiento; 3,8% del personal de enfermería; 6,25% del personal auxiliar; 15% del personal de limpieza; 6,25% de camilleros; 75% de dirección. Se han producido 9 reacciones locales (30,4% de las vacunas) y 2 síndromes gripales (6,45%). Se produjeron 29 síndromes gripales (9% de los trabajadores): con un 21% de los médicos afectados; 7,54% de enfermería; 8% de auxiliares; 3,8% del servicio de limpieza; 33% de mantenimiento; y casos sueltos en el resto del personal. Dentro de los síndromes gripales, uno requirió ingreso hospitalario (enfermera fumadora) y una de las médicas afectada por la gripe A estaba embarazada.

Discusión. Llama la atención el poco éxito de la campaña de vacunación (9,6%) a pesar de su divulgación mediática por los medios de comunicación y la campaña intrahospitalaria que realizamos. El estamento que más se vacunó fue dirección (75%), seguido de mantenimiento (33%) y médicos (30,4%); llamando la atención el poco éxito en el gremio de enfermería (3,8%). Dentro de los afectados por la gripe A, los que más la sufrieron fue el gremio de mantenimiento (33%), seguido de los médicos (21%) estando una de las infectadas embarazada (y existiendo en ese momento otra médica también embarazada). enfermería a pesar de su bajo índice de vacunaciones hubo un 7,5% de síndromes gripales; y un 3,8% en el grupo de auxiliares. Sólo una de las gripes precisó ingreso en una enfermera de mediana edad fumadora importante.

Conclusiones. El seguimiento de la campaña de vacunación en nuestro Hospital ha sido bajo, destacando sobretodo los puestos de Enfermería y Auxiliar de enfermería. Creemos que el estamento sanitario debería ser ejemplo para la población a la hora de aplicar estas medidas preventivas. A pesar de existir más vacunados en los puestos de médicos y mantenimiento, son estos los que más casos de gripe A sufrieron. Quizás debamos de insistir en estos grupos sobre las medidas adicionales de prevención. No ha existido mayor mortalidad ni incidencia que otros años respecto a la gripe "común" en nuestro centro, y si se ha presentado en grupos de riesgo reconocido como embarazo o tabaquismo.

A-111 ANÁLISIS DE FACTORES ASOCIADOS A LA CONTAMINACIÓN DE HEMOCULTIVOS TRAS IMPLANTACIÓN EN MEDICINA INTERNA Y URGENCIAS DE UN PROTOCOLO DE EXTRACCIÓN DE HEMOCULTIVOS

M. Cervero Jiménez¹, S. Quevedo Soriano², B. García Martín¹, S. Vázquez López², I. Delgado Martín¹, A. Corrochano García¹, L. Rodrigo Serrano¹ y L. Morata Ruiz¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid).

Objetivos. La contaminación de los hemocultivos es un problema más frecuente de lo deseado con repercusión clínica y económica. En el año 2009 se ha implantado en el centro un protocolo de extracción de hemocultivos. En este estudio analizamos los factores que influyen en la contaminación de los hemocultivos, que se recogen en el protocolo.

Material y métodos. Se recogieron de forma prospectiva todos los hemocultivos (HC) realizados en los servicios de Medicina interna (MI) y urgencias (UG) del H. Severo Ochoa durante los meses de octubre de 2009 hasta abril de 2010. Se registraron variables relacionadas con el paciente (inestabilidad hemodinámica, malos accesos vasculares), personal de enfermería (edad, tiempo en la unidad, experiencia profesional, turno) y con el proceso de extracción (extracción a través de vía, uso de alcohol, tiempo de espera tras aplicación de los antisépticos, uso de povidona o de clorhexidina, uso de guantes, aplicación de círculos concéntricos, desinfección del tapón de los frascos, colaboración de otro enfermero o extracción mediante palomilla). Todos los resultados fueron evaluados de forma independiente por un microbiólogo, un internista y un infectólogo, clasificándolos como contaminados o no.

Resultados. Se analizaron 706 HC, de los que el 4,7% fueron positivos, el 88% negativos y el 7,3% contaminados (10,3% en UG y 2,3% en MI). En análisis univariado, las variables que se relacionaron con mayor riesgo de contaminación fueron el servicio de extracción UG vs MI (OR 4,4 IC95% 1,92-10,25), las extracciones a través una vía periférica previa (OR 2,48, IC95% 1,47-4,19) y de vía recién implantada (OR 2,11, IC95% 1,25-3,55). El uso de clorhexidina (OR 0,21, IC95% 0,09-0,91) y la extracción a través de palomilla (OR 0,42, IC95% 0,22-0,81) se asociaron a menor riesgo de contaminación. Ajustando mediante análisis multivariable de regresión logística, únicamente el servicio de extracción UG vs MI (OR 6,31, IC95% 2,25-17,9) y la extracción a través de vía periférica previa (OR 2,47, IC95% 1,33-4,56) se relacionaron con mayor riesgo de contaminación. No encontramos diferencias en el personal de enfermería de los servicios de extracción (UG vs MI) con respecto a la edad, el tiempo de experiencia profesional o el tiempo de permanencia en la misma unidad.

Conclusiones. Especialmente en urgencias, la contaminación de los hemocultivos a pesar de la implantación de un protocolo de extracción sigue siendo elevada y debería ser considerada como un indicador de calidad. La extracción a través de palomilla y el uso de clorhexidina pueden ser útiles para intentar reducir la contaminación de los hemocultivos. Debería evitarse la práctica de la extracción de hemocultivos a través de una vía periférica.

Este estudio ha sido financiado con fondos del FIS PI09/90390.

A-112 INFECCIÓN POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METI-R (SARM): PRESENTACIÓN CLÍNICA

C. Olmeda Brull¹, A. Sedano Casas¹, A. Martínez Motos¹, J. Olmedo Llanes¹, L. Robles Fonseca², J. Lozano Serra² y M. Sáez Méndez¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología. Hospital General de Albacete. Albacete.

Objetivos. Analizar las formas de presentación clínica y la evolución de 50 pacientes con infección aguda por SARM aislados en el

año 2008 en nuestro hospital. La infección por SARM asociada a cuidados hospitalarios se asocia a cuadros clínicos severos e invasivos en pacientes hospitalizados.

Material y métodos. Análisis descriptivo, retrospectivo de 50 pacientes, con infección aguda por SARM durante año 2008 (1-1-2008/31-12-2008) en la provincia de Albacete, analizando las características de los pacientes y los factores predisponentes para la infección del SARM. Análisis comparativo bivalente y multivalente ($p < 0,05$). La fuerza de la asociación fue medida mediante el riesgo relativo (RR) y el hazard ratio (HR). La estimación poblacional se realizó a través del intervalo de confianza del 95% (IC95%).

Resultados. 50 pacientes, de los cuales 62% eran varones y 38% eran mujeres con una edad media de 69,76, (35-85 a), la mayoría de los pacientes eran pluripatológicos destacando un 54% HTA; 32% (16 p) diabetes mellitus, 24% (12 p) Insuficiencia renal crónica y el 28% presentaban un cuadro de demencia. Habían recibido tratamiento prolongado con corticoides un 18% (9p) y tratamiento antibiótico previo 23p. Un 12% p con neoplasia y un 10% (5p) estaba inmunodeprimidos; también 5 p habían estado previamente en UCI. De los 50 aislamientos, en un 18% la muestra positiva correspondía a hemocultivos. Las formas clínicas de presentación fueron: 11p con infecciones de tracto urinario, 34% infecciones de úlceras y heridas quirúrgicas, 14% infecciones del tracto respiratorio. Como complicación, un 4% de los pac presentaron shock séptico, un 16% presentó abscesos, 5 pac otras complicaciones como artritis séptica, osteomielitis y clínica respiratoria. Preciso UCI 1p, falleciendo el 20% de los pacientes.

Discusión. SARM es uno de los patógenos habitualmente relacionados con enfermedad invasiva grave, con alta mortalidad e importante inestabilidad hemodinámica. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son las infecciones de piel y tejido subcutáneo, las bacteriemias y neumonías. Nuestra serie es similar a otras publicadas destacando la alta presencia de infecciones de tejidos blandos con abscesos y la alta mortalidad de la infección.

Conclusiones. Los pacientes infectados por SARM en nuestra serie presentan una importante comorbilidad. Las formas de presentación clínica de la infección aguda es similar a otras series.

A-113 INFECCIÓN POR STAPHYLOCOCCUS METI-R (SARM): FACTORES PREDISPONETES

A. Martínez Motos¹, A. Sedano Casas¹, C. Olmeda Brull¹, J. Olmedo Llanes¹, J. Lozano Serra², L. Robles Fonseca² y M. Sáez Méndez¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología. Hospital General de Albacete. Albacete.

Objetivos. La prevalencia del SARM como patógeno nosocomial y asociado a la comunidad ha ido aumentando progresivamente. En nuestro hospital se realizaron en el año 2008 561 aislamientos de SARM. Se analizan las características y factores de riesgo de 50 pacientes con infección aguda por SARM.

Material y métodos. Estudio descriptivo, retrospectivo de 50 pacientes con infección aguda por SARM durante año 2008 (1-1-2008/31-12-2008) en la provincia de Albacete. Análisis comparativo bivalente y multivalente ($p < 0,05$). La fuerza de la asociación fue medida mediante el riesgo relativo (RR) y el hazard ratio (HR). La estimación poblacional se realizó a través del intervalo de confianza del 95% (IC95%).

Resultados. De los 50 pacientes, 62% (31 p) son varones, con una edad media 69,76, (35- 85 a). Más del 50% con un Í. de Charlson > 4. Como AP, un 54% (27p) presentaba HTA y un 32% (16 p) diabetes mellitus. El 34% (17p) EPOC, 24% (12 p) insuficiencia renal crónica y el 28% diagnosticados de demencia. Un 8% tenía una hepatopatía crónica y 6% (3p) una enfermedad autoinmune. 6 p presentaban antecedentes de ACVA, habiendo recibido tratamiento prolongado

con corticoides un 18% (9p) del total de los enfermos y 23 p antibióticos previamente. Un 4% (2), se encontraba en hemodiálisis. En el momento del aislamiento el 12% de los estudiados presentaban algún tipo de tumor activo y un 10% (5p) estaba inmunodeprimidos. Ningún paciente presentaba infección por VIH. 14 pacientes (28%) estaban institucionalizados y el 44% de los pacientes habían sido ingresados en los 12 meses previos al aislamiento. 7 p. tenían antecedentes de infección por SARM previamente. Estancia previa en UCI (5p) y la cirugía previa en 4 p.

Discusión. SARM es uno de los patógenos habitualmente relacionados con casi cualquier tipo de infección nosocomial, con mayor mortalidad, estancia hospitalaria y costes sanitarios que los pacientes con *Staphylococcus meti-S* (SAMS). Los factores predisponentes a la infección son bien conocidos. Nuestra serie es similar a otras publicadas destacando la pluripatología que presentaban.

Conclusiones. Los pacientes infectados por SARM en nuestra serie presentan una importante comorbilidad. Un 28% procedían de residencias asistidas y casi 50% habían sido ingresados previamente. La gran mayoría de los pacientes presentaban algún grado de inmunodepresión.

A-114

ESTUDIO DE BACTERIEMIAS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

O. González Casas, F. Olgado Ferrero, A. Calvo Cano, J. Sequeira Lopes da Silva, G. Morales Gómez, M. González Gómez, R. Peña González y D. Magro Ledesma

Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina. Badajoz.

Objetivos. Análisis descriptivo de las bacteriemias en un Hospital Universitario, incluyendo diagnóstico etiológico, lugar de adquisición, características clínicas, factores favorecedores e idoneidad del tratamiento antibiótico empírico.

Material y métodos. Se estudiaron de forma retrospectiva todos los pacientes con hemocultivos positivos atendidos por el Servicio de Medicina Interna, durante el período junio 2002-febrero 2010.

Resultados. Analizamos 66 pacientes (42 varones y 24 mujeres) de edad comprendida entre 15 y 95 años (edad media de 67,38 ± 34,22 años). 39 pacientes procedían de servicios médicos, 12 de quirúrgicos y 15 de UCI. Los tipos de bacteriemia son comunitaria (50%), nosocomial (40,9%) y asociada a cuidados sanitarios (ASCS) (6,3%). Los focos más frecuentes: nefrourológico (25,8%), respiratorio (21,2%), abdominal (13,6%), catéteres intravenosos (12%), piel y tejidos blandos (10,6%) y foco desconocido (10,6%). 50 pacientes presentaban de 0 a 2 factores de riesgo intrínseco: diabetes mellitus (DM) (33,3%), cardiopatía (28,8%), EPOC (22,7%), tumor sólido (21,2%), hepatopatía (15,2%), alcoholismo (15,2%), ACV (13,6%), insuficiencia renal crónica (10,6%), y otros estados de inmunosupresión (16,7%). 56 pacientes presentaban de 0 a 2 factores de riesgo extrínsecos: vía periférica (43,9%), catéter central (18,2%), cirugía (18,2%), sonda urinaria reciente (12,1%), úlceras por decúbito (10,6%), ventilación mecánica invasiva (7,6%), procedimiento invasivo (6,1%), nutrición parenteral (6,1%), sonda urinaria permanente (6,1%) y traqueostomía (4,5%). Un 39,4% presentó complicaciones: 15 shock séptico, 15 distrés respiratorio y 7 insuficiencia renal aguda. Un 7,6% presentó manifestaciones sépticas a distancia [16,7% neumonía y 1,5% artritis séptica. En 45 pacientes se empleó monoterapia y en 21 politerapia. La antibioterapia empírica cubrió el germen causal en 43 casos, en 8 no y 15 no fue valorable. 80,3% hemocultivos fueron monomicrobianos y 19,7% polimicrobianos. En 41 muestras se identificaron cocos grampositivos (CGP) y en 36 bacilos gramnegativos (BGN). Los gérmes más frecuentes: *E. coli* (31,8%), *S. aureus* (27,3%), *S. epidermidis* (15,2%), *Enterococo faecalis* (9,1%), *Pseudomona aeruginosa* (6,1%). 62 pacientes evolucionaron favorablemente, 4 fallecieron (causas asociadas a la bacteriemia (50%) y causas no relacionadas (50%]).

Discusión. En nuestro estudio, la bacteriemia más frecuente es la comunitaria. De los factores de riesgo intrínsecos destacan: DM, cardiopatías y EPOC y de los extrínsecos: vía periférica, catéter central y cirugía. El foco más frecuente es nefrourológico, seguido del respiratorio y abdominal. 26 pacientes sufrieron complicaciones, siendo el desarrollo de shock séptico y distrés respiratorio las más frecuentes. En la mayoría se empleó un solo antibiótico. El tratamiento empírico fue correcto en un 65%. La monoterapia fue la más empleada (68%). La mayoría de bacteriemias eran monomicrobianas. La frecuencia de CGP y BGN era parecida, siendo la causa en un 60% *E. coli* y *S. aureus*. La evolución clínica fue favorable en la mayoría de nuestros pacientes.

Conclusiones. La bacteriemia adquirida en la comunidad es la más frecuente destacando los focos nefrourológico, respiratorio y abdominal. El riesgo aumenta si se padece DM, se es portador de vía periférica y/o catéter central. El shock séptico es la complicación más frecuente. La mayoría de hemocultivos son monomicrobianos, destacando *S. aureus* y *E. coli* como agente causales, por lo que parece correcta la elección de antibioterapia empírica siendo la evolución favorable con dicho tratamiento.

A-115

ESPECTRO CLÍNICO DE UN BROTE ESTACIONAL DE INFECCIÓN POR PARVOVIRUS B19 AGUDA EN ADULTOS INMUNOCOMPETENTES

I. Márquez Gómez¹, V. Buonaiuto¹, I. Pérez de Pedro¹, C. Lara Rojas¹, A. Espejo Gil¹, M. López Carmona¹, A. Martín Farfán² y R. Gómez Huelgas¹

¹Servicio de Medicina Interna. ²Servicio de Enfermedades Infecciosas. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.

Objetivos. Describir nuestra experiencia clínica en la infección por parvovirus B19 en adultos.

Material y métodos. Se analizan 7 casos de infección por parvovirus B19 en adultos ocurridos durante dos meses en época estival en un hospital de tercer nivel.

Resultados. Las medias: edad 34,57 años, Hb 11,6 g/dl, neutrófilos 3.102,57/μL, linfocitos 804/μL y plaquetas 152.758/μL. Podemos así distinguir 2 entidades clínicas: una que cursa con síndrome febril y citopenias (Hb 11,5 g/dl, neutrófilos 1.400/μL, linfocitos 790/μL, plaquetas 151.869/μL), que afecta a personas más jóvenes (28,6 años) y otra entidad en la que destaca el exantema pápulo-purpúrico “en guante y calcetín” y “en pañal”, junto síndrome febril y escasa repercusión hematológica, afectando ésta a sujetos de mayor edad (49,5 años). Podemos observar cómo la fiebre y las poliartalgias fueron los datos clínicos más prevalentes. Todos presentaron una evolución benigna con autoresolución de la clínica y alteraciones analíticas en días o escasas semanas, precisando sólo tratamiento sintomático.

Discusión. El parvovirus B19 es el único parvovirus patógeno humano, con enorme tropismo por la serie de precursores eritroides, presentando mayor prevalencia de infección en los meses de primavera y verano, como en nuestros casos (mayo-julio). En personas inmunocompetentes es responsable del Eritema infeccioso en la infancia, produciendo en adultos cuadro de poliartropatía simétrica y exantema en guante y calcetín. En inmunodeprimidos, es la principal causa de anemia aplásica. En embarazo, puede producir malformaciones y muerte fetal. Una de las manifestaciones más llamativas aunque infrecuente de la infección por parvovirus B19 es el exantema pápulo-purpúrico en guantes y calcetín. La afectación de la mucosa oral es frecuente y se resuelve espontáneamente en una o dos semanas.

Conclusiones. Debemos considerar al parvovirus B19 como uno de los agentes etiológicos responsables de síndrome febril, citopenias y exantema acral, sobre todo en pacientes jóvenes y en época estival.

Tabla 1 (A-115).

Edad	Sexo	Fiebre	Artralg.	Lesión. cután.	Hb L)	Leu (cél/μL)	Neutr (cél/μL)	Linf (cél/μL)	Pla q (cél/μL)
16 a	V	+	+	-	14,6	3.260	1.936	652	96.910
39 a	M	+	+	+	9,3	4.290	2.578	1.377	312.040
32 a	M	+	+	-	12,2	2.140	9.97	813	115.690
35 a	M	+	+	-	9,8	1.790	1.069	535	88.670
21 a	M	+	+	-	11,6	1.130	423	573	146.000
54 a	M	+	+	+	12,5	5.540	4.615	353	145.000
45 a	M	+	+	+	11,2	13.110	10.100	1.325	165.000

A-116

PACIENTES CRÍTICOS POR GRIPE A EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE MEDICINA INTERNA

D. Salor Moral¹, M. Granda², M. Ferrer Civeira¹, T. Blanco Moya³, C. Cuenca² y L. Audibert Mena²

¹Medicina Interna D, ²Unidad de Corta Estancia (Medicina Interna), ³Medicina Interna II. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos. Describir las características y evolución clínica de los cuatro pacientes que precisaron traslado desde una unidad de medicina interna designada para la atención de cuadros de gripe A (U. de Corta Estancia del Hospital Gregorio Marañón), a la Unidad de Cuidados Intensivos por distrés respiratorio agudo.

Material y métodos. El número de pacientes ingresados en la U. de Corta Estancia de mayo a diciembre de 2009 con sospecha de infección por el virus H1N1 fueron 472. Se realizó prueba para el diagnóstico microbiológico (RT-PCR). 4 pacientes con PCR positiva hubieron de ser trasladados a la Unidad de Vigilancia Intensiva. Los criterios establecidos para el traslado fueron insuficiencia respiratoria refractaria a la oxigenoterapia convencional, que obligaba a utilizar la ventilación mecánica invasiva o no (síndrome de distrés respiratoria del adulto, SDRA), fallo multiorgánico, bajo nivel de conciencia o datos de sepsis grave. Se recopilaron datos clínicos, analíticos, epidemiológicos y de imagen.

Resultados. Los 4 pacientes tuvieron que ser trasladados a la Unidad de Cuidados intensivos por SDRA. Todos eran mujeres, con una edad que oscilaba entre 36 a 69 años. 2 pacientes eran de nacionalidad española, los otros dos procedentes de Sudamérica. 1 era gestante de 25 semanas, otra presentaba una encefalopatía anóxica congénita con infecciones respiratorias de repetición, mientras que 2 de ellas no presentaban factores de riesgo conocidos. La saturación media de oxígeno en sangre arterial fue del 85%, con PO₂ media de 49,25 mmHg. En todas se objetivaron valores elevados de LDH (media: 369,5 U/L). En 2 se constató elevación de creatinina (CK). 3 de ellas precisaron ventilación mecánica invasiva en las primeras 24 horas del ingreso por insuficiencia respiratoria grave. La media de días hasta la primera visita a urgencias fue de 3 días, siendo de 2,5 días la del traslado a intensivos. Todas presentaban infiltrado neumónico bilateral extenso. Destacar como complicaciones durante el ingreso: 1 cesárea electiva, 2 cuadros de toxicodermia: 1 de ellos con desarrollo de necrosis epidérmica tóxica y el otro como un exantema pustuloso, y 1 Candidiasis diseminada.

Discusión. Sólo 4 pacientes (mujeres todas) de un total de 472 tuvieron que ser trasladados a una unidad de intensivos, destacando como debut en todas hipoxemia refractaria a oxigenoterapia de alto flujo, evolucionando a SDRA. 3 pacientes precisaron ventilación mecánica invasiva. Ninguna falleció. Las complicaciones que presentaron durante el ingreso incluyeron en 2 pacientes un cuadro de toxicodermia grave. Realizando un estudio comparativo con series publicadas en 2009 con pacientes intensivos de España y Latinoamérica se encuentran coincidencias: ausencia de factores de

riesgo (serie española: 46,8%) y la alta incidencia de SDRA. En cambio, en nuestra serie la mortalidad fue del 0% y el 100% eran mujeres frente a la mayor incidencia de hombres (73%) en la serie española. Como limitaciones destaca el escaso número de pacientes de nuestra serie.

Conclusiones. Destaca en nuestra serie como debut clínico en todas ellas hipoxemia refractaria a oxigenoterapia de alto flujo, evolucionando a SDRA, siendo todos los pacientes mujeres y con buena evolución posterior tras salida de la unidad de cuidados intensivos. En próximas epidemias de gripe habría que dedicar especial atención a los pacientes con insuficiencia respiratoria, tanto si fueran sanos previamente o no y a aquellos pertenecientes a los grupos de riesgo ya reconocidos (enfermedad respiratoria previa, embarazadas).

A-117

SEUDOANEURISMAS MICÓTICOS DE CARÓTIDA

P. Calderón¹, M. Mañas¹, A. Sáenz¹, M. Sidahi¹, N. Pinilla², E. Marchán¹ y J. Domínguez³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Cardiología, ³Servicio de Neurología. Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real.

Objetivos. Revisar los pacientes con pseudoaneurismas micóticos de carótida.

Material y métodos. Describir los pacientes con diagnóstico de pseudoaneurisma micótico de carótida, ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital General de Ciudad Real durante el año 2009. Se analizan las características clínicas, microbiológicas, diagnósticas y terapéuticas.

Resultados. Caso 1: varón de 57 años que ingresa para estudio de dolor en región dorsal derecha de características mecánicas de un mes de evolución. Tres días después presenta dolor y tumefacción en región laterocervical derecha. Se solicita TAC cervical y abdomen-pélvico, objetivándose pseudoaneurisma en la bifurcación carotídea y espondilodiscitis con afectación de cuerpos vertebrales D6-D7-D8. Se realizó tratamiento quirúrgico urgente del pseudoaneurisma. En los hemocultivos y en las biopsias obtenidas en la cirugía se aisló *Staf. aureus* meticilín sensible. Se pautó gentamicina (2 semanas) y cloxacilina (6 semanas). Caso 2: mujer de 40 años que acude por presentar fiebre de 15 días de evolución sin otra sintomatología acompañante. Se solicitó ecocardiograma que aportó el diagnóstico de endocarditis sobre válvula mitral. En los hemocultivos realizados se aisló *Strep. viridans* por lo que se inició tratamiento con ceftriaxona y gentamicina. Dos semanas después presenta picos febriles y dolor e inflamación en región laterocervical derecha. Se realizó eco-doppler de TSA y TAC cervical objetivándose pseudoaneurisma a nivel de la bifurcación carotídea derecha. Se realizó intervención quirúrgica y se completó el tratamiento antibiótico 8 semanas.

Discusión. Un aneurisma micótico es una dilatación localizada e irreversible de una arteria debida a la destrucción de la pared del vaso por una infección. Es una patología poco frecuente, siendo la

causa de aproximadamente un 1% de los aneurismas. Pueden producirse en cualquier parte del organismo. La localización más frecuente es la aorta abdominal y femoral. Un 5% son carotídeos. La complicación más importante es la hemorragia. Los factores de riesgo más importantes son traumatismos de la arteria, endocarditis, infecciones locales o sistémicas, alteraciones del sistema inmune y edad. La mayoría son causados por bacterias. El agente responsable más frecuente es *Staf. aureus*, seguido de *Salmonella* spp. La manifestación clínica típica es la aparición de una masa pulsátil cervical, asociada a fiebre, defectos neurológicos, disfagia o disfonía. El diagnóstico de sospecha se realiza mediante pruebas de imagen y se confirma con el aislamiento del microorganismo en los hemocultivos. La ecografía doppler puede ser útil aunque el TAC con contraste es la técnica diagnóstica de elección. La angiografía es la prueba definitiva y se utiliza para planificar la intervención quirúrgica con mayor exactitud. No existe consenso en el tratamiento. Se puede administrar antibiótico durante 4-6 semanas, o combinarlos con la intervención quirúrgica. Se ha demostrado que la mortalidad es menor cuando se realizan ambos tratamientos.

Conclusiones. Los aneurismas micóticos de carótida son poco frecuentes. Su diagnóstico se basa en una adecuada sospecha clínica, la realización de pruebas de imagen que los detecten lo antes posible y la solicitud de hemocultivos cuyo resultado positivo lo confirme. Se debe iniciar tratamiento antibiótico de forma precoz. La intervención quirúrgica es el tratamiento inmediato definitivo con mejores resultados a largo plazo.

A-118 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE UN HOSPITAL COMARCAL DE 2004/2009

R. Carmo, R. Bento, C. Ferreira, J. Quiles y J. Reina

Servicio de Medicina Interna. Hospital José Joaquim Fernandes, EPE. Beja (Portugal).

Objetivos. EL objetivo de este trabajo fue estudiar el perfil epidemiológico de los Servicios de Especialidades Médicas de nuestro Hospital desde 2004 hasta 2009. Los Servicios incluidos fueron: Medicina Interna, Unidad de Cerebrovasculares, Unidad de Cuidados Intermedios e Sala de Observación (dependiente del Servicio de urgencia).

Material y métodos. El material utilizado fue la base de datos del Laboratorio de Análisis Clínicos (Directora: Dra. Rosa Bento), donde fueron analizados los resultados de urocultivos y hemocultivos obtenidos durante los años de 2004 a 2009.

Resultados. El perfil de los microorganismos más frecuentemente aislados fue: Urocultivos; *Escherichia coli* (44%) y *Proteus mirabilis* (16%), y Hemocultivos: *Staphylococcus epidermidis* (36%), *Staphylococcus aureus* (27%), *Streptococcus pneumoniae* (22%), *Klebsiella* (19%) y *Pseudomonas aeruginosa* (13%). También pudimos observar un aumento progresivo de los microorganismos multiresistentes.

Discusión. Una vez observados los resultados de los microorganismos aislados y los resultados de los tests de sensibilidad y resistencias a los antibióticos, fue posible observar un aumento de las resistencias a ciertos antibióticos en nuestro Hospital a lo largo de estos años, principalmente a los antibióticos beta-lactámicos (amoxicilina-clavulánico) y quinolonas (ciprofloxacino).

Conclusiones. Tomando en consideración que la mayoría de los resultados obtenidos en los cultivos fueron negativos o contaminados y observando el aumento progresivo de la resistencia a los antibióticos más utilizados en nuestra área, podemos concluir que el uso indiscriminado de éstos y la todavía poca utilización del resultado de los cultivos en la toma de decisión terapéutica tuvieron un papel relevante en el aumento de la resistencia antibiótica.

A-119 BACTERIEMIA POR *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* METI-R (SARM): CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

J. Olmedo Llanes¹, A. Martínez Motos¹, C. Olmeda Brull¹, A. Sedano Casas¹, M. Sáez Méndez¹, L. Robles Fonseca² y J. Lozano Serra²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología. Hospital General de Albacete. Albacete.

Objetivos. Estudio de 50 pacientes con infección aguda por SARM, con/sin bacteriemia aislados de enero a diciembre del año 2008 en nuestro hospital analizando los factores de riesgo y evolución.

Material y métodos. Análisis descriptivo, retrospectivo de 50 pacientes con infección aguda por SARM elegidos aleatoriamente de 561 aislamientos. Análisis comparativo bivalente y multivariante ($p < 0,05$). La fuerza de la asociación fue medida mediante el riesgo relativo (RR) y el hazard ratio (HR). La estimación poblacional se realizó a través del intervalo de confianza del 95% (IC95%).

Resultados. En nuestro estudio se recogen 50 pacientes, de los cuales 62% eran varones y 38% eran mujeres con una edad media de 69a. De ellos, la mayoría de los pacientes eran pluripatológicos. 10 de ellos presentaron bacteriemia. Las formas clínicas de presentación fueron: 8 p con infecciones de tracto urinario, 34% infecciones de úlceras y heridas quirúrgicas, 14% infecciones del tracto respiratorio y un 14% como sepsis. Precisaron UCI 1 p, falleciendo el 20% de los pacientes. En el estudio comparativo entre pac con y sin bacteriemia, de todas las variables analizadas se observaron diferencias significativas en los AP en HTA ($p > 0,002$), antecedentes de ACVA ($p > 0,012$); tratamiento prolongado con en corticoides ($p > 0,003$); presencia de enfermedad autoinmune ($p > 0,001$) y la estancia de en UCI previamente; y el tiempo de evolución de la enfermedad, además de la situación clínica de los pacientes valorado con la escala SOFA ($p > 0,001$). Igualmente es mayor el riesgo de exitus en pacientes con bacteriemia con diferencias significativas entre los dos grupos ($p > 0,01$).

Discusión. SARM es uno de los patógenos habitualmente relacionados con enfermedad invasiva grave, con alta mortalidad e importante inestabilidad hemodinámica. Nuestra serie es similar a otras publicadas destacando la alta presencia de infecciones de tejidos blandos con abscesos. La presencia de bacteriemia está asociada a mal pronóstico y pacientes con mayor pluripatología.

Conclusiones. Los pacientes infectados por SARM en nuestra serie presentan una importante comorbilidad. La presencia de bacteriemia es más frecuente en pacientes con mayor comorbilidad.

A-120 PILEFLEBITIS ASOCIADA A ABSCESO HEPÁTICO PIÓGENO

O. Marín, M. Civeira, I. Muñoz, D. Salor, S. Gámez, R. Salomón, M. Villalba y E. Vilalta

Unidad de Medicina Interna D. Hospital General Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos. Analizar las características clínicas, microbiológicas y evolutivas de las pileflebitis asociadas a abscesos hepáticos.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de los casos de absceso hepático que presentaron como complicación una pileflebitis, diagnosticados en el Hospital General Gregorio Marañón en el periodo 2003-2010.

Resultados. Se identificaron 6 casos con una edad media de 52 años (desviación típica 11 años), siendo 4 varones y 2 mujeres. En 2 casos se asoció a pacientes con trasplante hepático previo y en 3 casos a neoplasia activa. Se alcanzó el diagnóstico por TACAR en todos los casos. El mecanismo patogénico más frecuente de los abscesos hepáticos fue la infección de la vía biliar (colecistitis y colangitis) en 4 casos, encontrando 1 caso con infección gastrointestinal

y otro origen criptogénico. El tipo de absceso fue único en 5 pacientes y múltiple en solo 1 paciente. En 3 pacientes no se obtuvo aislamiento microbiológico, en el resto: abscesos polimicrobianos por *E. coli* y *Klebsiella pneumoniae* con *Enterococcus faecalis*. El diagnóstico de pyleflebitis no añadió nueva sintomatología, siendo un hallazgo casual (por imagen); si bien, prolongó la estancia media con respecto a los abscesos piógenos que no presentaron esta complicación. El tratamiento de elección en 3 pacientes fue la antibioterapia única, combinándola con drenaje percutáneo o cirugía en el resto. Sólo se decidió anticoagular con heparina bajo peso molecular en un caso durante 6 meses. En la mitad de los pacientes no se encontró ninguna complicación ($n = 3$), encontrando dos casos de sepsis y un fallecimiento.

Discusión. La pyleflebitis es una tromboflebitis séptica de la vena porta o de algunas de sus ramas tributarias, a consecuencia de procesos inflamatorios o infecciosos intrabdominales. Su incidencia ha ido en aumento en los últimos años, debido especialmente, a un incremento en su detección por medio de las técnicas de imagen, tales como la ultrasonografía doppler y la tomografía axial computarizada (TACAR). En nuestra serie, la mitad de los casos ($n = 3$) se asoció a neoplasia activa, no pudiendo discernir si el evento primario fue la pyleflebitis y posteriormente el desarrollo de absceso hepático piógeno, como se describe en la literatura. No hubo ningún caso de trombosis mesentérica, isquemia intestinal o hipertensión portal residual. En nuestra serie se usó anticoagulación en un solo caso; si bien, no existe claro consenso en cuanto al uso de anticoagulación prolongada. La mortalidad sigue siendo elevada.

Conclusiones. La presencia de pyleflebitis en el curso evolutivo del absceso hepático piógeno empeora su curso clínico, aumentando el número de complicaciones y la mortalidad. Sugerimos el uso de anticoagulación en aquellos pacientes con neoplasia activa asociada y despistaje de otras causas de hipercoagulabilidad.

A-121

REVISIÓN DE 6 CASOS DE BACTERIEMIA POR *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* METICILÍN RESISTENTE (SARM) EN NUESTRO HOSPITAL

S. Molinero Abad, C. Dueñas Gutiérrez, M. Morán Rodríguez, N. Gómez Manero, R. Bejarano Espejo, V. Portillo Tuñón, A. Blanco Martínez de Morentín y J. Lorenzo González

Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Burgos. Burgos.

Objetivos. Revisión durante 5 meses de los casos con diagnóstico microbiológico de bacteriemia por SARM en nuestro hospital.

Material y métodos. Desde febrero hasta junio de 2010 hemos revisado todos los casos con confirmación microbiológica de bacteriemia por SARM (6 casos) ingresados en Medicina Interna del Hospital General Yagüe de Burgos. Se recogieron datos demográficos, de comorbilidad, datos sobre la bacteriemia, seguimiento microbiológico, tratamiento, evaluación clínica y microbiológica posteriores. Es un estudio prospectivo y descriptivo que trata de evaluar el tipo de bacteriemias de nuestro hospital, pacientes afectados por bacteriemia por SARM, manejo terapéutico y evolución.

Resultados. De los 6 pacientes, 5 eran varones y 1 mujer, con edades comprendidas entre los 44 y los 93 años de edad (media de 69 años). El índice de Mc CaBE medio fue de 1,3, y el de Charlson medio de 17, siendo la enfermedad renal (3/6) y las neoplasias con metástasis (4/6) las dos condiciones más frecuentes. Dos de los seis, eran de índole nosocomial y los otros cuatro estaban relacionados con el sistema de salud; ninguno de ellos de carácter comunitario. Existió una gran variabilidad en el foco de infección. En 2 pacientes la bacteriemia se asoció a catéter intravascular, en uno a infección del lecho quirúrgico, uno a foco urinario, otro a infección de piel y partes blandas y uno desconocido. El antibiótico más empleado de forma empírica fue imipenem (siempre inadecuado),

y sólo en 2/6 casos se asoció a otro antibiótico más adecuado compatible con el antibiograma (linezolid y gentamicina). En 4 pacientes se dispuso de antibiograma destacando la resistencia global a ciprofloxacino. En todos los casos se ajustó el tratamiento antibiótico al antibiograma. La evolución de los pacientes fue la siguiente; dos curaciones, dos exitus y dos controles posteriores perdidos (por trasladado del paciente a un Centro Asistencial de Cuidados Mínimos) con una estancia media hospitalaria de 16.3 días.

Discusión. Desde su aparición en 1960, la infección por SARM se ha convertido en una de las más importantes con una elevada morbilidad y mortalidad a pesar de los avances en la medicina, adquiriendo cada vez mayor peso la infección comunitaria con afectación de pacientes jóvenes y sanos. Aunque distintos autores continúan exponiendo diferentes argumentos acerca de los posibles factores precipitantes relacionados (factor virulencia del germen, diferencias interindividuales o el mal uso de los antibióticos entre otros), son múltiples los factores de riesgo de infección que deben tenerse en cuenta para iniciar un tratamiento. Debemos conocer y manejar las guías y conocer la susceptibilidad y resistencias locales así como los factores individuales.

Conclusiones. En ninguno de nuestros pacientes se constató un origen comunitario de la infección. En la mayoría existía una conexión más o menos intermitente con el sistema de salud y sin embargo, ninguno de los tratamientos antibióticos empíricos resultó correcto. En definitiva, se deben aplicar las guías clínicas adaptándolas a las características de cada tipo de infección, susceptibilidad individual y factores de riesgo asociados.

A-122

ABSCESO HEPÁTICO: ESTUDIO COMPARATIVO EN TRASPLANTE HEPÁTICO

O. Marín, E. Oliveros, B. Martín, A. González, C. Recarte, J. Millán, C. López y E. Vilalta

Unidad de Medicina Interna D. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos. Identificar cambios en la prevalencia de los subgrupos de riesgo como el trasplante hepático en su comportamiento clínico, microbiológico y morbimortalidad.

Material y métodos. Se analizaron 121 casos de absceso hepático piógeno desde el año 2003-2010 en el Hospital General Gregorio Marañón, encontrando 16 casos de pacientes con trasplante hepático.

Resultados. Obtuvimos dos grupos, uno de 105 pacientes sin trasplante hepático y 16 casos que tenían previamente trasplante. El análisis de los 16 pacientes trasplantado presentó una edad media de 30 años. Los factores predisponentes más frecuentes fueron la inmunosupresión en todos los casos, la asociación con una neoplasia en 4 casos y la patología biliar previa en 5. El tipo de absceso más frecuente fue el único en el 68%. El estudio microbiológico se realizó en un 75% de los casos por cultivo directo del drenaje, un 18% no se obtuvo aislamiento microbiológico y un 6% no se realizó punción ni aislamiento. Los organismos identificados con más frecuencia fueron BGN y enterococo, siendo monomicrobiano en 7 pacientes. El tratamiento más utilizado fue la combinación de antibióticos con drenaje del absceso en un 62%. Las diferencias en cuanto a mecanismo etiopatogénico, clínica y tratamiento no fueron significativas. Destacamos en la tabla las mayores diferencias.

Discusión. En los hospitales terciarios se está observando un incremento de un subgrupo de pacientes jóvenes, trasplantados hepáticos, que desarrollan esta complicación de origen polimicrobiano con elevada frecuencia de aislamientos de *Enterococcus* spp, en probable relación con el uso prolongado de quimioprofilaxis, sin observar mayor mortalidad pese a estar sometidos a tratamiento inmunosupresor; si bien, estancias medias más prolongadas y mayor número de complicaciones y recidivas.

Conclusiones. Hemos observamos un progresivo incremento de un subgrupo de pacientes con absceso hepático piógeno, el grupo sometido a trasplante hepático, con un diferente comportamiento clínico-epidemiológico.

Tabla 1 (A-122).

	Trasplantados hepáticos	No trasplantados hepáticos
Edad	47 ± 13	64 ± 11
Estancia (días)	52	27
Klebsiella	12,5% n = 2	18% n = 19
E. coli	25% n = 4	16% n = 15
Anaerobios	0% n = 0	7,6% n = 8
Enterococo	43% n = 7	12% n = 13
Polimicrobiano	31% n = 5	13% n = 14
Monomicrobiano	69% n = 11	87% n = 91
No complicación	50% n = 8	62% n = 65
Pileflebitis	12% n = 2	3,4% n = 2
Recidiva	25% n = 4	3,8% n = 4
Sepsis	12% n = 2	21% n = 20
Mortalidad	6,3% n = 1	5,8% n = 6

A-123

ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 43 CASOS DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA (EI) EN MAYORES DE 65 AÑOS

D. Campillo Recio¹, G. Eroles Vega¹, C. Blas Carracedo¹, R. Torres Perea¹, B. Martínez Mondéjar² e I. de la Riva Jiménez³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina Preventiva, ³Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid).

Objetivos. Conocer las características clínicas y microbiológicas y el pronóstico de los pacientes diagnosticados de EI en nuestro centro.

Material y métodos. Revisión de historias clínicas de pacientes dados de alta en nuestro hospital con el diagnóstico de EI durante el período enero de 1995 a diciembre de 2009. El diagnóstico de EI se estableció según los criterios de Duke modificados. Se realizó un análisis descriptivo, expresando las variables cuantitativas en media (X) y desviación estándar (DE) y las cualitativas en valor absoluto y porcentaje (%).

Resultados. Se recogieron 43 casos de EI; edad 72 (5,8) años; 23 hombres (53,5). En 8 pacientes (18,6) la EI fue de adquisición nosocomial. Factores predisponentes: acceso vascular 13 (32,6) (vía central 8, periférica 5, marcapasos 2), valvulopatía 23 (53,5) (degenerativa 13, reumática 2, prótesis 8), enfermedad de colon 6 (13,9), neoplasia 4 (9,3), diabetes 15 (34,9), hemodiálisis 4 (9,3), inmunosupresión 2 (4,6). La localización fue: izquierda 37 (86), derecha 4 (9,3), bilateral 1; la estructura afectada fue válvula nativa 33 (76,7), prótesis valvular 8 (18,6), cable de marcapasos (MP) 2 (4,6); la válvula afectada fue: mitral 29 (67,4), aórtica 18 (41,9), tricúspide 3 (7). La EI fue polivalvular en 8 pacientes (18,6). Se realizó ecocardiograma (ECO) transtorácico en 38 (88,4); fue diagnóstico en 16 (42,1); se realizó ECO transesofágico en 30 (69,8); fue diagnóstico en 27 (90). Se realizaron hemocultivos en 42 pacientes (97,7); fueron positivos en 40 (95,2). La EI fue polimicrobiana (> 1 germen) en 4 pacientes (10) Se realizó tratamiento antibiótico en todos los casos; fue correcto en 35 (81,4). Se realizó TX quirúrgico (QX) en 13 pacientes (30,2); el intervalo entre el inicio del cuadro y el TX QX fue de 43,6 (34,8) días. Presentaron complicaciones 31 pacientes (72,1): cardíacas 22 (51,2), embolismos 13 (30,23), neurológicas 12 (27,9), abscesos metastásicos 1. Fallecieron 10 pacientes (23,2): shock cardiogéni-

co 1 (2,3), ACVA 2 (4,6), sepsis/fallo multiorgánico 4 (9,3), causa no aclarada 3 (7).

Discusión. La EI ha experimentado un cambio poblacional importante, afectando cada vez más a pacientes de edad avanzada. Este incremento parece relacionarse con la acumulación subsidiaria de comorbilidades (sobre todo diabetes en nuestro caso), el aumento de la patología valvular cardíaca degenerativa (30% en nuestro caso) y la necesidad de ingresos hospitalarios (casi 20% de EI nosocomial en esta revisión) y técnicas diagnósticas o terapéuticas invasivas (MP, vías venosas centrales), en estos pacientes con edad avanzada

Conclusiones. 1. La EI es una entidad a tener en cuenta en pacientes de edad avanzada; el diagnóstico puede ser difícil 2. En nuestra serie, la adquisición nosocomial de EI fue relativamente frecuente (casi un 20%) por diferentes circunstancias (sobre todo, la canalización de vías venosas centrales) 3. Hay que resaltar la elevada rentabilidad diagnóstica del ECO transesofágico (90%) frente al ECO transtorácico (42%) 4. La necesidad de cirugía de recambio valvular fue alta (30%) 5. Por último, desde el punto de vista pronóstico, la EI en nuestra serie tuvo una frecuencia elevada de complicaciones (72%) y una mortalidad importante (23%).

A-124

FACTORES PREDICTIVOS DE EVOLUCIÓN A SEPSIS EN PACIENTES CON INFECCIÓN URINARIA

M. Solera Muñoz¹, J. Olmedo Llanes¹, G. Águila Manso³, A. Puerta García³, M. López Nieto³ y M. Montealegre Barrejón²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Almansa. Albacete. ²Servicio de Aparato Digestivo, ³Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Albacete. Albacete.

Objetivos. 1. Identificar qué características epidemiológicas, clínicas y analíticas pueden actuar como factor predictor de mala evolución en los pacientes que ingresan en centros hospitalarios con el diagnóstico de infección del tracto urinario. 2. Analizar el espectro microbiológico de los gérmenes causantes de infección del tracto urinario en la zona de influencia del Hospital General de Albacete.

Material y métodos. Se realizó una revisión de historiales clínicos de los pacientes en cuyo informe de alta figuraba como primer diagnóstico las codificaciones del CIE 9 que engloban las infecciones del tracto urinario. Se seleccionaron de forma consecutiva todos los casos de infección de vías urinarias (IVU) aparecidos del 1 de enero de 2008 hasta junio de 2008. Los pacientes fueron ingresados en los servicios de Medicina Interna, Geriátrica y Urología del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Resultados. Se recogieron un total de 160 casos de infecciones de vías urinarias (IVUs), de los cuales 52 cumplían criterios de sepsis o sepsis grave. Se encontró que la presencia de comorbilidad previa al ingreso es el factor más favorecedor del desarrollo de sepsis. Los pacientes del grupo de sepsis tenían porcentajes significativamente mayores de HTA, diabetes, cardiopatías, sondaje permanente, insuficiencia renal y EPOC. El índice de Charlson global y ajustado por edad era también mayor en el grupo de sepsis. Por último la estancia media de los pacientes diagnosticados de sepsis fue dos días mayor en el grupo de sepsis. Con respecto al espectro microbiológico encontrado, el germen causal más frecuente fue E. coli (48,1%), Pseudomonas sp. (9,3%) y Proteus sp (5,6%). Las infecciones fúngicas (Candida sp.) supusieron el 3,8% de casos. En cuanto al tratamiento empleado, la opción inicial más empleada fue la monoterapia con amoxicilina-clavulánico (44,3%) o con quinolonas (26,6%). El uso de antibióticos en combinación como primera opción terapéutica fue del 15,2%, siendo la asociación más frecuente cefalosporinas de 3ª generación + aminoglucósidos.

Conclusiones. La infección urinaria es una enfermedad con una alta incidencia en nuestro medio. El porcentaje de pacientes que

cumplen criterios de sepsis al ingreso es elevado, concretamente suponen el 32,5% en nuestra serie. La población que cumple dichos criterios presenta una serie de condicionantes que pueden contribuir a una evolución tórpida durante su ingreso. Esta diferente evolución se traduce en un mayor número de diagnósticos al alta (modificación del índice de Charlson) así como una estancia media más prolongada. En este trabajo, sin embargo, estos datos no tuvieron influencia sobre la mortalidad global de los pacientes. Estos resultados podrían estar en relación con la mayor experiencia que aportan los especialistas en Medicina Interna y Geriátrica a la atención del paciente añoso y pluripatológico.

A-125

PSEUDOMONAS AERUGINOSA MULTIRRESISTENTE: SU EVOLUCIÓN EN UN HOSPITAL GENERAL DE REFERENCIA

P. Repetto¹, S. Iftimie¹, M. Puerta², F. Ballester², I. Pujol² y A. Castro¹

¹Servicio de Medicina Interna. IISPV. URV, ²Laboratorio de Microbiología. Hospital Universitari Sant Joan. Reus (Tarragona).

Objetivos. Estudiar la evolución clínico-epidemiológica y el perfil de resistencia antibiótica de las cepas de *Pseudomonas aeruginosa* que fueron resistentes simultáneamente a carbapenems, aminoglucósidos y quinolonas, en un período de 4 años.

Material y métodos. Estudio retrospectivo en un hospital general universitario de 340 camas de un área de 200.000 habitantes, y referencia en Oncología (400.000 habitantes). Se revisaron los datos demográficos y clínicos de los pacientes con cultivos positivos para *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente entre enero de 2006 y diciembre de 2009. Se determinó la sensibilidad antibiótica según criterios del CLSI, usándose el método de disco difusión inicialmente y de microdilución (Wider) a partir de 2009.

Resultados. Ingresaron 68.001 pacientes, un 2,22% (n = 1.509) tuvieron infecciones por *Pseudomonas aeruginosa*, el 5,03% (n = 76) fueron cepas multirresistentes (5,95%, 3,20%, 4,09% y 6,78% entre 2006 y 2009). La edad media fue de 73,87 años (40/92). Procedencia de las muestras: 59,20% servicios médicos, 25,04% urgencias y dispensarios, 9,20% servicios quirúrgicos, 6,57% UCI. Los tipos de muestras fueron principalmente urinarias (57,89%), respiratorias (28,94%), úlceras (5,26%) y hemocultivos (3,94%). El 67,10% de las infecciones fueron nosocomiales (51/76). Se realizó análisis univariante comparando infecciones nosocomiales versus comunitarias. Se asoció a riesgo de infección nosocomial la cirugía previa (p = 0,05) y el ingreso hospitalario, en particular en la Unidad Sociosanitaria del centro (p < 0,001 en ambos casos). La infección comunitaria se localizó lógicamente en los cultivos procedentes de urgencias o dispensarios (p < 0,012 y p < 0,005 respectivamente) y se asoció a patología urinaria (p < 0,001) y a la toma de inmunosupresores (p < 0,005). En el análisis multivariante aumentaron el riesgo de infección comunitaria el uso de antibióticos previos (p < 0,014), el uso de tratamiento inmunosupresor (p < 0,005) y el ingreso por patología urinaria (p < 0,006). Los aislados estudiados presentaban resistencia a Imipenem, meropenem, ciprofloxacino, levofloxacino y tobramicina (todos 100%), gentamicina (97,36%) y aztreonam (67,56%). Los mayores porcentajes de sensibilidad fueron para colistina (100%), amikacina (97,33%), piperacilina-tazobactam (85,52%), cefepime (67,60%) y ceftazidima (66,66%).

Discusión. A lo largo de estos cuatro años se observó un aumento en la incidencia de muestras positivas por *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente en el período comprendido entre 2008 y 2009. Cabe destacar origen nosocomial en el 67,10% de los casos. Se mantiene un alto porcentaje de sensibilidad a lo largo de estos años para amikacina, piperacilina-tazobactam y colistina.

Conclusiones. A la vista de los resultados es conveniente implementar las medidas de vigilancia y prevención de la infección intrahospitalaria, particularmente a los enfermos con infección por

Pseudomonas aeruginosa. El uso de antibióticos y de tratamiento inmunosupresor previos y el ingreso por patología urinaria aumentan el riesgo de infección comunitaria. Conocer nuestro perfil de resistencia ayuda a tomar decisiones terapéuticas más acertadas.

A-126

CARACTERÍSTICAS DE LAS BACTERIEMIAS POR *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* ASOCIADAS A MAYOR MORTALIDAD EN FUNCIÓN DE SU ORIGEN

L. López Cortés¹, C. Velasco², F. Caballero², M. de Cueto¹, J. Gálvez Acebal¹, M. del Toro¹, A. Pascual Hernández¹ y J. Rodríguez Baño¹

¹UGC Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, ²Departamento de Microbiología. Facultad de Medicina. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

Objetivos. Describir y evaluar las características clínicas de las BSA en función de su origen. Evaluar si los orígenes de las bacteriemias asociados a mayor mortalidad en nuestra serie coinciden con los descritos en la literatura.

Material y métodos. Estudio de cohortes prospectivo de los pacientes con BSA en el HU Virgen Macarena; se incluyen todos los casos descritos desde mayo 2008 a junio de 2010. Se recogieron datos demográficos, patologías de base, gravedad, origen de la bacteriemia, datos del manejo clínico y pronóstico. Análisis estratificado del origen de la bacteriemia en función de la mortalidad asociada. Las variables cualitativas fueron comparadas mediante el test de la chi cuadrado.

Resultados. Se incluyen 130 casos de BSA, de los cuales un 15% (20/130) fueron producidas por *S. aureus* resistente a meticilina (SARM). El 67% (87/130) de los pacientes eran varones, con una edad media (± DS) de 67 ± 13 años. El 79% (102/130) estaban ingresados en servicios de tipo médico, mientras que un 10% lo estaban en servicios quirúrgicos (resto en UCI). Un 70% (91/130) de los pacientes presentó una valoración ≥ 2 en la escala Charlson, mientras que un 60% (78/130) fueron clasificados como última o rápidamente fatal según la escala McCabe (69% presentaban diabetes mellitus, EPOC, neoplasia y/o insuficiencia renal crónica). Respecto a la forma de presentación clínica de la BSA, el índice APACHE II presentó una mediana de 11 puntos (rango 0-27) con un score Pitt > 2 en el 32% de los casos. Cuarenta y dos pacientes (32%) fallecieron por causas relacionadas con la bacteriemia. Adquisición: 60% (78/130) nosocomial, 19% (25/130) en relación con cuidados sanitarios y 21% (27/130) comunitario por criterios epidemiológicos. Respecto al origen de las BSA, el más frecuente fue el catéter vascular (21%; 62% de ellos eran de inserción periférica), seguido de desconocido (17%), piel y partes blandas (15%), respiratorio (10%) y abdominal (5%), entre otros. Los orígenes de la BSA que consideramos de alto riesgo de mortalidad fueron el foco respiratorio [90% (9/10)], el desconocido [42% (8/19)] y piel y partes blandas [29% (5/17)]. El foco de origen de alto riesgo se asoció una clasificación McCabe última o rápidamente fatal, a la presencia de criterios de fracaso terapéutico (p = 0,008) y a una adquisición comunitaria (p = 0,01). Los casos con origen de alto riesgo no se asociaron de forma significativa a haber realizado un tratamiento inadecuado o de duración suficiente, haber presentado una puntuación en el score Pitt o Charlson ≥ 2, haber presentado shock séptico, sepsis grave o criterios de bacteriemia complicada ni a haber sido producidos por SARM.

Conclusiones. Los orígenes de las bacteriemias asociados a mayor mortalidad en nuestra serie no coinciden con los descritos en la literatura. Las BSA con origen de alto riesgo presentaron con mayor frecuencia una adquisición comunitaria, una mayor comorbilidad y un mayor porcentaje de fracaso terapéutico. Al contrario de lo que cabría esperar, en nuestra serie no se asociaron a ser producidas por SARM ni a la realización de un tratamiento inadecuado, lo que quizás se modifique con la inclusión de más pacientes en la serie.

A-127

COLECISTITIS AGUDA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA

I. Mejías Real¹, R. Tirado Miranda¹, C. Aranda Valle¹,
E. Guisado Espartero¹, D. Navarro Hidalgo¹, L. Montero Rivas¹,
D. Pinillos Villatoro¹ y C. Hurtado García²

¹Servicio de Medicina Interna, ²MIR Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Infanta Margarita. Cabra (Córdoba).

Objetivos. El 90% de las colecistitis agudas son litiasicas, con sobreinfección secundaria de la bilis por gérmenes intraabdominales, fundamentalmente E. coli. La valoración clínica y los estudios ultrasonográficos de la vesícula biliar son los métodos diagnósticos de elección. Generalmente se requiere un tratamiento quirúrgico precoz. Revisar los casos de pacientes ingresados en nuestro hospital en los últimos 5 años, afectos de infección por gérmenes atípicos cuya presentación clínica y radiológica remeda una colecistitis aguda

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo realizado en el servicio de Medicina Interna del Hospital Infanta Margarita de Cabra mediante revisión de las historias clínicas de los pacientes ingresados por este proceso. Se recogen las siguientes variables: sexo, edad, presentación clínica, datos analíticos relevantes, serología, pruebas de imagen, tratamiento y evolución.

Resultados. Se recogieron cuatro casos, todos ellos mujeres con edades comprendidas entre 18 y 38 años. Todas las pacientes presentaron un cuadro clínico similar de fiebre, vómitos y dolor abdominal. En la analítica destacaba hipertransaminasemia con aumento de enzimas de colestasis. Dos de las pacientes presentaron serología virus Epstein Barr Ig M positiva, una de ellas serología Rickettsia conorii Ig M positiva y en la cuarta todas las serologías resultaron negativas. En las pruebas de imagen (ecografía abdominal) destacaba en todos los casos el hallazgo de una vesícula biliar distendida con edema mural difuso, sin objetivarse litiasis biliar o dilatación de vía biliar intra o extrahepática, hallazgos que se confirmaron por colangiografía y que son compatibles con colecistitis aguda alitiásica. Todos los pacientes evolucionaron favorablemente sin precisar tratamiento quirúrgico específico salvo el propio del proceso infeccioso concomitante. Se revisó a los pacientes al mes del alta hospitalaria permaneciendo asintomáticos y habiéndose normalizado completamente los parámetros analíticos de función hepática y los hallazgos ecográficos en vesícula biliar.

Discusión. Los hallazgos en vesícula biliar, así como la presentación clínica, plantearon controversia en el momento del diagnóstico. Se podría considerar la afección de vesícula biliar como secundaria directamente al proceso infeccioso (colecistitis aguda alitiásica) o de manera indirecta por inflamación del parénquima hepático circundante (pseudoinfección de inflamación vesicular).

Conclusiones. En pacientes jóvenes la infección por gérmenes atípicos puede remedar un cuadro de colecistitis aguda. En estos pacientes es necesario mantener un alto índice de sospecha clínica ya que la aplicación de un tratamiento conservador dirigido al control de los síntomas conduce a la resolución del proceso evitando la indicación errónea de cirugía que aumentaría la morbimortalidad del proceso.

A-128

¿ES LA GLUCEMIA UN PREDICTOR DE APENDICITIS?

E. Puerto Pérez¹, A. Romero Alegría¹, J. Martín Oterino¹,
L. Mateos Polo¹, S. Carrero García² y E. Fraile Villarejo¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Cirugía. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.

Objetivos. Valorar si existe una alteración de las cifras de glucemia en los pacientes con dolor abdominal, que posteriormente son

diagnosticados de apendicitis, y si la edad de estos enfermos influye sobre dicha alteración.

Material y métodos. Hemos realizado un estudio transversal y retrospectivo en el que hemos incluido a 168 pacientes de los cuales había 78 mujeres y 90 varones con edades comprendidas entre 14-60 años sin diabetes conocida previamente, que acuden al servicio de urgencias por dolor abdominal en el último año. A todos los enfermos se les realiza una anamnesis detallada en la que además de la clínica de dolor abdominal, se objetiva un ayuno de 12h. El estudio incluye una analítica con glucemia (consideramos glucemias elevadas aquellas superiores a 110 mg/dl según nuestro laboratorio), hemograma, y ecografía abdominal. Todos los pacientes son intervenidos quirúrgicamente con confirmación anatomopatológica de apendicitis.

Resultados. De todos los pacientes, se puede objetivar que el 43,45% presentan glucemias superiores a 110 y de todos ellos el 34,24% tienen glucemias superiores a 130 mg/dl con una $p < 0,05$. Con respecto a la edad se observan que el 64,28% de los pacientes con glucemias superiores a 110 mg/dl, presentan una edad superior a 35 años, siendo mujeres el 63,3%.

Discusión. Podemos observar como existe una relación entre la apendicitis y los niveles de glucemia elevados, sobre todo si se trata de pacientes con edades superiores a 35 años y de sexo femenino.

Conclusiones. No hemos encontrado nada en la literatura científica sobre la alteración de la glucemia en las apendicitis agudas en los pacientes no diabéticos, pero si como reactante de fase aguda en las infecciones. Con este estudio podemos concluir que estas alteraciones glucémicas podrían orientarnos, junto con la clínica y la exploración física a realizar un diagnóstico más certero de apendicitis en un servicio de urgencias.

A-129

ESPONDILODISCITIS NO TUBERCULOSA (ENT): REVISIÓN EN 5 AÑOS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO

R. Rubio Díaz¹, J. Gonzales Carhuanchó¹, I. Martín Pérez¹,
M. Martín-Toledano Lucas¹, B. Rodríguez Picón²,
E. Sánchez Maganto¹, R. Labra González¹ y C. Vélez Pérez¹

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

Objetivos. Descripción de los casos aparecidos en el Complejo Hospitalario de Toledo de ENT, en los últimos 5 años.

Material y métodos. Se realiza estudio retrospectivo mediante revisión de Historias Clínicas Digitalizadas en un período de 5 años, desde el 1 de enero de 2005 hasta el 1 de enero de 2010. Se usaron las palabras clave "osteomielitis AND vertebral" y "espondilodiscitis", obteniendo 14 casos. La población corresponde al área de salud de Toledo que comprende un total de 468.725 personas, con un incremento del 20% en este periodo. Se estudia, edad, sexo, factores de riesgo, localización de la infección, microbiología, secuelas y necesidad de cirugía.

Resultados. De los 14 pacientes, 8 fueron hombres y 6 mujeres, con edades entre 48 y 87 años y una media en torno a 70 años. La presentación más frecuente fue dolor a nivel de la lesión (85,71%), clínica neurológica (42,85%, paraparesia o paraplejía), y otros de forma inespecífica como fiebre o malestar general (28,25%). Se encontraron factores predisponentes en 11 casos; 2 con DM2, otros 2 con cirugía previa, 1 en tratamiento corticoideo y otras situaciones debilitantes (enfermedades autoinmunes 2, infecciones previas 3, insuficiencia renal 1, hipoproteinemia 1, o enolismo crónico 1). La localización principal fue dorsal (7 casos) y lumbar (3), 2 con afectación lumbosacra, 1 caso a nivel cervical y otro a nivel dorso-lumbar. En todos se realizaron pruebas de imagen siendo la RMN la que dio la clave diagnóstica. De los 14 pacientes se practicaron en 9 hemocultivos, sólo positivos en 3 y 10 punciones de la lesión sien-

do 9 positivas. Desde el punto de vista microbiológico, el germen más frecuente fue *Staphylococcus aureus* meticilín-sensible (6), *E. coli* (2) y el resto: *S. agalactiae*, *E. faecium*, *B. fragilis* y *Serratia marcescens*. Sólo 3 pacientes precisaron tratamiento quirúrgico (laminectomía más drenaje). Como principal secuela presentaron dolor a nivel de la lesión (42,85%). El resto fueron rigidez, escoliosis y mielopatía.

Discusión. La espondilodiscitis es una enfermedad infecciosa infrecuente que afecta a los cuerpos vertebrales y a los platillos adyacentes. La incidencia es 1 caso por cada 100.000-250.000 habitantes/año. Aunque, en aumento en probable relación por el envejecimiento poblacional, las infecciones nosocomiales y tratamientos inmunosupresores. El origen más frecuente es la diseminación hematogena. El diagnóstico es difícil por lo inespecífico de los síntomas y la fiebre no está siempre presente; por ello, una exploración clínica completa y neurológica es esencial. Los hemocultivos son fundamentales pero el rendimiento sólo es del 50%. Las pruebas de imagen son importantes sobre todo la RMN (sensible y precoz) siendo un pilar básico del diagnóstico. La PAAF es casi obligatoria y nos da la etiología en el 74% de los casos. El tratamiento mínimo es de 6 semanas y será iv. en las primeras, siempre dirigido por el antibiograma, pero si los cultivos son negativos debe iniciarse antibioterapia de amplio espectro (cloxacilina o vancomicina y ceftriaxona de 3ª generación). Si hay buena respuesta se puede pasar a vía oral tras unas semanas. El tratamiento quirúrgico está indicado si hay compromiso medular. Lo más adecuado para el seguimiento es la VSG, siendo poco útil la RMN.

Conclusiones. 1. Entidad de diagnóstico difícil y morbimortalidad elevada. Se ha de sospechar en pacientes con dolor de espalda, aunque se objective infección a otro nivel. 2. Imprescindible las pruebas microbiológicas y de imagen sobretodo la RMN. 3. El tratamiento será enérgico, iv. y de larga duración, acorde con los resultados microbiológicos. 4. Las secuelas más frecuentes son dolor y alteraciones neurológicas.

A-130

ANÁLISIS DE UN BROTE DE NEUMONÍA POR *LEGIONELLA PNEUMOPHILA* EN CUENCA

R. Solano Vera, R. Ferri Bataller, L. de Benito Cordón y J. Nieto Rodríguez

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

Objetivos. Conocer las características clínicas y epidemiológicas, así como las técnicas diagnósticas utilizadas, la evolución y tratamientos recibidos, de 12 pacientes diagnosticados de neumonía por *Legionella pneumophila* en el hospital Virgen de la Luz de Cuenca durante los meses de julio a octubre de 2009. Así mismo se comparan estas características con las del resto de pacientes diagnosticados de neumonía adquirida en la comunidad en el mismo período.

Material y métodos. Estudio observacional, retrospectivo, en el que se recogieron más de 70 variables de todos los pacientes ingresados entre 15 de julio de 2009 al 15 octubre de 2009 en los Servicios de Medicina Interna y Neumología de nuestro hospital, con diagnóstico de Neumonía Adquirida en la Comunidad. Para ello se utilizaron las Historias Clínicas y sistemas informáticos Intralab de laboratorio e Ykonos de radiología. Para el análisis descriptivo y comparativo de ambos grupos se utilizó el sistema informático SPSS versión 17. Para el análisis comparativo se utilizó ANOVA de comparación de medias y Chi Cuadrado.

Resultados. Se analizaron 64 pacientes con diagnóstico de NAC, de los cuáles 12 presentaron neumonía por *Legionella pneumophila* diagnosticada por detección de antígeno en orina. La media de edad de todos los pacientes fue de 66 años siendo el 75% varones; en el grupo de Legionelosis la edad media fue menor (54 años) y hubo más proporción de varones, aunque sin diferencia estadística-

mente significativa. Los antecedentes clínicos más relevantes en ambos grupos fueron el tabaquismo, la DM y la EPOC. Al ingreso, el dato de gravedad más comúnmente hallado fue la Insuficiencia respiratoria (45%). Sólo en el 70% del conjunto de todos los pacientes se buscó antigenuria; serología y hemocultivos se extrajeron sólo en el 28% y cultivo de esputo en el 11,1%. La estancia media hospitalaria del grupo total fue de 8,4 días, en los pacientes con legionelosis fue de 6 días. El 85% de los pacientes totales recibieron tratamiento antibiótico con varios fármacos siendo las combinaciones más frecuentes cefalosporina 3ª generación más levofloxacino y cefalosporina más macrólido. En el caso de neumonías por *Legionella pneumophila*, 10 de los 12 llevaron tratamiento combinado. Destaca en la comparación de grupos que los pacientes con legionelosis presentaban de forma estadísticamente significativa valores mucho más elevados de proteína C reactiva ($p < 0,01$) y más hiponatremia ($p < 0,05$).

Discusión. En la última década no se había producido en la provincia de Cuenca un brote conocido de neumonía comunitaria o nosocomial de *Legionella pneumophila*. En el estudio destacó las diferencias entre grupos de los niveles de PCR pero hay que tener en cuenta a la hora de interpretar los datos el reducido tamaño muestral.

Conclusiones. Los pacientes ingresados en nuestro Hospital en el 2009 por Neumonía producida por *Legionella pneumophila* eran pacientes más bien jóvenes, predominantemente varones y fumadores. La evolución clínica fue buena. Presentaron más hiponatremia y valores más elevados de PCR que el resto de NAC. Sería conveniente aumentar los esfuerzos por llegar a un diagnóstico microbiológico.

A-131

ABSCESO EPIDURAL ESPINAL. UNA VISIÓN ACTUAL

F. Fernández Fernández¹, S. Pérez Fernández², R. Puerta Louro¹, L. González Vázquez¹, S. Araujo Fernández¹, H. Enríquez Gómez¹ y J. de la Fuente Aguado¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Povisa, S.A. Vigo (Pontevedra). ²Medicina Interna. Complejo Universitario de Vigo. Vigo (Pontevedra).

Objetivos. Describir las características clínicas y microbiológicas, así como el tratamiento y la evolución de una serie actual de pacientes con absceso epidural espinal (AEE).

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes con AEE entre 1996 y 2009 en los hospitales POVISA y CHUVI, pertenecientes ambos al área sanitaria de Vigo.

Resultados. Se incluyó a 31 pacientes con AEE (64% varones, edad media 60 años). El 64% de los pacientes tenía una enfermedad subyacente: diabetes mellitus en 11, cáncer y alcoholismo en 7 como patologías asociadas más frecuentes. Los síntomas más comunes en el momento del diagnóstico fueron fiebre (90%) y dolor raquídeo (77%), con una media de duración de los mismos de 13 días. Existieron signos de compresión medular en el 45%. El 62% de los pacientes tenía leucocitosis, mientras que la VSG y la proteína C reactiva estaban elevadas en el 100% de los pacientes en que se determinaron. Se identificó diseminación hematogena en un 55%, y por contigüidad en el 26%. El agente etiológico fue identificado en el 74%, y se documentó bacteriemia en el 48% de los pacientes. Los microorganismos aislados fueron *Staphylococcus aureus* sensible a meticilina (15), *Streptococci* (5), *Pasteurella* (1), *S. epidermidis* (1), y flora polimicrobiana (1). La localización más frecuente fue la región lumbar, seguida de la dorsal y cervical. La extensión craneocaudal media del absceso fue de 2,6 segmentos vertebrales. Se observó espondilodiscitis asociada en el 58% de los pacientes. Se realizó laminectomía en 15 pacientes, drenaje percutáneo en 1, y 15 pacientes fueron tratados únicamente con antimicrobianos; todos los pacientes tratados sin cirugía evolucionaron favorable-

mente. Dos pacientes fallecieron y otros tres permanecieron con algún grado de secuela neurológica. La edad avanzada fue el único factor relacionado con un peor pronóstico.

Discusión. En los últimos años existe un aumento en el número de casos en relación con la mayor edad de la población y el mayor número de pacientes con inmunosupresión, el aumento en el uso de drogas por vía intravenosa y de procedimientos espinales, así como la mayor disponibilidad de la RM. En nuestra experiencia, al igual que lo descrito en la literatura, el AEE está habitualmente causado por *S. aureus*.

Conclusiones. Debemos tener un alto índice de sospecha en pacientes con fiebre y dolor espinal, con el fin de iniciar tratamiento antimicrobiano precoz y evitar el desarrollo de déficit neurológico. El tratamiento antimicrobiano empírico debería proporcionar cobertura frente a estafilococos y bacterias gramnegativas. La edad avanzada se relaciona con un peor pronóstico. En pacientes seleccionados la terapéutica antibiótica sin cirugía asociada, o el drenaje percutáneo pueden ser eficaces.

A-132

BACTERIEMIAS EN URGENCIAS Y EN LOS SERVICIOS MÉDICOS: UNA MISMA ENTIDAD CON 2 ENFOQUES DISTINTOS

P. Retamar¹, M. Portillo², M. de Cueto³ y J. Rodríguez-Baño³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, ³UGC de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla.

Objetivos. Estudiar la epidemiología, etiología y pronóstico de las bacteriemias en función del lugar donde se diagnostique.

Material y métodos. Análisis de los casos de bacteriemias detectados en los servicios de urgencias (SU) y otros servicios médicos (SM) del HUV. Macarena de Sevilla durante un año (de octubre de 2006 a octubre de 2007). Se definió bacteriemia como la presencia de hemocultivos positivos; para los posibles contaminantes como estafilococos coagulasa-negativa (ECN) o corinebacterias, se exigió que el microorganismo se aislara al menos en dos tandas de hemocultivos. Se recogieron variables demográficas, clínicas, y pronósticas de cada caso. Las variables continuas se compararon mediante el test de la t de Student o U de Mann-Whitney y las cualitativas mediante el test de la chi cuadrado o de Fisher, según procediera.

Resultados. Se incluyeron 375 casos, de los cuales 188 fueron recogidos en SU y 187 en SM. La adquisición entre los episodios de SU fue comunitaria en 95% de los casos de los cuales el 42% eran relacionados con los cuidados sanitarios (RCS); y en los SM la adquisición fue comunitaria en un 22% (72% RCS) y nosocomial el 78%. La edad (66 años vs 62) y el Índice de Charlson (3,2 vs 1,9) son mayores en los SM que en los SU. Entre los factores predisponentes del huésped los pacientes con bacteriemia en SU presentaban menos i. renal (7% vs 25%), neoplasia hematológica (4% vs 14%), inmunosupresión (42% vs 14%), úlcera crónica (1% vs 5%) y neutropenia (2% vs 8%) que en los SM. En los SM la bacteriemia se asoció más frecuentemente a ser portador catéter venoso (87% vs 18%), urinario (23% vs 12%) y nutrición parenteral (8% vs 2%). Además presentaban con más frecuencia antecedentes de cirugía (10% vs 4%), endoscopia (9% vs 2%) o consumo previo de antibióticos (56% vs 34%). El origen urinario fue más frecuente en SU (29% vs 14%) y la infección de catéter en los SM (30% vs 2%). En cuanto a la etiología, los gram fueron los más frecuentes en ambos grupos (63% en SU y 53% en SM), aunque *E. coli* (41% vs 22%) y neumococo (15% vs 2%) eran más frecuentes en SU, mientras que en los servicios médicos fue más frecuentes *S. aureus* (18% vs 8%), estafilococo coagulasa negativo (11% vs 1%), *P. aeruginosa* (4% vs 2%) y *Candida spp.* (3% vs 1%), aunque estas últimas no de manera significativa. No hubo diferencias en cuanto a la adecuación del tratamiento, la gravedad clínica ni el éxito a los 14 o 30 días.

Discusión. Las bacteriemias detectadas en los servicios de urgencias y en otros servicios médicos presentan características distintas. En los servicios de urgencias la adquisición suele ser comunitaria, siendo en el 42% RCS, los pacientes presentan menos patología de base, el origen más frecuente es el urinario y los patógenos más habituales son *E. coli* y neumococo. En los servicios médicos las bacteriemias son mayoritariamente nosocomiales, se asocian a un perfil de paciente más pluripatológico y al intervencionismo previo; siendo el origen más frecuente la infección por catéter y los patógenos más habituales *E. coli* y *S. aureus*. Estas diferencias deben ser tenidas en cuenta en el planteamiento terapéutico del paciente.

A-133

ENDOCARDITIS INFECCIOSA. ¿QUÉ HA OCURRIDO EN NUESTRO HOSPITAL EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS?

A. Fernández Rodríguez¹, S. Gamaza Chulián², E. Díaz Retamino², F. Carmona Espinazo¹, C. Collado Pérez¹, S. Rodríguez Roca¹, O. García Olmedo¹ y F. García Colchero¹

¹UGC de Medicina Interna, ²Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Objetivos. Describir las características del paciente ingresado en nuestro hospital con el diagnóstico de endocarditis infecciosa (EI) en relación a su presentación clínica, hallazgos microbiológicos y evolución hospitalaria.

Material y métodos. Se analizaron de forma retrospectiva todos aquellos pacientes que ingresaron en nuestro centro desde enero de 2004 a diciembre de 2009 con el diagnóstico de EI, basándonos en los criterios diagnósticos de Duke modificados. Se registraron factores predisponentes, variables epidemiológicas, agente microbiológico y evolución clínica durante el ingreso. Para el análisis de los datos, se empleó el programa SPSS versión 14.0.

Resultados. Se incluyeron un total de 64 pacientes, 61% hombres, con importante comorbilidad (39% diabéticos, 31% insuficiencia renal, 15% hepatópatas). Respecto a la presentación clínica el síntoma más frecuentemente encontrado fue la fiebre (91%), un 78% presentó soplo cardíaco, un 28% presentó al menos un fenómeno embólico y un 28% presentó insuficiencia cardíaca antes o durante el ingreso hospitalario. Un 56% de las endocarditis ocurrían sobre válvulas protésicas, un 9% sobre dispositivos intracardiacos, siendo el resto sobre válvulas nativas. De los gérmenes más frecuentemente aislados destaca el *Staphylococcus aureus* (29%), *Staphylococcus coagulasa negativo* (14%), enterococos (10,9%), *S. viridans* (8%), bacilos gram negativos (9,3%); un 22% de los pacientes tenían hemocultivos negativos. Las complicaciones locales fueron frecuentes en nuestra muestra; hasta un 25% tenían un absceso perivalvular, pseudoaneurisma 11%, un caso prolapso valvular (1,6%). Durante el período de seguimiento 16 pacientes fallecieron debido al episodio índice de EI (25%). Hasta un 48% de los pacientes de nuestra muestra precisó cirugía cardíaca.

Discusión. Las características de los pacientes con EI están variando en los últimos años. En nuestro estudio se ha puesto de manifiesto la mayor incidencia de esta entidad sobre válvula protésica y dispositivos intracardiacos, ya publicado en estudios previos. Los pacientes de nuestro estudio presentan elevada comorbilidad, destacando la diabetes mellitus. El *S. aureus* fue el microorganismo causante fundamental, como manifiestan otros estudios actuales, con una incidencia cada vez mayor de estafilococos coagulasa negativos. Las características clínicas no han variado con el tiempo. La necesidad de cirugía cardíaca debido a EI corrobora estudios previos. La mortalidad debida a la EI refleja una cifra elevada pero similar a otros países de nuestro medio lo que manifiesta que, a pesar de las modificaciones de los perfiles epidemiológicos, clínicos y microbiológicos, y de las mejoras en el diagnóstico y las técnicas quirúrgicas, la morbimortalidad de esta entidad permanecen prácticamente inalterables. Un factor importante a tener en cuenta es

que nuestro hospital es centro de referencia en cardiología y cirugía cardiovascular, por lo que los pacientes incluidos podrían tener un peor pronóstico y unas características diferentes a la de la población general afectada por EI.

Conclusiones. Con los datos obtenidos de nuestro trabajo, presentamos las siguientes conclusiones: 1. Además de la endocarditis infecciosa, nuestros pacientes presentan un importante número de comorbilidades, lo que dificulta el manejo y pronóstico. 2. Coincidimos con la literatura en que los cocos gram positivos son los gérmenes más frecuentes, destacando en nuestro estudio el *S. aureus* seguido de los coagulasa negativo. Igualmente la válvula protésica es la más afectada. 3. Existe una elevada morbimortalidad asociada a esta patología, que en nuestro hospital puede ser mayor debido a la existencia de un servicio de cirugía cardíaca.

A-134 INFECCIÓN ASOCIADA A MARCAPASOS

J. López Caleyá¹, L. Montes Gil¹, M. García Alcalde¹, J. Lapuerta Irigoyen², D. Martín Cid², G. Viejo de la Guerra³ y J. Moris de la Tassa¹

¹Servicio de Medicina Interna. Unidad de Infecciosas, ²Servicio de Cardiología. Unidad de Electrofisiología, ³Servicio de Microbiología. Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias).

Objetivos. La infección asociada al implante de marcapasos es poco frecuente, pero cuando aparece se trata de una complicación potencialmente grave. Actualmente se estima que la incidencia oscila en torno al 1-7%. Las dos formas de presentación son: infección de bolsa de marcapasos y/o cables y la endocarditis infecciosa. Presentación del estudio de las complicaciones infecciosas registradas en los 1.672 generadores implantados (incluidos reimplantes) durante 10 años y medio.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de los informes de alta de pacientes con el diagnóstico de infección asociada a marcapasos, así como la revisión de la base de datos del Servicio de Microbiología, de los cultivos positivos recogidos de muestras procedentes de la bolsa de marcapasos, heridas, cables y hemocultivos, para el período comprendido entre enero de 2000 a 30 de junio de 2010 en un hospital de 2º nivel que dispone de 490 camas y asiste a una población de 300.000 habitantes.

Resultados. Tras la implantación de 1.672 generadores (incluidos reimplantes), se registraron 46 casos de infección asociada a marcapasos, constatando una incidencia de 2,75%. Infección de la bolsa apareció en 35 casos (76%). Sólo se registraron 5 casos de endocarditis (10,86%). 43 casos eran varones (93,5%), la edad media fue de 72 años. Factores de riesgo predisponentes: recolocación previa de sonda y/o generador en 18 casos (39,1%), diabetes mellitus 10 casos (21,7%), Tratamiento con anticoagulantes 5 casos (10,86%). El tiempo medio transcurrido desde el implante hasta la aparición de la infección fue de 28,6 meses. Los hallazgos clínicos los dividimos en 2 tipos: síntomas locales: decúbito, exudado de la herida, enrojecimiento o dolor; aparecieron en 26 pacientes (56,5%) y síntomas sistémicos: escalofríos, tiritona y fiebre; en 11 pacientes (23,9%). La procedencia de la muestra fue del cultivo de la bolsa o herida en 35 casos, y de hemocultivos en 14. Etiología: el germen más frecuentemente aislado fue el *Stafilococo epidermidis* en 25 casos (54,34%), seguido del *Stafilococo aureus* en 9 casos (19,6%).

Discusión. La infección relacionada con el marcapasos es una complicación poco frecuente, en nuestro caso con una incidencia del 2,75%, que puede tardar meses o años en aparecer, y que suele estar relacionada con una contaminación durante la implantación o manipulación del dispositivo. Nuestros pacientes presentaron síntomas locales en el 56,5% de los casos, y en un 23,9% del total, fueron sistémicos. La endocarditis fue diagnosticada en el 10,86% de casos. Los factores predisponentes más observados fueron la recolocación previa de sonda y/o generador, diabetes mellitus y uso de anticoa-

gulantes. Los gérmenes más aislados fueron los *Stafilococos epidermidis* (54,34%) y *aureus* (19,6%), apareciendo en conjunto, en más del 70% de los casos.

Conclusiones. La infección de marcapasos es poco frecuente y potencialmente grave. Puede tardar meses en aparecer y suele presentarse con síntomas locales o sistémicos. Puede producir endocarditis. Suele estar producida por *Stafilococo epidermidis* y *aureus*. El tratamiento requiere antibioterapia empírica precoz y retirada parcial o total del sistema de marcapasos (generador y/o cables).

A-135 ABSCEOS HEPÁTICOS: EXPERIENCIA RECIENTE EN UN HOSPITAL DE NUEVA CREACIÓN

L. Mao Martín¹, M.D. Martín Azcarate¹, M.D. García Lorenzo¹, M.I. Fuentes Soriano¹, A. Ibáñez Pinto², J.C. Martínez Gutiérrez¹, J.J. Sicilia Urbán¹ y M.I. Tejada González¹

¹Servicio de Medicina Interna-Urgencias, ²Sección de Aparato Digestivo. Hospital del Henares. Madrid.

Objetivos. Conocer las características clínicas de los pacientes diagnosticados de absceso hepático (AH) en nuestro hospital.

Material y métodos. Se revisan las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de AH en el Hospital del Henares (Coslada, Madrid) en el período comprendido desde su apertura a la actualidad (2008-2010), hospital de referencia para una población aproximada de 170.000 habitantes.

Resultados. Se incluyen 8 pacientes (6 hombres y 2 mujeres), edad mediana de 58,5. El origen criptogénico se establece en 7 casos (87,5%) tan sólo 1 caso puede ser atribuido ser secundario a sepsis de origen urinario. En la clínica 6 pacientes tuvieron fiebre/febrícula (75%), 6 dolor en hipocondrio derecho y/o epigastrio (75%); otras manifestaciones fueron náuseas en 3 pacientes (37,5%), síndrome constitucional o diarrea en 1 paciente (12,5%). En los parámetros analíticos un 62,5% tuvieron fosfatasa alcalina elevada (5 pacientes), 50% elevación de GOT y/o GPT (4 pacientes), 37,5% insuficiencia renal, anemia y/o leucocitosis. De estos pacientes sólo 1 tuvo abscesos múltiples y en el 87,5% el tamaño del absceso hepático fue mayor de 3 cm. La prueba inicial de despistaje fue la ecografía de abdomen y el TC abdominal la confirmatoria. El tratamiento empírico más empleado fue piperacilina tazobactam en 3 pacientes, 2 tratados con cefalosporina de tercera generación y metronidazol o clindamicina y 1 de ellos con carbapenem. En 4 pacientes (50%) se realizó drenaje percutáneo. El diagnóstico microbiológico se estableció en 4 casos: *Gemella morbillorum*, *Klebsiella pneumoniae*, *Peptostreptococcus* spp y en un paciente con *Candida glabrata*, *Streptococcus salivarius*, *Streptococcus milleri* y *Pseudomonas aeruginosa*. Como complicaciones el 50% de los pacientes presentaron derrame pleural, 3 precisaron cambio de antibiótico y 1 de ellos shock séptico. Sólo un paciente recidivó sin mortalidad alguna.

Discusión. El AH constituye una entidad de baja incidencia en el medio hospitalario. Conforme a otras series es preponderante en varones y su edad de presentación la 5ª y 6ª década de la vida; llama la atención la elevada proporción de casos cuya etiología es criptogénica. La triada clásica de presentación (fiebre/febrícula, dolor en epigastrio/hipocondrio derecho e ictericia) no se presentó conjuntamente en ninguno de los pacientes descritos. De las muestras obtenidas por drenaje dieron 3 el resultado microbiológico, no así una de ellas en posible relación con tratamiento antibiótico previo. En lo referente a la etiología desde el punto de vista microbiológico el absceso por *Klebsiella* y *Gemella* fueron monomicrobianos y el polimicrobiano fue único. Aunque la mortalidad se cifra en proporciones 2-30% en las series más amplias, no se produjo en ningún caso entre estos pacientes.

Conclusiones. El AH continúa constituyendo un reto diagnóstico y terapéutico para el médico. Debe ser considerado ante cuadro

febril y dolor en hipocondrio derecho/epigastrio; en el diagnóstico ecografía y TC abdominal son pilares esenciales. El inicio de anti-bioterapia empírica y las técnicas de drenaje percutáneas (que han relegado a un segundo plano el drenaje quirúrgico) constituyen el eje de tratamiento de esta patología.

A-136

LENGTH OF STAY IN PATIENTS WITH RESPIRATORY INFECTION. A COMPREHENSIVE APPROACH

D. Silva, A. Pinheiro, C. Maio, H. Raquel, H. Martins, J. Melo, M. Marques y P. Bandeira

Centro Hospitalar Médio Ave. Vila Nova de Famalicão (Portugal).

Objectives. Length of stay (LOS) is an indicator of cost of care in hospitalized patients. Understanding the factors contributing to delayed discharge is important in order to optimize patient approach and treatment. Our objective is to identify the impact of several demographic and clinical factors in of patients LOS with lower respiratory infection admitted to inpatient care.

Material and methods. This was a retrospective cohort study carried out from January to December 2009 at Famalicão unit from Centro Hospitalar do Médio Ave. We randomly selected patients admitted into Internal Medicine Department (IMD) with Lower Respiratory infection and evaluated the impact of age, gender, disability (evaluated by Rankin modified scale) and specific comorbidities: hypertension (HT), type 2 diabetes (DM2) and previous stroke (Stk) in length of stay.

Results. We randomly selected 260 patients (from a total of 1889) admitted to IMD, from which 89 had lower respiratory infection and enrolled the study. There were 55% male and 74% had more than 64 years. Higher disability (Rankin = 5) was observed in 21%. Hypertension, DM2 and Stk were observed in 46%, 27% and 26% of patients respectively. Mean LOS (days) was 7.3/7.8 (male/female), 7.4/7.6 (< 65/≥ 65 years old), 7.5/7.8 (rankin < 5/= 5), 7.2/7.8 (HT/no HT), 7.6/7.5 (DM2/no DM2), 6.9/7.8 (Stk/no Stk). There was no statistical significant difference in LOS between the subgroups of the variables studied.

Discussion. Despite slight differences in mean LOS observed in the variables subgroup, we could not establish a positive correlation between age, gender, disability, HTA, DM2 and Stk and delayed discharge. The lack of previous data to compare these results will limit further conclusions about the impact of the factors studied.

Conclusions. Age, gender, disability, HTA, DM2 and Stk do not seem to have impact on LOS of patients admitted with lower respiratory tract infection in our population.

A-137

EXACERBACIÓN AGUDA DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS. IMPACTO DE LA PANDEMIA GRIPAL

L. Elías, S. Bacca, A. Gabillo, R. Boixeda, J. Capdevila, J. Fernández, R. Soutana y L. Arbonés

Servei de Medicina Interna. Hospital de Mataró. Mataró (Barcelona).

Objetivos. 1) Determinar la incidencia de pacientes EPOC hospitalizados por una exacerbación aguda de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EA-EPOC) una neumonía en el período de pandemia gripal de 2009. 2) Investigar las características clínicas y la evolución según la causa de la infección. 3) Impacto de la pandemia gripal del año 2009 en los pacientes EPOC.

Material y métodos. Estudio de cohortes, prospectivo, longitudinal y observacional. Ámbito: hospital general con una área

de 220.000 habitantes. Pacientes adultos con EPOC diagnosticada per espirometría que precisaron ingreso hospitalario por una infección respiratoria baja per entre el período del 1 de octubre de 2009 al 31 de diciembre de 2009. Para valorar la importancia de la infección por el virus gripal H1N1 se identificaron solo los pacientes con infección respiratoria baja (exacerbación aguda y neumonía). Recogida de variables demográficas, clínicas, microbiológicas y evolutivas en todos los casos. Estudios de laboratorio para al diagnóstico: gram y cultivo de esputo convencional, detección de virus influenza con técnicas de PCR según protocolo de práctica clínica.

Resultados. Se incluyeron un total de 104 episodios de ingreso hospitalario por una EA-EPOC o neumonía entre el período de estudio (37 en octubre, 37 en noviembre y 30 en diciembre). 70 pacientes solo presentaron un ingreso durante el período de estudio, 11 pacientes 2 ingresos y 3 pacientes precisaron 3 ingresos hospitalarios. La inclusión de los pacientes se realizó en Unidades de hospitalización de Medicina Interna en 67 pacientes (el 64,4%), Servicio de Neumología 32 pacientes (30,8%), Unidad de Corta Estancia 4 pacientes (3,8%) y procedentes de la Unidad de Cuidados Intensivos 1 paciente (1%). Según el estudio GOLD, 5 pacientes eran de grado 1; 32 pacientes de grado 2; 32 pacientes de grado 3; y 33 pacientes de grado 4. Se diagnosticaron 87 casos de exacerbación aguda y 17 casos de neumonía. 5 casos de infección por H1N1 (4,8% de los episodios) durante el período de estudio, de 15 pacientes estudiados con muestras para PCR. Los pacientes con diagnóstico de H1N1 eran más jóvenes (71,3 vs 60,8; p = 0,019), con mayor presencia de fiebre (37,2 vs 38,4; p = 0,034), menor anemia (13,8 vs 15,5; p = 0,026), menor desnutrición (6,0 vs 5,0; p = 0,016), alteración de las ck's (91,2 vs 401; p = 0,000), mayor estancia en UCI (0,35 vs 3; p = 0,000), y mayor presencia de cefalea (p = 0,001). Si comparamos los pacientes a los que se les practicó el estudio para la gripe H1N1 con el resto, se demuestran diferencias con respecto a una mayor gravedad del episodio (p = 0,046), la edad (p = 0,028), la temperatura (p = 0,003), la hemoglobina y hematocrito en la analítica de urgencias (p = 0,004 y p = 0,006), la estancia en UCI (p = 0,001), mayor ingreso en Unidades de Neumología y UCI (p = 0,031), y mayor necesidad de ventilación mecánica (p = 0,024), y mayor presencia de cefalea (p = 0,000) y artromialgias (p = 0,001).

Conclusiones. En nuestra muestra de 104 pacientes EPOC, un 4% de ellos presentó un episodio de infección demostrada por gripe H1N1 pandémica. Destaca la presencia de fiebre alta y cefalea como datos clínicos del episodio, así como la mayor necesidad de recursos de cuidados intensivos. No hemos encontrado datos biológicos que pudieran orientar al cuadro gripal. Tampoco hemos observado diferencias respecto a la gravedad de la EPOC en función de los datos espirométricos basales, aunque si una mayor presencia en pacientes más jóvenes.

A-138

EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO DE LA HEPATOPATÍA CRÓNICA POR EL VHC EN LOS PACIENTES COINFECTADOS POR EL VIH

M. de Lagarde Sebastián¹, R. Rubio García², B. Mestre Gómez¹, C. Merino Argumáñez¹, J. Vila Santos¹ y M. Torralba González de Suso³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad Infección VIH. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara.

Objetivos. La hepatopatía crónica en estadio terminal en la era TARGA es la primera causa de mortalidad en los pacientes coinfectados con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Virus de la Hepatitis C (VHC); la Respuesta Viral Sostenida (RVS) es el marcador de erradicación del VHC. El objetivo principal es

estudiar la tasa de RVS en pacientes co-infectados VIH/VHC de nuestro medio que reciben tratamiento para el VHC con interferón pegilado alfa-2a (IFN-peg-alfa-2a) y ribavirina (RBV). Como objetivo secundario, se pretende valorar la tolerabilidad a dicho tratamiento.

Material y métodos. Estudio piloto observacional, retrospectivo, longitudinal en el que se incluyeron pacientes adultos con co-infección VIH/VHC tratados con IFN peg-2a asociado a RBV en una de las consultas de la Unidad de Infección VIH del Hospital 12 de Octubre de Madrid entre 2002 y 2008. Se recogieron datos personales, relacionados con la infección VIH y VHC. El tratamiento fue mantenido 48 semanas, suspendiéndolo antes en caso de ausencia de respuesta virológica en la semana 24 o aparición de efectos adversos (EA) relevantes.

Resultados. Se incluyeron 43 pacientes, con las siguientes características: 65% varones y 35% mujeres; edad media $40,75 \pm 5,36$ años; grupo de riesgo mayoritario 79% UDVP; 40% consumidores de alcohol; 7% HBsAg+; categoría CDC 41,9% grupo A, 27,9% grupo B y 30,2% grupo C; 76,7% carga viral indetectable; mediana de CD4+/ μ L basal 659 (428-883); 81% recibían TARGA; 44,2% portadores de genotipo 1 de VHC, 0% genotipo 2, 41,9% genotipo 3 y 14% genotipo 4; mediana de carga viral VHC 1.040.000 (500.000-3.125.000); según el índice Metavir, 20,9% fibrosis grado 1, 53,5% grado 2, 14% grado 3 y 11,6% grado 4. Finalizaron el tratamiento el 48,8% de los pacientes (23,2% suspendido por ausencia de respuesta virológica en semana 24 y 27,9% por aparición de EA). Según el análisis por intención de tratar, la RVS global fue 48,8%; para genotipo 1 o 4 un 24% y para genotipo 3 del 83,3%. Existen diferencias significativas de la RVS para genotipo 1 o 4 frente a genotipo 3, $p = 0,001$ y OR de 12,44 (IC95% entre 2,6-59,2). Los principales EA fueron: anemia 27,9%; seguidos de neutropenia 21% y trombopenia severa 9,3%; precisaron ajuste de dosis de IFN-peg y de RBV (18,6%), y factores estimulantes hematológicos (4,6%). El EA psiquiátrico más frecuente fue insomnio (38,8%), y menos frecuentes irritabilidad, depresión y ansiedad. Otros EA menores: hipersensibilidad cutánea (14%), hiperlactacidemia (7%), caquexia (4,6%), e hipotiroidismo (2%).

Discusión. En líneas generales la muestra es equiparable a la de los estudios APRICOT, ACTG A5071 y RIBAVIC. La carga viral y el genotipo VHC son los factores pronósticos más importantes para la RVS antes de iniciar tratamiento. Los pacientes con genotipo 3 tienen 12 veces más posibilidades de alcanzar RVS; la RVS para ellos en nuestro estudio es superior a otros anteriores: parten de una baja carga viral de VHC así como buen control VIH. Los EA son frecuentes y condicionan la interrupción del tratamiento en 28%, lo que limita el éxito terapéutico; es necesario monitorizar y corregirlos para alcanzar la RVS como objetivo primordial.

Conclusiones. La RVS en pacientes co-infectados VIH/VHC de nuestro medio tratados con IFN-peg-alfa-2a y RBV fue del 49%, siendo significativamente superior en genotipo 3. Los EA son frecuentes, especialmente psiquiátricos y hematológicos. El beneficio de obtener una RVS influye de forma determinante en una mejor supervivencia.

A-139

SEPSIS: DATOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE SALAMANCA

A. Romero Alegría, N. Cubino Bóveda, P. Miramontes González, E. Fraile Villarejo, A. Plata Izquierdo, M. Borao Cengotita-Bengoa, M. Pérez García y A. Sánchez Rodríguez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.

Objetivos. Se denomina sepsis al síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) desencadenado como respuesta a una infección. Puede ser grave conllevando disfunción orgánica, hipoperfu-

sión o hipotensión que remonta con líquidos o puede llegar a shock séptico requiriendo drogas vasoactivas para mantener la presión arterial. El objetivo de nuestro estudio es analizar cuál es el origen más frecuente de las sepsis en los pacientes hospitalizados en nuestro servicio.

Material y métodos. Se ha realizado un estudio descriptivo incluyendo a 83 pacientes diagnosticados de sepsis en un servicio de Medicina Interna de Salamanca durante los años 2008-2009. Se han analizado los datos para saber cuál es el origen más frecuente, así como el microorganismo responsable en caso de ser aislado. Además hemos extraído variables como el sexo, la edad, y aquellas que definen el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y recuento leucocitario).

Resultados. De los 83 pacientes analizados, 39 eran varones. Los orígenes más frecuentes eran urinario (44,58%) y respiratorio (31,33%), siendo el resto: abdominal (12,05%), cutáneo (8,43%), secundario a infección por catéter (1,20%), o desconocido en un 2,41%. En la mayoría de los casos (68,29%), el microorganismo causal era desconocido. Entre los microorganismos aislados, el más frecuente fue *E. coli* (15,68%), seguido por *S. aureus* (2,14%), *S. pneumoniae* (2,10%), *K. pneumoniae* (2,10%), *P. mirabilis* (2,10%), *S. agalactiae* (1,25%), *S. pyogenes* (1,09%), *S. warneri* (1,05%), *E. cloacae* (1,05%), *S. epidermidis* (1,05%), *Candida sp* (1,05%), *Morganella Morgagni* (1,05%). Respecto al resto de datos analizados, sólo un pequeño porcentaje (10,8%) cumplían los 4 criterios que definen el SRIS, siendo la frecuencia cardíaca media 95 lpm, la temperatura media de $38,6^{\circ}\text{C}$, los leucocitos de 13.240 mg/dL El 51% presentaba taquipnea y/o $p\text{CO}_2 < 32$ mmHg. La tensión arterial sistólica media es de 109 mmHg y la diastólica 63 mmHg. Cumpliendo criterios de sepsis grave un 36,14% y de shock séptico un 4,82%.

Discusión. La sepsis urinaria es la más frecuente, sobre todo en pacientes ancianos, diabéticos o con prostatismo. Está producida por bacterias gramnegativas en su mayoría, siendo *E. coli* la más comúnmente aislada. El origen respiratorio se da más en pacientes con enfermedades crónicas. Los microorganismos más comúnmente aislados son *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *S. aureus*, *Legionella pneumophila* si es extrahospitalaria, o gramnegativos como *P. aeruginosa* y *S. aureus* en las nosocomiales El foco abdominal se sospechará en pacientes con enfermedad abdominal previa, prestando especial atención en la mujer a los procesos derivados del aparato genital. Los microorganismos más habituales gramnegativos y anaerobios, siendo las formas polimicrobianas las más frecuentes. Otros orígenes menos frecuentes son el neurológico y el cutáneo, siendo especialmente importante la infección asociada a catéter.

Conclusiones. La sepsis de origen urinario es la más prevalente y además es en el que más frecuentemente se aísla el microorganismo responsable, siendo el respiratorio el segundo en orden de frecuencia. El microorganismo causal es en la mayoría de los casos desconocido.

A-140

ENFERMEDADES TROPICALES EN MEDICINA INTERNA: ¿ES UNA PATOLOGÍA QUE EL INTERNISTA DEBE CONOCER?

N. Cubino Bóveda¹, S. Márquez Batalla¹, E. Puerto Pérez¹, J. Martín Oterino¹, P. Miramontes González¹, R. Fernández Santalla¹, M. García García¹ y J. Hernández Criado²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Santiago Apóstol. Miranda de Ebro (Burgos).

Objetivos. Analizar la incidencia de las enfermedades tropicales ingresadas en un servicio de Medicina Interna, la distribución geográfica, edad, sexo, y morbimortalidad.

Material y métodos. Se realiza un estudio descriptivo, retrospectivo de los pacientes ingresados en un servicio de Medicina Interna en un período de 5 años (2005-2009) por enfermedades “tropicales”. Se utiliza la base de datos del Servicio para la realización de la estadística descriptiva.

Resultados. Durante el período de tiempo reseñado (2005-2009), ingresaron en Medicina interna 10 pacientes, todos varones de edad media de 26,6 años y una estancia media de 6,2 días. El síntoma inicial de todos los pacientes fue la fiebre. 3 pacientes presentaron malaria por *Plasmodium falciparum* sin criterios de gravedad, dos eran naturales de Guinea que residían en España y comenzaron con fiebre a la vuelta de una visita a su país, esto se conoce con VFR (visiting friends and relatives), y uno estadounidense residente en Nigeria desde años antes que viaja a España y comienza con fiebre. 3 pacientes presentaron fiebre y cefalea por virus del Dengue, uno de los cuales precisó ingreso en UVI por trombopenia, 2 eran ecuatorianos residentes en España que viajaron a su país de origen y 1 era español que viajó a Cuba. 1 paciente marroquí presentó fiebre y eosinofilia en relación con una parasitación por *Strongyloides*. 1 paciente marroquí ingresó por diarrea acusa secundaria a *Ascaris lumbricoides*. 1 paciente mexicano presentó una crisis comicial por una neurocisticercosis. 1 paciente paraguayo presentó fiebre, adenopatías y lesiones cutáneas por una lepra bordeline multibacilar.

Discusión. La emergencia de ciertas enfermedades infecciosas es un hecho de gran relevancia en la actualidad y que se debe en parte al auge de los viajes internacionales y al incremento del fenómeno migratorio. Este movimiento le proporciona a los microorganismos la posibilidad de desplazarse a otras zonas donde antes no existía. Así, enfermedades infecciosas que antes sólo existían en determinadas áreas geográficas pueden encontrarse en cualquier punto del planeta. Existen un subgrupo de especial riesgo, son los inmigrantes que viven en una zona no tropical y viajen a sus países natales, y presentan más riesgo de enfermar son los VRF (visiting friends and relatives). Dada la incidencia aumentada de estas patologías en España consideramos deben conocerse y sospecharse ante un paciente inmigrante con fiebre o un paciente que haya viajado a zonas de riesgo.

Conclusiones. Las enfermedades tropicales han dejado de ser exóticas para convertirse en la realidad a la que muchos internistas han de enfrentarse día a día. Es de relevancia que se conozcan estas enfermedades para poder sospecharlas, la distribución geográfica, las manifestaciones clínicas, los métodos diagnósticos y los tratamientos, así como las medidas de prevención y control.

A-141 PALUDISMO IMPORTADO EN UN CENTRO DE REFERENCIA PARA ENFERMEDADES TROPICALES

G. Ramírez Olivencia¹, D. Herrero Mendoza¹, P. Rivas González¹, M. Subirats Núñez², J. Peña Sánchez de Rivera³ y J. de Juanes Pardo⁴

¹Unidad de Medicina Tropical. Servicio de Enfermedades Infecciosas, ²Servicio de Microbiología. Hospital Carlos III. Madrid. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ⁴Departamento de Medicina Preventiva. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Objetivos. El presente trabajo pretende establecer, en primer lugar, la frecuencia de aparición de síntomas y alteraciones analíticas en los enfermos de paludismo importado en el momento del diagnóstico. Además, intenta definir la frecuencia de las formas asintomáticas y de los casos graves de malaria. Por último, trata de describir la comorbilidad durante los episodios de paludismo y plantea la influencia de otras enfermedades sobre el espectro sintomático de la infección malárica.

Material y métodos. Se realizó un estudio observacional de corte transversal retrospectivo. El ámbito de estudio estuvo constituido por los enfermos que acudieron al Hospital Carlos III entre el 1 de enero de 2002 y el 31 de diciembre de 2007, y fueron diagnosticados de malaria. Se incluyeron los pacientes mayores de 15 años con diagnóstico de paludismo reflejado en las historias clínicas de Consultas Externas o de Hospitalización. Fueron excluidos del mismo los pacientes que presentaban un diagnóstico de malaria sin especificar la técnica o no presentaban al menos el 75% de los datos requeridos según un cuestionario definido. Las pruebas de detección de paludismo consistían en gota gruesa y extensión de sangre (tinción de Field), test de detección de antígeno y reacción en cadena de la polimerasa (PCR).

Resultados. Se identificaron 484 episodios de paludismo. De acuerdo con los criterios adoptados, se excluyeron del análisis 71 episodios. La media de edad durante los episodios fue de 40,04 años (IC95% 38,69-41,39), y la mediana 37 años (IQR 30-49), siendo el 55% varones (227 casos). La forma de presentación clínica y analítica de los casos de paludismo se encuentra en las gráficas. Existía algún tipo de comorbilidad en 242 episodios (58,6%). En 45 episodios (10,9%) se encontró hipertensión arterial, en 11 episodios (2,7%) diabetes, en 66 episodios (16%) comorbilidad hepática, en 102 episodios (24,7%) parasitosis, y en 96 episodios algún otro tipo de comorbilidad.

Discusión. En el momento del diagnóstico, la infección palúdica importada frecuentemente es asintomática, mientras que los casos graves son infrecuentes. Los síntomas más frecuentes son la astenia, la fiebre y la cefalea, mientras que el exantema es una forma infrecuente de presentación. La alteración analítica más frecuente es la trombopenia, en parte relacionada con el grado de parasitación por *Plasmodium*. Los individuos suelen tener una parasitación baja.

Conclusiones. Las manifestaciones clínicas del paludismo importado varían desde formas asintomáticas a graves.

A-142 DAPTOMICINA (DAP) PARA EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES POR COCOS GRAMPOSITIVOS EN PACIENTES ANCIANOS

J. Hernández Quero¹, J. Corzo Delgado², J. Iribarren³ y S. Gil Parrado⁴

¹Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. ²Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla. ³Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea. Donostia-San Sebastián (Guipúzcoa). ⁴Departamento médico IDTI. Novartis Farmacéutica, S.A. Barcelona.

Objetivos. El tratamiento de infecciones causadas por grampositivos multirresistentes cuenta con opciones limitadas. DAP es un lipopéptido cíclico con alta y rápida actividad bactericida frente a estos patógenos. El objetivo de este estudio fue describir la experiencia clínica con DAP en España para el tratamiento de pacientes ancianos (mayores de 65 años).

Material y métodos. EU-CORE es un registro voluntario, retrospectivo, en fase IV, de características clínicas y evolutivas de pacientes tratados con DAP entre enero 2006 y marzo 2010 en Europa. En España, se registraron 726 enfermos, de los que 353 tenían más de 65 años (48,6%). El seguimiento realizado a los pacientes fue de 30 días.

Resultados. El 66% de pacientes fueron varones y la mediana de edad fue 65 años. 86 de ellos aquejaban infecciones complicadas de piel y tejido blando (IcPTB), 60 endocarditis, 17 osteomielitis y 86 bacteriemias. La mayoría de patógenos primarios fueron *Staphylococcus aureus* (45,0%) -de los cuales el 11,2% fueron multirresistentes-, *Staphylococcus epidermidis* (17,6%), *Staphylococcus*

coagulasa negativo (14,4%) y patógenos del género *Enterococcus* (11,5%). El 53% (188 pacientes) habían recibido previamente vancomicina (107), linezolid (51), teicoplanina (26) y tigeciclina (4). La eficacia clínica general de daptomicina en el tratamiento de los pacientes ancianos fue del 78,1% en primera línea y del 76,1% en rescate. En mayores de 65 años, la eficacia clínica fue de 81,8%, 75% y 81,4% para el tratamiento de bacteriemias, endocarditis e infecciones complicadas de piel y tejido blando, con duraciones medias del tratamiento de 15, 29,1 y 17,4 días, respectivamente. Para los 102 pacientes en los que se evaluó la evolución de la CPK, de los 85 inicialmente por debajo del valor de 1xULN, 76 se mantuvieron este valor y 9 superaron 1xULN en el pico máximo. Se registraron 3 fallos renales (2 agudos).

Conclusiones. DAP resulta ser un antibiótico con buen perfil de eficacia clínica y seguridad para el tratamiento de bacteriemias, ICPTB y endocarditis en pacientes ancianos.

A-143

DAPTOMICINA (DAP) PARA EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES POR COCOS GRAMPOSITIVOS EN PACIENTES CON DETERIORO RENAL

B. Pinilla¹, C. Sarrià², P. Íñigo³ y S. Gil Parrado⁴

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. ³Servicio de Nefrología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. ⁴Departamento Médico IDTI. Novartis Farmacéutica S.A. Barcelona.

Objetivos. El tratamiento de infecciones causadas por grampositivos multirresistentes cuenta con opciones limitadas. DAP es un lipopéptido cíclico con alta y rápida actividad bactericida frente a estos patógenos. El objetivo de este estudio fue describir la experiencia clínica con DAP en España para el tratamiento de pacientes con deterioro renal.

Material y métodos. EU-CORE es un registro voluntario, retrospectivo, en fase IV, de características clínicas y evolutivas de pacientes tratados con DAP entre enero 2006 y marzo 2010 en Europa. En España, se registraron 726 enfermos, de los que 246 iniciaban tratamiento con aclaramiento de creatinina (ClCr) < 50 ml/min (33,9%), 42 de ellos en diálisis (5,8%). El seguimiento realizado a los pacientes fue de 30 días.

Resultados. El 66% de pacientes fueron varones y la mediana de edad fue 65 años. El 53% de los pacientes con deterioro renal estaban bacteriémicos, estando relacionados con catéter el 41% de ellas. La mayoría de patógenos primarios fueron *Staphylococcus aureus* (45,2%) -de los cuales el 15,7% fueron multirresistentes-, *S. epidermidis* (15,7%), *Staphylococcus coagulasa* negativos (13,2%) y patógenos del género *Enterococcus* (13,2%). El 61% (149 pacientes) habían recibido previamente vancomicina (92), linezolid (41), teicoplanina (14) y tigeciclina (2). La eficacia clínica general del tratamiento con DAP en estos pacientes fue del 67,9% en primera línea y del 72% en rescate. La eficacia en pacientes con ClCr < 30 fue del 69,2% y aumentó a 72,9% en pacientes con ClCr 30-50. El 50,4% de pacientes ClCr < 30 y el 58,9% de pacientes ClCr 30-50 utilizaron una dosis DAP de 6 mg/Kg con una mediana de días de tratamiento de 17,5 y 19,5 días, respectivamente. En la eficacia clínica en pacientes hemodializados hubo una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,05$) entre las dosis 4 y 6 mg/Kg, 50 y 80%, respectivamente. Para los 80 pacientes en los que se evaluó la evolución de la CPK, de los 60 inicialmente por debajo del valor de 1xULN, 54 se mantuvieron en este valor y 6 superaron 1xULN en el pico máximo. En estos pacientes con deterioro renal, el 27,7% mostraron mejoras del ClCr y el 61,2% se mantuvieron estables al final del tra-

tamiento, registrándose únicamente dos casos de fallo renal agudo (0,8%).

Conclusiones. DAP resulta ser un antibiótico con buen perfil de eficacia clínica y seguridad para el tratamiento de infecciones en pacientes con deterioro renal, especialmente en el caso de bacteriemias e infecciones complicadas de piel y tejido blando.

A-144

DESCRIPCIÓN DE LAS ARTRITIS SÉPTICAS CLAVICULARES EN UN HOSPITAL GENERAL ENTRE 1992 Y 2009

S. Vidal Ferrer¹, M. Navarro Vilasaró², L. Morera Morales¹ y J. Oristrell Salva¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Enfermedades Infecciosas. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona).

Objetivos. Revisión retrospectiva de las artritis sépticas de las articulaciones acromio-claviculares y esterno-claviculares diagnosticadas en un hospital con un área poblacional de referencia de 500 000 habitantes. Describimos la forma de presentación, las herramientas diagnósticas, los gérmenes causantes, el tratamiento requerido y la evolución.

Material y métodos. Selección de 12 pacientes con diagnóstico de artritis sépticas esterno-claviculares y acromio-claviculares, entre 1992 y 2009. Revisión de las historias clínicas y descripción retrospectiva.

Resultados. $n = 12$. Demografía: edad media 61,9 años (34-82), sexo hombres 7 (58%) y mujeres 5 (42%). Procedencia: Medicina 5 (42%), Traumatología 6 (50%) y Reumatología 1 (8%). Antecedentes: fumador 1 (8%), ex-ADVP 1 (8%), inmunosupresión 1 (8%), realizaba corticoterapia. Traumatismo previo 3 (23%) y cirugía torácica 1 (8%). Clínica: fiebre 12 (100%), dolor articular 12 (100%), tumefacción articular 5 (42%) e impotencia funcional 7 (58%). Otros: paroniquia 1 (%), celulitis 1(8%), diarreas 1 (85%), necrosis del primer dedo 1 (8%), eritema de herida quirúrgica 1(8%). Laboratorio: leucocitosis 8 (67%); VSG elevada 12 (100%) y PCR elevada 12 (100%). Hipertransaminitis 3 (25%). Serologías: VIH realizado 6 (50%) negativo en todos, *Brucella* realizado 2 (17%) negativo. Microbiología: identificación germen 10 (83%); hemocultivo 11 (92%) *Staphylococcus aureus* 5 (42%), *Streptococcus pneumoniae* 1 (8%) y *Escherichia coli* 1 (8%); urinocultivo en 7 (58%) negativos todo; cultivo PAAF realizado en 7 (58%) en 5 (42%) se aisló *Staphylococcus aureus* y 2 (17%) negativos; cultivo de biopsia quirúrgica 5 (42%) en 4 (33%) se aisló de *Staphylococcus aureus*. Líquido articular 9 (75%) en 6 (50%) se aisló *Staphylococcus aureus*, 1 (8%) *Escherichia coli* y 2 (17%) negativos. El Lowenstein se realizó en 1 (8%) líquido articular y 1 (8%) biopsia quirúrgica, siendo negativos. Radiología: radiografía simple 9 (75%); ecografía 5 (42%), TC 6 (50%), RMN 1 (8%) y gammagrafía con Tc 3 (25%). Tratamiento: antibioticoterapia en todos los pacientes: ceftriaxona 3 (25%), cloxacilina 8 (67%), amoxicilina-clavulánico 2 (17%), quinolonas 5 (42%), rifampicina 6 (50%), piperacilina-tazobactam 1(8%) y clindamicina 2 (17%). De éstos 3 (25%) recibieron monoterapia, el resto bi o tripleterapia, Duración media del tratamiento 4,6 semanas (4-7). Requirieron limpieza quirúrgica 7 (58%). Evolución: cirugía en un segundo tiempo 1 (8%), ninguna recaída posterior.

Conclusiones. Entidad históricamente asociada a consumidores de drogas por vía parenteral, en nuestra serie no se aprecia ningún caso. La puerta de entrada se identifica tan sólo en una tercera parte de los pacientes. Como describe la literatura *Staphylococcus aureus* sigue siendo el germen más prevalente. Nuestra serie requirió de intervención quirúrgica inicial en más de la mitad de los pacientes. La obtención del diagnóstico microbiológico pasa por realizar cultivo del máximo de muestras extraídas. Aun identificando el germen causal, en nuestra serie prevalece la bi o triple terapia. Infección poco frecuente y de buen pronóstico.

A-145

CLOSTRIDIUM DIFFICILE COLITIS IN A WARD OF INTERNAL MEDICINE

F. Sousa Cardoso, J. Simão Miranda y J. Mascarenhas Araújo

Servicio de Medicina 1. Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca. Amadora, Lisboa (Portugal).

Objetivos. Clostridium difficile infection is the main cause of antibiotic-associated colitis, which is one of the most incident hospital-acquired infections, with increasing morbidity and mortality, especially among the hospitalized elderly ones. Epidemiological and clinical features of all Clostridium difficile colitis cases diagnosed in a ward of internal medicine, over a certain period of time, were studied as an effort to improve the approach to the disease in Portugal.

Material and methods. It was conducted a retrospective study that included all patients discharged with the diagnosis of Clostridium difficile colitis over a 22 months period of time, between January 1, 2008 and October 31, 2009. Data collection was done using the medical files of patients and their statistical analysis was performed using the software SPSS®.

Results. There were 18 cases of Clostridium difficile colitis, of which 14 had complete information available, in a total of 5,093 patients discharged over the period of time considered, resulting in an incidence of 4 per 1,000 hospitalized individuals. In the three months prior to admission, 79% (11) of patients received at least one broad-spectrum antibiotic: penicillins in 64% (7), cephalosporins in 36% (4), and fluoroquinolones in 27% (3). In the latter month before admission, 64% (9), of individuals were hospitalized and 29% (4), of patients were living in a host institution. Identification of Clostridium difficile as the etiological agent of diarrhea occurred in half (7), of cases: only by bacterial toxins in 43% (3), only by endoscopy in 28.5% (2), jointly by bacterial toxins and endoscopy 28.5% (2). No identification of the bacteria by direct culture was achieved. All patients were treated with metronidazole and/or vancomycin: 43% (6), with dual therapy, 36% (5), only with metronidazole and 21% (3), only with vancomycin. There was one case of complicated disease and recurrence. Three patients died of causes not attributable to infection with Clostridium difficile.

Discussion. Disease incidence found is close to the lower levels known since earlier this century. Broad-spectrum antibiotics large scale use is a decisive risk factor, among others. Treatment regimens with metronidazole and/or vancomycin, despite overall efficacy, can possibly be optimized, especially regarding the choice of the initial therapy, in accordance to the international guidelines. Complicated disease or recurrence were registered at levels close to the lower ones recently reported.

Conclusions. The incidence of Clostridium difficile colitis is increasing inside hospital and host institutions, which is primarily related to the little judicious use of antibiotics, especially those of broad-spectrum. Although there are bacterial strains already resistant to certain antibiotics, the results of treatment with metronidazole and/or vancomycin apparently continue to be favorable. The recurrence of the disease should receive more attention, focusing on the limitation of risk factors associated to it, as well on the optimization of therapy, including the most innovative drugs.

A-146

SERIE DE CASOS DE PILEFLEBITISS. Rodríguez Suárez¹, M. García Gutiérrez¹, R. Luque Márquez² y D. Mendoza Giraldo¹*¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Enfermedades Infecciosas. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivos. La pileflebitis es la trombosis séptica de la vena porta o sus ramas tributarias, surge como una complicación de procesos infecciosos supurativos en territorios que drenan al sistema venoso

portal, siendo el más importante la diverticulitis. Como gérmenes responsables destacan E. coli y B. fragilis. Se desconoce la patogenia exacta de esta patología y si el proceso trombótico está en relación con dichos gérmenes, por lo que la necesidad de iniciar terapia anticoagulante no ha sido aún aclarada. Presentamos una serie de 9 casos, con el objetivo de revisar los aspectos etiológicos, clínicos y de manejo diagnóstico-terapéutico en el entorno de nuestro centro hospitalario y compararlos con la literatura existente.

Material y métodos. Estudio retrospectivo descriptivo de serie de casos. Se incluyeron pacientes con clínica sugerente de pileflebitis con demostración en pruebas de imagen de trombosis venosa portal o de sus ramas en un período de 6 años. Para ello se realizó una búsqueda utilizando la palabra clave "pileflebitis" en el Registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla.

Resultados. La mediana de edad fueron 56 años. Afectó a varones en el 78% de los casos. El foco precipitante más frecuente fue la colangitis aguda. La forma de presentación clínica fue fiebre y dolor abdominal en el 100% de los casos. Analíticamente fue casi constante el aumento de FA (mediana 416 UI/l) y GGT (mediana 219 UI/l). En ningún caso se objetivó alteraciones en los tiempos de coagulación. Como reactantes de fase aguda, en 5 casos se midió la VSG (mediana 118 mm/h), y en 4 casos la PCR (mediana de 182,5 mg/l). Las técnicas diagnósticas empleadas fueron colangiografía y TAC abdominal en igualdad de ocasiones. En 5 de los casos, el 55,5%, se hallaron abscesos múltiples en las pruebas de imagen, sin que hubiese relación con el foco de origen. Se tomaron hemocultivos en 6 de los 9 pacientes, de los que el 87,5% fueron positivos, hallando bacteriemia polimicrobiana en el 50% de los casos. El antibiótico más usado fue piperacilina-tazobactam, en 4 casos. La mediana del tiempo de antibioterapia fue de 21 días. Se pautó tratamiento anticoagulante en el 40% de los casos sin encontrar clara influencia sobre el curso clínico. Se produjo exitus en 1 de los casos.

Discusión. A diferencia de lo que se observa al revisar la literatura, en la que la primera causa de la pileflebitis es una diverticulitis, en nuestra serie resulta ser la colangitis aguda. Este hecho puede tener su explicación en el amplio uso de la colangiografía magnética en pacientes afectados de patología de vía biliar en nuestro medio. Esta técnica de imagen evidenciaría casos de pileflebitis que pasarían desapercibidos en la TAC. Como complicación más frecuente tenemos la aparición de abscesos hepáticos múltiples, que en otras series ocurrieron en 11% y en la nuestra en 55%, lo que podría indicar un diagnóstico tardío. Se utilizó tratamiento anticoagulante en nuestra serie en el 40% de los pacientes, sin que ello tuviera un claro impacto en su evolución clínica.

Conclusiones. La causa más relevante fue la colangitis aguda. Como forma de presentación se repiten como constantes el dolor abdominal y la fiebre, y como variable de laboratorio el ascenso de GGT y FA. Los hemocultivos fueron positivos en el 87.5% de los casos destacando el aislamiento de E. coli, B. fragilis y flora polimicrobiana. Se instauró tratamiento anticoagulante en el 40% de pacientes sin que ello evidenciara un cambio en la evolución.

A-147

INFECCIÓN POR CRIPTOCOCO ASOCIADA A VIHF. Tejerina Picado¹, T. Aldamiz-Echeverría Lois¹, M. Ferrer Civeira², V. Palazuelos Molinero², J. Hens Gutiérrez², L. Pérez Latorre² y P. Miralles³*¹Fundación de Investigación biomédica, ²Servicio de Medicina Interna, ³Unidad de Infecciosas. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

Objetivos. La manifestación más frecuente en pacientes VIH con infección por criptococo es la del SNC. La aparición de TARGA ha reducido su incidencia en los últimos años. Nuestro objetivo es revi-

sar la infección criptocócica en pacientes infectados por VIH en la época del TARGA.

Material y métodos. Se revisaron los pacientes VIH diagnosticados de infección criptocócica en la era TARGA ingresados en las unidades de enfermedades infecciosas y cuidados intensivos, entre enero de 2004 y mayo de 2010. El diagnóstico de infección criptocócica fue realizado por aislamiento microbiológico o serología en suero o LCR.

Resultados. Se revisaron 10 pacientes (9 hombres) edad media 38 años (22-46). Los síntomas más frecuentes fueron cefalea y fiebre. Presentaron afectación del SNC 8 pacientes. Tres precisaron ingreso en UCI. Todos aquellos con afectación meníngea presentaban aislamiento de criptococo en LCR. En 2 de los aislamientos una cepa fue resistente a fluconazol, y otra sensibilidad intermedia. De los pacientes con afectación de SNC, 5 eran naïve y de los restantes, uno había iniciado TARGA dos semanas antes del diagnóstico y los otros dos presentaban discordancia inmunoviológica. En todas las meningitis la cuantificación de antígeno de criptococo en LCR fue positiva salvo en dos casos donde no se realizó la técnica. Todos los pacientes recibieron tratamiento de inducción con anfotericina B liposomal, el 20% se retiró el tratamiento por toxicidad. La consolidación se realizó con fluconazol en 7 pacientes (8 semanas 400 mg/día) y con voriconazol en un paciente por resistencia a fluconazol. Se produjeron 3 casos de recaída, 2 precoz y una tardía.

Conclusiones. 1. Los pacientes que estaban en tratamiento con TARGA que presentaron criptococosis son aquellos en los que no se produjo recuperación inmunológica a pesar del control de carga viral. 2 La mitad de los pacientes que iniciaron TARGA a las 2-4 semanas tras el diagnóstico presentaron un cuadro compatible con reconstitución inmunológica. 3. En todos los pacientes con meningitis se aisló criptococo en LCR, y la detección de antígeno fue positiva. 4. Las presiones de apertura de LCR disponibles fueron elevadas en todos los casos, aun en aquellos que no presentaron imagen radiológica de hipertensión intracraneal. 5. La mortalidad en la infección por criptococo se asocio a afectación de SNC (focalidad neurológica o disminución del nivel de conciencia), Ver tabla 1 (A-147).

A-148

DERRAME PLEURAL TUBERCULOSO LINFOCITARIO FRENTE A POLIMORFONUCLEAR. DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE 205 PACIENTES

R. Palma Beltrán, S. Bielsa Martín y J. Porcel Pérez,

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida.

Objetivos. 1. Comparar las características demográficas, clínicas, microbiológicas, radiológicas y bioquímicas entre pacientes con derrame pleural tuberculoso (DPT) de predominio polimorfonuclear versus linfocitario en el líquido pleural. 2. Conocer la isoenzima de ADA (1 o 2) predominante en ambos tipos de DPT.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de 205 pacientes con derrame pleural tuberculoso (DPT) diagnosticados entre febrero de

1991 y febrero de 2010 en el Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida. Se reclutaron un total de 171 DPTs de predominio linfocitario y 23 de predominio polimorfonuclear. Once DPTs presentaron un escaso número de leucocitos en líquido pleural que impidió el recuento diferencial y, por consiguiente, su clasificación como linfocitarios o neutrofilicos.

Resultados. Los pacientes con DPT neutrofilico mostraron una tendencia a ser menos jóvenes (35 vs 30 años) y con menor número de días evolución de dolor torácico previos al diagnóstico (10 vs 15 días). Asimismo, los aislamientos de *M. tuberculosis* fueron más frecuentemente positivos, tanto en esputo (39% vs 16%, $p = 0,01$) como en líquido pleural (50% vs 10%, $p = 0,01$). En cuanto a los datos radiográficos no hubo diferencias significativas entre los dos grupos, aunque se observó una mayor tendencia a presentar infiltrados parenquimatosos, tanto en la radiografía simple (25% vs 12%, $p = 0,09$) como en la TC de tórax (75% vs 68%, $p = 0,7$), en los pacientes con DPT polimorfonuclear. Con respecto a los datos bioquímicos del líquido pleural se objetivó mayor recuento leucocitario (2.900 vs 1.730 cel/mm³, $p = 0,01$) y concentraciones de LDH (1.048 vs 889 U/L, $p = 0,03$) en los líquidos polimorfonucleares. Finalmente, los niveles de ADA total (113 vs 67 U/L, $p < 0,01$) y sus isoenzimas, tanto ADA1 como ADA2, fueron superiores en el subgrupo neutrofilico. Aunque el número absoluto de linfocitos en líquido pleural fue superior en el grupo de DPT linfocitarios, su mediana superó en ambos grupos las 1.000 cél/mm³, lo que podría justificar los niveles elevados de ADA2.

Discusión. Alrededor del 90% de los DPT presentan un predominio linfocitario en el líquido pleural. Sin embargo, el reto diagnóstico se presenta en aquellos pacientes en los que se halla un predominio de neutrófilos en el líquido, una situación que hace pensar en otros diagnósticos como el derrame pleural paraneumónico. No existe en la bibliografía médica ningún estudio que compare las características de las pleuritis tuberculosas con predominio de linfocitos frente a aquellas en las que predominan los neutrófilos.

Conclusiones. Los DPTs neutrofilicos presentan, respecto a los DPTs linfocitarios: -Mayor número de aislamientos de *M. tuberculosis* en esputo y líquido pleural. -Niveles más elevados de ADA total y de sus isoenzimas ADA1 y ADA2.

A-149

ESPONDILODISCITIS INFECCIOSA: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DURANTE LOS 5 ÚLTIMOS AÑOS EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

C. Díez Romero, P. Díez Romero, M. Artacho Rodríguez, F. Domingo Serrano, I. Cabezón Estévez, M. Torrea Valdepérez, P. Chisholm Sánchez y R. García González

Servicio de Medicina Interna III. Hospital General Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos. Describir las características clínicas y microbiológicas de los casos de espondilodiscitis infecciosa, diagnosticados en nuestro centro durante los últimos cinco años.

Tabla 1 (A-147). Datos clínicos y analíticos Pacientes con afectación meníngea

CD4	CV	AgLCR	AgSuero	Pr. LCR	TAC	RMN	Exitus
43	404.662	1/2.048	1/2.048	55	Normal	HT+LOE	Sí
15	130.042	1/256	1/128	ND	HT+LOE	ND	Sí
0	17.056	1/32.768	1/2.048	41	Normal	HT+LOE	No
20	50	1/104.857	6No	ND	Normal	Meningitis	No
94	190.184	No	1/4.916	33	Normal	Normal	No
10	50	No	1/32	ND	Normal	Normal	No
12	126.010	1/4.096	1/4.096	38	ND	ND	No
9	263.426	1/16.384	1/32.768	42	Normal	ND	No

Material y métodos. Se realiza un estudio descriptivo, incluyéndose 46 pacientes de ambos sexos con edades comprendidas entre 32 y 87 años. Se realiza un análisis mediante SPSS versión 16.0 de las siguientes variables: factores predisponentes, síntoma inicial, región vertebral afectada, método diagnóstico, el microorganismo etiológico y tratamiento realizado.

Resultados. Se revisan 46 historias de pacientes diagnosticados de espondilodiscitis infecciosa (25 varones y 21 mujeres). La diabetes mellitus como factor predisponente supuso el 39%. El síntoma inicial predominante fue el dolor (61%). El 100% de los pacientes presentó una prueba de imagen compatible con espondilodiscitis siendo la prueba utilizada en el 58,7% la RNM. El 47% de los pacientes presentan hemocultivos positivos, en el 21,7% se aíslan microorganismos en la biopsia ósea, el 17,4% presentan positividad para ambas. El microorganismo más frecuentemente aislado es el *S. aureus* con una frecuencia de 34,8%. Únicamente 5 pacientes precisaron intervención quirúrgica adyuvante al tratamiento médico.

Discusión. La espondilodiscitis infecciosa es una entidad que predomina en varones en la 6ª-7ª década de la vida contrastando con nuestros resultados donde se aprecia una relación similar en ambos sexos. El síntoma de inicio común es el dolor. La presencia de diabetes mellitus, seguido de estados de inmunosupresión y neoplasia activa constituyen los factores predisponentes más comunes. En nuestro trabajo, la mayoría fueron diabéticos, seguido en frecuencia por el tratamiento corticoideo crónico. Todos los pacientes se diagnosticaron por prueba de imagen y microbiológica positiva, salvo 6 de ellos, en los que se realizó sólo con imagen. Destacamos la relación que existe con el antecedente de cirugía de columna reciente en estos 6 casos, asumiéndolo como mecanismo de producción. Cuando el agente etiológico no es identificado por hemocultivos, se realiza un abordaje directo de la zona. Nos sorprende el elevado porcentaje de biopsias óseas realizadas pese a la positividad de los hemocultivos. *S. aureus* es el patógeno más frecuentemente hallado, confirmándose en nuestra muestra. El segundo en las series son los BGN, aunque nosotros encontramos *S. epidermidis*. *M. tuberculosis* y *B. mellitensis* siguen siendo agentes importantes en la producción de espondilodiscitis en los países mediterráneos. En nuestro estudio, tan sólo son diagnosticados tres casos de *M. tuberculosis*, a pesar de existir un aumento en la tuberculosis pulmonar, y ningún caso de espondilodiscitis brucelar. El tratamiento es médico y solo una mínima parte de ellos requiere cirugía coincidiendo con edades menores.

Conclusiones. La espondilodiscitis es una entidad poco prevalente, predominando en varones. El factor predisponente más común es la diabetes mellitus. El diagnóstico se realiza por prueba de imagen compatible y aislamiento microbiológico, encontrando a *S. aureus* el microorganismo principal, seguido del *S. epidermidis*. Se observa una menor incidencia de *M. tuberculosis* y *B. mellitensis*. La necesidad de tratamiento quirúrgico es poco habitual realizándose con mayor frecuencia en los individuos jóvenes.

A-150 INFECCIÓN INVASIVA POR *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE*: INFLUENCIA DE LA VACUNA CONJUGADA HEPTAVALENTE EN LA TASA DE RESISTENCIA A MACRÓLIDOS

M. Pérez-Rodríguez¹, C. Martínez-Vázquez¹,
M. Álvarez Fernández², L. Constenla³, N. Pazos¹, A. Argibay¹
y B. Maure¹

¹Unidad de Infecciosas. Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología, ³Laboratorio de Investigación. Complejo Universitario de Vigo. Vigo (Pontevedra).

Objetivos. La utilización de la vacuna heptavalente frente a neumococo se ha asociado con el aumento de la tasa de cepas de *Streptococcus pneumoniae* resistentes a diferentes antimicrobianos. La

resistencia a eritromicina (EM) suele situarse en torno al 20-30% y está mediada por la metilación de un residuo de adenosina de los ribosomas, codificada por *ermB* y que se asocia con un alto nivel de resistencia (CMI > 256 µg/ml), o bien por la presencia de bombas de expulsión, codificadas en *mefA*. Sin embargo, en los últimos años se han identificado cepas portadoras de estos dos genes. El objetivo del estudio fue conocer la influencia de la vacuna conjugada heptavalente en la tasa de resistencia a macrólidos y establecer la prevalencia de cepas con doble mecanismo de resistencia a dichos antimicrobianos.

Material y métodos. Se estudiaron las cepas de *S. pneumoniae* aisladas en sangre, líquido cefalorraquídeo o líquido pleural, entre enero 1992 y diciembre de 2008. De las 294 bacterias criopreservadas se recuperaron 252 cepas de *S. pneumoniae*, que se distribuyeron en 3 periodos de tiempo: período 1 (1992-2000) 89 cepas, período 2 (2001-2004) 60 cepas, período 3 (2005-2008) 103 cepas. Se realizó el estudio de sensibilidad a EM mediante E-test en MH- 5% sangre. En aquellas cepas resistentes a EM (CMI ≥ 1 µg/ml) se identificó la presencia de los genes *ermB* o *mefA* mediante PCR.

Resultados. En el período 1 se detectó que el 13,5% de las cepas (12/89) eran resistentes a EM, 11 de ellas (91,7%) con alto nivel de resistencia. Todas las cepas con CMI > 256 µg/ml poseían el gen *ermB*. En el período 2, el 18,3% de las cepas (11/60) eran resistentes, detectándose en 10 de ellas (90,1%) alto nivel de resistencia. El gen *ermB* fue detectado en el 70% (7/10) de estas cepas con alto nivel de resistencia a EM. Los genes *ermB* y *mefA* fueron detectados en una cepa (9,1%) en este período. En el período 3, se encontró que el 24,3% de las cepas (25/103) eran resistentes a EM, presentando 18 de ellas (72%) una CMI > 256 µg/ml, todas con el gen *ermB*. En una de estas cepas se detectó la presencia de *ermB* y *mefA* (2,9%).

Discusión. Tras la introducción de la vacuna conjugada heptavalente frente a neumococo, se observó un incremento significativo de la tasa de resistencia a EM (p = 0,043). Este hecho se ha asociado con la aparición de serotipos no vacunales, que en ocasiones son resistentes a diferentes fármacos. En el 81,3% de las cepas resistentes se observó un alto nivel de resistencia, constatándose en el 92,3% de estas cepas la presencia de *ermB*. En el período posterior a la introducción de la vacuna heptavalente, en un 4,2% de las cepas resistentes a EM se demostró la presencia de los genes *ermB* y *mefA*. Estas cepas se han relacionado con el serotipo 19A, que constituye en la actualidad el serotipo más prevalente y que se asocia con resistencias a múltiples fármacos.

Conclusiones. Tras la introducción de la vacuna conjugada heptavalente se ha demostrado un aumento significativo de cepas de *Streptococcus pneumoniae* resistentes a EM y la aparición de cepas portadoras de dos genes (*ermB* y *mefA*) responsables de la aparición de resistencias frente a los macrólidos.

A-151 DESCRIPTIVO DE GRIPE H1N1 EN MEDIO HOSPITALARIO

A. Vázquez Suárez, S. Bargalló Trillas, S. Romero Ruperto,
C. Casellas Montagut, T. Soriano Sánchez
y M. Biosca Gómez de Tejada

Servicio de Urgencias. Hospital Universitari General Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos. Determinar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes que consultaron en urgencias por síntomas gripales y su correlación con el resultado de la PCR.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo en el cual se recogieron datos de junio a septiembre de 2009 de todos los pacientes que consultaron en urgencias hospitalarias por síntomas gripales (N = 200) a los cuales se les realizó detección de PCR para el virus H1N1.

Resultados. Se recogieron un total de 200 pacientes, 85 varones (42,5%), edad media 40 años (DE 19,4) con mediana de 33 años. Los síntomas más frecuentes fueron fiebre (91,9%), tos (71,7%) y expectoración (35,3%). De las 200 PCR realizadas, 58 positivas (29,14%). Los pacientes con PCR positiva fueron más jóvenes (30,3 vs 43,7 años), 26 eran varones y 32 mujeres (55,2%). Se encontró una asociación entre PCR positiva y asma bronquial (p 0,009), y entre hipertensión arterial (HTA) y PCR negativa (p 0,0032). Los síntomas más frecuentes en pacientes con PCR positiva fueron las artromialgias (p 0,015), dolor lumbar (p 0,017), odinofagia (p 0,017) y tos (p 0,056). Los pacientes con PCR positiva presentaron una auscultación respiratoria normal (p 0,035).

Discusión. No se realizó PCR a todos los pacientes con síntomas gripales, sólo aquellos con criterios clínicos o factores de riesgo para gripe H1 N1. Cada Comunidad Autónoma estableció un protocolo de actuación frente a la gripe A, siendo en el nuestro la fiebre y la tos criterios de cribaje, motivo por el cual no se encuentran asociaciones estadísticamente significativas con la PCR positiva. Sería necesario ampliar la muestra para encontrar nuevas asociaciones estadísticamente significativas entre las variables estudiadas y la infección por H1 N1.

Conclusiones. La PCR positiva fue más frecuente en mujeres, en jóvenes, en pacientes con auscultación respiratoria normal y aquellos con antecedentes de asma. El perfil de enfermo con PCR positiva tenía artromialgias, dolor lumbar, odinofagia y auscultación respiratoria normal.

A-152 HLA-B*5701 EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES INFECTADOS POR VIH DE LA PROVINCIA DE VALLADOLID, ESPAÑA

P. Bachiller Luque¹, T. Palacios Martín¹, L. Marín Rubio²,
F. Fernández Rodríguez¹, L. Briongos Figueroa¹, V. Ramírez Arroyo¹,
N. Alcaide Suárez¹ y M. de Andrés Loste³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Biblioteca. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. ³Servicio de Hematología. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Clínico. Salamanca.

Objetivos. El abacavir (ABC) es un inhibidor de la retrotranscriptasa análogo de nucleósido aprobado para el tratamiento del VIH. Se han descrito un 5-8% de reacciones de hipersensibilidad (RHS) en tratados con ABC. Existe un riesgo de RHS potencialmente mortal tras la reexposición a ABC. El ensayo PREDICT-1 confirmó la utilidad clínica de la determinación del HLA-B*5701 para reducir la incidencia de RHS. El objetivo de este trabajo es analizar la presencia del polimorfismo HLA-B*5701 en una población de pacientes infectados por VIH.

Material y métodos. Se estudio la existencia de HLA-B*5701 en 225 pacientes VIH. El test se realizó por técnicas de biología molecular (PCR-SSOr) utilizando la plataforma Luminex XYP. Recogiéndose datos de sexo, nacionalidad, lugar de nacimiento, grupo étnico.

Resultados. Se presentan en la tabla.

Discusión. En Europa se estima una positividad para HLA-B*5701 entre 5-7%. En Francia, es 5,2% en población general, 6,8% en raza blanca y 0,1% en raza negra; En Reino Unido, 4,7% positivos, 7,9% en raza blanca, 0,2% en raza negra. Nuestros resultados presentan una prevalencia más elevada entre los nacidos en España (10%); entre etnia gitana, europeos y sudamericanos en el 14%; en raza negra, no se encontró ningún positivo, coincidente con la literatura. En nuestra muestra de pacientes españoles sería necesario el estudio de 13 pacientes para evitar un RHS.

Conclusiones. La prevalencia de positividad al alelo HLA-B*5701 de manera global en nuestra muestra coincide con los datos de nuestro entorno. Sin embargo en aquellos pacientes de raza blanca analizado es más elevada (10% versus 7,9% en Reino Unido, 6,8% en

Francia). Aunque son pocos pacientes, la prevalencia entre los pacientes españoles de etnia gitana, europeos-no españoles y latinoamericanos esta prevalencia es elevada (14,3%). La determinación del HLA-B*5701 se muestra costo-efectiva en nuestro entorno. Se precisan estudios con una muestra más amplia para confirmar estos datos.

Tabla 1 (A-152).

	N	%	Positivos	%
Total	225	100	23	8,0
Mujeres	62	27,5	5	8,0
Varones	163	72,5	13	8,0
Españoles	200	88,9	20	10,0
- No gitanos	186	82,7	18	9,7
- Gitanos	14	6,2	2	14,3
Africanos	4	1,8	0	0,0
Americanos	14	6,2	2	14,3
Europeos	7	13,1	1	14,3

A-153 REALIDAD DE LA FIEBRE Q EN UN ÁREA ENDÉMICA

C. Rosado Rubio¹, R. Díez Bandera², V. Álvarez Álamo²,
M. Ortiz Sierra³, P. Fraile Gómez¹, F. Domínguez Moronta²,
C. Martín Carbajo⁴ y J. Muñoz Bellido⁵

¹Servicio de Nefrología, ²Servicio de Medicina Interna III, ³Servicio de Medicina Preventiva, Salud Pública y Microbiología. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Clínico. Salamanca.

³Universidad CES. Medellín (Colombia). ⁴Servicio de Neumología. Hospital Virgen de la Concha. Zamora.

Objetivos. La fiebre Q es una zoonosis causada por *Coxiella burnetii*. Cursa de forma aguda (síndrome pseudogripal, hepatitis o neumonía) o crónica (endocarditis, osteomielitis), aunque debemos sospecharla ante síntomas diversos, como fiebre de origen desconocido. El tratamiento de elección son las tetraciclinas (doxiciclina), añadiendo hidroxicloquina en caso de cronicidad. Nuestro objetivo es describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con serología positiva para *C. burnetii* en un área endémica en los últimos 5 años.

Material y métodos. Realizamos un análisis descriptivo de la clínica, el contacto con animales, los títulos serológicos y el tratamiento administrado a los 49 pacientes con serología positiva para *C. burnetii* en nuestra área. El período de estudio fue del 1 de enero de 2005 al 31 de diciembre de 2009.

Resultados. La incidencia de la positividad serológica fue de 9,8 pacientes/año. 32 pacientes tuvieron serología positiva con títulos de 1/160 (65,3%), 13 con 1/320 (26,5%), 1 con 1/256 (2,04%) y 3 con 1/1.280 (6,1%). Presentaron clínica 17 enfermos (34,7%), de ellos sólo 7 habían contactado con animales. La clínica predominante fue respiratoria, en 10 enfermos. Uno tuvo una endocarditis sobre válvula mitral y aórtica secundaria a fiebre Q crónica, tratada con sustitución valvular, doxiciclina y rifampicina. Los enfermos con clínica respiratoria fueron tratados: 30% (3 pacientes) con levofloxacino, 20% (2 pacientes) con macrólidos, 20% (2 pacientes) con doxiciclina, 10% (1 paciente) con doxiciclina y claritromicina, 10% (1 paciente) con amoxicilina-clavulánico y 10% (1 paciente) con amoxicilina-clavulánico y doxiciclina.

Discusión. La fiebre Q es frecuente en nuestro medio, cursando generalmente cursa de forma autolimitada. Es más frecuente en personas en contacto con animales, aunque esto no es significativo. La clínica más común es una infección respiratoria, que cede con los antibióticos habituales, pero puede desarrollarse una enfermedad potencialmente mortal, como la endocarditis infecciosa.

Conclusiones. En un área endémica la fiebre Q debe sospecharse ante síntomas tan diversos como síndromes febriles o endocarditis con cultivos negativos.

Tabla 1 (A-153). Serologías

1/160	1/320	1/256	1/1.280
32	13	1	3

Tabla 2 (A-153). Manifestaciones clínicas

No clínica	Respiratoria	Endocarditis	Otras
32	10	1	6

A-154 MANEJO DE PACIENTES COINFECTADOS POR VIRUS DE LA HEPATITIS B Y VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

P. Ruiz Artacho¹, J. Vergas García², J. Castillo Álvarez², V. López Peláez², P. González², B. González Casanova², N. Sánchez Martínez² y M. Téllez Molina²

¹Servicio de Urgencias, ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Carlos III. Madrid.

Objetivos. Un 10% de los pacientes infectados por el VIH coinfección crónica por el VHB. La inmunosupresión que produce el VIH supone un impacto en la historia natural de la infección por VHB. Las recomendaciones de tratamiento de la hepatitis B crónica en pacientes coinfectados por el VIH están basadas en estudios retrospectivos y en los realizados en pacientes mono infectados. Hay pocos datos de respuesta al tratamiento en pacientes coinfectados. Nuestro objetivo es describir el tratamiento y el control clínico, serológico, virológico, bioquímico e histológico de pacientes coinfectados VHB/VIH.

Material y métodos. Es un estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes coinfectados por el VIH y el VHB seguidos en la consulta monográfica de enfermedades infecciosas de un Hospital de Madrid durante los años 2007-2008. Se les realiza serologías para el VHB, DNA del VHB y niveles de transaminasas basales y tras inicio del tratamiento, así como RNA del VIH y linfocitos CD4, y fibroscan.

Resultados. Se identificaron 54 pacientes coinfectados por VIH y VHB (5.4% de la población seguida en la unidad). Las medianas de CD4 nadir y en la actualidad fueron de 179 y 437 células/ μ L, respectivamente. Más del 70% de los pacientes tenían la carga viral indetectable con el tratamiento (media: 2 logaritmos de copias/mL). Un 96,3% de los pacientes están con algún tratamiento activo frente al VHB, 2 pacientes con adefovir únicamente y el resto con fármacos activos frente al VIH y al VHB. El 90% toman tenofovir, y el 80% emtricitabina concomitantemente. Casi en un 75% de los pacientes se encontraron en la historia clínica datos virológicos y serológicos del VHB previos al tratamiento. Hasta un 68,8% presentaron seroconversión del antígeno HBe tras el tratamiento, con un 81,6% de respuesta virológica (DNA indetectable o disminución mayor de 2log). El antígeno de superficie se negativizó en un 10,4%. GOT y GPT fueron normales en un 77,6% y 75,5%, respectivamente, tras el tratamiento. Finalmente, se realizó un fibroscan en el momento actual a un corte transversal de 30 pacientes, obteniéndose una mediana de 7.0 KPa (RI = 3,7 KPa).

Conclusiones. Los resultados obtenidos en nuestra muestra sugieren que existe un buen control serológico, virológico, bioquímico y elastográfico de los pacientes coinfectados por el VIH y el VHB con los tratamientos recomendados por las guías clíni-

cas más actuales (CDC y EASL), especialmente la combinación de tenofovir y emtricitabina con un tercer fármaco con actividad anti-VIH.

A-155 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES CON CANDIDEMIA DURANTE EL AÑO 2009

A. Rodríguez Pavía, M. Alcalde Encinas, A. Jimeno Almazán, B. Alcaraz Vidal, E. Peñalver González, G. Tornel Sánchez, J. Vega Cervantes y T. Sánchez Montón

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

Objetivos. La enfermedad fúngica invasiva es un problema médico creciente e importante sobre todo en paciente críticos y enfermos con inmunodeficiencias. En las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) representan entre el 10 y el 15% de las infecciones hematológicas nosocomiales, siendo la mortalidad entre un 30 y un 80%. Nuestro objetivo es describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes diagnosticados de candidemia en el Hospital Santa M^ª del Rosell durante el año 2009.

Material y métodos. Análisis descriptivo retrospectivo de los casos diagnosticados de candidemia durante el período enero a diciembre de 2009. Se recogieron los datos de los pacientes con hemocultivo positivo para *Candida* spp, analizándose datos clínicos y epidemiológicos a partir de las historias clínicas. Asimismo se analizó la utilización de tratamiento antifúngico empírico y la evolución de los pacientes.

Resultados. Durante 2009 se detectaron 146 bacteriemias nosocomiales; de ellas 10 fueron candidemias (6,8%). La incidencia de candidemia en nuestro Hospital fue de 0,4 por cada 1000 ingresos. De los 10 pacientes, 7 fueron mujeres, 3 varones, con una edad media de 69,6 años. La mayoría de los pacientes, se encontraban ingresados en la UCI; del resto uno ingresado en Cirugía General, otro en Reumatología y el tercero en Urología. El origen de la infección fue el catéter en 6 pacientes (5 catéteres centrales y uno periférico). En 2 pacientes la candidemia tuvo un origen abdominal, uno urinario y un paciente presentó infección sobre cable de marcapasos desarrollando una endocarditis aguda. Los factores de riesgo en estos enfermos fueron: nutrición parenteral (5), neoplasia (5; 4 sólidas y 1 hematológica), tratamiento antibiótico previo⁷, y todos los pacientes precisaron ingreso prolongado (con una media de 22,7 días). La especie más frecuentemente detectada fue *Candida albicans* (8), seguida de *Candida glabrata* (1), y *Candida famata* (1). Se empleó fluconazol de forma empírica en tres enfermos ingresados en UCI; en un paciente ingresado en Cirugía General se utilizó equinocandina como tratamiento empírico. El resto se trató una vez recibido el informe preliminar microbiológico con fluconazol y en un caso con anfotericina B. Todos los aislamientos fueron sensibles a fluconazol, excepto en el caso de la infección por *Candida glabrata* que fue resistente. La evolución fue buena en siete de los diez pacientes, y tres de ellos fallecieron. La causa de la muerte en dos de los tres casos fue directamente relacionada con la candidemia (endocarditis aguda, shock séptico de evolución fulminante).

Conclusiones. 1. La incidencia de candidemia en nuestro Hospital es baja respecto a otras series. 2. La mayoría se presentó en enfermos críticos con varios factores de riesgo. 3. Uno de los factores más importantes fue la presencia de neoplasia sólida. 4. La especie que se aisló con más frecuencia fue *Candida albicans*, y en todos los casos fue sensible a fluconazol. 5. La causa de fallecimiento en dos de los tres pacientes se debió directamente a la candidemia. 6. Sólo en tres pacientes se inició el tratamiento empírico con antifúngico. 7. Debemos detectar los pacientes con

riesgo de infección fúngica diseminada para iniciar tratamiento de forma precoz.

A-156

ESTUDIO DE BACTERIEMIAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD EN UN SERVICIO DE URGENCIAS. ¿A QUIÉN EXTRAER HEMOCULTIVOS?

M. Torralba González de Suso¹, M. de Vicente¹, S. Lainez¹, A. González Praetorius², A. Costa Cerdá¹, B. Martínez¹, E. Martínez Echevarría¹ y M. Rodríguez Zapata¹

¹Servicio de Medicina Interna ²Servicio de Microbiología. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara.

Objetivos. La decisión de a quién extraer hemocultivos en el servicio de urgencias no está resuelta. El aislamiento de bacterias en sangre tiene importancia no sólo diagnóstica, sino también terapéutica y pronóstica. Nuestro objetivo fue analizar las variables predictoras de bacteriemias en el servicio de Urgencias y establecer un modelo de predicción clínico de bacteriemia.

Material y métodos. Estudio de corte trasversal con recogida prospectiva de variables clínico-biológico-epidemiológicas y comparado con el patrón microbiológico. Se incluyeron de forma consecutiva a los pacientes mayores de 13 años a quienes se extrajeron hemocultivos en un período de 24 meses. Se solicitó a los clínicos una probabilidad pre-prueba de hemocultivo positivo.

Resultados. Se analizaron 693 pacientes de los cuales 149 fueron bacteriemias. Las variables asociadas a la presencia de bacteriemia en el análisis univariante fueron: la diabetes, la toma de antibióticos antes de la extracción del hemocultivo, la probabilidad pre-prueba antes de la extracción del hemocultivo, el porcentaje de neutrófilos mayor de un 80%, una tensión arterial sistólica inferior a 90 mmHg, la edad, las plaquetas, el fibrinógeno y la proteína C reactiva (PCR). En el análisis multivariante, las variables relacionadas de forma independiente con el diagnóstico de bacteriemia fueron: la diabetes (OR: 2,17, $p = 0,016$), la toma de antibióticos antes del hemocultivo (OR 0,16; $p = 0,00001$), tener más de un 80% de neutrófilos (OR 3,4; $p = 0,001$), presentar una enfermedad onco-hematológica (OR 1,72; $p = 0,058$), la edad/10 (OR: 1,16; $p = 0,023$) y el incremento del fibrinógeno plasmático/100 (OR: 1,2; $p = 0,0005$). Al asignar la puntuación correspondiente según la odds ratio de bacteriemia a cada una de las variables significativas, el modelo permitió identificar 4 grupos con una probabilidad creciente de bacteriemia. En el grupo de pacientes con una puntuación inferior a 0 puntos la prevalencia de bacteriemia fue del 7,4%, entre 0 y 25 puntos de 18,9%, entre 26 y 35 puntos de 36,4% y superior a 35 puntos la prevalencia fue de 48,6%. La curva de eficacia diagnóstica según nuestro modelo fue de 0,75 (IC95%, 0,70-0,80). Utilizando un punto de corte en el modelo de -10 puntos (con el objetivo de aumentar la sensibilidad y el valor predictivo negativo), se obtiene una sensibilidad de 98,4% y una especificidad del 25,8% con valor predictivo negativo de 97,4. Con ese punto de corte se evitaría un 18,6% de los hemocultivos realizados en el Servicio de Urgencias.

Discusión. Aunque la curva ROC de nuestro modelo de predicción clínica no es satisfactoria, con un punto de corte inferior a -10 se permite evitar la extracción de hemocultivo a un porcentaje significativo de pacientes. El modelo es especialmente útil en los pacientes que toman antibióticos y que acuden a urgencias con sospecha de bacteriemia.

Conclusiones. La edad, la enfermedad onco-hematológica, la diabetes y el haber tomado antibióticos ante de la extracción del hemocultivo, el aumento del fibrinógeno y una mayor edad, se com-

portan como variables clínico-epidemiológicas que de forma independiente predicen la bacteriemia. El modelo de predicción clínica permitiría evitar la extracción del hemocultivo a personas con poca probabilidad de bacteriemia.

A-157

INFECCIONES CUTÁNEAS Y DE PARTES BLANDAS EN EL ANCIANO

A. Calvo Cano, O. González Casas, F. Olgado Ferrero, G. García García, L. Morillo Blanco, M. Lobo Pascua, L. Barrena y D. Magro Ledesma

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Badajoz.

Objetivos. Conocer las características de la infección cutánea y de partes blandas (ICPB) en nuestro medio y los factores asociados a la misma en el paciente anciano.

Material y métodos. Estudio de cohortes retrospectivo de una serie hospitalaria de ICPB en nuestra unidad en los últimos 7 años, estimándose el punto de corte de ancianidad en los 65 años. Se analizan las variables sexo, edad, factores de riesgo, manifestaciones clínicas, datos analíticos, técnicas diagnósticas empleadas de imagen y microbiología, microorganismo aislado, necesidad de tratamiento quirúrgico o ingreso en cuidados intensivos. Se utiliza el programa SPSS versión 15.0, para análisis descriptivo de los datos obtenidos.

Resultados. Se registraron 56 pacientes con ICPB (25 úlceras por decúbito, 23 celulitis, 8 úlceras vasculares). La edad media fue de $78,87 \pm 14,8$; el 56,4% eran mujeres. Los principales factores de riesgo fueron vida cama-sillón (55,4%), diabetes mellitus (DM) e ingreso reciente por igual (37,5%), insuficiencia venosa crónica (30,4%) y demencia (23,2%). La mayoría (76,8%) presentó fiebre, dolor (55,4%), confusión mental y toxicidad sistémica (48,2%). La localización de la infección fue en miembros inferiores (43,7%), seguido de sacro (21,4%) y región trocantérea (7,1%). De los datos analíticos destacan la media de hemoglobina (10,7) en rango de anemia, y la albúmina (2,9) por debajo del límite normal. Sólo en un 35% se practicó técnica de imagen, con un solo caso en que se realizó gammagrafía ósea para descartar afectación ósea. En un 64,3% se practicó cultivo de la lesión, con aislamiento de microorganismo no resistente en un 51,8%. El grupo más importante de patógenos aislados fue gramnegativos (30,4%), principalmente Pseudomona (16%), E. coli (10,7%), Proteus (7,1%), Klebsiella (3,6%). De los grampositivos (23,2%), los más frecuentes fueron Staphylococcus (14,3%), Streptococo (8,9%), Enterococo (8,9%). Se halló flora mixta en 5,4% y resistencia a antibióticos en 7,1%. Además de tratamiento antibiótico, se practicó cirugía en casi el 20% de los casos. La mortalidad fue de 8,9% y sólo 2 casos (sepsis por celulitis) requirieron ingreso en cuidados intensivos.

Discusión. Los ancianos son más susceptibles a las ICPB debido a la alteración de las defensas locales y cambios anatómicos en relación con la edad, a la mayor comorbilidad que presentan así como la ingesta de fármacos inmunosupresores. Faltan estudios en la población mayor de 65 años en relación con este subgrupo de infecciones, a pesar de ser el tercero en frecuencia, tras la infección urinaria y la respiratoria. Pese a las limitaciones de nuestro estudio (no aleatorizado, retrospectivo, tamaño muestral pequeño), los resultados son similares a los publicados en este sentido.

Conclusiones. De nuestro estudio se concluye que las ICPB en nuestra cohorte anciana afecta a planos más profundos que en la población general, predominando las úlceras por decúbito sobre la celulitis, y, por tanto, la etiología por gramnegativos. Asimismo, la mortalidad fue más elevada que la descrita en estudios de población general. Se halló resistencia a antimicrobianos en un 7,1%. La

clínica que presentaron los pacientes de nuestro estudio fue muy inespecífica, por lo que conviene insistir en la inspección en la búsqueda de signos de ICPB.

A-158

¿ES RELEVANTE LA REPLICACIÓN DE BAJO NIVEL (50-1.000 COPIAS/ML) EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH?

M. Torralba González de Suso¹, P. Aguado², R. Moreira², B. Obispo¹, T. Sánchez², A. Amorós², S. Laínez¹ y M. Rodríguez Zapata¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara.

Objetivos. El objetivo del tratamiento antirretroviral (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 o un test de tropismo. Nuestro objetivo fue conocer la incidencia 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 mayo del 2006 hasta diciembre del 2009 que habían recibido TARGA de forma continuada en nuestro Hospital y que habían logrado al menos una CV < 50 copias/ml. Se excluyeron los pacientes en fracaso virológico. Se definió una RBN como la detección de una carga viral > 50 copias/ml e inferior a 1.000 copias/ml en dos determinaciones consecutivas. Se estudió el tipo de TARGA y el porcentaje de adherencia. Se analizó la respuesta inmuno-virológica en los pacientes con RBN frente a aquellos con CV indetectable en la siguiente determinación de CV tras la RBN.

Resultados. Se estudiaron 277 pacientes con una mediana de edad 41 años (IIC: 36-46) siendo el 70% varones. Tras una mediana de seguimiento de 20,4 meses (IIC: 5,1-34,1) o 459 personas-año se observaron 405 "blips" (0,88 "blips"/persona-año) y 86 episodios de RBN, con una incidencia de una RBN cada 5,33 persona/año (0,1874 RBN/persona-año). 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 8,53 meses en los pacientes con RBN y de 8,84 meses en los pacientes con CV indetectables ($p = 0,869$). La mediana de CV en los pacientes con RBN fue de: 130 copias/ml (IIC: 78-235). La mediana de incremento de linfocitos CD4 fue de +45 cel/ μ l (IIC: -35 a +150) en los pacientes con RBN y de +20 cel/ μ l (IIC: -55 a +85 cel/ μ l) en los pacientes con CV indetectables ($p = 0,28$). El promedio de adherencia fue de un 97% en los pacientes con RBN ($DE \pm 10,2$) frente a un 95,4% ($DE \pm 9,9$) en aquellos con CV indetectable ($p = 0,33$). Tras la detección de la RBN, el TARGA se modificó en el 19,9% de las ocasiones frente a un 12,8% en los pacientes con CV indetectable ($p = 0,287$). El 54% de los pacientes con RBN presentaban en la siguiente determinación de CV una nueva RBN frente a un 26% de aquellos con CV indetectable (OR: 2,98; IC95%: 1,73-5,12; $p < 0,0001$). Sólo se observó un fracaso virológico en un paciente anteriormente con CV indetectable.

Discusión. En nuestro estudio la frecuencia de blips o de RBN es mayor que en otras cohortes (suiza, ATHENA, etc.). Aunque no modificar el tratamiento o intensificarlo estaría en contra de las guías de práctica clínica, no parece que exista una peor evolución inmunovirológica en nuestro estudio.

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 ni adelantan las citas. En nuestro estudio, la RBN no aumenta el riesgo de fracaso virológico ni de una

disminución del incremento de linfocitos CD4 aunque la posibilidad de una nueva replicación entre 50 y 1.000 copias/ml es mayor que en aquellos con CV indetectables.

A-159

BRUCELOSIS: PATOLOGÍA PRESENTE EN EL SIGLO XXI

N. Castro Iglesias¹, S. Martín Barba², L. Manzanedo Bueno¹, J. Torres Triana¹, P. Crecente Otero¹, R. Díez Bandera¹ y M. Fidalgo Fernández¹

¹Servicio de Medicina Interna III. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Clínico. Salamanca. ²Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo).

Objetivos. Valorar la situación de una patología poco frecuente, pero presente en un área endémica.

Material y métodos. Análisis retrospectivo de las patologías catalogadas como brucelosis que han precisado ingreso en el Complejo Hospitalario de Salamanca en los años 2007 y 2008, valorándose edad, sexo, antecedente epidemiológico, clínica inicial, hemocultivos mediante sistema BACTEC, Rosa de Bengala o seroaglutinación rápida, seroaglutinación en placa, tratamiento y evolución.

Resultados. En los dos años revisados, se constataron 8 casos que precisaran ingreso, de los cuales el 62,5% corresponden a varones en la edad media de la vida (41,8 años), estando estos resultados en relación con el ambiente epidemiológico/laboral presente en 75% de ellos. Respecto a la clínica inicial la fiebre está presente en el 62,5% de los casos. La positividad para Rosa de Bengala se objetiva en 62,5%, siendo negativa en 12,5%, en el 25% de los casos no se realizó. Los hemocultivos fueron positivos en el 75% de los casos. Los anticuerpos fueron positivos a título alto (1/1.280) en 87,5% de los casos. La evolución con tratamiento antibiótico (doxiciclina y estreptomina) prolongado fue favorable en 87,5%, una paciente fue exitus por endocarditis (esta fue tratada con doxiciclina, rifampicina y gentamicina).

Discusión. Es una zoonosis de distribución mundial, que persiste en determinadas áreas geográficas como Castilla-León. Dadas las características de la bacteria (patógeno intracelular), le confiere capacidad de seguir curso ondulante y posibilidad de recaídas. El inicio de la enfermedad es muy variable, agudo o subagudo con fiebre elevada, escalofríos, sudoración profusa con olor característico, malestar general, artralgias, mialgias, etc. Clásicamente se presentaba como fiebre ondulante que en la actualidad es poco frecuente, así como la sepsis grave. La presencia de espondilitis, sacroileítis, poliartritis, orquiepididimitis o meningitis linfocitaria, endocarditis, en nuestro medio, sobre todo si hay antecedentes epidemiológicos deben hacernos sospechar esta entidad, e incluirla en el diagnóstico diferencial. En el diagnóstico mediante hemocultivos, en medio bifásico de Castañeda, presenta un aislamiento en torno al 80% casos. El rosa de Bengala es una prueba de seroaglutinación rápida con sensibilidad y especificidad muy elevadas, útil como prueba de despistaje inicial. En la seroaglutinación en placa, un título 1/160 es punto de corte sugestivo de enfermedad. El tratamiento pautado debe ajustarse a las características de patógeno intracelular del microorganismo, seleccionándose aquellos agentes con una adecuada penetración intracelular y actividad en este medio.

Conclusiones. En nuestra serie, la fiebre es el síntoma más frecuente en pacientes diagnosticados de brucelosis. Se trata de una patología aún presente en nuestro medio. El facultativo del área geográfica de Castilla y León debe sospechar dicha entidad, sobre todo si presenta fiebre y ambiente epidemiológico/laboral, realizando hemocultivos y serologías (en nuestro hospital la rentabilidad es elevada, como así lo demuestra la positividad en nuestros enfermos). El análisis se ha realizado sólo en pacientes ingresados por

fiebre. La evolución con la antibioterapia adecuada es favorable en un alto porcentaje de casos.

A-160 MONONUCLEOSIS INFECCIOSA CON INGRESO HOSPITALARIO

N. Castro Iglesias¹, S. Martín Barba², M. Fidalgo Fernández¹, L. Manzanedo Bueno¹, J. Torres Triana¹, R. Díez Bandera¹ y P. Crecente Otero¹

¹Servicio de Medicina Interna III. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Clínico. Salamanca. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo).

Objetivos. Valorar la situación que provocó el ingreso en planta de Medicina Interna de esta entidad.

Material y métodos. Análisis retrospectivo de la mononucleosis infecciosa que precisó ingreso en el Complejo Hospitalario de Salamanca, desde el año 2005 al 2008, valorándose edad, sexo, antecedentes personales, clínica inicial, visitas previas a los servicios de urgencias, alteración de la función hepática, frotis, anticuerpos heterófilos mediante Monospot, serología, días de estancia, tratamiento y evolución.

Resultados. De los 35 casos que ingresaron, el 62,85% eran varones. La edad media es de 22,14 años. Entre los antecedentes personales el 20% presentaban alergia estacional, otro 20% faringoamigdalitis de repetición y el 5,71% hipotiroidismo. La clínica inicial fue fiebre en 91,42%, odinofagia en el 37,14%, adenopatías en el 25,71%, ictericia en el 11,42% y exantema en el 14,28%. La media de visitas a urgencias previa al ingreso fue de 2. Alteraciones en la función hepática se evidenciaron en el 91,42%. De los 16 frotis realizados, el 25% se informaron como linfocitos atípicos y el 75% restante linfocitos activados. Los anticuerpos heterófilos fueron positivos en 42,85%, negativos en 31,42%, en el 25,73% restante no se realizaron. De las 25 serologías solicitadas, en el 76% se obtuvo positividad para IgM de virus de Epstein Barr, en el 16% para IgG, en el 4%, para IgM e IgG y en otro 4% positividad IgM para virus de Epstein Barr y citomegalovirus. La estancia media fue de 5,71 días. Como complicaciones destaca pericarditis durante el ingreso en un paciente.

Discusión. La mononucleosis infecciosa es una entidad de etiología vírica, que en alto porcentaje la produce el virus de Epstein Barr, en concordancia con nuestros resultados, (existe aproximadamente un 10% producidas por citomegalovirus, toxoplasma, herpes virus 6). El síndrome mononucleósico aparece con frecuencia en adultos jóvenes, (transmisión vía salivar). La sintomatología característica es fiebre persistente, adenopatías laterocervicales y faringoamigdalitis. Como la duración suele ser prolongada en el tiempo, provoca múltiples consultas a los servicios sanitarios. El ingreso se realiza ante la fiebre persistente y prolongada en el tiempo, la dificultad para la deglución o la astenia intensa. Es frecuente la linfocitosis atípica. La detección de anticuerpos heterófilos (mediante la técnica de Monospot: aglutinación de hematies de caballo) es la prueba más sensible y específica para el diagnóstico y es un marcador indicativo de fase aguda. El tratamiento es sintomático con antitérmicos y reposo. Las complicaciones están descritas, aunque en porcentaje bajo y se trata de trombopenia, anemia hemolítica, rotura esplénica, pericarditis, meningitis. También está descrita la asociación del virus de Epstein Barr con procesos linfoproliferativos, carcinoma nasofaríngeo.

Conclusiones. La mononucleosis infecciosa en nuestro medio, es una entidad prevalente en adultos jóvenes. El ingreso se realizó por fiebre y alteración en las pruebas de función hepática. Previo al mismo, siempre ha habido varias consultas previas al Servicio de Urgencias. El diagnóstico se realiza ante la sospecha clínica y se confirma con la detección de anticuerpos heterófilos, que mayori-

tariamente son de tipo IgM. La etiología predominante es el virus de Epstein Barr, y menos frecuente por citomegalovirus. Las complicaciones en todos nuestros pacientes fueron leves, con evolución favorable de la sintomatología con tratamiento sintomático.

A-161 ABSCESO HEPÁTICO PIÓGENO: EXPERIENCIA DE 8 AÑOS

I. González Fernández, N. Cubino Bóveda, A. Romero Alegría, P. Miramontes González, S. Márquez Batalla, M. Borao Gengotita-Bengoa, E. Puerto Pérez y L. Mateos Polo

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.

Objetivos. Analizar las características de los pacientes, factores de riesgo, síntomas de presentación clínica, localización de abscesos, eficacia de las intervenciones terapéuticas en los pacientes cuyo diagnóstico es absceso piógeno hepático, durante 8 años en Medicina Interna de Salamanca.

Material y métodos. Se realiza un estudio observacional retrospectivo revisando las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de absceso hepático piógeno.

Resultados. Se analizan 14 pacientes, 71,5 varones (10 pacientes) y 28,5% mujeres (4 pacientes). La edad media de 64,85 años. El 50% presentan un origen biliar (colangitis-colelitiasis); 21,42% (3 pacientes origen portal por presentan antecedente quirúrgico) y 7,1% vía hematogena (1) el resto de la serie (21, 44%) criptogénico. Los síntomas son la fiebre (92%), dolor abdominal (57%) y náuseas y vómitos (21%). Localizados en LHD en 12 pacientes (85,71%) y en LHI 2 pacientes (14,29%). Diámetro medio máximo de 6,20 cm. Abscesos únicos en LHI 42,85% (6 pacientes) con un diámetro medio de 6,75 cm. Los del LHD: drenados quirúrgicamente (3), tratamiento combinado antibioterapia junto con drenaje percutáneo (6), tratamiento antibiótico únicamente (3). Los localizados en LHI se resolvieron en su totalidad con tratamiento antibiótico. Tratamiento antibiótico empírico elegido: cefalosporina 3^a+ metronidazol: 5 pacientes (35,75%), piperacilina-tazobactam: 7 pacientes (50%). Carbapenémicos: 2 pacientes (14,28%). Fue preciso el cambio de pauta antibiótica en 14,28% (2 pacientes del total). 2 pacientes precisaron extirpación quirúrgica por ser abscesos loculados. La duración del tratamiento antibiótico fue entre 4-6 semanas. La documentación microbiológica: sólo se aisló germen en el material drenado en un 28,57%: E. coli (2), K. pneumoniae (1), E. cloacae (1). En el caso de los abscesos < 3 cm (5 pacientes), fueron resueltos con tratamiento antibiótico intravenoso.

Discusión. La edad media y el predominio del sexo masculino de los pacientes de nuestra cohorte es similar a las revisadas en otras series. El mecanismo patogénico principal fue el origen biliar. Los síntomas más frecuentes fueron la fiebre y el dolor en hipocondrio derecho. La localización en lóbulo hepático derecho es mayoritaria. La documentación microbiológica es poco significativa, en relación al retraso en la toma de muestras microbiológicas con respecto al inicio de tratamiento antibiótico. La respuesta a tratamiento elegido fue favorable, con una tasa de supervivencia de los pacientes del 100%.

Conclusiones. Los abscesos hepáticos son los abscesos intraabdominales viscerales de mayor frecuencia (2,3 casos/100000 habitantes), y cuya mortalidad en la literatura entre 2-12% en los países desarrollados. Los mecanismos patogénicos clásicos son a través de la vía biliar, vía portal o por diseminación hematogena, aunque un número considerable presentan un origen criptogénico. Suelen ser polimicrobianos y el tratamiento requerido para su resolución suele combinar tratamiento antibiótico parenteral prolongado junto con drenaje percutáneo, considerándose el tratamiento quirúrgico en las siguientes circunstancias: múltiples abscesos, abscesos loculados, con contenido viscoso que obstruyen el catéter de drenaje percutáneo, enfermedad subyacente que requiera tratamiento

quirúrgico primario, respuesta inadecuada al drenaje percutáneo en un plazo de siete días.

A-162

GRUPE A EN GESTANTES DURANTE LA PANDEMIA DE 2009

C. Cuenca², M. Ferrer Civeira¹, M. Granda¹, D. Salor¹, T. Aldamiz Echeberria¹ y L. Audibert Mena¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Corta Estancia. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos. Mostrar las características clínicas y epidemiológicas de las gestantes que precisaron ingreso durante la pandemia de Gripe A, su evolución y la de su embarazo.

Material y métodos. La alarma sanitaria hizo que se creara plan de actuación protocolizado para gestantes con sospecha de gripe A. En HGUGM las que precisaron ingreso lo hicieron en la Unidad de Corta Estancia (Departamento de Medicina Interna). La confirmación diagnóstica: PCR en exudado laríngeo. A las pacientes con sospecha de clínica de neumonía o insuficiencia respiratoria grave se aconsejó la realización de radiografía de tórax y a las gestantes con alta sospecha de Gripe A se les ofertó oseltamivir (tras exponer los beneficios/riesgo y falta de datos sobre posibles RAM).

Resultados. Julio 2009-enero 2010 ingresaron 25 pacientes gestantes con sospecha de gripe A (total 472 ingresos). Edad 19-40 años. Nacionalidad: 15 España, 6 Ecuador, 1 Honduras, 1 Filipinas y 1 Tanzania. Datos clínicos (tabla). Trece pacientes PCR H1N1+. Diagnosticadas clínica o radiológicamente 4 neumonías. Dos en 3º trimestre, una preciso traslado UCI/ventilación mecánica y otra precisó cesárea, ambas evolución posterior favorable. Dos neumonías en 1º trimestre, ambas evolucionaron favorablemente, posterior aborto espontáneo. Diagnóstico al alta: gripe A: 13 casos, Infección respiratoria no gripal, 8 casos. Un caso de síndrome gripal por CMV y resto infecciones de otro foco. Tratamiento, con oseltamivir 10 pacientes (40%), la rechazaron 5 pacientes, 4 de ellas con confirmación de positividad, todas con evolución fue favorable sin observarse diferencias significativas. La evolución de los embarazos seguida en 20 casos, 13 con gripe A, 7 partos a término y 1 cesárea, 2 Abortos espontáneos (1er trimestre) y dos cesáreas urgente por enfermedad materna.

Discusión. Durante la pandemia de gripe A hubo importante alarma ante la gravedad de gestantes. En nuestra serie no hubo ningún fallecimiento, ocurrió uno en nuestro centro que ingreso directamente en UCI. Observamos diferencias en cuanto a la gravedad del cuadro y la mayor prevalencia en pacientes en tercer trimestre del embarazo. Llama la atención la alta incidencia entre mujeres inmigrantes, especialmente latinoamericanas. Evolución de los embarazos, importante destacar dos casos de aborto (neumonías en 1º trimestre).

Conclusiones. 1- La evolución de las pacientes gestantes en 1er y 2º trimestre es satisfactoria, similar a la de pacientes del resto de la serie. 2- Las diagnosticadas en el 3er trimestre, además de mayor prevalencia presentan tasa mayor de insuficiencia respiratoria. 3 - La evolución de los dos embarazos con sospecha de neumonía y PCR + en el primer trimestre fue aborto espontáneo, a pesar de la buena evolución del cuadro gripal en las pacientes.

Tabla 1 (A-162). Resultados

Trimestre	1º 14 pac (56%)	2º 8 pac	3º 2 pac	Puerperio1 pac
PCR +	2 +	2 +	8 +	1+
Rx tórax	12 realizadas	13 no realiz.		
Neumonía	6 confirmadas	3 sospechas		
PCR+	2 +	2 +		

A-163

GRUPE A EN NACIDOS DESPUÉS DE 1957 EN LA PANDEMIA DE 2009

M. Ferrer Civeira¹, C. Cuenca², M. Granda², D. Salor Moral¹, F. de la Calle Prieto¹ y L. Audibert Mena¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Corta Estancia. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos. El virus Influenza que ocasionó la pandemia abril-diciembre de 2009, H1N1, posee características compartidas con Virus causante de la epidemia de gripe de 1957. Virus recombinante procedente de especies diferentes. El conocimiento de la libre circulación del virus en 1957, hizo suponer que la población nacida antes de esa fecha había adquirido nivel de protección individual y colectiva. Lo que indicaba que el número de casos en ese grupo iba a ser menor, así como la morbilidad. El objetivo principal de este trabajo es mostrar las características de los pacientes ingresados con sospecha de gripe A y nacidos antes de 1957.

Material y métodos. En HGUGM se estableció protocolo de actuación ante los pacientes con sospecha de Gripe A, los que por su gravedad precisaron ingreso en la Unidad de Corta Estancia, poniendo especial atención a los más jóvenes, establecido por las autoridades Sanitarias grupo de riesgo. La confirmación del diagnóstico se realizó con PCR para H1N1 en exudado laríngeo, fueron tratados con oseltamivir.

Resultados. Precisaron ingreso 472 pacientes, 150 mayores de 53 años, nacidos antes de 1957, de ellos sólo 26 presentaron PCR + (14 varones y 12 mujeres), frente a un 78% de negativos. Edad comprendida entre 53 y 97 años, media 68,57 años. El 88,7% presentaban antecedentes médicos, EPOC 22%, asma 22,7%, cáncer 4%. Diagnosticados de gripe A, previamente sanos sólo 3 pacientes. El diagnóstico al alta de los pacientes un 17,3% fue gripe A, 26 pacientes, de ellos 9 presentaron además imagen radiológica compatible con neumonía. El 82,7% restante, PCR gripe A negativos, fueron diagnosticados en su mayoría de Infección respiratoria un 62% (93 pacientes), incluyendo reagudización EPOC, 12,7% de cuadro gripal no H1N1 y 8,7% síndrome febril de otro origen. La estancia media en este grupo fue de 3,78 días, frente a 3,15 días que fue la media del total de los pacientes hospitalizados. El destino de los pacientes, sólo un caso precisó el traslado a unidad de cuidados intensivos con posterior recuperación, fueron dados de alta a domicilio sin complicaciones 87,3%, el 12% precisó traslado, a unidades de Medicina Interna 4,7% u otros servicios médicos 7,3%, por precisar ingreso prolongado.

Discusión. La protección colectiva/individual en los nacidos antes de 1957 es una realidad en nuestra serie, edad media de positivos: 39,80 años y la edad media de los negativos 48,08 años, la diferencia es estadísticamente significativa ($p < 0,001$). Mayores de 53 años, 150 ingresos 17,3% positivos, resto de la serie 322 pacientes (entre 16 y 52 años) 36% fueron positivos. Así mismo es importante resaltar como la mayor comorbilidad (enfermedades pulmonares) en personas de más edad, complica en urgencias el diagnóstico diferencial de síndrome febril e insuficiencia respiratoria, dio lugar un mayor número de ingresos con sospecha de gripe A. La evolución de los pacientes fue en todos los casos satisfactoria, el paciente que precisó ingreso en UCI... cuadros menor gravedad, con menor incidencia de insuficiencia respiratoria en pacientes previamente sanos en contraste con la serie general.

Conclusiones. Los pacientes nacidos antes de 1957 presentaron dentro de la epidemia de gripe H1N1 de 2009, una menor gripe A/H1N1 menor a los nacidos después de ese período y forma de presentación más leve.

A-164 INFECCIONES POR *STREPTOCOCCUS* DEL GRUPO *ANGINOSUS*. REVISIÓN DE NUESTRA EXPERIENCIA

P. Esteve Atiénzar, S. Bañón Escandell, M. Pacheco Castellanos, R. Andrés Navarro, P. Roig Rico, E. López Calleja, R. Cañizares Navarro y J. Merino Sánchez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Juan de Alicante. Alicante.

Objetivos. Describir las características microbiológicas, epidemiológicas, clínicas y evolutivas de las infecciones por *Streptococcus* del grupo anginosus en nuestro medio.

Material y métodos. Estudio retrospectivo, de todos los pacientes diagnosticados de infección por *Streptococcus* del grupo anginosus (SAG) ingresados en un Servicio de Medicina Interna desde enero de 1995 hasta mayo de 2010, mediante hoja de recogida de datos, analizándolos con el programa SPSS.

Resultados. Encontramos 12 pacientes con infección del grupo SAG (*Streptococcus constellatus*, *intermedius* y *anginosus*), en diferentes localizaciones. Se aisló *S. constellatus* en 8 casos (66,6%), *S. intermedius* en 2 casos (16,6%), habiéndose encontrado *S. anginosus* en los otros 2 casos (16,6%). La enfermedad de base más predominante fue la diabetes en 4 casos (33,3%), 4 casos (33,3%) insuficiencia cardiaca crónica, 2 casos (16,6%) presentaban neoplasias activas y 2 casos (16,6%) sin enfermedad de base. La edad media fue de 65,73 años (mínima 38 y máxima de 89), con predominio de varones con 10 casos (83,3%). La estancia media fue de 19,35 días. El síntoma que más frecuente fue la fiebre en 10 pacientes (83,3%), alteraciones neurológicas en 4 (33,3%), alteraciones del ritmo gastrointestinal en 3 (25%) y síndrome constitucional en otros 2 (16,6%). En 9 casos (75%) el aislamiento fue en hemocultivo, seguido de 2 (16,6%) en PAAF de los abscesos hepáticos y un caso (8,3%) para las muestras tomadas de un líquido pleural. En cuanto a la localización, hubo 4 bacteriemias sin foco (33,3%), 3 endocarditis (todas sobre válvula nativa, 25%), 2 abscesos hepáticos (16,6%), 1 empiema pleural (8,3%), 1 colangitis y 1 espondilodiscitis. Los antibióticos utilizados inicialmente fueron: en 4 ocasiones imipenem, en 4 ceftriaxona, en 3 la combinación de penicilina G y gentamicina, en 1 caso ciprofloxacino. Todas las cepas aisladas fueron sensibles a la penicilina. La evolución fue favorable en un 66,6% de los casos, pero los abscesos hepáticos y el empiema pleural, requirieron drenaje. Uno de los casos de endocarditis requirió recambio valvular y en nuestra serie, sólo 1 paciente falleció (8,3%).

Discusión. El grupo de los *Streptococcus anginosus* (SAG) antes denominado milleri está formado por *S. constellatus*, *S. intermedius* y *S. anginosus*, que se caracterizan por su capacidad invasiva y tendencia a formar abscesos. Suelen causar abscesos hepáticos y abdominales como en 2 de nuestros casos. La producción de endocarditis es rara, en nuestro estudio encontramos 3 casos de endocarditis, 1 por *S. intermedius*, germen especialmente infrecuente, que requirió recambio valvular. Generalmente las infecciones por SAG, no son habituales en pacientes sanos, como ocurrieron en dos de nuestros casos.

Conclusiones. 1) En nuestro estudio hay un predominio de *S. constellatus* dentro del grupo SAG como causante de patología, siendo la bacteriemia la forma de presentación más frecuente. 2) Destacamos la rareza de la producción de endocarditis, en este grupo especialmente *S. intermedius*. 3) Buena evolución tras tratamiento antibiótico y drenaje percutáneo, sólo un paciente requirió cirugía. 4) Todas las cepas aisladas eran sensibles a la penicilina.

A-165 ASPECTOS CLINICOEPIDEMIOLÓGICOS Y COMPARACIÓN CASOS-CONTROLES DEL BROTE PANDÉMICO DE GRIPE A (H1N1) EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

R. Guitart, S. Iftimie, D. Ibarretxe, M. Feliu, M. García-Villarrubia, J. Colom, A. López y A. Castro

Servei Medicina Interna. Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Reus (Tarragona).

Objetivos. Describir las características clínicas y los factores de riesgo en los pacientes con gripe A (H1N1) confirmada comparado con controles, de un período de 8 meses, en un hospital general universitario de 340 camas que da cobertura a un área geográfica de 250.000 habitantes.

Material y métodos. Estudio caso-control retrospectivo, entre el 30 de abril al 31 de diciembre de 2009. Se revisaron los datos demográficos, clínicos, analíticos y microbiológicos de pacientes con gripe A (H1N1) confirmada, así como de sus controles. Se consideró control todo aquel paciente con sospecha clínica de gripe A (H1N1), analizado el mismo mes, con PCR negativa para Influenza H1N1 y edad similar (± 10 años). La muestra se obtuvo a partir de exudado nasal y faríngeo o aspirado nasofaríngeo o serología, realizando detección de PCR-RT para virus Influenza H1N1. Se realizó análisis estadístico descriptivo, así como un análisis estadístico univariante y multivariante. Se realizó un subanálisis entre los casos confirmados que precisaron ingreso hospitalario y los que no.

Resultados. Se estudiaron un total de 131 casos (55% mujeres, 7,60% gestantes, media de edad 33,81 años ($\pm 22,03$)) y 115 controles (56,5% mujeres, 2,60% gestantes, media de edad 34,45 años ($\pm 22,19$)). En el análisis univariante caso-control se detectaron diferencias respecto a tratamiento antibiótico durante los dos meses previos (11,8% casos, 23,2% controles, $p = 0,031$ OR 0,44 (0,21-0,90)), neumonía (26,8% casos, 44,9% controles, $p = 0,006$ OR 0,46 (0,26-0,79)), rinorrea (31,5% casos, 13,9% controles, $p = 0,002$ OR 2,85 (1,47-5,52)), otros cultivos positivos (8,7% casos, 22,4% controles, $p = 0,008$ OR 0,32 (0,14-0,73)), administración de oseltamivir (95,2% casos, 49,2% controles, $p < 0,001$ OR 20,40 (6,63-62,73)), leucocitosis (21,1% casos, 50% controles, $p < 0,001$ OR 0,26 (0,13-0,51)), trombocitosis (2,2% casos, 12,4% controles, $p = 0,01$ OR 0,16 (0,3-0,75)), elevación de GOT (41,3% casos, 21,7% controles, $p = 0,014$ OR 2,52 (1,22-5,21)), fibrinógeno > 6 g/L (57,8% casos, 74,6% controles, $p = 0,041$ OR 0,46 (0,23-0,92)) y PCR > 200 mg/L (7,8% casos, 20% controles, $p = 0,027$ OR 0,33 (0,13-0,83)). En el análisis multivariante se objetivaron diferencias en tratamiento antibiótico previo, elevación de PCR, tromboopenia y GOT elevada. Mortalidad del 4% en casos y 7% en controles. Precisaron ingreso en UCI 5 casos (3,82%) con una mortalidad del 40%. En el subanálisis de pacientes con gripe A (H1N1) se objetivó un mayor riesgo para ingreso en pacientes con hipertensión arterial, neumonía, insuficiencia respiratoria, coinfección bacteriana, GOT elevada e hipoalbuminemia.

Conclusiones. La presencia de rinorrea y elevación de GOT orientan al diagnóstico de gripe A (H1N1). La detección de neumonía y leucocitosis, trombocitosis y elevación de reactantes de fase aguda orienta a un diagnóstico alternativo a gripe A (H1N1). Presentaron un mayor riesgo para ingreso los casos con HTA, neumonía, insuficiencia respiratoria, coinfección bacteriana, así como elevación de GOT e hipoalbuminemia. Precisaron ingreso en UCI un bajo porcentaje de pacientes, con una elevada mortalidad.

A-166 NEUMONÍA POR VIRUS VARICELA ZÓSTER: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA

D. Bernal Bello, J. García de Tena, J. Barrio Gordillo,
L. Abejón López, C. Betancort Plata,
E. Águila Fernández-Paniagua, T. Megino Moreno
y M. Rodríguez Zapata

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario
de Guadalajara. Guadalajara.*

Objetivos. Caracterización epidemiológica y clínica de los pacientes afectados por neumonía secundaria a virus varicela-zoster (VVZ) que precisaron ingreso en el H.U. de Guadalajara en los últimos 10 años.

Material y métodos. Estudio de serie de casos (descriptivo, observacional) de los pacientes mayores de 14 años ingresados en el H.U. de Guadalajara con diagnóstico de neumonía varicelosa. El período de estudio: 1 de enero de 2000 hasta 30 de junio de 2010. Revisión de las historias clínicas de los casos, identificando características epidemiológicas clínico-radiológicas y tratamiento empleado. Análisis estadístico mediante SPSS-15.

Resultados. Se documentaron 17 pacientes. El 53% eran varones y el 47% mujeres, ninguna de ella gestante en el momento del ingreso. La mediana de edad se situó en los 38 años (Q1: 34 años; Q3: 41 años). Entre los antecedentes personales destaca el consumo de tabaco (82%), el contacto reciente con enfermos diagnosticados de varicela (59%) y la dislipemia (29,4%). Sólo 2 casos (11,7%) presentaban neumatía previa. La totalidad de los pacientes presentaba fiebre al ingreso, seguido de exantema (94%), tos (88%), disnea (65%), odinofagia (24%) y dolor torácico pleurítico (18%). El 63% cumplía criterios de insuficiencia respiratoria, el 59% asoció hipertransaminasemia, coagulopatía el 35% e insuficiencia renal el 24%. No hubo mortalidad asociada, si bien 4 pacientes (24%) precisaron asistencia en la UCI durante el ingreso. Radiológicamente, el 88% presentó afectación bilateral al ingreso, de predominio intersticial bibasal. Sólo en 3 casos se pidió serología específica para VVZ para establecer el diagnóstico. El 94% de los pacientes recibió aciclovir, el 13% coadyuvancia con corticoides, y el 24% antibiótico por clínica de sobreinfección bacteriana asociada. La estancia media ascendió a 8,18 días (DE = 5,36).

Discusión. La varicela es una enfermedad común en edad infantil, de curso generalmente benigno, que puede desarrollar complicaciones serias cuando afecta a la población adulta, tales como la neumonía. El perfil del adulto que ingresa por este problema es el de un varón entre la 4ª y 5ª décadas de la vida, mayoritariamente fumador y sin neumatías previas. Además del característico exantema se describen fiebre, tos y disnea como síntomas fundamentales. La afectación radiológica generalmente es de tipo intersticial y predomina en ambas bases pulmonares. El cuadro suele acompañarse de hipertransaminasemia. El antiviral de elección es el aciclovir, mientras que el uso concomitante de corticoides es controvertido. A pesar de que en este estudio no se han registrado muertes por neumonía varicelosa, ésta tradicionalmente asocia una mortalidad considerable que puede llegar al 30% de los pacientes.

Conclusiones. El VVZ puede asociar complicaciones potencialmente graves en el adulto, como la neumonía. Entre los antecedentes personales destaca el hábito tabáquico. No es infrecuente que el cuadro asocie insuficiencia respiratoria y afectación intersticial de predominio bibasal. La hipertransaminasemia destaca como manifestación extrapulmonar no cutánea más frecuente. El aciclovir supone el tratamiento de elección. A pesar de una mortalidad tradicionalmente considerable, en las series de casos recientes se han registrado tasas menores, probablemente debido a un mejor conocimiento y manejo de esta entidad.

A-167 EXPERIENCIA EN PILEFLEBITIS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

P. Romero Gallego-Acho, A. Robles Marhuenda,
E. Rodríguez Castellano, R. Mayayo Alvira, V. Hontañón Antoñana
y A. Gil Aguado

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

Objetivos. La pileflebitis es la trombosis séptica de la vena porta o de alguna de sus tributarias, generalmente por extensión de un proceso infeccioso intraabdominal. El presente trabajo tiene como objeto describir y analizar 5 casos asistidos en nuestra unidad.

Material y métodos. Se revisaron 5 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de pileflebitis, asistidos por el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario La Paz entre los años 2007 y 2010, ambos inclusive.

Resultados. El 100% de los pacientes fueron varones, con una mediana de 61 años de edad con un rango entre 37 y 70 años. En cuanto a la clínica, el 100% de los pacientes presentaron fiebre y dolor abdominal sin irritación abdominal, debutando en el 40% de los casos como sepsis de origen abdominal. Se aisló patógeno en los hemocultivos del 60% de los casos, siendo dos de éstos *E. coli* el germen causante y un *Sth. Haemolyticum*. La TC fue diagnóstica en el 100% de los casos, existiendo en el 40% de los casos una ecografía abdominal informada como normal. Respecto al foco piógeno primario, la vía biliar fue el más frecuente, con un 60% (2 colangitis y 1 colecistitis alitiásica), seguida del tubo digestivo con un 40% (1 diverticulitis y 1 ileítis). Dos de los pacientes presentaban abscesos piógenos hepáticos, precisando ambos mayor tiempo de tratamiento antibiótico. Ninguno de los pacientes falleció, recibiendo todos los pacientes tratamiento antibiótico de amplio espectro en primer lugar, seguido de tratamiento dirigido en aquellos con diagnóstico microbiológico, y requiriendo cirugía del foco infeccioso primario el 40% de los pacientes (colecistitis, diverticulitis).

Discusión. La pileflebitis es una entidad trombotica séptica secundaria en la mayoría de los casos a infecciones intraabdominales, más comúnmente diverticulitis. Sin embargo, en nuestra revisión, tan sólo uno de los pacientes presentaba esta patología, siendo más frecuente la etiología biliar, presente en 3 de los casos. Por otro lado, y a pesar del desarrollo de la terapia antibiótica, la mortalidad en las distintas series se mantiene en torno al 35%; en cambio, en nuestra serie, todos los pacientes fueron dados de alta con mejoría de su cuadro clínico tras un tratamiento antibiótico óptimo, además de cirugía en algunos de ellos. La ecografía puede no ser una buena prueba diagnóstica, siendo mayor la rentabilidad del TC.

Conclusiones. Probablemente debido a un diagnóstico precoz, con el acceso a las pruebas de imagen, y al uso de antibiocioterapia de amplio espectro, la mortalidad por pileflebitis de nuestro estudio se ha visto disminuida con respecto a las diferentes series de casos existentes en la literatura. Por otro lado, si bien la etiología más frecuente descrita es la intestinal, en nuestra serie de casos se observó un aumento de la patología biliar como foco primario de la pileflebitis.

A-168 GRIPE A H1N1. LA EXPERIENCIA DEL INTERNISTA

J. Szymaniec, L. Cano Alcalde, E. Trigo Esteban, L. Pérez Latorre,
Z. Bretones Jiménez, P. Demelo Rodríguez, J. García Castaño
y C. Gilsanz Fernández

*Servicio de Medicina Interna I. Hospital General Universitario
Gregorio Marañón. Madrid.*

Objetivos. Analizar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes ingresados con sospecha de infección por virus de la gripe A H1N1 en un servicio de medicina interna del H.G.U. Gre-

gorio Marañón, comparándolas con lo descrito en la literatura hasta el momento.

Material y métodos. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, mediante revisión de historias clínicas, de pacientes que ingresaron con sospecha de gripe A H1N1 durante la última quincena de noviembre 2009 en un servicio de Medicina Interna de un hospital de tercer nivel. Analizamos variables epidemiológicas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS para Windows versión 15.0.

Resultados. Durante el periodo analizado ingresaron en nuestro servicio 29 pacientes con sospecha de gripe A H1N1 (55% varones, 45% mujeres), con una edad media de 44 (\pm 19,9) años. El 10,3% de los pacientes consumían algún tipo de droga, el 55,2% tenían antecedentes de patología respiratoria (englobando este concepto a los pacientes con EPOC y asma y, de forma aislada, un caso de síndrome de hipomotilidad ciliar y otro de fibrosis pulmonar), y cuatro de los pacientes eran diabéticos. Tres de las 16 mujeres estaban embarazadas. El tiempo de evolución de los síntomas hasta que consultaron fue de 3,7 (\pm 3,88) días, la fiebre estuvo presente en el 83% de los casos. La tos (75,9%) y la disnea (65,5%) fueron los síntomas más frecuentes, seguidos de malestar general (72,4%) y artromialgias (41,4%). Únicamente se describieron síntomas digestivos en el 13,8%. Hubo manifestaciones radiológicas en el 55% (infiltrado múltiple en el 20,7% y único en el 34,5%). El diagnóstico se realizó mediante PCR para el virus H1N1, que fue positiva en 12 pacientes (41,4%). La evolución durante el ingreso fue en el 82,8% favorable. Presentaron complicaciones graves, requiriendo ingreso en UCI, un total de tres pacientes. El 80% recibió tratamiento con oseltamivir y el 86,2% con antibióticos.

Discusión. Los únicos datos españoles sobre los pacientes hospitalizados provienen de unidades de críticos y pediátricas. Según los estudios realizados, mayoritariamente en los Estados Unidos, aproximadamente el 70% de los pacientes hospitalizados presentaban al menos un factor de riesgo de complicaciones de la gripe, destacando enfermedad pulmonar crónica, estado de inmunosupresión, cardiopatía, embarazo, diabetes y obesidad. Los resultados de nuestra serie confirman que la enfermedad pulmonar y el embarazo son factores de riesgo relevantes, no pudiendo respaldar esta asociación con el resto de los factores enumerados previamente. En cuanto a los síntomas de presentación más frecuentes son similares a aquellos de la gripe estacional (fiebre, tos, cefalea, odinofagia, mialgias y artralgias), siendo más comunes los síntomas digestivos (29%) en la gripe pandémica. En nuestra serie los síntomas digestivos solo se objetivaron en 13,8% de los pacientes. Según la literatura americana las complicaciones más frecuentes fueron la neumonía y el distrés respiratorio. Aproximadamente 9-30% de los pacientes hospitalizados requirieron ingreso en UVI. En nuestra cohorte, en el 55% de los casos se objetivó neumonía. 10,3% de los pacientes requirió ingreso en la UVI.

Conclusiones. Los resultados de nuestro estudio confirman que en los pacientes hospitalizados, la patología respiratoria es el factor de riesgo principal para desarrollo de las complicaciones de la gripe, siendo la neumonía la más frecuente. Al contrario de lo descrito hasta ahora, en nuestra serie los síntomas digestivos fueron muy poco frecuentes.

A-169

UTILIDAD DE LA PROTEÍNA C REACTIVA EN EL DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE CON DISNEA

L. Utrillo Montagut¹, A. Ruíz González¹, J. Lacasta García² y J. Porcel Pérez¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Urgencias. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida.

Objetivos. 1. Comparar el valor de la proteína C reactiva (PCR) entre los 4 grandes grupos diagnósticos de los pacientes que pre-

sentan clínica aguda de disnea: neumonía adquirida en la comunidad (NAC), bronquitis aguda (BA), agudización de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (AEPOC) e insuficiencia cardiaca (IC). 2. Estudiar el valor de la PCR como prueba diagnóstica de neumonía.

Material y métodos. Estudio prospectivo de los pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida con disnea a lo largo de 12 meses, obteniendo de cada uno de ellos, una muestra para bioquímica y hemograma, una gasometría arterial y una radiografía de tórax, incluyéndose solamente, los pacientes diagnosticados de NAC, BA, AEPOC e IC, que fueron hospitalizados en nuestro centro. Se realizó un análisis de la varianza (ANOVA) de la PCR entre los 4 grupos de diagnósticos analizados y un análisis post-hoc ajustado por Bonferroni para comparar grupos entre sí. Finalmente se analizó el área bajo la curva de la PCR y un posible punto de corte para diferenciar la NAC del resto de patologías estudiadas.

Resultados. La población estudiada fue de 158 pacientes de los cuales 114 (72,2%) fueron varones y 44 (27,8%) mujeres. La media de edad fue de 69 años, la estancia hospitalaria media fue de 7,43 días. La PCR media fue de 168,81 mg/L, la saturación de oxígeno media fue de 91,20% y los niveles medios de leucocitos fueron de 13.314,37. Los diagnósticos hallados fueron: NAC en 86 pacientes (54,4%), BA en 33 pacientes (20,9%), AEPOC en 30 pacientes (19%) e IC en 9 pacientes (5,7%). La media de la PCR para el grupo de NAC fue de 245,97 mg/L, para el grupo de AEPOC fue de 68,57 mg/L, para las BA fue de 92,88 mg/L y para las IC fue de 44,11 mg/L. La comparación de medias de la PCR, mostró que había diferencias significativas al comparar la PCR del grupo de las NAC con la PCR del resto de grupos ($p < 0,0001$). Se realizó una curva ROC objetivándose un área bajo la curva de 0,88 (IC95% 0,83-0,94). Para el punto de corte de 100 mg/L se obtuvo: sensibilidad 93%, especificidad 72,2%, VPP 67% y VPN 99,8%.

Discusión. La disnea constituye un motivo frecuente de consulta en los servicios de urgencias hospitalarios. Establecer un diagnóstico en estos pacientes resulta a veces difícil si nos basamos en la historia clínica, la exploración física y las pruebas complementarias habituales en urgencias, sobretodo en pacientes mayores, encamados o con demencia. Esto conlleva, en ocasiones, errores en el manejo terapéutico. En la IC los antibióticos no son útiles. En los casos de BA y de AEPOC, no siempre se incluye la antibioterapia dentro de las opciones terapéuticas. En cambio, en la NAC, la antibioterapia es la base del tratamiento. Los resultados de nuestro estudio sugieren que la PCR tiene una gran capacidad discriminativa entre pacientes que consultan por disnea en los servicios de urgencias.

Conclusiones. 1. Los pacientes con NAC presentan valores de PCR superiores al resto de grupos. 2. Para un punto de corte de 100 mg/L, la PCR serviría para descartar NAC (VPN = 0,998). 3. La PCR puede ser una herramienta útil en el manejo de pacientes que consultan por disnea en los servicios de urgencias hospitalarios.

A-170

OBESIDAD E INFECCIÓN GRAVE POR EL VIRUS DE LA GRIPE A H1N1: PAPEL DE LAS CITOCINAS PROINFLAMATORIAS

J. Llutart¹, N. Manresa¹, A. Sabater¹, X. Terra², T. Auguet¹, D. Riesco¹, A. Ródenas¹ y C. Richart¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²CIBER OBN. Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona.

Objetivos. La principal complicación de la gripe A H1N1, la insuficiencia respiratoria rápidamente progresiva, se ha relacionado con un estado inflamatorio exagerado. Múltiples estudios han indicado una fuerte asociación entre obesidad y severidad de la enfermedad. Por otro lado, se ha relacionado la obesidad con un estado de inflamación crónica del tejido adiposo, con alteración de la

secreción de sustancias bioactivas. Nuestro objetivo es estudiar los niveles en sangre de citoquinas pro-inflamatorias en la infección por gripe A H1N1 y su relación con la evolución clínica e índice de masa corporal (IMC).

Material y métodos. Se han incluido pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna y la Unidad de Cuidados Intensivos, diagnosticados de gripe A H1N1 por medio de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) de frotis nasal y faríngeo. Se han determinado niveles en sangre de la muestra extraída al ingreso, de receptor tipo 1 del factor de necrosis tumoral (TNFR1), factor tipo 2 del factor de necrosis tumoral (TNFR2) y proteína C reactiva (PCR). Se han analizado los datos antropométricos, clínicos, evolutivos y analíticos y se han comparado con los controles sanos con mismo IMC. El análisis estadístico se realizó utilizando el SPSS/PC + paquete estadístico (V11.0, Chicago, Illinois, EEUU). Los valores de $p < 0,05$ se han considerado estadísticamente significativos.

Resultados. Los pacientes se han dividido en 2 grupos según IMC ($< 28 \text{ kg/m}^2$ y $> 33 \text{ Kg/m}^2$), y se han comparado con sus correspondientes controles. La edad media ha sido de $47,1 \pm 1,1$ en el grupo de IMC < 28 y de $50,5 \pm 5,2$ en el de IMC > 33 . Distribución por sexos: 8 varones y 11 mujeres con IMC < 28 , y 3 varones y 4 mujeres con IMC > 33 . Ingresaron en UCI el 37% de pacientes con IMC > 33 , frente a un 15% con IMC < 28 . Fueron exitus el 25% de pacientes con IMC > 33 y el 10% con IMC < 28 . Se ha observado un aumento significativo de los niveles de TNFR1 en pacientes con gripe A H1N1 e IMC > 33 , respecto a pacientes con gripe A H1N1 con IMC < 28 y a los controles sanos. Así mismo, se ha observado niveles significativamente superiores de PCR y TNFR2 en pacientes con gripe A H1N1 e IMC > 33 respecto sus controles sanos y respecto pacientes con IMC < 28 . También los pacientes con gripe A H1N1 e IMC < 28 presentaron niveles de TNFR2 y PCR significativamente superiores respecto sus controles. Los pacientes que ingresaron en UCI presentaron una tendencia a niveles plasmáticos superiores de PCR, TNFR1 y TNFR2. Esta misma relación se evidencia en los pacientes que fueron exitus, siendo ésta significativa para los niveles de PCR.

Discusión. En nuestro estudio, los niveles de citoquinas inflamatorias en pacientes obesos con gripe A H1N1 eran significativamente más elevados respecto los controles, tanto en obesos como no obesos. En los obesos, estos niveles eran superiores a los no obesos. Además, el paciente más graves (ingresados en UCI o exitus) mostraban tendencia a tener cifras de citoquinas superiores. Seguramente, debido al pequeño tamaño de los subgrupos no se ha demostrado significación estadística en este punto. Se podría inferir que la evolución desfavorable de los pacientes obesos, estaría relacionada con la presencia de un estado inflamatorio crónico, con mayor probabilidad de eventos graves relacionados con una respuesta inflamatoria exagerada.

Conclusiones. La obesidad es un factor de riesgo para complicaciones graves y mal pronóstico en la gripe A H1N1, con niveles más elevados de citoquinas inflamatorias que pueden predisponer a dicha evolución.

A-171 DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE GRIPE A PANDÉMICA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

A. Domínguez Alegría¹, E. Navas Elorza², G. López Castellanos¹,
C. Queda Rodríguez-Navarro², J. Hermida Donate²,
F. Drona Núñez², J. Galán Montemayor³
y M. Rodríguez Domínguez³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Enfermedades Infecciosas, ³Servicio de Microbiología Clínica. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos. Describir las características clínicas de los pacientes adultos ingresados en nuestro centro con sospecha de gripe A H1N1 durante la pandemia del año 2009, analizando las diferencias entre los casos confirmados y aquellos que tuvieron diagnósticos alterna-

tivos. Evaluar los criterios de diagnóstico de caso de sospecha utilizados por los principales organismos sanitarios internacionales.

Material y métodos. Estudio retrospectivo y descriptivo de los pacientes adultos ingresados en la unidad de aislamiento respiratorio del Hospital Ramón y Cajal durante los meses de julio a diciembre de 2009, con sospecha de gripe A. A todos ellos se les realizó PCR para gripe H1N1 sobre una muestra nasofaríngea. Se analizaron las características de los pacientes, su evolución y tratamiento recibido, así como la rentabilidad de los criterios diagnósticos de caso de sospecha de la OMS, el CDC, HPA y del gobierno Australiano. Los datos fueron analizados con el programa SPSS versión 16. Se estudiaron las diferencias entre los casos confirmados y los que no lo fueron, mediante el test de chi cuadrado para las variables cualitativas y para las cuantitativas se utilizó la t de Student y la U de Mann-Whitney para variables de distribución no normal.

Resultados. 58 (31,7%), de los 183 pacientes sospechosos tuvieron una PCR positiva para gripe A. Un 55,2% eran varones, con una media de edad de 45 años. Un 81% de los pacientes eran españoles. El 84,5% de estos pacientes era menor de 65 años. La enfermedad pulmonar se dio en un 34,5%, un 36,2% eran fumadores y la HTA se encontraba en un 25,9%. Un 28% no tenía ninguna comorbilidad. Sólo un 36,2% contaba contacto previo con síndrome gripal. Los síntomas aparecieron de forma brusca en un 84,5%, refiriendo fiebre un 94,8%. Los síntomas más frecuentes fueron: tos (98,3%) y mialgias (65,5%). La fiebre duró una media de 1,72 días. En el servicio de urgencias se registró $T > 38^\circ$ en un 50%. Todos los pacientes recibieron oseltamivir al ingreso, una media de 5 días. Además se administró tratamiento antibiótico al 90,2% de los pacientes ingresados (66% quinolonas, 33% betalactámicos, 28% asociación de ambos). La evolución fue favorable en la mayoría de los pacientes. 11 pacientes precisaron ingreso en UCI. De estos falleció un paciente. 7 precisaron ventilación mecánica y 6 drogas vasoactivas. La media de días de estancia en UCI fue de 13,27 días. Los pacientes diagnosticados de gripe A fueron más jóvenes (45,48 frente a 54,22 años, con una $p < 0,05$) y presentaron con más frecuencia contacto con síndrome gripal, fiebre, tos, elevación de CPK, GOT y GPT, y radiografía de tórax normal. Se estudió la sensibilidad y la especificidad de los criterios diagnósticos utilizados por la OMS, CDC, HPA y australianos en relación con nuestra muestra. La sensibilidad, especificidad y valor predictivo negativo de los criterios diagnósticos fueron: OMS (S: 77%, E: 57%, VPN: 84%), CDC (S: 77%, E: 57%, VPN: 84%), HPA (S: 75%, E: 60%, VPN: 84%), Gobierno Australiano (S: 75%, E: 57%, VPN: 83%), Gobierno Australiano modificados (S: 66%, E: 72%, VPN: 82%).

Conclusiones. En nuestro centro se confirmó gripe A en un tercio de los pacientes adultos ingresados con sospecha. Aunque la presentación sùbita, la fiebre, la tos y las mialgias son los más frecuentes en la presentación de la enfermedad, el número de pacientes de más de 65 años o con presentaciones atípicas fue considerable, por lo que la utilidad de los criterios diagnósticos más aceptados fue limitada en nuestra población. Todos los pacientes recibieron tratamiento antiviral, con buena evolución en la mayoría de los casos.

A-172 ANÁLISIS DE LAS INTERCONSULTAS HECHAS A UNA UNIDAD DE INTERCONSULTAS MÉDICAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO CON EL DIAGNÓSTICO CATEGÓRICO INFECCIOSO

C. Granda París¹, G. Sotres Fernández¹, R. Sanz Lorente¹,
V. López Peláez¹, P. González Díez¹, C. Vicente Martín² y
J. Marco Martínez³

¹Servicio de Medicina Interna III, ³Unidad de Interconsultas Médicas. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid).

Objetivos. Describir las características de los pacientes cuyo diagnóstico categórico principal final fuese infeccioso, contestadas

por una unidad monográfica de interconsulta médica llevada por internistas en un hospital terciario. Comparación con el perfil general de pacientes y consultas realizadas al resto del hospital en el mismo período (grupo control).

Material y métodos. Estudio retrospectivo descriptivo. Período de estudio: septiembre 2007 a mayo 2010. Variables: datos que tienen que ver con el episodio: fecha de solicitud de la interconsulta, médico que la responde, fecha de respuesta, número de visitas, fecha de última visita y días de estancia. Finalmente datos puramente clínicos: servicio solicitante de la interconsulta, motivo de ingreso del paciente, causa de petición de la interconsulta, grupo diagnóstico o diagnóstico categórico principal final y motivo del alta. Una $p \leq 0,005$ tiene significación estadística.

Resultados. Se identifican 235 pacientes (62,3% hombres) con una mediana de edad de 61,2 años (DE 19,4) rango 19-100, p25-p75 44-78; $p < 0,135$; frente a edad media 63,8 años (DE 18,9) en grupo control. El 94,2% de las consultas se atendieron en el mismo día, $p = 0,808$. La mediana de la estancia fue de 9 días (rango 0-90) p25-p75 3 a 17, $p < 0,001$. El 17,6% se resolvieron en una sola visita. El número medio de visitas/paciente fue de 5 (rango 1-90) p25-p75 3 a 10; $p < 0,001$. La mortalidad fue de 11,6%; $p < 0,001$, RR 2,31 (IC95% 1,47-3,63). Los servicios demandantes por orden de frecuencia fueron: psiquiatría (28,1%), neurocirugía (24,0%), urología (16,9%), COT (10,3%) y cirugía general (6,6%). El 73,5% de las altas fueron por mejoría. El resto fueron: por empeoramiento (0,4%), por traslado (15,2%) [traslado a otro servicio (5,1%), traslado a otro centro (8,4%) o a medicina interna (1,7%)]; $p = 0,003$.

Discusión. La infección es claramente nuestro mayor grupo diagnóstico, lo que sin duda es debido al alto porcentaje de pacientes postoperatorios que vemos, por lo que puede decirse que somos testigos del debut o seguimiento de las infecciones nosocomiales. El paciente con patología infecciosa difiere claramente del perfil general de los pacientes que atendemos en la unidad. La estancia es significativamente más larga y requieren un número mayor de visitas por episodio. La mortalidad es además casi el doble (12,7% vs 6,4%) que la del grupo control. Finalmente, también difieren significativamente respecto al destino al alta de la unidad: es menor el porcentaje de mejoría y mayor el de traslados, incluido a la UCI. La formación en enfermedades infecciosas es básica para cualquier internista que se dedique a la actividad de interconsulta, más si lo hace de forma monográfica.

A-173

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES VIH INGRESADOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS CON AFECTACIÓN NEUROLÓGICA EN UN PERÍODO DE 11 AÑOS

P. González, V. López, E. Agrela, J. Castillo, V. Sendin, N. Sánchez y M. Téllez

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

Objetivos. 1. Estudiar las enfermedades neurológicas en pacientes con infección VIH ingresados en el Hospital Clínico San Carlos entre los años 1996 y 2006, ambos incluidos. 2. Analizar las distintas características del grupo de estudio: sexo, edad, comorbilidad, años desde el diagnóstico de la infección por VIH, TARGA, estadio clínico y situación inmunológica.

Material y métodos. Se realizó un estudio retrospectivo que incluyó a todos los pacientes con infección VIH y enfermedad neurológica ingresados en el Hospital Clínico San Carlos entre 1996 y 2006, ambos inclusive. La relación de dichos pacientes se obtuvo del Servicio de Admisión a través de su Unidad de Codificación.

Resultados. El número de pacientes fue de 84, con una distribución irregular a lo largo de los años. En cuanto al sexo, 68 (81%) eran varones, y 16 mujeres, un 19%. La edad media del grupo fue 39 años, con una edad mínima de 23 años y máxima de 68. En cuanto

to a la nacionalidad, 64 eran europeos (76,16%), 9 americanos (10,71%), 4 africanos (4,76%). Respecto a la vía de transmisión, la adicción a drogas por vía endovenosa en 34 pacientes (40,47%), vía sexual en 21 pacientes (25%) y de 32 pacientes (38,02%) no se disponen de datos. 20 pacientes (23,8%), desconocían estar infectados por VIH al diagnóstico de la enfermedad neurológica y 62 (75,61%) conocían el diagnóstico. De los pacientes VIH previo, 45,16%, 28 pacientes, estaban diagnosticados desde hacía más de 5 años, 18 pacientes (29%) se diagnosticaron entre los 2 y 5 años previos y 16 (26%) diagnosticados desde hace menos de 2 años. De este subgrupo, 36 (58,06%) recibía TAR con más de 2 fármacos, el resto no seguía tratamiento. De este mismo grupo, 44, un 70,96% habían tenido a una infección oportunista mientras que 18 pacientes, un 29,03% habían estado exentos de las mismas. Con respecto a la situación inmunológica, 45 pacientes (53,51%), presentaban una cifra de linfocitos CD4 menor a 100 cel/ μ l, 19 pacientes (22,61%) presentaban más de 100 CD4/mcl, desconociéndose la cifra de CD4 en 20 pacientes (23,8%). En el análisis de la enfermedad neurológica, 30 pacientes (35,71%), fueron diagnosticados de toxoplasmosis cerebral, 25 pacientes (29,76%) de leucoencefalopatía multifocal progresiva, 10 pacientes (11,90%) de criptococosis, 9 pacientes (10,71%), de tuberculosis cerebral. En cuanto a la incidencia de exitus, durante el ingreso, 10 pacientes fallecieron. Al alta, 31 pacientes (41,89%) presentaron secuelas neurológicas, 36 pacientes (48,64%) estaban asintomáticos y en 7 pacientes (9,45%) no se describe la situación neurológica al alta. De los pacientes (74) que sobrevivieron al primer ingreso, 42 (56,75%), continuaron seguimiento posterior en consultas externas y 32 pacientes (43,24%) han sido pérdidas en el seguimiento. Durante el seguimiento, se produjeron 22 recaídas de enfermedad neurológica, un 52,38% y 20 fallecimientos, un 47,61%.

Conclusiones. 1. Los pacientes con infección por VIH y enfermedad neurológica asociada ingresados en el Hospital Clínico San Carlos durante los años comprendidos entre 1996 y 2006 tienen características epidemiológicas homogéneas (varón, ADVP, infección por VIH de más de 5 años de evolución, sin tratamiento antirretroviral por abandono o mala adherencia, categoría C3 de CDC 1993). 2. La enfermedad neurológica más frecuente en nuestros pacientes es la toxoplasmosis cerebral. 3. No se han objetivado diferencias en la incidencia de la enfermedad neurológica con la introducción del TARGA a lo largo de los años analizados en probable relación con el perfil de nuestros pacientes (mala adherencia terapéutica).

A-174

MENINGITIS ASÉPTICA, ENCEFALITIS Y VASCULOPATÍA POR VARICELA-ZÓSTER EN ADULTOS JÓVENES INMUNOCOMPETENTES

G. García Domínguez, C. de la Fuente Coria, A. García Egido y O. Mera Gallardo

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).

Objetivos. La meningitis aséptica y la encefalitis por virus varicela-zoster en pacientes inmunocompetentes son manifestaciones clínicas muy poco frecuentes. Nuestro objetivo es comunicar la mayor serie de casos de afectación neurológica del VVZ en sujetos inmunocompetentes descrita hasta ahora en la literatura.

Material y métodos. Caso 1. Varón de 21 años que acude a Urgencias por cefalea frontal intensa, náuseas y fiebre de 39 °C de 3 días de evolución. A la exploración presentaba 3 lesiones eritematosas y no pruriginosas en zona intercostal derecha, sin aspecto herpetiforme. Destacaba la presencia de rigidez nuchal y signos meníngeos positivos, sin focalidad neurológica ni alteración del nivel de consciencia. El análisis del LCR demostró hiperproteínorraquia, hipoglucorraquia y pleocitosis linfocitaria (950 células con 90% linfocitos) con PCR positiva para VVZ y cultivos bacterianos negativos. La TAC

y RM fueron normales. Buena respuesta clínica con aciclovir. Caso 2. Mujer de 18 años con cefalea intensa, fiebre, signos meníngeos y rigidez de nuca sin rash cutáneo y con pleocitosis linfocitaria en LCR (750 células con 90% linfocitos). En RM, focos hiperintensos difusos en cantidad pequeña en ganglios basales, periventriculares y subcorticales. Con tratamiento con aciclovir importante mejoría clínica y radiológica. Caso 3. Varón de 67 años que ingresó en UCI por cuadro de disminución aguda del nivel de consciencia, rigidez nuchal con fiebre y estatus epiléptico, presentando también en LCR pleocitosis linfocitaria (470 células, 75% linfocitos), En TAC y RM, imágenes hiperintensas en T2 subcorticales e inflamación meníngea con hidrocefalia. No antecedente de rash y la PCR confirmó el diagnóstico. Se administró tratamiento con aciclovir, sobreviviendo con importantes secuelas neurológicas.

Discusión. La aparición de MA como complicación neurológica del VVZ es muy poco frecuente en adultos inmunocompetentes, los pocos casos reportados suelen asociarse a encefalitis, la gran mayoría en inmunodeprimidos. Los casos de encefalitis se han dividido hasta recientemente en dos grupos: vasculitis de vaso grande (granulomatosa), predominando en inmunocompetentes mayores de 60 años, con focalidad aguda, lesiones isquémicas o hemorrágicas, menos de 100 céls/mm en LCR y mal pronóstico; y vasculopatía de pequeño vaso, casi exclusiva de inmunodeprimidos, con déficit focales subagudos, pleocitosis media en LCR y afectación cerebral difusa en RM, con importantes secuelas habitualmente. Nuestros pacientes pueden diagnosticarse de MA con RM normal, meningoencefalitis con vasculopatía de pequeño vaso y meningoencefalitis con vasculitis de vaso grande, los dos primeros con buen pronóstico. Por tanto, desde la realización habitual de RM cerebral en pacientes con cuadros de encefalitis se han documentado casos de inmunocompetentes con afectación de vaso pequeño por VVZ y buen pronóstico.

Conclusiones. Debemos sospechar meningitis/encefalitis por VVZ como diagnóstico probable ante un cuadro clínico compatible, con o sin erupción herpetiforme donde no se objetivan agentes bacterianos, descartando su diagnóstico mediante técnicas de PCR en LCR y RM con alta sensibilidad. No existe un patrón de afectación vasculocerebral típico en inmunocompetentes, siendo mucho más frecuente de lo pensado la vasculitis de vaso pequeño o mixtas, con buen pronóstico sobre todo en pacientes con este patrón vascular o imagen normal, jóvenes y sin focalidad de pares craneales bajos. La MA tiene un pronóstico excelente.

A-175 INFECCIONES BACTERIANAS EN PACIENTES CIRRÓTICOS (REVISIÓN 2003-2010)

I. González Fernández, E. Puerto Pérez, J. Martín Oterino, S. Márquez Batalla, E. Fraile Villarejo, M. Pérez García, A. García Mingo y M. García García

Servicio Medicina Interna I. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.

Objetivos. Estudiar cuáles son las principales infecciones padecidas por los pacientes cirróticos y las descompensaciones que asocian durante dicho episodio.

Material y métodos. Realizamos un estudio observacional retrospectivo revisando las historias clínicas de los 20 pacientes cirróticos cuyo motivo de ingreso fue una infección ingresados en el S. de Medicina Interna I de Salamanca desde el año 2003-2010.

Resultados. Distribución por sexo: 75% varones, 25% mujeres. Edad media fue de 71,3 años, rango (43-85 a). Etiología de cirrosis hepática. Estadio Child-Pugh: 50% estadio B y 50% estadio C. Origen de la infección. La estancia media hospitalaria de los pacientes cirróticos fue de 12 días, y un 15% de los pacientes fallecieron durante el ingreso. Como documentación microbiológica se obtienen como gérmenes causantes de las infecciones en 55% de los

casos bacilos gram negativos (en las PBE, e ITU). Durante el ingreso hospitalario, los pacientes presentaron episodios de descompensación: 50% encefalopatía hepática junto con descompensación hidrópica, 25% descompensación hidrópica únicamente, 15% encefalopatía hepática de modo aislado. Un 15% de los pacientes presentaban antecedentes de hemorragia digestiva asociada varices esofágicas.

Discusión. La principal infección que motiva ingreso hospitalario en los pacientes cirróticos de nuestra serie es la peritonitis bacteriana espontánea, seguida por infecciones respiratorias y en tercer lugar infecciones urinarias. Los pacientes de nuestra serie presentan un estadio B o C de Child-Pugh. Las infecciones son una importante causa de mortalidad en los pacientes cirróticos y asocian con frecuencia diversas formas de descompensación de la cirrosis hepática.

Conclusiones. Las infecciones bacterianas en los pacientes con cirrosis son más frecuentes que en la población hospitalaria general, debido en parte a la existencia de un estado de inmunodeficiencia adquirida que afecta tanto a la inmunidad humoral como celular. La más frecuente y prioritaria a descartar es la peritonitis bacteriana espontánea. Como factores de riesgo a tener en cuenta para el desarrollo de infecciones bacterianas se encuentran: estadio C de Child-Pugh, episodios previos de HDA, síndrome hepatorenal.

A-176 ABSCEOS HEPÁTICOS. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 47 PACIENTES

E. Mateo Sanchis¹, M. Asensio Tomás¹, J. Pérez Silvestre¹, K. Antelo Cuellar¹, F. Pedro de Lelis¹, J. Mateo Olmo³, I. Abad Pérez² y A. Herrera Ballester¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad Documentación Clínica. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. ³Departamento Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández. Valencia.

Objetivos. Evaluar las características y evolución de los pacientes con abscesos hepáticos ingresados en un hospital terciario y analizar los factores predictores de morbimortalidad.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de las características de los pacientes y la patología presentada, las intervenciones realizadas y la microbiología de los cultivos de los pacientes ingresados con diagnóstico de abscesos hepáticos en el Hospital General Universitario de Valencia desde el año 2000 al 2009. Se excluyen los pacientes con diagnóstico de absceso amebiano. Se realiza análisis de regresión logística multivariante para determinar las variables asociadas a mayor mortalidad.

Resultados. Identificamos 47 pacientes ingresados por abscesos hepáticos entre el año 2000 y 2009. La media de edad fue de 64 años (IC95%: 59,9-69,8) y la mediana de 70,4 años. El 68% de los casos fueron hombres. El 40,4% tenían antecedente de patología biliar (IC95%: 26,4-54,5). La puntuación media en la escala de comorbilidad de Charlson fue de 2 (IC95%: 1,4-2,6). Los síntomas de debut más frecuentes fueron fiebre (87,2%) y dolor abdominal (55,3%). El 17% de los pacientes presentaron colecistitis y/o colangitis y se observó litiasis biliar en el 27,7%. La estancia media de los pacientes ingresados fue de 23,4 días (IC95%: 19,9-26,9). Se realizó punción-aspiración hepática percutánea en el 63,8% (IC95%: 50,1-77,6) de los pacientes. Los microorganismos más frecuentemente aislados fueron: *Klebsiella* spp. 19,1% (7,9-30,4), *Streptococcus* spp. 10,6% (1,8-19,5) y *E. coli* 8,5% (0,5-16,5). En el 17% (6,3-27,8) de los casos fue polimicrobiana y en el 40,4% (26,4-54,4) la etiología fue desconocida. Fallecieron el 10,6% de los pacientes (IC95%: 1,8-19,5). El 40% (0-82,9) de los pacientes con cáncer falleció. La presencia de ictericia (OR = 22,29 (1,28-388,72)) y la etiología polimicrobiana de los abscesos hepáticos (OR = 16,56 (1,40-196,63)) se asociaron a mayor mortalidad.

Discusión. Los microorganismos más frecuentemente aislados en nuestra población son *Klebsiella* spp., *Streptococcus* spp. y *E. coli*. En los últimos años se ha descrito la emergencia y la alta prevalencia de *Klebsiella pneumoniae* como patógeno causal de abscesos hepáticos, sobre todo en estudios Asiáticos; siendo el patógeno más frecuente en nuestros pacientes. Estudios poblacionales realizados en América del Norte, Australia y Europa han identificado una mayor prevalencia de *Streptococcus* y *E. coli*. La etiología polimicrobiana fue la segunda causa más frecuente de abscesos hepáticos en nuestra población. El número de comorbilidades está asociado con una mayor mortalidad. En nuestro estudio los pacientes que fallecieron presentaron una puntuación media mayor en la escala de comorbilidad de Charlson.

Conclusiones. Uno de cada diez pacientes falleció por abscesos hepáticos. Presentar ictericia y la etiología polimicrobiana se asociaron a mayor mortalidad.

A-177

¿SE PUEDE PREDECIR EL REINGRESO EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA-INFECIOSAS CON VARIABLES EPIDEMIOLÓGICAS SENCILLAS?

J. San Martín López, M. Romero Sánchez, J. Ortiz Sánchez, J. Ruiz Gardín, N. Cabello Clotet, E. Canalejo Castrillero, A. Barrios Blandino y C. Jiménez Navarro

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

Objetivos. Diseñar un modelo predictivo que permita calcular el riesgo de reingreso al mes del alta usando variables epidemiológicas sencillas.

Material y métodos. Se analizan los ingresos consecutivos desde 1 de abril 2004 hasta 31 de mayo 2010 en una Unidad de M. Interna-Infeciosas del H. Fuenlabrada. Se realizó un análisis univariado de las variables relacionadas con reingreso en 30 días con el test de Chi cuadrado. Las variables con $p < 0,15$ se incluyeron en un análisis de regresión logística. En función de Exp (B) resultante se asignó una puntuación a cada variable significativa.

Resultados. Descripción de la muestra: 977 ingresos, correspondientes a 888 pacientes. Varones 57%. Edad media 57,6 (15-98). Inmigrantes: 11,5%. Causas fundamentales de ingreso: enfermedad infecciosa 81%, VIH 9%, TBC 3%, EPOC 19%, fiebre a estudio 8,2%, infección respiratoria 41,1%, infiltrado 23%, bronquiectasias 9%, infección urinaria 19%. No infecciosas 19%, ACVA 3,5%, ICC 6,3%, demencia avanzada 5,5%. Otras variables: EPOC severo 6,7%, O₂ domiciliario 9%, 3 o más ingresos año previo 7%, estancia media mayor de 10 días 22,4%, exitus 3,8% y reingreso a los 30 días 10,7%. Descripción de los pacientes que reingresan: varones 71%, EPOC 49%, estancia mayor de 10 días 43%, bronquiectasias 25%, más de 3 ingresos 25%, EPOC severo 23%, demencia avanzada 12%, ERC 10%. En el análisis multivariado se mantuvieron significativas y se asignó el siguiente valor a cada variable: 3 o más ingresos (OR 2,8 1,5-5,2, $p = 0,001$; 1,5 puntos); EPOC severo (OR 2,7, 1,4-5,4 $p = 0,005$; 1,5 puntos); demencia avanzada (OR 2,4, 1,2-5,0, $p = 0,013$; 1 punto); ERC (OR 4,7, 2,0-11, $p < 0,001$; 2,5 puntos); bronquiectasias (OR 2,2, 1,2-4,3, $p = 0,015$; 1 punto); estancia media mayor de 10 días (OR 1,9, 1,2-3,1, $p = 0,005$; 1 punto). El riesgo de reingreso en función de la puntuación de cada paciente fue: 0 puntos: 5%, 1 punto 12%, 1,5 puntos 27%, 2 puntos 35%, 2,5 puntos 29%, 3 puntos 60%, 3,5 puntos 46%, 4 puntos 63%, 4,5 puntos 50%, 5 puntos 55%

Discusión. La experiencia nos dice que los pacientes respiratorios y los dependientes severos suponen un alto número de reingresos. Nuestra intención ha sido cuantificar esta experiencia, demostrando que en el momento del alta es fácil predecir los pacientes con alta probabilidad de reingreso en nuestra Unidad, siendo el mayor riesgo asociado a aquellos con enfermedad renal crónica severa

pero el mayor número correspondiente a pacientes EPOC severo con bronquiectasias y con demencia avanzada dependiente. Son marcadores indirectos pero útiles el número de ingresos en el año previo y una estancia media prolongada, como también la experiencia nos dice. Según nuestros datos, los pacientes que no presentan ninguna de estas variables tienen un riesgo de reingreso menor del 5%, mientras que reingresarán más del 50% de los que tienen más de 3 puntos en nuestro modelo. Debemos estudiar estrategias para evitar el reingreso precoz y repetido de estos pacientes, que supone un gran y a menudo estéril esfuerzo para el sistema público, ya que no se asocia a una mejora en su calidad de vida.

Conclusiones. El mayor número de reingresos corresponde a EPOC severo con bronquiectasias y demencia avanzada dependiente, en pacientes con varios ingresos en el año previo y una estancia media prolongada. Siendo estos pacientes fácilmente identificables, debemos estudiar estrategias para evitarles un reingreso precoz y repetido.

A-178

INFECCIÓN POR GRIPE A EN EL HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL

A. Sáenz¹, M. Mañas¹, P. Calderón¹, C. Muñoz¹, J. Castro¹, M. Sidahi¹, J. Gijón¹ y J. Martínez²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología. Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real.

Objetivos. Describir las características epidemiológicas, evolución clínica, complicaciones y tratamiento de los pacientes con PCR positiva para H1N1 que precisaron ingreso hospitalario.

Material y métodos. Se analizaron de forma retrospectiva los pacientes con PCR positiva para H1N1 que precisaron ingreso hospitalario en el Hospital General de Ciudad Real durante los meses de septiembre a diciembre de 2009. Se han excluido los pacientes menores de 14 años, los que no precisaron ingreso y aquellos en los que no se disponía de los datos requeridos. Se elaboró un protocolo de recogida donde se incluyeron sexo, edad, características clínicas, factores de riesgo (> 65 años, embarazo, antecedentes personales de cardiopatía, patología respiratoria o hepática crónicas, diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, enfermedades neuromusculares e inmunosupresión), evolución y tratamiento.

Resultados. Se incluyeron en el estudio un total de 78 pacientes. De ellos 37 eran varones (47,4%) y 41 mujeres (52,6%). La edad media fue de 44,3 años (14-79). Once mujeres (14,3%) estaban embarazadas. Entre los antecedentes personales se recogía patología respiratoria en 21 (27,3%), cardiopatía en 10 (13%), diabetes mellitus en 10 (13%), obesidad en 3 (3,8%), insuficiencia renal crónica en 2 (2,6%), hepatopatía crónica en 1 (1,3%), enfermedades neuromusculares en 1 (1,3%), e inmunosupresión en 5 (6,5%). Las manifestaciones clínicas más frecuentes de consulta fueron tos (90,9%), fiebre (88,3%), mialgias (48,1%), disnea (45,5%), cefalea (28,6%), dolor garganta (15,6%), diarrea (11,7%), vómitos (9,1%), hemoptisis (7,8%), y alteración del nivel de conciencia (3,8%). El motivo de ingreso más frecuente fue la neumonía en 32 pacientes (41%), seguido de la insuficiencia respiratoria en 16 (21,3%), shock en 3 (3,9%) y derrame pleural complicado en 1 (1,3%). Precisaron ingreso en la Unidad de cuidados intensivos (UCI) 11 (14,1%), de ellos en 9 casos fue necesaria la ventilación mecánica. En cuanto al tratamiento, en 73 (93,6%) pacientes se realizó tratamiento con oseltamivir. En 51 (65,4%) casos se pautó tratamiento antibiótico, los más utilizados fueron levofloxacino (22%), amoxicilina-clavulánico (13%) y ceftriaxona (13%). Fueron exitus 4 pacientes (5,4%).

Discusión. La pandemia por el virus de la gripe A (H1N1), se inició en marzo de 2009 en México. Se extendió a otros países generando una importante alarma social y sanitaria. La mayoría de los casos de muerte asociados a la gripe se suelen deber a neumonía viral primaria y el síndrome de distrés respiratorio agudo asociado, la

neumonía bacteriana secundaria y la descompensación de patologías crónicas de base. En el caso de la gripe A, el grupo de población afectado ha sido más joven que en la gripe estacional, con lo cual presentaban menor patología concomitante. Sin embargo, el mayor número de complicaciones se ha asociado a pacientes con patología crónica pulmonar, sobre todo asmáticos, inmunodeprimidos, cardiopatas, embarazadas, diabetes mellitus y obesidad. La mayor parte de los casos sospechosos de esta enfermedad no han precisado hospitalización y han presentado buena evolución con tratamiento sintomático. En nuestro caso, las principales complicaciones han sido el desarrollo de neumonía e insuficiencia respiratoria, precisando en 11 casos el ingreso en UCI. En la mayoría de los casos se precisó el tratamiento antibiótico por sobreinfección bacteriana con buena evolución posterior. Sólo cuatro pacientes fallecieron durante el ingreso.

A-179

CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA INVASIVA EN CONVIVENCIA CON LA PANDEMIA DE GRIPE A (H1N1)

L. Llobera¹, R. Nuñez¹, L. Mateu¹, M. Giménez², C. Ardanuy³, M. Sabrià¹, C. Rey-Joly¹ y M. Pedro-Botet¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona). ³Servicio de Microbiología. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

Objetivos. Conocer las características epidemiológicas, manifestaciones clínicas y microbiológicas de la enfermedad neumocócica invasiva (ENI) en población adulta y evaluar posibles cambios en su incidencia coincidiendo con la pandemia de gripe A (H1N1).

Material y métodos. Estudio prospectivo y observacional realizado en el HUGTiP (600 camas) desde enero de 2009 a junio de 2010. Los serotipos (ST) se identificaron mediante técnica de Quellung. Los datos sobre la incidencia de ENI fueron comparados con los de 2008. Se incluyeron de forma consecutiva en el estudio todos los episodios con ENI. Entendiendo por ENI todo episodio con cultivo de muestra biológica estéril positivo para *Streptococcus pneumoniae*.

Resultados. Se incluyeron 73 episodios de ENI que afectaron a 73 pacientes. La edad media fue de 58,9 años y 51 (69,9%) fueron hombres. 18 (24,6%) de los episodios se originaron en el ámbito sanitario (nosocomial (5), y nosohusial (13)). 60 (82%) tuvieron alguna enfermedad subyacente, entre las que destacaron neumopatía crónica (26%), patología neurológica (24,7%) y neoplasia activa (30,1%). En cuanto a la vacunación, tan sólo se obtuvo datos de 32 pacientes de los cuales 11 (34%) habían sido vacunados. 69 (94,4%) de los episodios fueron bacteriémicos. Los ST más prevalentes fueron el 3 (9,6%), 6A (8,2%), 7F (9,6%) y 19A (5,5%). Se confirmó gripe A(H1N1) por PCR de aspirado nasofaríngeo en 1 caso. 52 (71,2%) presentaron neumonía, 17 (32,6%) con un índice de FINE \geq IV. 49 (67%) presentaron alguna complicación: shock séptico (21, 29,2%), insuficiencia respiratoria (28,38%) e ingreso en UCI (15,2%). La mortalidad fue del 11%.

Discusión. Las incidencias de ENI en 2008 y 2009 han sido similares, sin embargo en 2009 se aprecia una distribución distinta de los casos con una reagrupación de los mismos durante los meses de mayor tasa de gripe A(H1N1). A pesar de ello la coinfección ha sido excepcional. Los ST más prevalentes no están incluidos en la vacuna heptavalente (PCV7). El síndrome clínico más frecuente de la ENI ha sido la neumonía y destaca que en una cuarta parte de los casos el episodio se ha relacionado con el ambiente sanitario. Finalmente destacar la baja mortalidad de la serie (11%) comparado con los datos de la literatura (15-20%).

Conclusiones. La pandemia de la gripe A (H1N1) se ha asociado en el tiempo con incrementos puntuales en la incidencia de la ENI. Se asiste a un incremento creciente de serotipos no incluidos en PCV7.

A pesar de la elevada comorbilidad de la población incluida en el estudio, destaca una escasa mortalidad.

A-180

MANEJO EXTRAHOSPITALARIO DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS. PROGRAMA TADE AMPLIACIÓN DE RESULTADOS

B. Garrido Bernet¹, L. Abella Vázquez¹, S. Vicente Rodríguez¹, M. Padilla Salazar¹, M. Rodríguez Muñoz², J. Ode Febles², O. Díez Gil² y P. Laynez Cerdeña¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología. Complejo Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. ³Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén.

Objetivos. El concepto T.A.D.E. (Tratamiento antimicrobiano domiciliario endovenoso) implica el tratamiento de la enfermedad infecciosa en el propio domicilio del paciente, mediante la administración del antimicrobiano por vía endovenosa, así como la realización de controles clínicos y analíticos por parte de médicos y enfermeras. El objetivo del estudio consiste en analizar las características de los pacientes incluidos en un programa de T.A.D.E. con la finalidad de difundir sus ventajas respecto a la hospitalización convencional.

Material y métodos. Se han incluido un total de 204 pacientes que han recibido antibioterapia endovenosa domiciliaria en la Unidad de Hospitalización a Domicilio de HUNSC durante el período comprendido entre septiembre de 2008 a diciembre de 2009 (total de pacientes hospitalizados en H.A.D.O. 541). Se ha realizado una revisión de todas las historias clínicas, registrando los datos en una tabla que incluye 15 variables, para su posterior análisis.

Resultados. La edad media pacientes de los pacientes incluidos fue de 58,9 años (3-87). La clasificación según el índice de Barthel fue de independientes: 120, dependencia leve 43, moderada 13, grave 17, total 1. Los días de estancia media hospitalaria fueron 6 días, y los de ingreso en H.A.D.O. fueron 13 días. Las enfermedades de base más frecuentes fueron el EPOC, la diabetes, las neoplasias sólidas, los ACV y las infecciones urinarias de repetición. La mayoría de los pacientes eran remitidos tanto de consultas externas como de la planta de hospitalización de MI (42), Neumología (30) y Cirugía general (13), así como de Urgencias (29). Los microorganismos más comúnmente aislados fueron *Pseudomonas aeruginosa* (34), *Staphylococcus aureus* (13) y *E. coli* (10). Los fármacos más usados fueron ceftriaxona (39), levofloxacina (33), amikacina (27) y ertapenem (25). El 56% de los antibióticos utilizados se indicaron de forma empírica, y la forma de administración fue a través de catéter central de inserción periférica en el 15,5% de los pacientes, por catéter periférico en el 79,8% y a través de reservorio en el 2,6%.

Conclusiones. Destacar que el programa de T.A.D.E. es seguro y presenta entre sus ventajas: disminución de la transmisión hospitalaria de gérmenes multirresistentes; disminución de la comorbilidad asociada al ingreso hospitalario; aumento de la calidad de vida del paciente y su familia; disminución de la estancia hospitalaria con el consiguiente descenso de gasto sanitario.

A-181

PARÁMETROS HEMATOLÓGICOS EN LOS PACIENTES CON INFECCIÓN POR EL VIH

E. Resino, V. Torres, B. Roca y J. Ferrero

Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Castellón. Universidad de Valencia. Castellón.

Objetivos. Las alteraciones en los parámetros hematológicos son muy frecuentes en la mayoría de enfermedades crónicas. Dichas

alteraciones eran especialmente prevalentes en los pacientes con infección por el VIH, antes de existir tratamientos eficaces, debido a diversos factores, entre los que figuraban las infecciones oportunistas, los propios tratamientos antirretrovirales y otras enfermedades o factores de riesgo asociados. En la actualidad, en que la mayoría de pacientes con esa infección están asintomáticos, la información existente en ese terreno es limitada. Con el presente estudio pretendemos mejorar el conocimiento sobre esa materia.

Material y métodos. Estudio transversal para conocer los resultados de los parámetros hematológicos en los pacientes con infección por el VIH, y evaluar la posible correlación de dichos valores con los datos sociodemográficos, el recuento de linfocitos CD4 y la carga viral del VIH de tales pacientes. Para evaluar la posible asociación de los valores de dichos parámetros hematológicos con el resto de variables se utiliza el test t de Student (para las variables discretas) o bien el coeficiente de correlación de Pearson (para las variables continuas).

Resultados. Se incluye a un total de 164 pacientes. La media (y la desviación estándar) de su edad es de 41 (± 7) años; 126 pacientes (77%) son varones; 122 (74%) son fumadores; 41 (25%) tienen un hábito enólico, consistente en tomar 10 o más bebidas alcohólicas a la semana; 115 (70%) están coinfectados con el virus de hepatitis C; 118 (72%) se han infectado con el VIH por vía parenteral; 72 (44%) están en tratamiento con combinaciones de medicamentos que incluyen inhibidores de la proteasa, 75 (46%) están en tratamiento con combinaciones de medicamentos que no incluyen inhibidores de la proteasa, y 17 (10%) no están tomando tratamiento antirretroviral; 92 (56%) tienen la carga viral del VIH indetectable; la media (y la desviación estándar) del recuento de linfocitos CD4 es de 507 (± 379) células por mm^3 ; la media (y la desviación estándar) de los parámetros de hematología son las siguientes: recuento de leucocitos 6.395 (± 2.225) por mm^3 , hemoglobina 13,8 ($\pm 1,9$) g/L, volumen corpuscular medio de los eritrocitos 103,7 ($\pm 13,9$) fl, recuento de plaquetas 210.000 (± 81.000) por mm^3 , volumen plaquetar medio 8,0 ($\pm 0,9$) fl. Un total de 23 pacientes (14%) tiene unos niveles de hemoglobina inferiores a 12 g/L, y un total de 33 pacientes (20%) tiene un recuento de plaquetas inferior a 150.000 por mm^3 . Los niveles de hemoglobina y el recuento de plaquetas son más altos en los varones ($p = 0,017$ y $0,028$ respectivamente), mientras que el volumen plaquetar medio es más alto en las mujeres ($p = 0,018$); existe una correlación positiva entre el recuento de linfocitos CD4 y el recuento de leucocitos totales y el recuento de plaquetas.

Conclusiones. Las alteraciones hematológicas siguen siendo muy frecuentes en los pacientes con infección por el VIH, y muy especialmente en las mujeres, pese a la disponibilidad de tratamientos eficaces para dicha infección.

A-182

ETIOLOGÍA Y EPIDEMIOLOGÍA DE LA MENINGITIS EN EL HOSPITAL GENERAL DE SEGOVIA ENTRE LOS AÑOS 2000 Y 2008

G. Herrero Muñoz¹, S. Hernando Real², M. Cepeda González³ y P. Carrero González²

¹Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, ²Sección de Microbiología, ³Servicio de Medicina Interna. Hospital General. Segovia.

Objetivos. Revisar la epidemiología y aspectos clínicos más relevantes de las meningitis adquiridas en la comunidad en la provincia de Segovia.

Material y métodos. Se realizó un estudio retrospectivo y observacional de aquellos pacientes del Hospital General de Segovia, cuyo diagnóstico registrado al alta en el Conjunto Mínimo Básico de Datos fue de meningitis. Los datos se recogieron a partir de la revisión de las historias clínicas desde el año 2000 hasta el 2008 inclu-

sive. Se llevó a cabo el análisis estadístico mediante el programa SPSS 15.0.

Resultados. Se han recogido 206 casos, 67,5% varones con una edad mediana de 29 años. La etiología más frecuente fue la vírica (58,7%), siendo el agente etiológico más frecuente los virus del grupo Herpes (10,2%), seguido de los Enterovirus (7,8%). Dentro de las de etiología bacteriana (32%), el agente etiológico más frecuentes fue *S. pneumoniae* (Sp) (8,7%), seguido de *L. monocitogenes* (Lm) (3,4%), *N. meningitidis* (Nm) (2,9%), y *S. agalactiae* (Sa) (1,9%). Por grupos de edad, respecto a las meningitis de origen vírico, los Enterovirus fueron la especie más frecuente en pacientes de 0 a 14 años, mientras que los virus del grupo Herpes los fueron en el resto. En relación a las meningitis de origen bacteriano Nm fue la especie más frecuente en pacientes de 0 a 14 años, mientras que Sp lo fue en el resto. Sólo el 41,7% de los pacientes presentaban la tríada clínica clásica, siendo la fiebre (83,5%) la más frecuente, seguida de cefalea (79,1%). El grupo antibiótico más utilizado antes de acudir al servicio de urgencias fue los betalactámicos/cefalosporinas (62%). La mayoría de los pacientes (97,5%) requirió ingreso hospitalario, con una estancia media de 8 días, siendo las meningitis de origen vírico las que menos días de estancia requirieron (0-3 días). El 67,5% evolucionaron a curación sin secuelas. La mortalidad total en el Hospital General de Segovia a causa de meningitis fue del 5,3%. La mortalidad causada por las meningitis de origen bacteriano fue del 13,6%, siendo el agente causal más frecuente Sp (55,5%). La mortalidad causada por las meningitis de origen vírico fue del 1,6%.

Conclusiones. Las meningitis más frecuentes en la provincia de Segovia son las de origen vírico. Respecto a las meningitis bacterianas, Sp es el agente etiológico más frecuente, seguido de Lm, que ha experimentado un gran aumento y está por encima de Nm. La tríada clínica clásica aparece en cerca de la mitad de los pacientes aunque la casi totalidad presenta al menos uno de sus síntomas. La mortalidad asociada a esta entidad en la provincia de Segovia es baja en comparación con los estudios publicados.

A-183

ENDOCARDITIS POR BACILOS GRAMNEGATIVOS NO HACEK EN EL ÁREA DE SALUD DE TOLEDO

M. García Butenegro, R. Crespo Moreno, M. Moya, R. Salcedo, A. Moreno, M. Malmierca Corral, E. Crespo Valadés y J. González Moraleja

Servicio de Medicina Interna. Hospital Tres Culturas. Toledo.

Objetivos. Describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes diagnosticados de endocarditis por bacilos gramnegativos no HACEK en el Complejo Hospitalario de Toledo durante los años 1995-2010.

Material y métodos. Se revisaron todas las historias clínicas de pacientes diagnosticados de endocarditis infecciosa entre los años 1995-2010 (267 pacientes) en el Complejo Hospitalario de Toledo que cubre un área de 419.000 habitantes. De ellos se seleccionaron aquellos diagnosticados de endocarditis por bacilos gram negativos No HACEK.

Resultados. Se encontraron 4 casos: Caso 1: varón de 75 años con antecedentes de valvulopatía mitroaórtica degenerativa, diabético y episodios de colangitis de repetición que ingresa por fiebre y edema agudo de pulmón. El ETE muestra una verruga en válvula aórtica. Se aisló *E. coli* en varios hemocultivos. Caso 2: varón de 76 años con cardiopatía estructural no filiada e ictus que ingresa por fiebre y hematuria y ecocardiograma con verruga sobre válvula mitral. En los hemocultivos se aisló *Pseudomonas aeruginosa*. Caso 3: mujer de 82 años hipertensa, diabética, fibrilación auricular crónica, demencia vascular y sepsis biliar por *E. coli* reciente que ingresa por fiebre y hemiparesia derecha. El ecocardiograma muestra una verruga sobre válvula mitral con hemocultivos positivos a *E. coli*.

Caso 4: mujer de 75 años ITU de repetición en paciente con litiasis coraliforme que ingresa por febrícula sin claro foco infeccioso con E. coli en hemocultivos y ecocardiograma con endocarditis sobre válvula aórtica. Todos los casos fueron tratados con antibioterapia de amplio espectro, sólo uno falleció. La endocarditis por bacilos gram negativos No HACEK es una patología poco frecuente y ocupa el 1,5% de las endocarditis totales de nuestro medio. Todos los casos eran ancianos con un rango de edad entre 76 y 83 años. El síntoma común en todos los pacientes fue la fiebre con insuficiencia cardíaca en el 25% de los casos. El 100% mostraban bacteriemia por bacilos gram negativos con fuente de infección del tracto genitourinario o gastrointestinal. En nuestra muestra no existen casos en usuarios de drogas por vía parenteral. Todos los casos se presentaron sobre válvula nativa pero con valvulopatía predisponente en la mitad de los casos. Las válvulas más afectadas fueron la válvula aórtica y la mitral. Los microorganismos implicados fueron E. coli y Pseudomonas (3 y 1 caso respectivamente).

Discusión. A pesar del pequeño tamaño de la muestra los resultados obtenidos son similares a los obtenidos en otras series mayores. Así, se presenta de forma inusual en adictos a drogas por vía parenteral (0-9%) con vía de entrada más frecuente genitourinaria y gastrointestinal. La mortalidad hospitalaria también se superpone a la de otros estudios (25%).

Conclusiones. La endocarditis por bacilos gram negativos No HACEK es una patología excepcional pero con alta mortalidad (25%) que debemos sospechar en pacientes ancianos con valvulopatía predisponente y bacteriemias de repetición de origen genitourinario y gastrointestinal. Se involucran otros factores de riesgo como son infecciones nosocomiales.

A-184

ESTUDIO DE LAS INFECCIONES URINARIAS CAUSADAS POR GÉRMENES PRODUCTORES DE BETA-LACTAMASAS DE ESPECTRO AMPLIADO (BLEA) EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA

A. Costa Cerdá¹, M. Martínez Lasheras¹, D. Bernal Bello¹, L. Abejón López¹, M. Torralba González de Suso¹, D. Tena Gómez², S. Solís del Baño² y M. Rodríguez Zapata¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara.

Objetivos. El objetivo de nuestro estudio es describir las características clínicas, epidemiológicas y microbiológicas de los pacientes ingresados en el Hospital Universitario de Guadalajara con urocultivo positivo con uropatógenos más comunes productores de (BLEA) durante el año 2005 y 2009. Asimismo queríamos evaluar los factores de riesgo asociados a la presencia de BLEAs en estos pacientes.

Material y métodos. Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en el que se han revisado las historias clínicas de los pacientes ingresados en el Hospital Universitario de Guadalajara durante los años 2005 y 2009 que presentan urocultivo positivo con gérmenes productores de BLEA. Se analizaron variables epidemiológicas, clínicas y microbiológicas.

Resultados. En total se realizaron en el hospital 27.631 urocultivos en 2005 con un 13% de resultados positivos (47.874 en 2009 con 16% positivos). El 2,4% fueron productores de BLEA en 2005 frente a 5,2% en 2009 ($p < 0,0001$). El 100% de los aislamientos fueron E. coli en 2005. En el año 2009 el 75,6% corresponden a E. coli, el 24% a Klebsiella pneumoniae, 1,3% a S. aureus y 2,5% S. del Grupo D. Ingresaron 21 pacientes con BLEAs en 2005 y 78 en el año 2009. La mediana de edad de los pacientes fue de 86 años (IIC: 70,5-92) y 81 años (IIC: 77-86,2) en 2005 y 2009 respectivamente. La mediana de estancia hospitalaria fue de 11 días en 2005 (IIC: 7-16) y 10 días en 2009 (IIC: 6-15), y la mediana de duración del tratamiento antibiótico fue de 10 días en ambas muestras. Los pacientes ingresados

con BLEA tenían un mayor porcentaje de pacientes con sonda permanente, manipulación urológica reciente e institucionalizados en el año 2009 frente al 2005 (tabla). En 6 pacientes del total no se realizó tratamiento antibiótico. La mortalidad en 2009 fue del 11,5% y nula en el 2005.

Conclusiones. Las ITU por bacterias productoras de BLEA han aumentado de manera estadísticamente significativa en la provincia de Guadalajara. Los ingresos por dicho motivo se han multiplicado por tres en 4 años. No se modifica la estancia media ni la duración del tratamiento. A pesar de no encontrar diferencias significativas en la edad de los pacientes, sí las hay en los pacientes procedentes de residencias, indicando un grado de pluripatología o comorbilidades mayor en años posteriores. La manipulación urológica reciente, el sondaje urinario permanente y la institucionalización son las variables asociadas con la infección por estos gérmenes en los pacientes ingresados en nuestro hospital.

Tabla 1 (A-184). Variables asociadas a la producción de BLEA. Diferencias entre los años 2005 y 2009

	2005 n (%)	2009 n (%)	OR	IC95% OR	p
Institucionalizado	4 (19%)	36 (46%)	3,64	1,12-11,8	0,025
Sonda permanente	2 (9,5%)	28 (36%)	5,32	1,15-24,52	0,02
Manipulación reciente urológica	1 (4,8%)	22 (28,2%)	7,86	0,99-62,1	0,024

A-185

NOCARDIOSIS PULMONAR

G. García, J. Vega, F. Carrion, M. Artero, M. Jiménez, S. Herrera y T. Sánchez

Medicina Interna. Hospital General Universitario Santa María del Rosell. Murcia.

Objetivos. Analizar las características clínicoepidemiológicas y terapéuticas en pacientes con infección por Nocardia en un período de 9 años.

Material y métodos. Se revisaron retrospectivamente las HC de los pacientes diagnosticados de nocardiosis (N) en nuestro hospital (de 2.º nivel, 384 camas) en entre enero de 2000 y diciembre de 2009. Los criterios de inclusión fueron la presencia de Nocardia spp en muestras de esputo, BAL y BAS. Fueron recogidos los siguientes datos: factores predisponentes, manifestaciones clínicas, hallazgos radiológicos, informes microbiológicos, tratamiento y evolución.

Resultados. La N se diagnosticó en 6 pacientes (3 hombres, mediana edad 58 años). Las características clínicas de cada paciente son detallados en la tabla.

Discusión. La condición subyacente más frecuente fue la EPOC (3) y, al igual que en otras series, el factor de riesgo más importante fue la corticoterapia. (3 casos). La N afectó en todos los casos al pulmón, presentando 1 paciente enfermedad diseminada (afectación SNC y cutánea). Cabe destacar que la infección se presentó en 1 paciente tratado crónicamente con cotrimoxazol (CMX). Los hallazgos clínicos más frecuentes fueron tos (6), y fiebre (5). La Rx fue patológica en todos los casos, siendo el infiltrado alveolar el hallazgo más frecuente (4). Se realizaron en 4 de los cultivos tests de sensibilidad antibiótica, con S a QN, PEN y CMX. El tratamiento fue combinado en 4 casos, siendo el más CMX el más frecuente, con una mediana de duración de 160 días. Durante el seguimiento 2 pacientes presentaron recidiva a pesar de lo cual todos evolucionaron favorablemente

Conclusiones. Probablemente la incidencia de N se verá aumentada por el envejecimiento de la población, junto a la alta prevalencia de broncopatía crónica y el incremento de tratamiento IS. Es fundamental la alta sospecha clínica teniendo en cuenta los princi-

Tabla 1 (A-185).

Caso	E/S	F. riesgo	Aislamiento	tP. clínica	TTO	Duración	Evolución
1	46/V	VIH	Espuito	Diseminada	CMX	120	Recid/Fav
2	48/M	Crohn/AZA	Espuito/BAS	Inf pulm. mult	CMX Imi+Ceft Am-Clav	365	Recid/Fav
3	84/V	Asma/GC	Espuito	Nod pulm	QN	30	Fav
4	68/M	GC	BAL	Inf pulm	CMX	395	Fav
5	27/V	Bronquiec	Espuito	Inf pulm	Pen+AG	60	Fav
6	86/M	E. hemat/GC	Espuito	P. interst	QN	210	Fav

pales factores de riesgo (corticoterapia y EPOC) ya que se requieren medios de cultivo especiales para su diagnóstico, dependiendo el pronóstico de la extensión y de la gravedad de la enfermedad de base. Ver tabla 1, (A-185)

A-186

LEISHMANIASIS SISTÉMICA EN EL HOSPITAL DE FUENLABRADA

J. San Martín López, J. Ortiz Sánchez, C. Jiménez Díaz, N. Cabello Clotet, J. Ruiz Giardín, E. Canalejo Castrillero y A. Barrios Blandino

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

Objetivos. Estudio descriptivo de los casos de leishmaniasis sistémica en nuestra Área.

Material y métodos. Se recogen los casos diagnosticados de leishmaniasis en nuestro servicio de Medicina Interna desde enero 2005 a junio 2010.

Resultados. Se diagnosticaron 12 casos de leishmaniasis sistémica. Todos los pacientes son varones, edad media 39 años (todos los casos menores de 50 años salvo un paciente con 72 años). 9 pacientes eran inmunocompetentes (75%), 2 con infección VIH y 1 con cáncer de tiroides. La distribución es homogénea durante el período de estudio, con una media de dos casos anuales; si bien 8 (67%) de los casos iniciaron los síntomas entre verano y otoño. 3 casos corresponden a leishmaniasis ganglionar (todos ellos españoles) y 9 a leishmaniasis visceral (5 inmigrantes -4 subsaharianos y 1 ecuatoriano- y 4 españoles). Todos los pacientes con leishmaniasis visceral habían sido remitidos para fiebre a estudio, y presentaban pancitopenia y esplenomegalia. Los 3 casos con leishmaniasis ganglionar tenían afectación cervical y se diagnosticaron por los hallazgos de PAAF. En 6 de los 9 casos de leishmaniasis visceral se empezó el tratamiento empírico antes de tener confirmación diagnóstica. El diagnóstico se confirmó por visión directa en microscopio en 5 casos (incluyendo los 3 ganglionares), por serología en 3 y por PCR en médula ósea en 3. En un paciente VIH con leishmaniasis antigua se realizó dx presuntivo. La media de retraso de tratamiento desde el inicio estimado de los síntomas fue de 49,3 días (rango 18-120). Se eligió anfotericina B liposomal en 8 pacientes, anfotericina B complejo lipídico en 3 (aunque 2 de ellos completaron tratamiento con anfotericina B liposomal por intolerancia) y un paciente con leishmaniasis ganglionar no se trató al resolverse espontáneamente. Han recidivado hasta la fecha 4 pacientes: los dos pacientes VIH (que abandonaron profilaxis secundaria) y 2 de los 4 inmunocompetentes con leishmaniasis visceral. Se trata de un paciente español tratado con anfotericina B liposomal 1.800 mg dosis total, que recidivó a los 4 meses, y un paciente nigeriano tratado con anfotericina B complejo lipídico 1.050 mg dosis total, recidivando al año de tratamiento, si bien en este caso el paciente había comenzado tratamiento esteroideo unas semanas antes de la recidiva. Se consideran curados 9 casos, 1 está en tratamiento y uno de los pacientes VIH falleció por hepatopatía crónica.

Discusión. La alta incidencia de leishmaniasis en inmunocompetentes resulta llamativa, siendo muy superior a la esperada en comparación, por ejemplo, con los pacientes VIH, y a la descrita en las series habituales donde la leishmaniasis visceral en inmunodeprimidos supone al menos el 50% de los casos. Debemos mejorar el retraso en el diagnóstico, para lo cual la leishmaniasis debe ser incluida en primera línea de sospecha en los pacientes con fiebre de origen desconocido inmunocompetentes de nuestra Área. Además debemos agilizar la demora en las técnicas diagnósticas, siendo el aspirado de médula ósea con PCR y la serología suficientes en el contexto de nuestro centro. Destacamos además que, a pesar de utilizar las dosis recomendadas para inmunocompetentes, la proporción de recidivas fue elevada, lo cual podría deberse al menos en parte al retraso diagnóstico que condiciona mayor número de parásitos.

Conclusiones. La incidencia de leishmaniasis en inmunocompetentes en nuestra Área fue alta, así como la tasa de recidiva a pesar de usar las dosis recomendadas.

A-187

MEDITERRANEAN SPOTTED FEVER: ARE WE WINNING THE BATTLE?

J. Pires¹, A. Santos¹ y P. Fidalgo²

¹Servicio de Medicina 1, ²Servicio de Medicina 2. Fernando Fonseca. Amadora (Portugal)

Objectives. Mediterranean spotted fever (MSF) is a tick-borne zoonosis caused by *Rickettsia conorii* and is endemic in the Mediterranean region. In Portugal, the incidence of MSF was 8.4/105 inhabitants during 1989-2005, a high rate compared with other endemic countries in the Mediterranean basin. Some epidemiologic indicators, as well as, data on the cases of MSF admitted to our department suggest that the incidence of this illness is regressing. The aim of this study was to analyze the epidemiological, clinical, laboratory and treatment characteristics of patients diagnosed with MSF admitted to our department during the last 12 years.

Material and methods. All patients diagnosed with MSF at our department during the period 1998-2010 were included in this case series. Diagnosis was considered confirmed if the patients had an MSF diagnostic score of > 25 according to the scoring system described by Roul et al. Forty-six patients met the inclusion criteria. Data was collected from the DRG database of our department and revision of case notes. SPSS 18.0 version was used for the statistical analysis of data.

Results. The median age was 51.2 years [17-82 years], and 54.8% were males. Thirty-two cases were reported between 1998 and 2007, being 10 diagnosed afterwards. No direct contact with dogs was reported by 66.6% of the patients and 78.6% didn't had history of a thick bite. From the medical history hypertension (26.2%) was the most prevalent, while the most common habit was tobacco use (14.3), followed by alcoholism (11.9%). Clinically, rash was the most frequent symptom (97.6%), followed by fever (92.9%), arthromyalgias (78.6%), astenia (71.4%), headache (38.1%), anorexia (33.3%) and vomiting (26.2%). From the clinical signs tache noire (76.2%)

was the most encountered, followed by hepatomegaly (19%), dehydration (4.8%) and splenomegaly (2.4%). Among the laboratory studies anemia was found in 39% of men and 21% of women, thrombocytopenia in 60%, abnormal creatinine levels in 36%, ALT or AST elevations in 88%. Indirect immunofluorescence to *R. conorii* was performed in 19 patients, being 68% of these positive. All of the patients were treated with doxycycline. The outcome was favourable in all patients.

Discussion. It seems that the incidence of MSF in our area declined throughout the study period. When comparing the results of our study with previous ones, the clinical profile of the disease was found to be similar, as well as general laboratory results. Of note is the high percentage (60%) of patients presenting abnormal creatinine values.

Conclusions. Even though incidence of MSF in our area seems to have decreased, it's still an endemic disease, occurring mainly during the summer season. Having in mind that the diagnose can sometimes be challenging, there must be a high suspicion index for a patient with a rash and fever, being the gold standard for indirect diagnosis the serology assays, still scarcely ordered.

A-188

HEALTH-CARE-ASSOCIATED PNEUMONIA (HCAP) EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNA UGA. DIFERENCIAS CON LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC)

M. Cabré Roure¹, N. Arroyo García¹, C. Álvaro Rubio², E. Palomera Fanegas³, M. Serra-Prat³ y J. Almirall Pujol⁴

¹Servicio de Medicina Interna, ²Medicina Familiar y Comunitaria, ³Unidad de Investigación, ⁴Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital de Mataró. Mataró (Barcelona).

Objetivos. Health-care-associated pneumonia (HCAP) es un tipo de neumonía relativamente nueva. El objetivo de este estudio es determinar si existen diferencias en las características clínicas, estado funcional, comorbilidad, mortalidad hospitalaria, a los 30 días y al año y la bacteriología entre los pacientes con HCAP y los pacientes con NAC, e intentar clarificar la estrategia para el tratamiento de HCAP.

Material y métodos. Estudio observacional prospectivo de una cohorte de pacientes de más de 70 años con HCAP y NAC que fueron hospitalizados en una UGA entre enero de 2001 y diciembre de 2009. Factores de estudio: Edad, sexo, procedencia y destino, síndromes geriátricos, comorbilidades, estado cognitivo (Pfeiffer), presencia de Delirium, estado funcional (Índice de Barthel), la fuerza de la mano, estado Nutricional (Mini nutricional Assessment), test de la disfagia, Índice de comorbilidad de Charlson. Se determinó la severidad con el score de Fine (PSI risk class). Se registró la mortalidad intrahospitalaria, a los 30 días y al año y se compararon las características basales, la distribución de patógenos, los regímenes de antibióticos, y los resultados finales.

Resultados. Se estudiaron 243 pacientes (96 pacientes HCAP, 147 pacientes con NAC). La edad media era superior en la HCAP 87,1(6,8) contra 84,3 (6,4) $p < 0,001$. La forma de presentación clínica era similar en ambos grupos salvo en la presencia de más dolor torácico en los pacientes con NAC (21,9% vs 7,2%) $p 0,002$ y cuadro confusional agudo en los pacientes con HCAP (57,7% vs 36,3%) $p 0,001$. Ambos grupos tenían las mismas comorbilidades salvo un predominio significativo de síndrome de Demencia en el grupo HCAP 49,5% vs 22,6% $p < 0,001$ y anemia 61,9% versus 46,6% $p 0,019$. El estado funcional preingreso Barthel de 42(32,6) en HCAP y 71,0 (31,4) en las NAC $p < 0,001$. En el grupo HCAP las neumonías aspirativas fueron el 42,3% contra 17,8% en las NAC $p < 0,001$ y presentaban mas disfagia orofaríngea 78,4% contra 52,7% $p < 0,001$. El grupo HCAP presentaba un MNA < 17 en el 55,2% vs 22,1%. $p < 0,001$. En ambos grupos las clases de riesgo de Fine fueron del grupo IV y V. predominado la clase V en el grupo HCAP

86,6% vs 59,6% $p < 0,001$. La mortalidad intrahospitalaria fue de 15,5% vs 11,6% $p 0,38$, a los 30 días 19,6% vs 13,0% $p 0,167$ y al año 53,5% vs 32,2% $p 0,001$. El número de estudios microbiológicos fue similar en ambos grupos con una bacteriología positiva en el 23% de los pacientes con NAC y 28,9% en los HCAP. Con un predominio de *Streptococcus pneumoniae* y enterobacterias en ambos grupos y solo se aisló un MARSa en el grupo HCAP. Ambos grupos recibieron un tratamiento antibiótico empírico similar siguiendo el protocolo del centro hospitalario. Amoxicilina-ácido clavulánico en los pacientes con sospecha de aspiración, ceftriaxona y claritromicina en el resto y levofloxacino en los pacientes con alergia a la penicilina.

Conclusiones. En la población estudiada, los pacientes con HCAP son más ancianos, padecen más dependencia funcional previa, están más desnutridos, presentan más síndrome de demencia y cuadro confusional agudo con un predominio de neumonías aspirativas y disfagia orofaríngea y tienen un grado de severidad más importante que las NAC, pero la mortalidad intrahospitalaria y a los 30 días es similar en ambos grupos al igual que la bacteriología y el tratamiento antibiótico empírico.

A-189

HEPATOTOXICIDAD A LARGO PLAZO SECUNDARIA A ANTIRRETROVIRALES EN UNA COHORTE DE PACIENTES COINFECTADOS VIH/VHC CON HISTOLOGÍA HEPÁTICA CONOCIDA

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

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

Objetivos. Conocer la incidencia de hepatotoxicidad a antirretrovirales (HTTARV) en pacientes coinfectados VIH/VHC con estadiaje de fibrosis conocido seguidos prospectivamente a partir del momento de la biopsia hepática (BH).

Material y métodos. 378 pacientes coinfectados VIH/VHC a los se les realizó una BH entre 1997 y 2007. HTTARV Grado \geq II: elevación $\geq 2,6$ veces el límite superior de la normalidad (LSN) si ALT normales (N) o $\geq 2,6$ veces el nivel basal si ALT alteradas (A) y Grado III-IV: elevación > 5 veces el LSN si ALT N o $> 3,5$ los niveles basales en pacientes si ALT A al inicio del seguimiento. Se determinaron los valores de ALT semestralmente. Se utilizaron análisis de supervivencia y regresión logística multivariante.

Resultados. Mediana de seguimiento de 5,1 años. Principales características basales: 73% varones, edad 38 años (35-42), 29% con F3-F4, 93% con tratamiento antirretroviral (TARV) y 11% únicamente con análogos de nucleósidos (NUCS), CD4 497 (356-712); 70% RNA VIH < 200 ; hemoglobina 14,6 g/dL (13,6-15,7). El 95% de pacientes se sometió a cambios de TARV a terapias de simplificación durante el seguimiento. Cincuenta y cinco (14.5%) y treinta y tres (8,7%) de los pacientes presentó HTTARV \geq GII y \geq GIII respectivamente. Tasa de HTTARV \geq GII global (población 1) de $7,1 \times 100$ p-a y \geq GIII de $4,3 \times 100$ p-a. No se han observado casos de hepatitis fulminante. Únicamente 3 cambiaron de esquema terapéutico por este motivo. Un subanálisis excluyendo los pacientes sin TARV o con TARV con NUCS al inicio del seguimiento (población 2) mostró una tasa de HTTARV \geq GII de $6,4 \times 100$ p-a; mientras que en los pacientes que durante el seguimiento continuaron con la misma familia de agentes antirretrovirales (población 3) fue de $7,0 \times 100$ p-a, sin que existieran diferencias significativas entre los que recibieron tratamiento únicamente con no análogos de los nucleósidos (NAN) ($8,5 \times 100$ p-a) o inhibidores de las proteasas (IP) ($6,3 \times 100$ p-a). Los factores independientes asociados a HTTARV \geq GII fueron: Población 1: sexo (mujer: OR: 0,3), niveles de hemoglobina ($> 14,5$ gr/dL:OR: 0,38) y CV del VIH (> 400 cp/mL: OR: 2,2); Población 2: nivel de hemoglobina ($> 14,5$ g/dL; OR

0,50); Población 3: sexo (mujer: OR: 0,1) y CV del VIH (> 400 cp/mL: OR: 4,7). El estadio de fibrosis hepática y la respuesta al tratamiento con peginterferón (pegIFN) y ribavirina (RBV) no estuvo asociado a un mayor riesgo de presentar HTTARV.

Discusión. Nuestro estudio muestra una incidencia de hepatotoxicidad similar a la recogida en la literatura, pero a diferencia de otros estudios, no hemos encontrado asociación entre ésta y el estadio de fibrosis hepática o la respuesta al tratamiento con pegIFN + RBV. Se necesitan más estudios para definir la tolerancia y seguridad de los nuevos agentes antirretrovirales en pacientes coinfectados con estadios avanzados de hepatopatía.

Conclusiones. Existe una baja incidencia de HTTARV en pacientes con coinfección VIH/VHC estable que se somete a terapias de simplificación. El estadije de fibrosis hepática, la respuesta al tratamiento con pegIFN + RBV, o las distintas familias de ARV no se relacionaron con la aparición de HTTARV. No existe limitación en el uso de los agentes antirretrovirales actualmente disponible en la mayoría de pacientes coinfectados VIH/VHC con hepatopatía estable.

A-190

SÍFILIS Y VIH. ANÁLISIS DESCRIPTIVO EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO (MADRID). NEUROSÍFILIS

J. Castillo Álvarez, R. Sanz Lorente, B. González Casanova, E. Agrela Rojas, N. Sánchez Martínez, V. Sendín Martín, P. Ruiz Artacho y M. Téllez Molina

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

Objetivos. Realizar un análisis descriptivo de los pacientes con infección por VIH y *Treponema pallidum* ingresados en el Hospital Clínico San Carlos entre los años 1997-2009, con especial atención al diagnóstico de neurosífilis.

Material y métodos. Se seleccionaron los pacientes ingresados entre 01/01/1997 y 15/06/2009 con los diagnósticos de sífilis e infección por VIH y se revisaron sus historias clínicas. Las variables epidemiológicas, clínicas y de seguimiento fueron recogidas en un registro específico.

Resultados. En el período estudiado hubo un total de 22 pacientes que ingresaron en el Hospital con ambos diagnósticos; el 86,4% fueron varones y la mediana de edad fue de 35,6 años. En el 72,7% de los casos la infección por VIH ya era conocida. El factor de riesgo predominante para la infección fueron las relaciones homosexuales entre varones (63,6%). El 31,8% de los pacientes había sido diagnosticado previamente de sífilis; de ellos el 71% había recibido tratamiento. Al ingreso un tercio de los pacientes presentaba manifestaciones neurológicas y otra tercera parte estaban asintomáticos. En el 95% de los casos se realizó punción lumbar, y el 50% de los pacientes fueron diagnosticados de neurosífilis. De los pacientes sin afectación del sistema nervioso, más de la mitad recibieron tratamiento según el esquema de neuroilúes.

Discusión. La población coinfectada por VIH y *Treponema pallidum* corresponde en su mayoría a varones que mantienen relaciones sexuales con hombres. En muchos casos la infección por VIH ya era conocida en el momento del diagnóstico de sífilis, lo que sugiere que la población infectada continúa manteniendo prácticas de riesgo. La prevalencia de neurosífilis en estos pacientes es alta, por lo que la punción lumbar en pacientes asintomáticos puede prevenir el desarrollo de complicaciones neurológicas. Durante años y ante la falta de estudios, los pacientes coinfectados han recibido pautas de tratamiento con penicilina intravenosa cubriendo la posibilidad de neurosífilis aun con determinaciones microbiológicas negativas.

Conclusiones. La sífilis coexiste frecuentemente con la infección por VIH. El colectivo más afectado es el que realiza prácticas homosexuales. En pacientes infectados por VIH es necesario tener muy

en cuenta la potencial afectación del sistema nervioso central independientemente del estadio de la enfermedad.

A-191

DIFERENCIAS EN LA INFECCIÓN POR MICOBACTERIAS ATÍPICAS ENTRE PACIENTES VIH POSITIVOS Y NEGATIVOS

L. Cano Alcalde, C. Díez Romero, I. Cabezón Estevanez, E. Oliveros Acebes, A. Torres do Rego, J. Szymaniec y M. Artacho Rodríguez

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

Objetivos. Comparar las características epidemiológicas, clínicas, microbiológicas y las estrategias terapéuticas de la infección por micobacterias atípicas en pacientes VIH y en no VIH.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes diagnosticados de infección por micobacterias atípicas en un hospital de tercer nivel, en los últimos 6 años. Analizamos variables epidemiológicas, clínicas, microbiológicas, diagnósticas y terapéuticas, mediante el programa informático SPSS v.16.0.

Resultados. Se diagnostican 29 casos de infección por micobacterias atípicas de los cuales 23 son hombres y 6 mujeres, con una edad media de 48 años. El 58,62% tenían infección por VIH. La edad media de los VIH fue de 37 años, mientras que en los no VIH fue de 63, El 94% de los pacientes VIH eran hombres. Entre los no VIH el factor de riesgo para la infección por micobacterias atípicas más prevalente fue el tratamiento esteroideo (74%). La fiebre se presenta como síntoma inicial en el 52,9% de los VIH y en el 16,7% de los no VIH, en los pacientes VIH los síntomas digestivos aparecen en el 35,3%. La afectación pulmonar fue de 83,3% entre los individuos no VIH y tan sólo un 11,8% de los casos en VIH positivos en los que la infección diseminada se dio en un 76,5%. El 83,3% de los no VIH presentaron alteraciones en la radiografía de tórax, mientras que en el grupo de los VIH lo hicieron sólo el 23,5% ($p = 0,002$). Se aisló al microorganismo en un 87% de muestras respiratorias, en los pacientes VIH positivos se aisló en biopsia de médula ósea (29,4%) y de adenopatías (23,5%). *Micobacterium avium* complex (MAC) fue aislado con mayor frecuencia en ambos grupos (68,8% en VIH y 66,7% en no VIH). Ninguno de los VIH negativos fue tratado con el tratamiento estándar, en el grupo de VIH el 47,1% recibieron azitromicina y etambutol frente al 41,2% que recibió claritromicina y etambutol. El 88,2% de los pacientes VIH y el 75% de los no VIH resultaron vivos al año tras el diagnóstico ($p = 0,329$).

Discusión. En nuestra serie la edad media de los pacientes no VIH es mayor, lo cual se asocia al uso de esteroides por patología respiratoria crónica. Para ambos la fiebre fue el motivo de consulta inicial más frecuente, destacando en los pacientes VIH la frecuencia de síntomas digestivos. Las secreciones respiratorias son la muestra microbiológica con mayor rentabilidad diagnóstica en pacientes no VIH. En pacientes VIH, aun existiendo afectación pulmonar, las muestras más rentables son la biopsia de médula ósea y ganglionar debido a diseminación de la enfermedad. En nuestro estudio no existe consenso para el tratamiento en no infectados por VIH, mientras que en VIH el tratamiento habitual es la asociación de etambutol con un macrólido. Al año de seguimiento la supervivencia es elevada en ambos grupos, encontrando mayor mortalidad en aquellos pacientes VIH en los que no ha sido tratada la infección por micobacterias.

Conclusiones. La infección por micobacterias atípicas es una entidad rara, propia de inmunosuprimidos. Es más frecuente en varones, en VIH aparece en jóvenes, y en no VIH a partir de los 60 años. No encontramos ningún caso de infección diseminada en no VIH. La fiebre fue el síntoma inicial más prevalente en ambos grupos. Las secreciones respiratorias son la muestra microbiológica con mayor rentabilidad diagnóstica en pacientes no VIH. MAC fue

aislado con mayor frecuencia en ambos grupos. Es mortal en VIH si no reciben tratamiento.

A-192 TOXINA DEL *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* EN NUESTRO HOSPITAL DURANTE LOS AÑOS 2007-2009. CARACTERÍSTICAS DE NUESTRO MEDIO

P. Esteve Atiénzar, R. Andrés Navarro, S. Bañón Escandell, M. Pacheco Castellanos, P. Safont Gas, E. López Calleja y J. Merino Sánchez

Medicina Interna. Hospital Universitario San Juan. Alicante.

Objetivos. Describir las características clínicas y diferencias epidemiológicas de todos los pacientes con detección positiva para la toxina del *Clostridium difficile* en un hospital comarcal durante el período comprendido entre 2007-2009.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de todos los pacientes con positividad en heces de la toxina del *Clostridium difficile* desde el 1 de enero de 2007 hasta 31 de diciembre de 2009, mediante hoja de recogida de datos y analizándola con el programa SPSS.

Resultados. De un total de 635 peticiones de toxina del *Clostridium difficile* en 3 años, se analizaron las 57 que tuvieron resultado positivo. De estas 57, que se distribuyeron en 9 de 146 (6,1%) en el 2007, 23 de 240 (9,5%) en 2008 y 23 de 249 (9,2%), tuvimos acceso a los informes de alta de 34 pacientes. De los 34 pacientes analizados, la media de edad fue de 68,7 años, con 58,8% (20) mujeres y 41,2% (14) varones. En un 73,5% de los pacientes (25) hubo toma de antibiótico previo al inicio del cuadro, siendo cefuroxima el más frecuente (6 pacientes), quinolonas (6), combinaciones de más de un antibiótico en 2 pacientes, y en 8 de los casos, no se especificaba. En 13 pacientes (38%) había algún tipo de inmunosupresión, como pacientes en quimioterapia (17,6% de los pacientes), o tratamiento corticoideo crónico. En 3 pacientes (8,8%) había un antecedente de cirugía abdominal en el último mes. En cuanto a los síntomas, presentaron fiebre 20 pacientes (61,8%), diarrea 32 pacientes (94,1% del total), signos clínicos o analíticos de sepsis en 10 pacientes (29,4%). Ninguno de los pacientes se complicó con la presencia de megacolon o íleo paralítico. Con respecto al diagnóstico, se realizó colonoscopia en 10 pacientes (29,4%), TAC abdomino-pélvico en 15 pacientes (44,1%). En el 94,1% de los pacientes se trató con antibióticos, habiéndose usado metronidazol en 20 pacientes (58,8%), 3 con vancomicina (8,8%), y el resto, con combinaciones de varios antibióticos. No fue necesario cirugía en ninguno de los pacientes, y en 2 casos, tuvieron que ser hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos. En cuanto a la evolución, el 79,4% de los pacientes (27) tuvieron una evolución favorable, con 4 casos de éxitos (11,8%), y 2 reingresos (5,9%).

Discusión. Los principales factores de riesgo, son la edad mayor de 65 años, la severidad de la patología asociada, la inmunosupresión y la toma previa de antibióticos. La mortalidad está entre 2-5%. Hasta un 20% de los casos graves pueden aparecer sin diarrea, con íleo paralítico, signos de sepsis y/o abdomen agudo. El metronidazol es el fármaco de primera elección, con efectividad similar a la vancomicina, pero con menor coste. Los casos graves pueden precisar de tratamiento endoscópico, e incluso, cirugía.

Conclusiones. La aparición de colitis por la toxina del *Clostridium difficile* está íntimamente relacionada con el consumo previo de antibióticos, aunque también puede aparecer en casos de inmunosupresión como se demuestra. La diarrea y la fiebre son los síntomas predominantes, apareciendo en la mayoría de los pacientes. Ninguno de los pacientes se complicó con un íleo paralítico o evolucionó a megacolon tóxico. La mayoría de los pacientes fueron tratados de forma adecuada sólo con metronidazol. Todos los casos de fallecimiento se debieron a complicaciones de la enfermedad de base.

A-193 VALOR DIAGNÓSTICO DE LA PROTEÍNA C REACTIVA EN EL CONTEXTO DE UN BROTE DE NEUMONÍA POR *LEGIONELLA PNEUMOPHILA*

R. Solano Vera, L. de Benito Cordón, R. Ferri Bataller y J. Nieto Rodríguez

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

Objetivos. Comparar los niveles de Proteína C reactiva al ingreso, de los pacientes diagnosticados de neumonía por *Legionella pneumophila* con respecto a los diagnosticados de Neumonía Adquirida en la Comunidad por otras etiologías. Posteriormente, determinar la capacidad como herramienta diagnóstica de casos de legionelosis de la PCR y determinar un punto de corte de mayor sensibilidad y especificidad.

Material y métodos. Estudio observacional, retrospectivo, en el que se analizaron más de 70 variables de 64 pacientes que ingresaron en los Servicios de Medicina Interna y Neumología del Hospital Virgen de la Luz de Cuenca en el período comprendido entre 15 de Julio y 15 de octubre de 2009, con el diagnóstico de neumonía adquirida en la Comunidad. De estos 64 pacientes, 12 fueron casos confirmados de neumonía por *Legionella pneumophila*. Entre estas variables se recogieron los niveles de proteína C reactiva al ingreso. Para el análisis se utilizó el sistema informático SPSS versión 17, comparamos los grupos mediante el test de ANOVA de comparación de medias y utilizamos la curva ROC para valorar la utilidad diagnóstica de esta determinación.

Resultados. En la comparación de grupos se observó que los pacientes con neumonía por *Legionella pneumophila* tenían niveles de PCR al ingreso significativamente más elevados ($p = 0,000$). El análisis de la Curva ROC estableció como punto de corte con una mayor sensibilidad y especificidad, un valor de PCR de 313,55 mg/dL. El área bajo la curva fue de 0,885, IC (0,767-1,004). El 82% de los pacientes con legionelosis presentaron un valor de PCR al ingreso mayor de 313,55 mg/L frente a un 13,5% de los pacientes con NAC por otras etiologías. El riesgo de presentar una neumonía por *Legionella* frente a cualquier otra etiología, teniendo unos niveles de PCR al ingreso superiores a 313,55 es 4,76 veces superior, IC95% (1,35-16,75).

Discusión. Pocas son las evidencias previas con respecto al valor de los niveles de la Proteína C reactiva en este contexto. Los resultados del estudio demuestran que, en nuestros pacientes, en el contexto de un brote de legionelosis y con un cuadro clínico compatible, un valor superior a 313 mg/L de PCR es muy sugestivo de encontrarnos ante un caso más de neumonía por *Legionella*. Sin embargo el reducido número de casos obliga a realizar estudios más amplios para confirmar estos resultados.

Conclusiones. En el contexto de un brote epidémico de neumonía por *Legionella pneumophila*, los niveles de PCR por encima de 313,55 mg/L en pacientes que acuden a urgencias con un cuadro de neumonía, puede orientar al diagnóstico precoz de un cuadro de legionelosis y, por tanto, al ajuste de un tratamiento antibiótico más adecuado.

A-194 EFICACIA Y SEGURIDAD DE DAPTOMICINA EN DOSIS ELEVADAS (> 8 MG/KG/DÍA)

J. Parra Ruiz¹, M. Moreno Higuera¹, C. Tomás Jiménez², J. Pomares Mora³, A. Peña Monje⁴, L. Muñoz Medina¹, M. Maitines Pérez¹ y J. Hernández Quero¹

¹Servicio de Medicina Interna. Unidad de Enfermedades Infecciosas, ²Servicio de Medicina Intensiva, ³Servicio de Microbiología. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Objetivos. La daptomicina (DAP) es el primero de los antibióticos de la familia de los lipopéptidos que presenta una elevada

actividad frente a gérmenes grampositivos. En el momento actual las dosis autorizadas son 4 y 6 mg/Kg de peso si bien cada vez más se utilizan dosis más elevadas. El principal efecto secundario es la toxicidad muscular, lo que ha limitado la utilización de dosis elevadas de DAP. El objetivo de este trabajo fue valorar la eficacia y seguridad de los pacientes en tratamiento con DAP con dosis ≥ 8 mg/Kg/día.

Material y métodos. Estudio ambispectivo de todos los pacientes tratados en nuestro hospital con dosis ≥ 8 mg/Kg/día desde el enero 2009 durante más de 7 días. Se excluyeron aquellos sin datos acerca de los valores de CPK y/o de la evolución. Coincidiendo con los controles de CPK a los pacientes incluidos con tras marzo 2010 se les realizó una determinación de la Cmin de DAP. Las determinaciones de CPK se realizaron a los 7, 14, 21, 28 días tras el inicio y a la finalización. La determinación de la Cmin de DAP se realizó mediante HPLC.

Resultados. Se incluyeron 60 pacientes, 40 varones, con edad media de 65 años (36-86). La causa más frecuente de tratamiento con DAP fue bacteriemia por SARM (20, 33%), Infección protésica (18, 30%) e infección del pie diabético (10, 17%). La dosis media de DAP fue de 8,9 mg/Kg/d, (8-10,6) y el tiempo medio de tratamiento fue 10 días (8-48). Se observó curación o mejoría en 52 de los 60 pacientes (86%). Presentaron elevación de la CPK $> =$ grado 2 ($> 2,5$ veces X LSN) en algún momento del seguimiento 5 pacientes (8,3%) sin presentar síntomas sugerentes de miopatía, no siendo necesaria la suspensión del tratamiento. En todos los casos la CPK volvió a la normalidad tras la finalización del tratamiento. En 10 pacientes se hizo una determinación de Cmin. Tres presentaron elevación de la CPK grado 2. De ellos, 2 presentaron Cmin > 25 mg/L. Los 7 restantes presentaron Cmin < 24 mg/L y ninguno presentó elevación de la CPK.

Discusión. La DAP es un fármaco extremadamente activo frente a SARM y otros gérmenes grampositivos difíciles de tratar. Las dudas acerca de la afectación muscular han motivado el empleo de dosis bajas. En este trabajo demostramos una elevada eficacia de DAP a dosis altas en diferentes situaciones clínicas, con escasa toxicidad muscular (8% \geq grado 2), y sin motivar la suspensión en ninguna ocasión. Por la naturaleza ambispectiva de este estudio solo disponemos de datos farmacocinéticos de 10 pacientes, confirmando la relación de la Cmin de DAP con la elevación de la CPK. Ninguno de los 7 pacientes con Cmin < 25 mg/L presentó elevación de CPK ($0 < 2,5$ x LSN), mientras que 2 de 3 pacientes con CPK $> 2,5$ X LSN presentaron valores de Cmin > 25 mg/L.

Conclusiones. La eficacia de la DAP en dosis ≥ 8 mg/Kg/día es elevada, sin que exista toxicidad muscular derivada de su empleo. La existencia de una Cmin de DAP > 25 mg/L se comporta como un factor predictor de toxicidad muscular si bien la repercusión clínica es escasa.

A-195 DISTRIBUCIÓN DE LOS SEROTIPOS DE LAS CEPAS S. PNEUMONIAE CAUSANTES DE INFECCIÓN INVASORA EN EL ÁREA DE REUS

D. Ibarretxe¹, F. Ballester², S. Iftimie¹, O. Viñuelas², I. Pujol²
y A. Castro¹

¹Servicio de Medicina Interna. IISPV. URV, ²Laboratorio de Microbiología. Hospital Universitari Sant Joan. Reus (Tarragona).

Objetivos. En los últimos años se ha comunicado un aumento de la incidencia de enfermedad neumocócica invasora (ENI) ocasionada por serotipos no incluidos en la vacuna conjugada heptavalente. El objetivo es estudiar la distribución de los serotipos de S. pneumoniae causantes de ENI con el fin de estudiar la cobertura que pueden proporcionar las vacunas conjugadas 10-valente y 13-valente.

Material y métodos. Estudio prospectivo entre enero 2009 y abril 2010, de las cepas invasoras aisladas de muestras estériles, en un hospital general de referencia de un área de 250.000 hab. El serotipado se realizó en el Laboratorio de Microbiología Molecular del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona mediante técnica Real-Time PCR y en el laboratorio de referencia de neumococos del Centro Nacional de Microbiología de Majadahonda (Madrid).

Resultados. Se diagnosticaron 45 episodios de ENI. Las muestras positivas fueron 41 hemocultivos y 4 líquidos pleurales. La distribución por edades fue: 4,4% en < 2 años, 4,4% entre 2-4 años, 6,7% entre 5-17 años y 48,9% en > 65 años. La edad media fue de 56 años. Veintidós enfermos eran hombres (48,9%) y 23 mujeres (51,1%). Se realizó el serotipado en 42 casos (93,3%). Se detectaron 12 serotipos diferentes siendo los más frecuentes: 1 (n = 7), 19A (n = 7) y 7 (n = 6). Los serotipos incluidos en la vacuna 7-valente se detectaron en 9 de las 42 cepas serotipadas (21,4%), los incluidos en 10-valente en 22 (52,4%) y en la 13-valente 32 (76,2%).

Conclusiones. La distribución de los serotipos de S. pneumoniae en nuestra área sanitaria aconseja el uso de la vacuna 13-valente.

A-196 EFICACIA DIAGNÓSTICA DE LA GAMMAGRAFÍA CON LEUCOCITOS Y DE MÉDULA MACROFÁGICA EN EL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN DE PRÓTESIS ARTICULAR

A. Muñoz Claros, S. Sanz Viedma, E. Ramos Moreno,
M. Martínez del Valle, E. Nuño y J. Jiménez Hoyuela

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

Objetivos. Valorar la utilidad de la gammagrafía con leucocitos marcados junto con gammagrafía de médula ósea macrofágica en pacientes con sospecha de infección periprotésica.

Material y métodos. Estudio retrospectivo descriptivo desde enero de 2009 hasta junio 2010. Se incluyeron pacientes con sospecha de infección de prótesis óseas a los que se les realizó gammagrafía ósea, gammagrafía con leucocitos con ^{99m}Tc-HMPAO y gammagrafía medular. Se recogieron los datos epidemiológicos y el valor de PCR. El diagnóstico definitivo se estableció mediante estudio microbiológico o seguimiento clínico-radiológico (mínimo 6 meses).

Resultados. Se incluyeron a 28 pacientes (18 mujeres, 10 hombres), con una edad media de 69 ± 12 años. Un 60% se corresponden a prótesis de cadera y 40% a prótesis de rodilla. El tiempo medio desde la colocación de la prótesis fue de 3 años. Se confirmó el diagnóstico infección de prótesis articular en 6/28 pacientes (5 SCN, 1 MARSA) descartándose en 18/28 pacientes (aflojamiento aséptico). En 4/28 pacientes no se llegó a un diagnóstico final. La PCR en el grupo de pacientes con infección resultó significativamente mayor que en el grupo de no infectados (60 ± 21 frente a 6.1 ± 4). La gammagrafía ósea no mostró un patrón de captación que permitiese diferenciar entre infección y aflojamiento aséptico. La gammagrafía con leucocitos valorada de forma aislada mostró una sensibilidad y especificidad de 83% y 71% respectivamente, con VPP de 36% y VPN de 96%. La valoración conjunta de la gammagrafía con leucocitos y la gammagrafía de médula ósea macrofágica presentó sensibilidad de 50% y especificidad del 100%, con VPP y VPN de 100% y 88% respectivamente, no observándose ningún falso positivo en el grupo de pacientes con infección.

Conclusiones. La gammagrafía con leucocitos marcados valorada conjuntamente con la gammagrafía de médula ósea es un método,

no invasivo, válido para el diagnóstico de la infección periprotésica de modo que con resultado positivo podremos afirmar que estamos ante una infección protésica, no pudiendo descartarla completamente con un resultado negativo, por tanto debería ser valorada en el algoritmo diagnóstico de estos pacientes de forma previa a la toma de decisión terapéutica.

A-197

EMPIEMAS PLEURALES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

J. Lázaro Sierra¹, J. Montoya Arenas², L. Val Esco³, B. de Escalante Yangüela³, M. Callejo Plazas³, V. Garcés Horna³, M. Navarro Aguilar³ y A. Sebastián Ariño¹

¹Servicio de Neumología, ²Servicio de Cardiología, ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Objetivos. Estudiar de forma retrospectiva losempiemas pleurales diagnosticados en un hospital terciario intentando analizar sus características, tratamiento recibido y evolución posterior incluyendo las recidivas y la mortalidad.

Material y métodos. Se han revisado de forma retrospectiva losempiemas pleurales diagnosticados en el HCU de Zaragoza durante un período de 5 años (enero de 2004 a diciembre de 2009). En cada paciente se recogieron la edad, sexo, servicio de ingreso, motivo del ingreso, antecedentes patológicos, tabaquismo, datos del hemograma y del líquido pleural, cultivos de líquido pleural, esputos, hemocultivos, localización del empiema, días de estancia y evolución tras tratamiento. Se realizó estudio estadístico descriptivo de las variables recogidas con programa estadístico SPSS 15.

Resultados. Edad: 62,9 ± 16. Sexo: 72,5% H frente a 27,5% M. Antecedentes patológicos: 25% infección respiratoria Previa; 15% EPOC, 6% neoplasia. Tabaquismo: 33,1% activo y 14,8% ex-fumador. Motivo de ingreso: 35,2% por infección respiratoria, 29,6% empiema, 15,5% derrame pleural, 6,3% neoplasia. Servicio de Ingreso: 32,4% Medicina Interna, 21,8% Neumología, 18,3% Cirugía torácica, 12% UCI y 10,6% otros. Estancia media: 28,4 días ± 28,4. Reingresos: 8,8%. Días hasta reingreso: 35,3 ± 57. Leucocitosis (14.661 ± 6.298) con neutrofilia 81% ± 9,6% y VSG: 74 ± 39 mm. El esputo fue positivo en 17 de 107 casos (15,8%) y los hemocultivos en 11 de 132 casos (8,3%). La localización más frecuente fue en hemitórax derecho (52,8%) y en el 6,3% el empiema era bilateral. La TC demostró loculación en el 45,1% de los casos. El 87,3% presentaban un pH del líquido pleural inferior a 7,2; la glucosa media fue de 36,4 ± 57. Se consiguió cultivo de líquido pleural en el 71,1% de casos siendo negativo en el 37,6%. Entre los positivos los gérmenes más frecuentes fueron *Streptococo* 21,8%, *Estafilococo* 14,9%, *Proteus* 4,9%. Todos los pacientes recibieron antibiótico; el 77,5% tubo endotorácico, 28,2% fibrinólisis intrapleural y el 12,7% decorticación. 19 pacientes (13,4%) fallecieron.

Discusión. El empiema constituye una patología grave con una mortalidad nada desdeñable. Es importante la identificación precoz de esta enfermedad para su rápido tratamiento. Para ello debemos elevar nuestro índice de sospecha ante los pacientes con unas características determinadas como son la edad media mayor de 60 años, sexo masculino y los antecedentes de infección respiratoria. Los datos analíticos en nuestra serie son los esperables para este tipo de patología. Es destacable que en algunos casos de empiema el pH puede estar por encima de 7.2, teniendo en cuenta la frecuencia de la loculación del derrame. La mortalidad fue poco elevada en comparación con la de otros autores.

Conclusiones. 1. Los pacientes de nuestra serie presentan características similares a las descritas en la literatura. 2. El pH aunque

es un indicador de empiema puede presentar falsos negativos en casos de empiemas loculados. 3. El tratamiento quirúrgico se asocia a un buen pronóstico.

A-198

PARVOVIRUS B19: ¿SOBRESTIMAMOS SU DIAGNÓSTICO?

A. Soler Sendra¹, B. Consola Maroto¹, R. Acal Arias¹, A. Almuedo Riera¹, C. Martí Sala², N. Rabella³, M. Vila Vall-Llovera¹ y E. Llargués Rocabrúna¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología. Hospital General de Granollers. Granollers (Barcelona).

³Servicio de Microbiología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Objetivos. La infección por parvovirus B19 se caracteriza por ser de distribución universal, con clínica variada y curso habitualmente benigno. Los signos y síntomas dependen de la situación inmune del huésped. El diagnóstico se realiza a partir de la clínica compatible y mediante confirmación serológica, que es de especial relevancia en aquellos casos susceptibles de recibir tratamiento: crisis de anemia aplásica transitoria, la infección del feto y en inmunodeprimidos. Asimismo, permite diagnosticar algunos cuadros que cursan con sintomatología inespecífica y común en otras virasis. Dada la dificultad para cultivar el virus, su diagnóstico se basa en técnicas serológicas como el inmunoensayo, inmunofluorescencia indirecta y detección de DNA vírico. La prevalencia de esta infección aumenta desde el 2-10% en menores de cinco años hasta el 40-60% en los adultos, superando el 90% en los ancianos. Los objetivos de este trabajo son: analizar los motivos de solicitud de la serología para el diagnóstico de infección aguda por parvovirus B19 y su porcentaje de positividad en nuestro centro.

Material y métodos. Se realizó un análisis retrospectivo del registro del Servicio de Microbiología de todas las peticiones de serología de parvovirus B19 (detección de IgM) realizadas entre enero de 2007 a junio de 2010 en un Hospital Comarcal con un área de influencia de 400000 habitantes. Se analizaron los datos demográficos, número de determinaciones positivas, servicios solicitantes y motivo de petición.

Resultados. Durante este período se han solicitado 243 serologías de parvovirus B19, que correspondieron a 152 (62,6%) a mujeres y 91 (37,4%) a varones. La edad media global fue de 21 años (0-78). El 70% de las peticiones fueron solicitadas por los servicios de pediatría y ginecología. El 30% restante pertenecían a medicina interna (72%), reumatología (24%) y otros (4%). Sólo 12 determinaciones fueron positivas (5% del total) que se resumen en 9 de medicina interna (12,5%), 2 (1,45%) de pediatría y 1 de traumatología. La edad media de los positivos fue de 35 años (0-65). Los motivos de petición fueron mayoritariamente fiebre, alteraciones cutáneas y/o articulares. En menor porcentaje por alteraciones hematológicas, estudio de adenomegalias, alteraciones fetales. En los pacientes pediátricos la parvovirus se sospechó a raíz de alteraciones hematológicas, mientras que en los adultos las manifestaciones clínicas por fiebre y artralgias.

Discusión. Este trabajo analiza una base de datos, con las limitaciones que su análisis representa. Parece coherente que el porcentaje de peticiones sea mayor en pacientes pediátricos, dado que la primoinfección suele darse en estos últimos. A pesar de ello, en nuestros resultados llama la atención la mayor positividad de la serología en pacientes adultos posiblemente porque en niños, muchos cuadros cursan con sintomatología leve, autolimitada y no requieran más pruebas diagnósticas. Los motivos de solicitud fueron muy diversos, tal y como las manifestaciones de este

virus puede presentarse tanto en niños, como en adultos y embarazadas.

Conclusiones. En nuestro centro, los resultados positivos de la serología de parvovirus B19 es globalmente baja y mayor en adultos, por lo que quizás sobreestimemos su diagnóstico. Los motivos de solicitud fueron adecuados.

A-199

RESISTENCIA A FÁRMACOS DE PRIMERA LÍNEA EN LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL ÁREA DE SALUD DE TOLEDO

A. Blanco Jarava¹, R. Labra González², S. Moreno Guillén³ y J. González Moraleja⁴

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo). ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Salud. Toledo. ³Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Tres Culturas. Toledo.

Objetivos. 1. Conocer el número de casos y la prevalencia de cepas de *M. tuberculosis* resistentes a fármacos de primera línea, en los pacientes diagnosticados de tuberculosis pulmonar en el área de salud de Toledo, con especial énfasis en la resistencia primaria a INH. 2. Analizar la influencia de la inmigración en la aparición de resistencias.

Material y métodos. Se ha realizado un estudio observacional, retrospectivo de todos los casos de tuberculosis pulmonar diagnosticados en el área de salud de Toledo, durante un período de 6 años (1 de enero de 2004-31 de diciembre 2009). La población a estudio se ha definido como todos los pacientes con cultivo de esputo, lavado broncoalveolar, aspirado bronquial o jugo gástrico positivo para *Mycobacterium tuberculosis*.

Resultados. Se identificaron 26 casos que presentaban alguna resistencia a fármacos de primera línea, 10 casos en inmigrantes y 16 casos en autóctonos. La prevalencia de resistencia primaria al menos a 1 fármaco de primera línea fue de 10,9%. La prevalencia de tuberculosis multirresistente primaria fue de 6,47%. La prevalencia de resistencia primaria a INH fue de 9,9%. La prevalencia de resistencia primaria al menos a 1 fármaco de primera línea en inmigrantes fue del 16,13% y en autóctonos fue del 8,63%. La prevalencia de tuberculosis multirresistente primaria en inmigrantes fue del 12,9% y en población autóctona del 3,59%. La prevalencia de resistencia primaria a INH en población inmigrante fue del 16,13% y en autóctona fue del 7,19%.

Discusión. En la población de nuestro estudio se ha detectado una prevalencia de tuberculosis resistente a fármacos de primera línea muy elevada. Al igual que se describe en la mayoría de series publicadas, la prevalencia de resistencia a fármacos de primera línea ha sido superior en la población inmigrante. Estos resultados son muy superiores a los datos aportados por la OMS para España, en el año 2005 (prevalencia de resistencia primaria a algún fármaco de primera línea del 4,6%, prevalencia de MR primaria del 0,37% y prevalencia de resistencia primaria a INH del 3%). Estos resultados justifican el inicio del tratamiento con 4 fármacos tanto en la población inmigrante que proceda de países con alta tasa de prevalencia primaria a INH como en la población autóctona, en el área de salud de Toledo.

Conclusiones. 1. La prevalencia de resistencia, incluyendo la multirresistencia, a fármacos de primera línea ha sido elevada. 2. La tasa de resistencia ha sido superior entre la población inmigrante. 3. La prevalencia de resistencia primaria a INH ha sido también elevada, tanto en la población autóctona como inmigrante. Estos resultados justifican el inicio del tratamiento de la tuberculosis pulmonar con 4 fármacos, tanto en la población inmi-

grante que proceda de países con alta tasa de prevalencia de resistencia primaria a INH como en la población autóctona, del área de salud de Toledo.

A-200

BACTERIEMIAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

J. Gil Domínguez, A. Ruiz de Temiño de la Peña, C. Ramos Sánchez, J. Soler González, F. Fernández Rodríguez, E. Izquierdo Delgado, M. Andrés Calvo y J. Pérez Castrillón

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

Objetivos. Estudiar la prevalencia de bacteriemia en la planta de Medicina Interna, analizando las características microbiológicas y las resistencias más frecuentes en nuestro medio.

Material y métodos. Realizamos un estudio descriptivo de las bacteriemiias en pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna, durante el período comprendido entre noviembre de 2008 y noviembre de 2009, excluyendo enfermos VIH. Se procesaron 2434 viales de hemocultivos utilizando el sistema BacT/ALERT.

Resultados. Analizando todos los viales se obtuvieron 1812 resultados negativos, 403 positivos, y 219 fueron considerados contaminación. En los pacientes estudiados predominaron las bacterias Gram positivas con un 67,7% del total, frente al 28% de Gram negativos. Los microorganismos aislados con mayor frecuencia fueron: *Staphylococcus coagulasa* negativo (58 casos), *Escherichia coli* (25 casos), *Staphylococcus aureus* (16 casos), *Streptococcus* (14 casos), *Enterococcus* (6 casos), *Klebsiella* y *Proteus* (4 casos), *Acinetobacter* (3 casos). En un 4,3% de los casos crecieron bacterias anaerobias, y en un 7,7% se objetivaron bacteriemiias polimicrobianas (7,7%). Cabe destacar la presencia de 14,61% de microorganismos resistentes: 9 *Staphylococcus aureus* resistentes a meticilina (56%) y 4 a meticilina y macrólidos (25%); 5 *Escherichia coli* productores de BLEAS (25%) y 1 *Streptococcus pneumoniae* resistente a penicilina (50%).

Discusión. La etiología de las bacteriemiias hospitalarias en los últimos años ha cambiado, imponiéndose los microorganismos grampositivos frente a los gramnegativos. Este hecho, está probablemente relacionado con la mayor utilización de manobras terapéuticas invasivas y la aparición de nuevos mecanismos de resistencias. En nuestro estudio se ha confirmado esta tendencia, observándose una proporción de grampositivos del 67,7% y de gramnegativos del 28%. Las bacterias aisladas con mayor frecuencia son: *Staphylococcus coagulasa* negativo, *Escherichia coli* y *Staphylococcus aureus*, con predominio del primer grupo. Esta distribución microbiológica coincide con estudios previos, sin embargo existe cierta heterogeneidad en el porcentaje de *Staphylococcus coagulasa* negativo, lo cual podría estar relacionado con contaminaciones. En cuanto a las resistencias, llama la atención el alto porcentaje de *Staphylococcus* meticilín-resistentes hallados en nuestro medio, que alcanza un 56%, en comparación con las series de casos revisadas que no superan el 30%. No hemos encontrado estudios concluyentes sobre la prevalencia de gérmenes productores de betalactamasas de espectro ampliado, aunque, en nuestro estudio hemos observado un 25% de *E. coli* productores de BLEAS. También hemos objetivado un 50% de *Streptococcus pneumoniae* resistentes a penicilina, pero esta dato no es valorable debido al pequeño tamaño muestral.

Conclusiones. Como conclusión señalar la importancia de conocer los microorganismos patógenos más frecuentemente implicados en las bacteriemiias y las resistencias antimicrobianas predominantes en cada medio para realizar un correcto trata-

miento empírico, así como, una vigilancia epidemiológica periódica.

A-201 COLONIZACIÓN POR *PNEUMOCYSTIS* EN PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA Y PATRONES RADIOLÓGICOS EN TACAR

I. Martín-Garrido¹, R. Terán Redondo¹, M. Martínez Risquez¹, R. Morilla², M. Calero Beltrán¹, E. Márquez Matrán³, S. Gutiérrez Rivero¹ y N. Respaldiza Salas²

¹Servicio de Medicina Interna, ²CIBER de Epidemiología y Salud Pública, ³Unidad Médico Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. La fibrosis pulmonar idiopática (FPI) es una neumopatía intersticial idiopática, cuyo patrón histológico corresponde a la neumopatía intersticial usual. El TACAR muestra alteraciones características, que se consideran criterio diagnóstico de FPI. Su sensibilidad diagnóstica se ha estimado en un 90%, pudiendo observarse signos relacionados con actividad inflamatoria (adenopatías mediastínicas, vidrio deslustrado, condensaciones parcheadas o micronódulos) o con fibrosis avanzada (engrosamiento de septos interlobulillares, bronquiectasias por tracción o panal). *Pneumocystis jirovecii* es un hongo atípico que puede colonizar de manera asintomática a sujetos con enfermedades pulmonares crónicas, incluida la FPI. EL objetivo del estudio es determinar si existe relación entre el patrón radiológico y la presencia de colonización por *P. jirovecii* en pacientes con FPI.

Material y métodos. Se incluyeron 36 pacientes diagnosticados de FPI. El diagnóstico se realizó mediante biopsia pulmonar mediante broncoscopia, y en aquellos casos en los que no se obtuvo el diagnóstico histológico, se aplicaron los criterios diagnósticos mayores y menores establecidos por consenso. Según el patrón radiológico observado en el TACAR se establecieron dos grupos de pacientes, aquellos que presentaban datos de fibrosis avanzada y aquellos en los que se observaban datos de actividad inflamatoria. Los pacientes con un patrón mixto en el TACAR fueron incluidos en el segundo grupo al observarse aún datos de actividad en el TACAR. La presencia de colonización por *P. jirovecii* se determinó identificando la subunidad mayor del gen mitocondrial de *Pneumocystis* (mt LSU rRNA) en ADN extraído a partir de muestras de lavado broncoalveolar y posterior amplificación, mediante PCR anidada.

Resultados. El 30% (11/36) de los pacientes con FPI estaba colonizado por *P. jirovecii*. En 21 de los pacientes encontramos un patrón radiológico con características de cronicidad y 15 pacientes presentaban datos de actividad inflamatoria en el TACAR. De los 21 pacientes con datos de fibrosis avanzada, 10 (47,6%) estaban colonizados por *Pneumocystis jirovecii*. En el caso de los 15 pacientes con patrón activo, encontramos sólo un paciente colonizado (6,6%). Se aplicó el test estadístico Chi cuadrado, con la corrección de Yates y el test exacto de Fisher, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,011$; OR de 12,72).

Conclusiones. Existe una alta prevalencia de colonización por *P. jirovecii* en pacientes con FPI. La colonización por *P. jirovecii* es más frecuente en pacientes que presentan datos de fibrosis avanzada en el TACAR. Este hecho sugiere que la situación de fibrosis pulmonar avanzada pueda constituir un nicho más favorable para la colonización por *Pneumocystis*, sin poder descartar que *Pneumocystis* juegue un papel en la evolución de estos pacientes.

Financiado parcialmente por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (PI-0391/07) y Ministerio de Ciencia e Innovación (PI-080983).

A-202 MUTACIONES DEL GEN DIHIPTEROATO SINTASA COMO CAUSA DE LA RESISTENCIA A SULFAMIDAS EN INFECCIONES POR *PNEUMOCYSTIS JIROVECI*

R. Terán Redondo¹, I. Martín Garrido¹, M. Calero Bernal¹, R. Morilla², V. Friaza², E. Campano², M. Martínez Risquez¹ y C. de la Horra²

¹Servicio de Medicina Interna ²CIBER de Epidemiología y Salud Pública. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. Las sulfamidas, la asociación de trimetropín-sulfametoxazol y la dapsona, son pilares fundamentales para el tratamiento y la profilaxis de las neumonías por *Pneumocystis jirovecii* (PCP), una enfermedad potencialmente mortal en pacientes inmunodeprimidos. Al igual que otros microorganismos, se sabe que *Pneumocystis* presenta en determinadas ocasiones resistencia a las sulfamidas en relación a determinadas mutaciones en el gen de dihidropteroato sintasa (DHPS). Se han desarrollado técnicas moleculares que nos determinan estos tipos de mutaciones. En este sentido, sería interesante conocer si la aparición de estas mutaciones en el gen DHPS es la consecuencia de la transmisión entre portadores o son debidas a la selección natural por la presión del tratamiento con sulfamidas, aunque estas posibilidades no son excluyentes mutuamente. Por tanto, el papel de los sujetos colonizados por *Pneumocystis* en la transmisión de mutaciones en la DHPS aun se desconoce. El objetivo de nuestro estudio es proporcionar datos epidemiológicos de las mutaciones del gen DHPS en pacientes con PCP y en sujetos inmunocompetentes colonizados.

Material y métodos. El estudio incluyó a 47 pacientes con PCP y 75 sujetos inmunocompetentes colonizados por *Pneumocystis* durante el periodo de 2001-2007, identificados por PCR anidada del gen mt-LSU-rRNA. Las mutaciones del gen DHPS fueron estudiadas mediante fragmentos de restricción de longitud polimórfica (RFLP) usando Acc/Hae III en los nucleótidos de posición 165 y 171, respectivamente.

Resultados. Se detectó una prevalencia del 19,7% de mutaciones del gen DHPS en la población general. No se encontraron diferencias significativas entre la frecuencia de mutaciones del gen DHPS en pacientes con PCP y sujetos colonizados (23,4% vs 17,3%, $p = 0,75$). Además se observó una tendencia a la disminución de la frecuencia de aparición de resistencias durante ese periodo (31,3% de mutaciones durante el año 2001 frente a 11,6% en 2007).

Conclusiones. Se ha observado un patrón similar de mutaciones del gen DHPS en sujetos con PCP y sujetos inmunocompetentes colonizados, lo que sugiere que ambos grupos podrían compartir un ciclo común de transmisión de cepas mutadas, abriendo interrogantes sobre el papel de los sujetos colonizados como reservorio de cepas con mutaciones del gen DHPS y su capacidad de transmisión a sujetos inmunocomprometidos susceptibles de desarrollar PCP.

A-203 ESTUDIO RETROSPECTIVO Y EPIDEMIOLÓGICO DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO DURANTE 5 AÑOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA I

L. Mateos Polo, I. González Fernández, I. García García, E. Fraile Villarejo y A. Sánchez Rodríguez

Servicio de Medicina Interna I. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.

Objetivos. Determinar las características clínicas, biológicas, etiología, factores predisponentes (sonda, demencia, i. renal, DM, neoplasia, desnutrición) gérmenes, antibióticos, resistencia a quinolonas y las defunciones de los enfermos ingresados con infección de las vías urinarias en el Servicio de Medicina Interna I durante 5 años (enero 2006-diciembre del 2009)

Material y métodos. De la base de datos del Servicio de Medicina Interna I, se estudiaron los sujetos con diagnóstico de infección de las vías urinarias, revisándose las Historias Clínicas que cumplían los siguientes requisitos: historia clínica, exploración y analítica completa, proteinograma, sedimento de orina, urocultivo, germen, antibiograma y exitus

Resultados. De 7.188 altas de M. Interna I, 266 pacientes tenían ITU, se excluyeron 14 casos por falta de requisitos. De los 252 casos, 61% mujeres (154 pacientes) edad media 83, y 46% hombres, edad 82. El 40,4% tenían algún tipo de enf. neurológica (demencia, ictus, TCE). El 33,7% portaban sonda. El 27,7% desnutridos, el 24,3% estaban institucionalizados. El 19,8% diabéticos, IRC el 15%, EPOC 12,6%, neoplasia 9,9%, el 7,9% enfermedades GI (colitis, isquemia). En el 85,7% coincidían 3F de riesgo (residencia, sondaje y demencia), en el 45,3% otros 3 F(IRC, desnutrición y EPOC), el 43,6% tenían 2 F. (neoplasia y sondaje). Los gérmenes más frecuentes fueron los Gram- (94,4%, 238 casos), de ellos, E. coli (58,3%, 147 casos) seguido de P. mirabilis (36,1%, 91 casos). Otros gérmenes aislados fueron E. faecalis (14,5%), S. aureus MR (3,5%) y Cándida spp (1,9%). No se halló germen en 91 pacientes (36,1%). El tratamiento de elección fueron las quinolonas 54,3%, el ciprofloxacino 69,3% y en 42 casos levofloxacino. La 2ª posición las penicilinas en 103 sujetos. Las cefalosporinas de 3º en 3,9% de los casos y la fosfocina en 2. Se asoció aminoglucósidos en 38,8% pacientes. Las resistencias bacterianas a las quinolonas (E. coli) fueron del 7,1%, siendo exitus el 6,7%.

Discusión. La infección del tracto urinario (ITU) es el 3,7% de las altas del Servicio de M. Interna I. Existe predominio en el sexo femenino, edad muy avanzada, con deterioro neurológico 2ª, desnutridas y con sondaje vesical permanente. Respecto a los varones es el sondaje vesical, la desnutrición, y la EPOC los factores de riesgo. La DM, seguida de la i. renal y de la EPOC son las enf. acompañantes. El E. coli es el germen más frecuente seguido del Proteus mirabilis. El urocultivo se solicitó en el 100% de los casos. El antibiótico fue adecuado para las infecciones. Se cambió en los 17 casos de resistencia a las quinolonas.

Conclusiones. La ITU es una enfermedad frecuente de elevado coste sanitario, porque recae en sujetos de edades muy avanzadas con comorbilidades incapacitantes. La demencia, el sondaje vesical y la diabetes mellitus, son la tríada letal para estos pacientes, institucionalizados en un porcentaje muy elevado. Respecto a la etiología, nuestra serie coincide con la literatura, los Gram-, fundamentalmente E. coli, son las bacterias aisladas con mayor frecuencia. En los últimos 5 años se ha duplicado el% de Resistencias a las quinolonas de esta bacteria en nuestro Hospital de 5º nivel, probablemente por el uso indiscriminado de antibióticos y el envejecimiento exponencial de la población con técnicas e instrumentaciones agresivas.

A-204 INGRESOS HOSPITALARIOS DE LOS PACIENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN UN HOSPITAL COMARCAL

B. Adalia Martín, M. Alonso Fernández, A. Bahamonde Carrasco, F. Vega Rollán, C. Buelta González y J. Oblanca García,

Servicio de Medicina Interna. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León).

Objetivos. Conocer la influencia de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) en las causas de ingreso de los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Material y métodos. Se ha llevado a cabo un estudio retrospectivo, mediante revisión anual de las historias clínicas, de los pacientes infectados por el VIH y que precisaron ingreso hospitalario en el servicio de medicina interna del hospital El Bierzo (Ponferrada) o seguimiento por el mismo, en el período de tiempo comprendido

entre el 1 de enero de 1999 y el 31 de diciembre del 2009. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, en tratamiento con terapia antirretroviral, carga viral, cifra de linfocitos CD4, coinfección por el virus de la hepatitis C, motivo del ingreso, duración de la estancia hospitalaria, desenlace del proceso patológico. El análisis estadístico se ha realizado gracias al programa estadístico SPSS.

Resultados. El estudio fue de 102 pacientes previamente diagnosticados de VIH, de los cuales 57 fueron varones (55,9%) y 45 mujeres (44,1%). La edad media de los varones fue de 29,16 años y de las mujeres 27,76. 40 (39,2%) pacientes recibían tratamiento antirretroviral y 62 no (60,8%). Coinfección por el VHC en 37 (36,3%) casos. Las causas más frecuentes de ingreso en pacientes sin terapia antirretroviral fueron: meningitis tuberculosa, tuberculosis pulmonar, encefalitis por toxoplasma, tumores definitivos de SIDA y leucoencefalopatía multifocal progresiva. Las causas de ingreso en pacientes con TARGA estuvieron relacionadas con las complicaciones de la hepatopatía. Exitus 13 (12,7%). De los pacientes que fallecieron, 100% no recibían terapia antirretroviral. Duración media del ingreso es de 28,86 días con una desviación típica de 14,36. Carga viral indetectable en 34 casos, todos ellos en tratamiento antirretroviral.

Discusión. En nuestro estudio se ha podido comprobar que las causas definitivas de SIDA afectan a pacientes sin TARGA mientras que los pacientes en tratamiento antirretroviral ingresan por patologías no relacionadas con la infección por el VIH y en el caso de ingresar por procesos infecciosos, éstos son de menor gravedad y requieren una estancia hospitalaria más reducida. Estos datos están en relación con las publicaciones realizadas sobre los ingresos hospitalarios en pacientes infectados por el VIH. Los pacientes que fallecieron tenían cifras de CD4 más bajas y enfermedades definitivas de SIDA. La principal limitación de nuestro estudio es el tamaño muestral y consecuentemente es difícil extraer conclusiones con algunas excepciones como la relación existente entre la mortalidad y la cifra de CD4 baja.

Conclusiones. Como consecuencia de la introducción de la terapia antirretroviral se han modificado las causas de los ingresos en pacientes infectados por el VIH, tomando especial interés las complicaciones derivadas de la hepatopatía. Esta circunstancia invita a dedicar todos los esfuerzos posibles al tratamiento de la infección por el VHC con el objetivo de evitar el desarrollo de hepatopatía.

A-205 EPIDEMIOLOGÍA DE LAS INFECCIONES EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL DE 2.º NIVEL

F. Sánchez-Barranco Vallejo, J. da Cruz Soares, S. Franco Hidalgo, C. Ferrer Perales, J. Gómez Barquero, M. Aliaga y Montilla, R. Carbajal Martínez y J. Sánchez Navarro

Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Palencia. Palencia.

Objetivos. Definir cuáles son las causas más frecuentes de infecciones en los pacientes ingresados en un 5º de Medicina Interna, así como las características epidemiológicas de los pacientes.

Material y métodos. Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes ingresados en un año en Servicio de Medicina Interna, con edades entre los 30 años hasta los 99 años. Se recogen las variables demográficas, comorbilidad, valores analíticas, cultivos, diagnóstico al alta según la patología. Se excluyeron los pacientes que presentaron exitus durante su ingreso.

Resultados. Se recogen 412 pacientes. La edad media fue 77 años, siendo 216 hombres y 196 mujeres. 60 pacientes estaban institucionalizados, y 116 pacientes presentaban demencia. 122 pacientes tenían insuficiencia renal, 148 pacientes eran diabéticos, 64 pacientes estaban diagnosticados previamente de neoplasia, 60 pacientes había sufrido algún tipo de ictus previamente. 110 pacientes eran EPOC. 36 pacientes tenían inmunodeficiencia, y

22 pacientes presentaban cirrosis hepática. La desnutrición, fue observada en 68 pacientes, y precisaron traslado a UCI 10 pacientes. Se extrajeron hemocultivos en 206 pacientes, urocultivos en 146 pacientes, cultivo de esputo en 180 pacientes, coprocultivos en 26 pacientes y cultivo de partes blandas en 10 pacientes. 224 casos fueron infecciones respiratorias (54,3%), atribuyéndose el 9% a broncoaspiración. 106 pacientes (25,72%) presentaban infecciones del tracto urinario; 46 pacientes (11,6%) gastroenteritis aguda; 14 pacientes (3,39%) infecciones óseas; 12 pacientes (2,9%) infecciones de partes blandas; 4 infecciones asociadas a catéter; 2 paciente con infección de la vía biliar; 2 infecciones de foco ORL y dos del SNC. Hubo 24 pacientes (5,82%) que presentaron conjuntamente infección respiratoria e ITU y 6 pacientes con infección respiratoria y de partes blandas.

Discusión. La causa más frecuente de infección en nuestro servicio fue la infección respiratoria, seguida de la del tracto urinario y la patología digestiva. En cuanto a los factores de riesgo, la diabetes mellitus junto a la Insuficiencia renal y la presencia de demencia fueron los más frecuentes. No encontramos una clara relación entre la cifra de leucocitos, LDH o VSG con el síndrome que padecían los pacientes. En el análisis por estrato de edad, la patología más frecuente fue en todas la insuficiencia respiratoria, pero la proporción variaba, siendo más frecuente las infecciones urinarias cuanto mayor eran los pacientes. Resalta el escaso número de peticiones de pruebas microbiológicas, fundamentalmente si se trata de patología infecciosa respiratoria, optándose en la mayoría de las ocasiones por tratamiento antibiótico empírico.

Conclusiones. La patología infecciosa es una causa frecuente de ingreso hospitalario en los servicios de medicina interna. La causa más frecuente dentro de este grupo es la patología respiratoria, seguida de la infección urinaria. Parece que determinados factores que conllevan inmunosupresión pueden favorecer la aparición de diversas infecciones, si bien en nuestro estudio no hay un claro factor que predisponga a las mismas. Resaltar la importancia de extraer estudio microbiológico, que como vemos en los resultados de nuestro estudio resultan bajos, optándose en la mayoría de las ocasiones a tratamiento empírico.

A-206 PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS DE USO RESTRINGIDO EN UN HOSPITAL COMARCAL

E. Sanjurjo Golpe¹, M. Guixà² y M. Grañó²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Farmacia.
Hospital Comarcal del Pallars. Tremp (Lleida).

Objetivos. El uso y abuso de antibióticos a nivel hospitalario contribuye a la aparición de gérmenes multirresistentes y al incremento del gasto farmacéutico. El objetivo del estudio es conocer los hábitos de prescripción de antibióticos de uso restringido (ABUR) en nuestro centro.

Material y métodos. Se consideraron en nuestro centro ABUR los siguientes: amikacina, tobramicina, gentamicina, cefotaxima, ceftriaxona, ceftazidima, imipenem, piperacilina-tazobactam y vancomicina. Se han recogido de forma prospectiva los datos referentes a su prescripción: tipo de ABUR, dosis, indicación, motivo de suspensión y existencia de estudio microbiológico así como su resultado. Finalmente se ha valorado si la indicación y el uso han sido los correctos.

Resultados. Entre el 01/02/2010 y el 30/06/2010 se han detectado 58 prescripciones de ABUR correspondientes a 48 episodios clínicos en 44 pacientes, con la siguiente distribución: ceftriaxona 20 (39,4%), piperacilina-tazobactam 12 (20,7%), imipenem 11 (19%), vancomicina 5 (8,6%), ceftazidima 4 (6,9%), cefotaxima 3 (5,2%) y aminoglucósidos 3 (5,2%). Los Servicios implicados de forma mayoritaria fueron medicina interna en 32 casos (66%) y cirugía en 12 (25%). En 22 casos (37%) los pacientes habían recibido ya fuera en

domicilio o dentro del propio centro otro tratamiento antibiótico previo. Las principales indicaciones clínicas para la prescripción de ABUR fueron infección respiratoria incluyendo neumonía 13 (22,4%), cualquier infección en paciente inmunodeprimido 8 (13,8%), infección de la vía biliar 10 (17,2%), otra infección abdominal 7 (12,1%), infección osteoarticular 5 (8,6%) e infección del tracto urinario 4 (6,9%). Se consideraron infecciones nosocomiales 10 casos. Se recogieron muestras para microbiología en 48 ocasiones (82%), obteniendo un resultado positivo en 21 de ellos (43%). La suspensión del ABUR se produjo por alta, fallecimiento, traslado a otro centro o por haber completado el tratamiento en 35 casos (60%), en 11 se cambió el antibiótico por falta de respuesta o cambio de vía (18%) y en 8 por adaptación al antibiograma (13%). En cuanto a la adecuación del ABUR, la dosis pautada fue correcta en el 100% de los casos, se consideró una indicación correcta en 47 (81%) y en 18 (31%) se observó un mal uso ya fuera por corta duración, por la no adaptación al antibiograma, por la no suspensión o por un cambio de antibiótico no justificado.

Discusión. El principal ABUR utilizado es la ceftriaxona, seguida de otros betalactámicos antipseudomónicos y de amplio espectro (piperacilina-tazobactam e imipenem). Las indicaciones más frecuentes son las infecciones respiratorias, las intraabdominales de cualquier tipo y la fiebre en paciente inmunodeprimido. En la mayoría de los pacientes se recogen muestras para microbiología, por otra parte exigibles en los pacientes con enfermedad infecciosa aguda, ya que posteriormente pueden modificar la pauta antibiótica establecida con anterioridad. La dosificación es correcta en todos los casos, pero la adecuación en cuanto a la indicación disminuye al 80% y en cuanto al correcto uso en la evolución del paciente al 70%.

Conclusiones. Conocer los hábitos de prescripción de los ABUR y difundirla entre los profesionales implicados podría mejorar el uso de estos fármacos y debería contribuir a la revisión de los protocolos de tratamiento existentes en cada centro hospitalario.

A-207 INFECCIONES POR BACTERIAS PRODUCTORAS DE BETALACTAMASA DE ESPECTRO AMPLIADO: FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO

K. Antelo Cuellar, G. Lostaunau Costa, M. González Amorós,
J. Pérez Silvestre, F. Pérez de Lelis y D. García Escrivá

Servicio de Medicina Interna. Consorcio Hospital General
Universitario de Valencia. Valencia.

Objetivos. En los últimos años existe un aumento de infecciones por microorganismos productores de beta-lactamasas, tanto en el ámbito hospitalario, como comunitario, dado a que esta situación representa una gran carga en terapias de amplio espectro y asistencial, nos planteamos el estudio de las infecciones por BLEA en pacientes hospitalizados en una sala de Medicina Interna, en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos. Revisión prospectiva y observacional de los pacientes y registros de microbiología correspondientes a 52 pacientes ingresados entre enero 2009 y mayo 2010. Se estudiaron las características epidemiológicas de los pacientes, presencia de factores de riesgo asociados, ingresos previos, recidivas, recurrencias de infección y mortalidad; así como el tipo de cepas y sus resistencias. Se realizó el análisis estadístico con el sistema SPSS.

Resultados. En el período de enero 2009 a mayo 2010 se identificaron 266 muestras de *E. coli* y *Klebsiella p.* Se aislaron 52 muestras de BLEA. La mediana de edad fue 84 años (67-97). El 30,8% (16) de los pacientes presentaban un Barthel 0 y sólo un 11,5% (6), un Barthel de 100. La mediana de la estancia fue de 12 días (1-100). La procedencia de los pacientes fue: 23 provenientes de domicilio (44,2%), 25 de residencia (48,1%) y de otros centros 4 pacientes

Tabla 1 (A-207). Comorbilidades

ICC	IRC	Demencia	ACV previo	UPP	Alteración de vías urinarias	Sondaje permanente	Diabetes mellitus
25%	23%	65%	10%	25%	33%	21%	32%

Tabla 2 (A-207). Sensibilidad a antibióticos

	Aminogl.	Nitrof.	Cotrim.	Pip/Tazo	Fosfom	Carbap.	Quinol.
Sensible	45%	36,5%	17,3%	80,8%	65,4%	88,5%	90,4%

(7,7%). Los factores de riesgo y comorbilidad asociada se reflejan en la tabla 1. Un 32,7% (17) de los pacientes habían tenido un ingreso previo en los 3 últimos meses. Se observó una recidiva de la infección en 32,7% (17) e infecciones urinarias recurrentes en 44,2%. Presentaron bacteriemia el 19,2% de los pacientes. De las 52 muestras de BLEA, se aisló un 63,5% de *E. coli* (33/52) y un 36,5% de *Klebsiella* (19/52). De estas muestras se observó una sensibilidad a antibióticos que se detallan en la tabla 2. La mortalidad general fue de 13% y la mortalidad atribuida a la infección fue de 8%.

Conclusiones. Los pacientes con infección por BLEA asocian edad avanzada, alta presencia de comorbilidad y bajo nivel funcional. La mayoría de las infecciones fueron comunitarias y asociadas a sistemas sanitarios mayormente de residencias de 3ª edad. Existe una mayor frecuencia de infección por *E. coli*, con mayor tasa de mortalidad y mayor tasa de recurrencia de la enfermedad pero sin significación estadística. Ver tabla 1 (A-207) y tabla 2 (A-207).

A-208

ESPONDILODISCITIS AGUDAS. EXPERIENCIA DE NUESTRO SERVICIO 2005-2010

V. Gómez del Olmo, I. Barbolla, G. Rodríguez, M. Egea, I. Said, G. de Luna, G. Fraile y J. Calleja

Servicio de Medicina Interna. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos. Describir los casos de espondilodiscitis aguda diagnosticados en pacientes ingresados en la planta del Servicio de Medicina Interna.

Material y métodos. Búsqueda en el archivo informático Excalibur con las palabras clave osteomielitis/espondilitis/discitis. Se recuperan 18 casos. Se investiga en las historias clínicas

Resultados. Se resumen en la tabla.

Discusión. A pesar del pequeño tamaño muestral la presentación clínica, signos físicos, hallazgos analíticos y microbiológicos, métodos diagnósticos y necesidades quirúrgicas, son similares a otros estudios. En el análisis estadístico destaca la tendencia del *S. aureus* a precisar más cirugía (p: 0,065), no significativa.

Conclusiones. Predominan los varones en la séptima década de la vida que ingresan para estudio dolor de espalda, elevación de reac-

tantes de fase aguda y anemia. La fiebre y la leucocitosis son poco frecuentes. La localización más repetida es la lumbar. El germen aislado en más ocasiones es el *Staphylococcus aureus* seguido del epidermidis; en un tercio de los pacientes no se puede identificar germen. Al 80% se les realiza RM y a un 50% biopsia. Uno de cada 10 pacientes necesita cirugía para estabilizar la columna y un 10% fallece por el proceso y por sus comorbilidades. Ver tabla 1 (A-208).

A-209

ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN LOS PACIENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

B. Adalia Martín¹, M. Gutiérrez Cuadra², C. Fariñas Álvarez², J. García Palomo², A. Arnaiz², A. Bahamonde Carrasco¹ y M. Alonso Fernández¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León). ²Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria).

Objetivos. Estudio del comportamiento de la endocarditis infecciosa en los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana según su estado inmunológico y el tratamiento con antirretrovirales.

Material y métodos. Estudio transversal retrospectivo de los pacientes ingresados en el Hospital Marqués de Valdecilla infectados por el VIH y que cumplen criterios de Duke para endocarditis infecciosa en el período comprendido entre el 1 de enero de 1993 y el 31 de diciembre del 2009. Las variables incluidas en el estudio han sido: edad, fecha de ingreso, fecha de alta, diagnóstico de VIH, tratamiento antirretroviral, CD4, carga viral plasmática, coinfección por virus de la hepatitis B y/o C, otras enfermedades crónicas debilitantes, válvula afectada, adquisición de la enfermedad, foco infeccioso, microorganismo, datos eco gráficos, manifestaciones asociadas a la endocarditis, tiempo de evolución, tratamiento recibido y duración del mismo, complicaciones, cirugía y tasa de recidivas.

Resultados. Edad media: 29,95. Varones 54,54% y mujeres 45,45%. En tratamiento antirretroviral: 27,27%, de los cuales el 50% son varo-

Tabla 1 (A-208). Resultados (en %)

Edad	X: 69 +/- 11	Dolor	89	Sin germen	33
Sexo varón	61	Fiebre	22	RM	83
Diabetes	27	Reactantes	66	Cervical	5
Aplastam vertebr	11	Anemia	61	Dorsal	44
Hernia discal	22	Leucocitosis	27	Lumbar	66
Material protésico verteb.	0	Staph. aureus	27	Biopsia	50
Material protésico no vert	22	Staph. epidermidis	22	Antibiótico	100
Disem. hematogena	84	Bacilos G	11	Cirugía	11
Diseminación contigüidad	16	TBC	6	Exitus	11

nes y el otro 50% son mujeres. El 72,72% no recibían tratamiento antirretroviral, tenían indicación de terapia antirretroviral pero rechazaron la misma el 77,7% de los varones y el 22,22% de las mujeres. Carga viral indetectable en tratamiento antirretroviral 22,72%. Carga viral detectable: 77,27%. No coinfectados: 54,54%. Otras enfermedades crónicas debilitantes: 40,9% Válvula afectada: válvula aórtica 50%, válvula mitral 18,18% y válvula tricúspide 31,81%.

Discusión. En la mayoría de los casos la válvula afectada fue nativa y la adquisición comunitaria siendo el principal foco infeccioso la drogadicción parenteral. Las manifestaciones clínicas predominantes fueron la fiebre, manifestaciones osteoarticulares y fenómenos inmunológicos. Los casos de mayor gravedad se presentaron en pacientes con cifras de CD4 inferiores a 100 y que no realizaban tratamiento antirretroviral.

Conclusiones. La introducción de la terapia antirretroviral ha permitido reducir las infecciones oportunistas y mejorar la gravedad de los cuadros infecciosos. El principal foco infeccioso para la endocarditis sigue siendo la drogadicción parenteral en pacientes infectados por el VIH. La EI de afectación izquierda es menos favorable con peor pronóstico y mayor mortalidad. Aunque el VIH por sí mismo no es un factor de riesgo para el desarrollo de EI, la propia infección por el VIH sí que incrementa el riesgo en los pacientes que además son ADVP.

Tabla 1 (A-209). Principales microorganismos identificados

S. aureus	18,18%
P. aeruginosa	9,09%
E. faecalis	9,09%
S. salivarius	13,63%

A-210

ALTERACIONES DE LA RESPUESTA INFLAMATORIA EN ALCOHÓLICOS CON Y SIN SEPSIS

F. Santolaria Fernández, C. Rodríguez López, R. Alemán Valls, M. Alonso Socas, B. Martín Hernández, R. Ros Vilamajó, J. Viña Rodríguez y A. Martínez Riera

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

Objetivos. Las infecciones graves son frecuentes en los enfermos con consumo excesivo de alcohol que produce alteraciones en el sistema inmune. Estudios experimentales describen una menor producción de citocinas en los alcohólicos, sin embargo son raros los estudios clínicos en humanos. Además, el abuso crónico de alcohol a través del daño hepático o de otros tejidos puede producir una respuesta inflamatoria independiente de la infección. El objetivo es estudiar en pacientes alcohólicos sépticos la respuesta inflamatoria comparándola con la de pacientes sépticos no alcohólicos y con la de alcohólicos no infectados.

Material y métodos. Incluimos a 25 alcohólicos ingresados por sepsis, a 34 pacientes sépticos no alcohólicos, a 34 alcohólicos no infectados ingresados en una unidad hospitalaria para desintoxicación (UHTD) y a 27 sujetos control, no bebedores. Al ingreso se determinaron los mediadores de la inflamación: TNF α , IL-6, PCR, PCT, IFN γ , IL-10, IL-4, IL-5, G-CSF, VCAM-1 e ICAM-1. Todos los alcohólicos consumían al menos 80 g/día de etanol. Se excluyeron los enfermos con cirrosis hepática. El diagnóstico de sepsis se hizo por la presencia de dos o más criterios de SIRS y evidencia clínica de infección. La neumonía fue la infección más frecuente en ambos grupos de enfermos sépticos, que por otra parte tenían una gravedad similar.

Resultados. Las citocinas, pro- y anti-inflamatorias, se encontraban aumentadas de forma similar en ambos grupos de enfermos sépticos, alcohólicos y no alcohólicos, en comparación con los controles; excepto el G-CSF y la PCR, que aunque aumentadas en el

grupo de los alcohólicos sépticos en comparación con los controles, estaban disminuidas en comparación con los sépticos no alcohólicos. En los alcohólicos de la UHTD encontramos un aumento de IL-6, IFN γ , IL-10, IL-4 e ICAM-1 en comparación con los controles, pero muy ligero si lo comparamos con el de los alcohólicos sépticos. La IL-5 (citocina relacionada con la producción de eosinófilos) se encontraba disminuida en los dos grupos de alcohólicos: en los sépticos en comparación con los no alcohólicos y en los de la UHTD en comparación con los controles. No encontramos correlación entre la IL-5 y la cifra total de eosinófilos. Los pacientes alcohólicos de la UHTD tenían un aumento significativo de la IgA y de la IgE respecto a los controles. El aumento de la IgE no se relacionó con las citocinas antiinflamatorias, IL-10, IL-4, IL-5 ni con el recuento de eosinófilos. Después de una semana de ingreso en la UHTD la única citocina que disminuyó fue la IL-10.

Conclusiones. El menor aumento del G-CSF en los pacientes alcohólicos con sepsis podría contribuir a explicar la alta incidencia y gravedad de las infecciones. En los enfermos de la UHTD se produce un incremento de citocinas pro- y antiinflamatorias de mucha menor intensidad que el que se produce en los enfermos con sepsis (alcohólicos y no alcohólicos).

A-211

ESPONDILODISCITIS EN UN HOSPITAL COMARCAL

O. Mascaró Cavaller, E. Reynaga Sosa, A. Pedragosa Valls, C. Socolich Mansilla, G. Celedón Berruenco, G. Sierra Palomares, J. Vilaró Pujals y J. Brugués Tarradellas

Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Vic. Vic (Barcelona).

Objetivos. Describir las características epidemiológicas, clínicas y diagnósticas de las espondilodiscitis de nuestro hospital en la última década.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de los casos de espondilodiscitis en el HGV (Barcelona) ingresados en el Servicio de Medicina Interna y COT entre abril de 2000 y junio de 2010. Se revisaron las historias clínicas que presentaban codificación diagnóstica principal al alta de espondilodiscitis, osteomielitis vertebral o espondilitis infecciosa. Fueron incluidos todos los pacientes mayores de 15 años, que presentaron estudio radiológico (TAC/RM) compatible con el diagnóstico, clínica sugestiva y/o cultivo positivo (hemocultivos y/o PAAF).

Resultados. Un total de 20 diagnósticos de espondilodiscitis fueron identificados en nuestro centro, de los cuales 14 cumplían criterios de inclusión. La edad media fue de 76,8 años (25-86), 8 de los cuales eran hombres (57,1%). La estancia media hospitalaria fue de 21,2 días (8-53). Los síntomas más frecuentes fueron dolor vertebral (100%) y fiebre (constatada en 9 casos; 64,3%). Cinco casos tenían antecedentes de DM tipo2 (35,7%), en 3 había constancia de infección urinaria previa (21,4%) con urocultivo positivo para E. coli y en 1 caso (7,1%) inmunodepresión. Se aislaron microorganismos en 13 de 14 pacientes (92,9%). El 78,6% de los hemocultivos resultaron positivos, y en 11 casos se realizó PAAF con resultado positivo en el 63,6% (una de ellas no es valorable, ya que se realizó en una zona vertebral que no correspondía con la lesión). Dos casos requirieron de biopsia quirúrgica, siendo positivos el 100%. Se aislaron S. epidermidis en 4 casos, S. aureus en 3 casos (un MARSa), E. coli en 2 casos, un S. agalactiae, un S. viridans, un M. tuberculosis y una Pseudomonas aeruginosa. En cuanto a la localización de la infección se refiere, en 6 de los casos (42,9%) la afectación era a nivel dorsal, otros 7 (50%) presentaban infección lumbar y en el caso restante (7,1%) la afectación era dorso-lumbar. Todos los pacientes que presentaron como antecedente infección urinaria tuvieron la lesión a nivel lumbar.

Conclusiones. El dolor vertebral es una constante en esta patología y la ausencia de fiebre no descarta el diagnóstico. En casos de

infección urinaria previa, la localización lumbar es la más frecuente. La realización de hemocultivos y PAAF facilita el diagnóstico etiológico en el 78,6% de los casos. El diagnóstico etiológico se estableció en el 92,9% de los casos, siendo los *Staphylococcus* responsables del 63,6% de los casos.

A-212 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR TUBERCULOSIS EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL DE SALAMANCA DURANTE EL PERÍODO 1998-2007

I. Novo Veleiro¹, G. Alonso Claudio¹, P. Benito García¹, R. Merchán Rodríguez¹ y J. Sánchez Santos²

¹Servicio de Medicina Interna II. Complejo Asistencial de Salamanca. Salamanca. ²Departamento de Estadística. Facultad de Ciencias. Universidad de Salamanca. Salamanca.

Objetivos. Analizar las características epidemiológicas, clínicas, diagnósticas, terapéuticas y evolutivas de los pacientes ingresados por tuberculosis (TB) en dicho período.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas.

Resultados. Encontramos 284 casos, de los cuáles el 61% eran varones. La media de edad fue de 54 años, aunque los 2 grupos etarios más frecuentes fueron los comprendidos entre 21-30 años (16,4%) y entre 71-80 años (20,3%). El número de ingresos se mantuvo estable con una media de 28 pacientes/año. Tenían algún factor de riesgo el 50% de los pacientes, de los cuáles 43% fumaban, 18% bebían alcohol y 17% eran diabéticos. Sólo encontramos 8 casos de coinfección con el VIH. El 5,98% habían tenido contacto previo con la TB. Fallecieron el 6%. Los síntomas más frecuentes fueron fiebre (51,1%) y tos (45,4%). No se realizó Mantoux o no consta su resultado en el 63,5% de los casos. Entre los que sí se realizó fue positivo en el 64%. En Medicina Interna (MI) ingresó el 53,5% y en Neumología (Ne) el 25%. En MI fueron mayores la edad, la estancia media y los exitus. La TB fue exclusivamente pulmonar en el 52,1% de los casos. Entre las extrapulmonares, la más frecuente fue la TB pleural (14,4%). Ésta se diagnosticó más en varones, eran más jóvenes e ingresaron mayoritariamente en Ne. Se consiguió un diagnóstico microbiológico en el 64,8%. De los 59 pacientes con afectación meníngea, pleural o peritoneal, la adenosindeaminasa estaba elevada en el 49,1%. Con respecto al tratamiento al alta, el 76,4% recibió isoniácida, rifampicina y piracinamida. Un 9,2% recibió además etambutol. Se encontraron resistencias en 30 pacientes (16,3%), pero en casi el 70% fue exclusivamente frente a estreptomycinina.

Discusión. En nuestro estudio encontramos un predominio de varones (61%), dato que se mantiene en todos los estudios revisados, con porcentajes que van desde el 60 al 70%. Hay pocos estudios que analicen este dato. Nosotros hemos observado que el número de fumadores varones entre los pacientes con TB es elevado. Recientemente se publicó un metaanálisis en el que concluyen que fumar o inhalar el humo del tabaco, estaban asociados a un mayor riesgo de padecer TB y que los fumadores tendrían también un mayor riesgo de morir por TB. En lo referente a los grupos etarios, encontramos un dato preocupante, que se repite en muchos de los estudios publicados: la presencia de un pico de frecuencia entre los adultos jóvenes. En nuestro estudio el porcentaje acumulado entre los 14 y los 40 años era del 33,5%. Lo que supone que de todos los pacientes infectados 1 de cada 3 tenía menos de 40 años y no se explica por la población VIH, ya que hemos encontrado muy pocos casos. Podría ser un indicio de que la población joven se sigue contagiando a través del reservorio epidemiológico de los más viejos y creemos que podría ser un indicador interesante de un mal control en la prevención de los contactos o de un retraso en el diagnóstico de la enfermedad.

Conclusiones. 1) Los ingresos por TB no sólo no han descendido, sino que se mantienen estables a lo largo del decenio 1998-2007. 2) Un tercio de los casos ocurre en pacientes con menos de 40 años. 3) El porcentaje de resistencias es alto, pero la mayoría son a estreptomycinina, lo cual tiene pocas implicaciones en el tratamiento.

A-213 CASOS SOSPECHOSOS INGRESADOS POR GRIPE A CON Y SIN CONFIRMACIÓN MICROBIOLÓGICA. RASGOS COMUNES Y DIFERENCIALES

P. Sánchez López, G. López Lloret, M. Martínez Cortés, G. Parra García, M. Esteban Moreno, S. Domingo Roa, C. Maldonado Úbeda y F. Díez García

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

Objetivos. Analizar los principales rasgos tanto comunes como diferenciales de los pacientes que precisaron ingreso hospitalario tras activar el protocolo de caso sospechoso de la gripe A (H1N1), realizando un estudio comparativo entre los casos finalmente no confirmados con aquellos que sí obtuvieron un diagnóstico cierto de esta enfermedad.

Material y métodos. Estudio observacional y prospectivo de los pacientes ingresados por sospecha de infección por virus de la gripe A nueva variante (H1N1) en los servicios médicos de Medicina Interna, Neumología o UCI de un hospital general. Se analizaron las principales variables epidemiológicas, comorbilidades, características clínicas, tratamiento empleado y evolución en los pacientes con/sin diagnóstico confirmado. Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS 17.0 (C: casos ciertos/S: sospechas no confirmadas).

Resultados. Se ingresaron 98 pacientes por sospecha de gripe A. En relación a la fecha de ingreso se distribuyó el 44% en septiembre, 62% en octubre, 75% en noviembre y 53% en diciembre. Se confirmó en 58 (59%) siendo éstos enfermos más jóvenes (edad media: C 39 ± 4 vs S 46 ± 6 años, p < 0,05), sin diferencias significativas en la distribución por sexos (Hombre: C50%/S53%). Fue necesario el ingreso en UCI en el 22% de los C y 2,5% de los S (p < 0,05). La duración del ingreso fue más prolongada en los confirmados (C: 12,8±4 días; S: 7,7±2 días, p < 0,05). Las principales diferencias entre C/S respecto a la distribución de los factores de riesgo que se han asociado a la gripe A fueron: embarazo (C: 16%; S: 9%; p < 0,05), obesidad (C: 26%; S: 10%; p < 0,05), asma bronquial (C: 34%; S: 2%; p < 0,05) y neoplasia (C: 16%; S: 2%; p = 0,057). Se estudiaron otros factores de riesgo relevantes como: tabaco, EPOC, SAOS, enfermedad cardiovascular, enfermedad neurodegenerativa e inmunosupresión sin diferencias significativas entre ambos grupos. Tampoco se objetivaron diferencias respecto a la frecuencia de neumonías (C: 53%; S: 67%) aunque el patrón radiológico intersticial fue más frecuente en los casos (C: 53%; S: 27%; p < 0,05). El 86% de los C y el 82% de los S recibieron tratamiento antibiótico. Todos los casos y sospechas recibieron oseltamivir, que se suspendió en el 90% de las sospechas no confirmadas. Los pacientes con diagnóstico de gripe A presentaron complicaciones graves en el 19% (en sospechosos: 12%, p = 0,08), así mismo, precisaron ventilación mecánica invasiva con mayor frecuencia (C: 5%; S: 2%; p < 0,05) y tuvieron mayor mortalidad (C: 5%; S: 0%; p < 0,05).

Discusión. De los 98 pacientes ingresados por sospecha de gripe A, se confirmó el diagnóstico en 58 de ellos, siendo estos enfermos más jóvenes. A pesar de ello, hubo mayor necesidad de ingreso en UCI debido a las complicaciones y la duración del ingreso fue más prolongada. De los factores de riesgo analizados, embarazo, obesidad, asma bronquial y neoplasia fueron los estadísticamente significativos, asociándose a mayor letalidad.

Conclusiones. La activación del protocolo de gripe A confirmó la presencia de la enfermedad en más de la mitad de los casos sospe-

chosos durante el período de alerta pandémica. Los pacientes con gripe A confirmada fueron más jóvenes, tenían con mayor frecuencia factores de riesgo reconocidos de gripe A y aunque en la mayoría de los casos la evolución fue satisfactoria, la gripe A se asoció a mayor gravedad y letalidad.

A-214 ESPONDILITIS INFECCIOSA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

B. Adalia Martín, C. Teijo Núñez, M. Alonso Fernández, C. Buelta González, Paredes Mogollo, A. Castañón López, S. López Nicolás y M. Prieto Sánchez

Servicio de Medicina Interna. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León).

Objetivos. Analizar las características epidemiológicas y clínicas de la espondilodiscitis infecciosa en el servicio de medicina interna de un hospital comarcal y comparar los resultados con las publicaciones recientes.

Material y métodos. Estudio transversal retrospectivo de los pacientes diagnosticados de espondilodiscitis infecciosa en el servicio de medicina interna del Hospital El Bierzo, en el período comprendido entre el 1 de enero del 2006 y el 31 de diciembre del 2009. Se incluyeron pacientes adultos que cumplieran criterios clínicos y radiológicos. Se analizaron: datos demográficos, manifestaciones clínicas, datos de laboratorio y microbiológicos, técnicas de imagen, posibles desencadenantes, tratamiento y complicaciones. Los datos han sido analizados con el programa estadístico SPSS.

Resultados. Se diagnosticaron 21 casos, de los cuales el 61,9% fueron de causa espontánea. La edad media fue de 65,6 años y el 61,9% fueron varones. La región más afectada fue la lumbar. Constituyó la causa principal del ingreso en el 85,7% y en el 14,28% fue secundaria a cirugía o diseminación hematológica. El 23,8% precisó cirugía.

Discusión. Aparición en pacientes de edad avanzada con predominio por el sexo masculino. Las enfermedades predisponentes más comunes son diabetes, estados de inmunodepresión y neoplasias. El dolor de espalda es constante pero inespecífico aunque la presencia de clínica neurológica hace sospechar el diagnóstico. Las alteraciones analíticas son inespecíficas pero existen datos de imagen característicos. La tendencia actual es tratar con antibióticos reservando la cirugía para la compresión medular, el fracaso del tratamiento antibiótico, drenaje de las complicaciones supuradas.

Conclusiones. El principal problema del estudio ha sido el reducido tamaño. La variable independiente al diagnóstico etiológico fue el tiempo de demora desde el inicio de los síntomas al diagnóstico. Sería necesaria la actuación por parte de un equipo multidisciplinar. Los objetivos del tratamiento son la erradicación de la infección y mantener la función mecánica. La duración del tratamiento antimicrobiano es de 4-6 semanas.

Tabla 1 (A-214). Microorganismos aislados

Microorganismos	Porcentaje
Staphylococcus aureus	28,57%
S. epidermidis	14,28%
Enterococcus faecalis	9,52%
Escherichia coli	4,76%
St. Aureus meticilina resistente	4,76%
SAMS y enterococcus faecalis	4,76%
S. aureus y E. coli	4,76%
M. tuberculosis	14,28%
No filiado	14,28%

A-215 UNA SERIE DE 12 CASOS DE ARTRITIS SÉPTICA ESTERNOCLAVICULAR EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

J. Praena Segovia¹, C. Hernández Quiles¹, M. Martínez Risquez¹, N. Espinosa Aguilera², R. Luque Márquez², R. Álvarez Marín², L. de la Higuera Vila¹ y P. Rivas Cobas¹

¹Servicio de Medicina Interna-Unidad Clínica de Atención Médica Integral, ²Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. Presentar las características clínicas, epidemiológicas y etiológicas de la artritis esternoclavicular (AEC), en pacientes hospitalizados en Virgen del Rocío, así como evaluar la rentabilidad de las pruebas diagnósticas, tratamiento y evolución de nuestros pacientes

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes adultos hospitalizados con el diagnóstico de AEC entre los años 1998 y 2010. Definición de caso: criterios de Newman modificado. La identificación de los casos se realizó a través del CMBD. Se analizaron diferentes variables recogiendo datos epidemiológicos, clínicos, diagnósticos, etiológicos y terapéuticos. Búsqueda bibliográfica en pubmed: "septic arthritis sternoclavicular".

Resultados. Principales resultados: A) Epidemiológicos: 12 casos (9H/4M). Edad media 46,38 años (rango 15-78). Todos los pacientes presentaron alguna comorbilidad predisponente, uno de ellos refería microtraumatismo articular y en dos no se encontró ningún factor de riesgo. La patología asociada más frecuente fue la diabetes tipo 2 seguido de infección de partes blandas. B) Clínica: Todos los casos presentaron dolor y tumefacción de la articulación esternoclavicular con limitación de la movilización del hombro ipsilateral. La AEC fue unilateral en todos los casos, derecha en 9 casos y dos cursaron con poliartritis. La fiebre apareció en 9 de los 12 casos. Ocho pacientes presentaron una complicación con formación de colección periarticular. Cinco casos presentaron osteomielitis. C) Diagnóstico: Pruebas de Imagen: Se realizó TAC a los 12 casos, a uno de ellos RM y a dos gammagrafías óseas. Rentabilidad del diagnóstico microbiológico: el cultivo del líquido obtenido mediante PAAF de la articulación fue positivo en 9 de 10 casos; cultivo de la pus del drenaje quirúrgico en 4 de 4; los hemocultivos fueron positivos en 7 de 11. D) Etiología: Staphylococcus aureus (en 7 de 12), Staphylococcus auricularis (1), Fusobacterium necrophorum (1), Streptococcus pneumoniae (1), Aerococcus urinae (1), E. coli (1). E) Tratamiento: Todos los pacientes recibieron tratamiento antibiótico intravenoso al menos una semana, (media 2 s, rango 1-7s) continuando antibioterapia oral durante 4-6 semanas. En tres casos se realizó drenaje quirúrgico del absceso periarticular. Un caso fue intervenido mediante resección del tercio interno clavicular. F) Evolución: Todos los casos presentaron una buena evolución clínica excepto uno de los casos drenados que tuvo que ser reintervenido con resección en bloque de la AEC con resolución posterior.

Conclusiones. La AEC es una localización poco frecuente de la artritis séptica. -Se requiere un alto índice de sospecha para el diagnóstico. -Se presenta característicamente con dolor torácico sobre la AEC y dolor con limitación funcional del hombro asociado con gran frecuencia a fiebre. El diagnóstico requiere la realización de TAC que muestra gran rentabilidad para la demostración de colección periarticular. El diagnóstico microbiológico se realiza mediante cultivo del material obtenido por PAAF articular, del material de drenaje quirúrgico y por hemocultivos. En nuestra serie la etiología más frecuente fue Staphylococcus aureus. La mayoría de los casos se resolvió con tratamiento antibiótico exclusivo aunque en un 25% de los casos fue necesario el drenaje quirúrgico y/o resección articular.

A-216 DIAGNÓSTICO TARDÍO EN LOS NUEVOS CASOS DETECTADOS DE INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

M. Soto Cárdenas¹, E. Chaves Rodríguez¹, L. Vela Manzano¹,
P. Martín Peral¹, M. Márquez Borrego¹, C. Fernández del Álamo²
y J. Girón González¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología.
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Objetivos. Analizar la proporción de pacientes que se diagnostican de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en estadio tardío.

Material y métodos. Estudio retrospectivo realizado a partir de los pacientes diagnosticados de infección VIH en la sección de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario Puerta del Mar (Cádiz) en los 18 meses anteriores al estudio. Variables de estudio: 1) Epidemiológicas: sexo, edad y mecanismo de transmisión (heterosexual, homosexual, ADVP y otros), 2) Inmunológicas: linfocitos CD4 3) Clínicas: i) Infecciones oportunistas en el momento del diagnóstico, ii) Pacientes con criterios definitorios de SIDA, iii) Pacientes con diagnóstico tardío definido por la presencia de CD4 < 350 y/o criterios definitorios de SIDA. Análisis estadístico: Análisis descriptivo de las variables estudiadas expresado en número absoluto y porcentaje en el caso de variables cualitativas y media + desviación estándar en aquellas variables cuantitativas.

Resultados. Durante el periodo de estudio, 33 pacientes fueron diagnosticados de infección VIH. La edad media fue de 38 años siendo varones en un 72% de los casos. El mecanismo de transmisión más frecuente fue heterosexual (74%) seguido de homosexual en un (18%) y en menor medida UDVP (8%). 10 pacientes (30%) no acudieron a la primera visita. El diagnóstico tardío con CD4 < 350 se observó en el 56% de los casos y de éstos presentaban una cifra de CD4 menor de 200 en el 45% de los casos. Un 45% de los pacientes presentaban al diagnóstico enfermedad definitoria de SIDA, presentando infecciones oportunistas graves o neoplasias que requirieron ingreso en 5 pacientes (2 neumonía por *P. jirovecii*, 1 candidiasis esofágica, 1 tuberculosis diseminada y 1 linfoma). De la serie descrita falleció un paciente por TBC diseminada (1/33-4,3%).

Discusión. Más de la mitad de los nuevos diagnósticos se detectan en estadio tardío, con un exceso de infecciones oportunistas, neoplasias e incluso muertes evitables. El cambio de perfil de los nuevos casos, con predominio de transmisión heterosexual, puede estar condicionando un diagnóstico tardío al no pertenecer a los subgrupos clásicos de la epidemia.

Conclusiones. Es prioritario desarrollar medidas eficaces que permitan detectar a los pacientes con infección VIH de forma precoz e iniciar el tratamiento antirretroviral en fases tempranas. De este modo, se podría evitar las complicaciones tanto a nivel individual como colectivo que conlleva el diagnóstico tardío.

A-217 HEMOGLOBINOPATÍAS EN INMIGRANTES DE ÁFRICA SUBSAHARIANA

N. Morán Suárez¹, A. Rodríguez Guardado¹, R. Llorente²,
J. Fernández Pérez¹ y F. Jonte¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Hematología.
Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias).

Objetivos. Desde finales de los años 80, se ha producido un aumento importante de la inmigración a España. La frecuencia de Hemoglobinopatías en la población mundial es muy elevada y su distribución geográfica es variable, siendo de África la región subsahariana la más afectada. El objetivo de nuestro estudio es describir el número y tipo de hemoglobinopatías, así como la afectación clínica, en pacientes inmigrantes de África subsahariana.

Material y métodos. Se estudiaron a los pacientes inmigrantes de África subsahariana que acudieron a la consulta de Unidad de Enfermedades Tropicales del Hospital Universitario Central de Asturias. El despistaje de Hemoglobinopatías se realizó mediante cromatografía líquida de alta resolución (HPLC) y la confirmación mediante electroforesis. Debido a que los portadores de alfa talasemia no se detectan en la HPLC, no están incluidas en el estudio.

Resultados. Se estudió a 86 inmigrantes (55% hombres, 36% mujeres) con una edad media de 30,27 años ($\pm 11,07$). Los países de procedencia y el número de pacientes fueron: Camerún (2), Congo (1), Costa de Marfil (3), Gambia (1), Ghana (6), Guinea Ecuatorial (26), Guinea (13), Mali (2), Mauritania (3), Nigeria (5), y Senegal (24). Presentaron Hemoglobinopatía el 26,7% de los inmigrantes (23 pacientes), de estos hemoglobinopatía S heterocigota 16 inmigrantes, hemoglobinopatía C heterocigota 3 inmigrantes, beta-talasemia heterocigota 2 inmigrantes, y hemoglobinopatía S heterocigota junto con beta-talasemia 2 inmigrantes. Considerando sólo los países de los que teníamos al menos cinco inmigrantes la mayor prevalencia de hemoglobinopatías es en Guinea (38,5%), Ghana (33,3%) y Guinea Ecuatorial (30,8) y la menor en Senegal (12,5%). De los pacientes con hemoglobinopatía el 87% estaban asintomáticos, 4,3% presentan síndrome anémico y el 8,6% dolores óseos o articulares. La hemoglobina media de los pacientes con hemoglobinopatía era en hombres 14,36 g/dl ($\pm 1,61$) y en mujeres 12,21 g/dl ($\pm 1,11$). De los 23 pacientes con hemoglobinopatía uno con hemoglobinopatía S y beta-talasemia doble heterocigota presentaba hemólisis.

Discusión. Los resultados demuestran una alta prevalencia de Hemoglobinopatías en Inmigrantes subsaharianos. La mayor parte de los inmigrantes de nuestra consulta proceden de Guinea ecuatorial, Senegal y Guinea. Siendo en nuestro estudio Guinea el país con mayor prevalencia de hemoglobinopatías. La hemoglobinopatía más diagnosticada fue la S heterocigota. Aunque la gran mayoría de los pacientes estaban asintomáticos y con cifras de la hemoglobina dentro del rango de la normalidad es importante conocer que son portadores para consejo genético.

Conclusiones. Los resultados de nuestro estudio hacen aconsejable la exploración sistemática de estas patologías en aquellas zonas con importante flujo migratorio procedente de África subsahariana. El aumento de la inmigración en nuestro país en los últimos años y con ello las Hemoglobinopatías obliga a ampliar los conocimientos clínicos y epidemiológicos para desarrollar programas de control y prevención de dicha patología.

A-218 ABSCEOS HEPÁTICOS VISTOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

F. Hidalgo Salinas, J. Pilares Barco, A. Domínguez Alegría,
J. Santiago Ruíz, I. Barbolla Díaz, G. Rodríguez Ramírez,
A. Ruedas López y G. Fraile Rodríguez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos. Describir la presentación clínica, etiología, diagnóstico, tratamiento y evolución de los abscesos hepáticos manejados en un servicio de Medicina Interna.

Material y métodos. Se realizó una búsqueda retrospectiva de diez años en la base de datos electrónica del servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Ramón y Cajal. Se introdujo como palabra clave absceso(s) hepático(s). Se analizan las variables clínicas, microbiológicas y evolutivas de 21 pacientes.

Resultados. La media de edad es de 69,7 años (rango 39-98). Antecedentes de interés: diabetes mellitus (n = 4), neoplasia (n = 3), patología hepática/biliar asociada (n = 9). Presentación clínica: fiebre (n = 20), dolor abdominal (n = 10), hiporexia/pérdida de peso (n = 7), diarrea (n = 4), náuseas/vómitos (n = 4). Alteraciones analíticas: elevación de bilirrubina total (n = 7), transaminasas (n = 11), GGT (n = 17), FA (n = 14), LDH (n = 8); otras alteraciones fueron

anemia (n = 14), leucocitosis (n = 15) e hipoproteinemia (n = 12). Se realizó ecografía abdominal en 18 pacientes (se vio imagen sugestiva en 15) y TAC abdominal en 20 (visto el absceso en todos). Se tomaron hemocultivos en 17 pacientes (crecimiento en 5) y drenaje percutáneo del absceso en 14 (crecimiento en 6). Se aisló algún microorganismo en 11 pacientes: bacilos gram negativos (n = 6: *E. coli*, *Morganella morganii*, *K. pneumoniae*, *K. oxytoca*); cocos gram positivos (n = 3: *S. aureus*, *Streptococcus*, *Propionibacterium*); anaerobios (n = 4: *Bacteroides fragilis*, *Clostridium*). La infección fue polimicrobiana en 4 casos.

Discusión. Esta serie muestra características parecidas a las descritas en otros estudios, con algunas particularidades. La edad media es 70 años. Hay una baja incidencia de diabetes. La manifestación clínica más frecuente fue fiebre (95%), seguida de dolor abdominal (48%). No es despreciable el número de pacientes con cuadro de pérdida ponderal (33%). La alteración analítica más frecuente fue la elevación de enzimas de colestasis, sobre todo de GGT (81%); otras alteraciones frecuentes fueron anemia (67%) y leucocitosis (71%). La TAC presentó una sensibilidad del 100%, siendo la ecografía menos sensible (no mostró alteración en el 17% de los casos). Se logró identificación microbiológica en el 52% de los casos, aislándose el microorganismo en los hemocultivos en el 45% y en el 55% con el cultivo del drenaje percutáneo. Todos recibieron tratamiento antibiótico empírico inicial, siendo la pauta más usada Piperacilina/tazobactam o una cefalosporina de tercera generación más metronidazol; en los que se aisló algún microorganismo se ajustó el tratamiento según el antibiograma. Se realizó drenaje percutáneo en el 67% de los casos. Sólo 1 paciente precisó cirugía por empeoramiento clínico a pesar del tratamiento antibiótico y drenaje percutáneo. Fallecieron 3 pacientes (14%), todos ellos mayores de 85 años, uno de los cuales presentó una neoplasia de ciego. En cuanto a la etiología se vio origen biliar en 24%, portal en 19%, inoculación directa en 5%, diseminación hematogena en 14% y causa desconocida en 38%.

Conclusiones. El absceso hepático es el absceso visceral más frecuente. Sus manifestaciones más frecuentes son fiebre y dolor abdominal. Su diagnóstico debe confirmarse mediante una prueba de imagen, seguido de aspiración y cultivo del material. La mayoría son polimicrobianos. El tratamiento debe incluir antibióticos y drenaje del absceso en los que sea posible. Existen varias pautas de antibioterapia empírica inicial, debiendo ajustarse el tratamiento según los resultados microbiológicos. Debe considerarse la cirugía en los casos que no haya una buena respuesta al tratamiento inicial.

A-219

TUBERCULOSIS ÓSEA: REVISIÓN DE CASOS

R. Díez Bandera, C. Rosado Rubio, J. Torres Triana, P. Crecente Otero, N. Castro Iglesias, L. Manzanedo Bueno, V. Álvarez Álamo y F. Domínguez Moronta

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

Objetivos. Descripción de las características clínico-epidemiológicas de los pacientes con tuberculosis ósea.

Material y métodos. Análisis descriptivo de una serie de 23 casos diagnosticados de tuberculosis ósea en el Hospital de Salamanca entre los años 2000-2009.

Resultados. De los 23 pacientes el 65,2% (15) fueron mujeres y 34,8% (8), hombres, con una edad media de 70 años. La principal afectación fue vertebral (73,9%), siendo la localización más frecuente L1-L3 (30%), asociando masas paravertebrales en el 52,2% de los casos. Hubo compromiso medular en un 43,5%. El diagnóstico se realizó mediante RMN y biopsia ósea, obteniendo cultivo positivo para *M. tuberculosis* en un 69,9%. Todos los pacientes recibieron tratamiento específico, y precisaron cirugía aquellos con compromiso medular (43,5%).

Discusión. La tuberculosis osteoarticular representa del 10-35% de los casos de TB extrapulmonar. La afectación vertebral (Mal de Pott) está presente en aproximadamente la mitad de las tuberculosis óseas, siendo las vértebras lumbares y últimas dorsales las más afectadas. Los abscesos paravertebrales están frecuentemente asociados y la complicación más importante es la compresión medular. En el diagnóstico se ha demostrado útil el empleo de la RMN, pero siempre que sea posible debe ser confirmado con biopsia y cultivo. El régimen de tratamiento es el mismo que para la tuberculosis pulmonar con una duración entre 6-9 meses, siempre que incluya rifampicina. La cirugía está indicada cuando haya compromiso neurológico.

Conclusiones. La senectud parece ser la causa más probable de reactivación de la tuberculosis en nuestros pacientes. Al igual que lo descrito en la literatura la forma de presentación más frecuente fue la afectación vertebral. A pesar de la baja prevalencia de tuberculosis en la provincia de Salamanca, es obligado pensar en ella ante un dolor lumbar progresivo, de largo tiempo de evolución, y más aún si asocia manifestaciones neurológicas y abscesos paravertebrales.

A-220

TUBERCULOSIS GANGLIONAR EN EL HOSPITAL DE CABUEÑES (1994-2009)

G.L. Colina Pérez, R. Fernández Regueiro, T. Pascual Pascual, M. García-Alcalde, M. Ballesteros, L. Montes Gil, J. Moris de la Tasa y A. Álvarez-Uria Miyares

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

Objetivos. Conocer las características clínico-epidemiológicas, diagnóstico y evolución (siguiendo las recomendaciones de la OMS) de las tuberculosis ganglionares atendidas en nuestro hospital.

Material y métodos. Revisión de los protocolos y bases de datos de tuberculosis que con carácter prospectivo se realizan en nuestro centro, desde el año 1994 hasta la actualidad. Entre el 1 de enero de 1994 y el 31 de diciembre del 2009 se recogieron 1.418 casos de tuberculosis de los cuales 150 (10,5%) eran de localización ganglionar. Se analizaron las características epidemiológicas, clínicas, diagnósticas, terapéuticas y evolutivas de las mismas. Los datos se analizaron estadísticamente con el programa SPSS v 12.1.

Resultados. El 68% eran mujeres. La edad media de 52,82 años. El 46% ingresaron en el hospital. Los Servicios donde se diagnosticaron fueron: ORL (60,5%); UEI (21%), MI (12,5%) y el resto en otras especialidades, sin embargo el seguimiento se hizo fundamentalmente por equipos médicos. En 126 casos (84%) la TBC fue inicial, el resto habían sido tratados o diagnosticados previamente. A 92 se les solicitó serología de VIH, 20 fueron positivas (13%), había 9 casos de alcoholismo y 9 casos de adictos a drogas por vía parenteral, sin infección VIH, 6% eran inmigrantes, el 3,2% vivían solos o con algún problema social. Todos acudieron al médico por notar la presencia de adenopatías y sólo el 27% referían síntomas constitucionales. El tiempo medio para el diagnóstico fue de 107 días (r: de 5 a 360). El diagnóstico bacteriológico se consiguió en el 43% de los casos, con estudio de sensibilidad en todos ellos salvo en uno. Se encontró un caso de resistencia a estreptomina y 2 a isoniazida (uno inmigrante). Se consiguió diagnóstico anatomopatológico en 133 casos. El tratamiento fue con tres fármacos en 138 (92%). 133 pacientes 89% completaron el tratamiento, 2 fallecieron por otra causa, 2 abandonaron el tratamiento ambos VIH positivos, 5 se trasladaron a otro centro y 6 se perdieron; 2 siguen en tratamiento actualmente.

Discusión. La tuberculosis ganglionar puede ser el modo de presentación de enfermedad tuberculosa en un número no despreciable de casos, aunque su frecuencia va disminuyendo a lo largo de los años como ocurre con las otras formas de enfermedad. El bajo porcentaje de diagnóstico microbiológico es más la consecuencia

de no remitir muestra al laboratorio que de baja rentabilidad del estudio.

Conclusiones. La tuberculosis ganglionar es la forma más frecuente de presentación de las TBC extrapulmonares. La presencia de masa adenopática fue la manifestación inicial en la mayor parte de los casos, existiendo escasa repercusión sistémica. En la mayoría el diagnóstico fue anatomopatológico. Insistimos en la necesidad de remitir muestra al laboratorio de Microbiología. La mayor parte se trataron con éxito con tres drogas siendo muy baja la frecuencia de resistencia a fármacos tuberculostáticos.

A-221

INFECCIÓN POR CATÉTER EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

E. Fraile Villarejo, R. Fernández Santalla, E. Puerto Pérez, N. Cubino Bóveda, I. González Fernández, S. Márquez Batalla, M. Boraó Cengotita-Bengoia y A. Sánchez Rodríguez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.

Objetivos. Analizar la incidencia de la infección por catéter, el tipo de catéter infectado, el microorganismo aislado, la rentabilidad de los hemocultivos para el diagnóstico y la evolución según el tratamiento empírico inicial en los pacientes ingresados en un Servicio de Medicina Interna durante mayo de 2005 y mayo de 2010.

Material y métodos. Realizamos un estudio retrospectivo observacional a partir de nuestra base de datos de pacientes. Revisamos las historias clínicas de los pacientes con infección por catéter en un Servicio de Medicina Interna.

Resultados. De los 9.460 pacientes, 19 son diagnosticados de infección por catéter (0,2%): 13 hombres (68,42%) y 6 mujeres (31,58%), con una media de edad de 68,7 años. En 15 de ellos (78,94%) el foco de infección fue un catéter venoso central (13 subclavias y 2 femorales); 2 (10,52%) catéter doble J; 1 (5,26%) asociada a un catéter de drenaje pleural; y 1 (5,26%) en relación con catéter de derivación ventrículo-atrial. En 16 de los casos (82,21%) se extrajeron hemocultivos periféricos y se cultivó la punta del catéter, aislándose en 15 de ellos (93,75%) el microorganismo causal. En 3 (18,75%) se aisló más de un microorganismo y 1 (6,25%) resultó negativo. Los microorganismos fueron *S. aureus* en 10 ocasiones (62,5%), de los cuales la mitad eran meticilín resistentes; *S. epidermidis* en 5 de los casos (31,25%), 2 de los cuales (40%) eran resistentes a meticilina; el resto de microorganismos aislados fueron *E. faecium* (1), *E. cloacae* (1), *Klebsiella oxytoca* productora de BLEAs (1), y *Candida albicans* (2). EL tratamiento antibiótico empírico, en 7 (47,36%) fue vancomicina asociada a un aminoglucósido o a una cefalosporina de 3ª generación con buena respuesta al mismo en 2 de los casos. En los otros 5 la evolución fue desfavorable, siendo necesario cambiar el tratamiento. En 5 (26,31%) se inició tratamiento empírico con teicoplanina asociada a un carbapenem, que fue necesario cambiar en todos los casos por la escasa respuesta. En 3 casos (15,79%) se inició tratamiento con vancomicina en monoterapia con buena respuesta. En 1 el tratamiento fue tigeciclina, 1 linezolid y 2 cloxacilina con buena respuesta.

Discusión. La infección por catéter es la tercera causa de infección nosocomial y la causa más importante de bacteriemia nosocomial. Los hemocultivos y el cultivo de la punta del catéter tienen una alta rentabilidad, puesto que el 93,75% de nuestra serie fueron positivos. Los microorganismos aislados son *S. aureus* el más frecuente seguido por *S. epidermidis*. Son más raras las infecciones por bacilos gramnegativos y las fúngicas. El tratamiento antibiótico empírico más empleado fue la vancomicina en asociación con otros antibióticos de amplio espectro en la mayoría de los casos. Con buena respuesta al tratamiento con vancomicina en el 50% de los casos, mientras que en los tratados empíricamente con teicoplanina

na fue necesario cambiar de antibiótico en todos los casos debido a la escasa respuesta.

Conclusiones. La infección por catéter es la causa más frecuente de bacteriemia nosocomial, con importante aumento de la morbilidad. Para el diagnóstico es necesario cultivar la punta del catéter y extraer dos hemocultivos de sangre periférica y del catéter con una alta rentabilidad. Los microorganismos más frecuentemente aislados son cocos grampositivos. Se observa una alta proporción de cepas multirresistente. La retirada del catéter con signos de infección, el recambio mediante guía cuando no hay signos claros de infección y el sellado, son medidas que es necesario asociar al tratamiento antibiótico empírico. La vancomicina es el tratamiento de elección asociada a cefalosporinas o aminoglucósidos en función de la comorbilidad y de la gravedad del paciente.

A-222

ANÁLISIS ETIOLÓGICO DE LA INFECCIÓN DE PRÓTESIS ARTICULAR EN NUESTRO MEDIO: ESTUDIO PROSPECTIVO DURANTE 3 AÑOS

O. García Olmedo, A. Fernández Rodríguez, A. de los Santos Moreno, P. Martín Peral, L. Vela Manzano, F. García Colchero, E. López Tinoco y F. Guerrero

UGC de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Objetivos. Conocer la etiología de las infecciones de prótesis articulares (IPA) en nuestro medio para optimizar el tratamiento antibiótico y manejo de las mismas.

Material y métodos. Se evaluaron de forma prospectiva todos los casos de IPA diagnosticados desde el 1 de enero de 2007 al 31 de diciembre de 2009 en nuestro hospital. Se clasificaron las IPA en aguda (diagnosticada en el primer mes tras la colocación de la prótesis), crónica o intermedia (entre 1 mes y 1 año) y hematológica o tardía (más de 1 año) y se analizaron los microorganismos aislados de forma global y en función del tipo de infección. Los cultivos se tomaron de la punción de abscesos no abiertos previamente, de la fistula así como de partes blandas y de la interfase cemento-hueso en los casos de cirugía o de la sangre cuando la fiebre era superior a 38°C. Las muestras fueron sometidas a los procedimientos microbiológicos estándar de nuestro hospital. En las muestras no quirúrgicas se requerían dos cultivos positivos con idéntico microorganismo. Análisis realizado mediante el programa estadístico SPSS versión 12.0.

Resultados. Se recogieron un total de 40 casos. En un 75% la infección fue por gram positivos, 12,5% gran negativos y 5% anaerobios. La etiología fue desconocida en 2 casos. Del total de IPA, un 40% fueron causadas por *Staphylococcus coagulans* negativos (de ellos el 93% fueron resistentes a meticilina), 22,5% por *Staphylococcus aureus* (25% resistentes a meticilina), 7,5% por estreptococos beta-hemolíticos de los grupos A, B y G, 7,5% por enterobacterias, 5% flora mixta (incluyendo anaerobios), 1 caso por *S. viridans* y otro por enterococos. No hubo diferencias según la localización de la prótesis (cadera, rodilla y hombro). En cuanto al tipo de infección, en las IPA agudas (7 casos) la etiología fue 70% cocos gram positivos, 30% enterobacterias y flora mixta; en las crónicas postoperatorias (25 casos) todos los casos excepto uno se debieron a estafilococos, predominantemente estafilococos coagulans negativos; en las IPA hematológicas (7 casos) encontramos un 60% de infecciones por cocos gram positivos, 30% por enterobacterias y en un 10% se desconocían los datos. De las enterobacterias, varios casos fueron *Pseudomonas aeruginosa*.

Discusión. Los implantes ortopédicos son un componente esencial de la medicina actual. Una de sus complicaciones más importantes y de manejo más complejo son las infecciones. Además del tratamiento quirúrgico, es indispensable una antibioterapia adecuada desde el inicio y para que esta sea correcta es fundamental conocer

la epidemiología y los microorganismos causales habituales, que pueden variar de una región a otra.

Conclusiones. Encontramos en nuestro estudio resultados similares a estudios previos. Los principales gérmenes aislados son los estafilococos y, dentro de estos, los estafilococos coagulasa negativos; se aíslan en menor número aunque no desdeñable, las enterobacterias; sólo en 2 casos tuvieron un papel como agente etiológico los anaerobios. En cuanto a las resistencias, hay que destacar el alto porcentaje de estafilococos resistentes a meticilina. En los gérmenes gram negativos las resistencias fueron las habituales. Podemos concluir que una antibioterapia adecuada en nuestro medio debe ser de amplio espectro, cubriendo cocos gram positivos, incluido resistentes a meticilina y bacilos gram negativos, incluyendo pseudomonas.

A-223

EVOLUCIÓN DE LOS SARM AISLADOS EN UN DEPARTAMENTO DE SALUD EN EL PERÍODO 2003-2009

A. Belso, R. Vidal, L. Pesce, E. Muñoz, A. López Vicedo, I. Cantero y R. Pascual

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Elda Virgen de la Salud. Elda (Alicante).

Objetivos. Analizar los *Staphylococcus aureus* resistentes a metilina (SARM) aislados en los últimos siete años en un Departamento de Salud. Analizar las diferencias en los distintos períodos y comparar los aislados comunitarios de los aislados asociados a los cuidados.

Material y métodos. Estudio descriptivo basado en el análisis de las historias clínicas de los pacientes en los que se aisló SARM, en el período 2003-2009. El protocolo incluía datos de filiación, epidemiológicos, patologías asociadas, diagnóstico, tipo de adquisición, gravedad de la enfermedad de base, procedencia de las muestras para cultivo, patrón de sensibilidades, tratamiento antibiótico y evolución. Previamente se definieron los conceptos de adquisición comunitaria (PC), asociada a los cuidados (ALC), infección y colonización.

Resultados. Se aislaron un total de 245 SARM. 106 asociados a los cuidados y 100 de origen comunitario, en 39 no se pudo establecer el lugar de adquisición. La distribución por períodos fue: en 2003, 16 (8 ALC/8 PC), en 2004, 30 (18ALC/12 PC), en 2005, 35 (20 ALC/15 PC), en 2006, 40 (10 ALC/12 PC, 11 de origen incierto), 2007, 36 (15 ALC/20 PC, 1 de origen incierto), 2008, 40 (20 ALC/19 PC, 1 de origen incierto), en 2009, 33 (15 ALC/14 PC, 4 de origen incierto). Los aislados ALC de origen hospitalario se distribuyeron: 8 (2003), 18 (2004), 20 (2005); 5 (2006), 8 (2007), 11 (2008) y 4 (2009). 42,8% de las muestras procedían de servicios hospitalarios, 12,24% de consultas externas hospitalarias, 27,7% de centros de salud y 9,38% de diferentes residencias geriátricas. Sólo hubo 5 pacientes usuarios de drogas por vía parenteral y 2 pacientes infectados por el VIH. El origen de las muestras fue: esputo 34 (13,8%), orina 24 (9,79%), lesiones cutáneas 109 (44,48%), sangre 14 (5,71%), abscesos profundos 8 (3,26%), exudado nasal 24 (9,79%), exudado anal 6 (3,82%), varias localizaciones 11 (4,48%), otros 14 (5,71%). En 93 de los pacientes se aislaron otros microorganismos en el cultivo. En 100 casos el SARM se consideró origen de infección y en 77 colonizador. Hubo 5 éxitos relacionados con la infección por SARM. No se encontró ninguna resistencia a vancomicina ni ningún aislado con sensibilidad reducida entre los microorganismos testados. Se aisló un SARM resistente a teicoplanina y 2 resistentes a linezolid. Se observó 2% de resistencias a cotrimoxazol, 87,96% sensibles a gentamicina, 10,45% a ciprofloxacino y 28,14% a eritromicina. Los patrones de sensibilidad de los aislados de procedencia comunitaria fueron similares a los ALC sin que se hayan observado variaciones en el período analizado.

Discusión. Los aislamientos de SARM son bajos en nuestro medio. Tras un incremento inicial se han mantenido estables incluso han disminuido en el último año. El% de bacteriemias es inferior a lo

referido en la literatura. Aunque no se han analizado las cepas la similitud en los patrones de sensibilidad sugiere que los clones comunitarios y ALC son superponibles. La baja tasa de SARM ALC hospitalarios puede atribuirse en parte a la búsqueda activa de casos por parte de Medicina Preventiva, al estricto seguimiento de las medidas de aislamiento y correcto manejo de los pacientes portadores

Conclusiones. En nuestra área el porcentaje de SARM es bajo, las bacteriemias son escasas y las infecciones ALC hospitalarios infrecuentes. Se debe continuar y mejorar las medidas preventivas y trasladarlas a las residencias asistidas con el fin de disminuir los SARM asociados a los cuidados.

A-224

ESTUDIO RETROSPECTIVO Y EPIDEMIOLÓGICO DE LAS INFECCIONES EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA I DURANTE 2 AÑOS (2008-2009)

L. Mateos Polo, M. García García, A. Romero Alegría, J. Martín Oterino y A. Sánchez Rodríguez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.

Objetivos. Determinar cuáles son las infecciones de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna I durante 2 años (enero del 2008 a diciembre del 2009). Se analizan las diferentes formas de infección, la distribución etaria, por sexo, y las enfermedades asociadas.

Material y métodos. Se recogen de la base de datos del Servicio de M. Interna I los casos con diagnóstico de Infección. Se revisan las Historias Clínicas que cumplen los requisitos siguientes: anamnesis, factores de riesgo, DM II, insuficiencia renal, ACV, EPOC, demencia, institucionalización, analítica completa, orina, Rx de tórax, ecografía abdominal, y TAC toracoabdominal si procede.

Resultados. De 2.720 altas dadas en estos 2 años, 627 pacientes cumplían los requisitos exigidos. La edad media fue de 77,1 años, mujeres el 52,6% y hombres 47,4%. El 36,5% tenían demencia, 23,5% estaba institucionalizado, el 21% tenía algún tipo ACV, sondaje vesical en el 12%, EPOC el 26,7%, DM-2 el 13,2%, i. renal el 8,73%, inmunodeficiencia (artritis reumatoide, LES, VIH) el 5,33% y cirrosis hepática el 4,5%. Se halló inf. respiratoria (73%, 431 casos), mujeres 50,5%, edad media 80 años(67,4). En 72 casos ITU (11,4%) edad media 89 años (61% varones). En 41 casos GE (6,5%) mujeres 60,9%, con edad de 61 años. En 37 pacientes colangitis (5,9%) edad 68 años y mujeres en el 54%. Infección de partes blandas 9 pacientes (1,45), meningoencefalitis 7 (1,1%), 7 hepatitis víricas, y una infección de foco ORL. En el 25,82%(161 pacientes) presentaron conjuntamente infección respiratoria e ITU y en el 1,4% infección respiratoria y de partes blandas.

Discusión. La causa más frecuente de Infección en nuestra Unidad es la debida a infecciones respiratorias, en mujeres entre los 65 y 75 años. En segundo lugar está la Infección de las vías urinarias, en varones a partir de los 80 años. En tercer lugar la gastroenteritis y la colangitis en mujeres de edad media de la vida. En cuanto a los factores de riesgo, la Demencia ocupa la primera posición, seguida de la estancia en residencias geriátricas, y de los accidentes cerebrovasculares. En cuarto lugar está ocupado por el sondaje vesical. Respecto a las enfermedades asociadas es la obstrucción crónica al flujo aéreo en varones, seguida de la diabetes mellitus y la Insuficiencia renal en ambos sexos las más frecuentes.

Conclusiones. La patología infecciosa representa la cuarta causa de ingreso en el Servicio de Medicina Interna I durante los 2 últimos años, es por tanto uno de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico más prevalentes. El primer GRD fue la infección respiratoria, en mujeres de edad avanzada con demencia y/o antecedentes de accidentes cerebrovasculares. En 2º lugar, la Infección Urinaria en varones de edad avanzada insitucionalizados y con sonda vesical. La gastroenteritis, la colangitis y la celulitis se sitúan a más largo plazo. La EPOC, la diabetes mellitus tipo 2, y la insuficiencia renal, por

este orden, las enfermedades predisponentes de la patología infecciosa en nuestro Servicio.

A-225 COMPLICACIONES INFECCIOSAS ASOCIADAS A NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

J. Torres Triana¹, L. Manzanedo Bueno¹, M. de Manuel Rodríguez², M. Fernández Regueras¹, M. Fidalgo¹, P. Crecente Otero¹, N. Castro Iglesias¹ y R. Díez Bandera¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Clínico. Salamanca.

Objetivos. La nutrición parenteral total es un factor predisponente al desarrollo de infecciones relacionadas principalmente con los accesos vasculares y son producidas principalmente por especies de estafilococos coagulasa negativos. El objetivo de este estudio es analizar la frecuencia de complicaciones infecciosas de las nutriciones parenterales totales y su caracterización microbiológica en un servicio de Medicina Interna.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de una muestra de pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna del Hospital Clínico Universitario de Salamanca desde enero de 2008 a abril de 2010, a quienes se les pautó en el tratamiento Nutrición Parenteral Total (NPT). Se analizaron los resultados de hemocultivos y cultivos de catéter realizados durante el tiempo de la NPT.

Resultados. Se revisaron 82 pacientes. Los cuales recibieron un promedio de 11 días de soporte nutricional. Las complicaciones infecciosas se encontraron en 16 pacientes (19,5%), evidenciándose un aumento a 21 días del promedio de soporte nutricional. Los gérmenes más frecuentemente aislados fueron: el *Staphylococcus epidermidis* en 8 (50%) pacientes, seguido de *Candida albicans* en 4 (25%) pacientes. Se evidenció infección polimicrobiana en 3 pacientes.

Discusión. El incremento del riesgo infeccioso en los pacientes que reciben suplencia con NPT es superior al de los pacientes con catéter venosos central que no precisan de tratamiento con NPT. En nuestra revisión se observa un marcado incremento de las infecciones micóticas respecto a las asociadas a catéter sin NPT, este hallazgo es de limitado valor al no tener un análisis individual del riesgo de infección micótica de cada uno de los pacientes incluidos en el estudio. La adecuada estandarización y uso de protocolos en el manejo de los accesos vasculares centrales y en la instauración de la nutrición parenteral ha demostrado eficacia en la reducción de las complicaciones infecciosas.

Conclusiones. De nuestra revisión podemos concluir que el *Staphylococcus epidermidis* es el germen más comúnmente implicado en las infecciones asociadas a NPT. Encontrándose también una elevada incidencia de infecciones micóticas asociadas a la NPT. La duración del soporte nutricional tiene una relación directa con el incremento de las infecciones. Las infecciosas asociadas a NPT pueden ser polimicrobianas hasta en 18,75% de los casos.

A-226 FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS DE LAS CELULITIS INGRESADAS EN CENTRO HOSPITALARIO TIPO 2

E. Martínez Velado¹, M. Chimento Viñas¹, C. Martín Gómez¹, V. López Mouriño², P. Sánchez Junquera¹, A. de la Vega Lanciego¹, J. Soto Delgado¹ y L. Palomar Rodríguez¹

¹Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de Monforte. Monforte de Lemos (Lugo).

Objetivos. Descripción de los factores epidemiológicos correspondientes a los casos de celulitis subsidiarios de ingreso hospitala-

rio en el Complejo Asistencial de Zamora en el período comprendido entre 1 de enero a 31 de diciembre de 2009.

Material y métodos. Estudio descriptivo y observacional de los 58 casos de celulitis que precisaron ingreso a cargo del Servicio de Medicina Interna en el período citado excluyéndose las producidas por uso de drogas vía parenteral y las asociadas a catéteres venosos. Se analizaron las variables siguientes: edad, sexo, lugar de residencia, vida basal, estado neurológico-motor y mes de presentación.

Resultados. La distribución por sexo demostró mayor incidencia en varones (31:27). La media de edad fue 71,07 años (DT = 17,35). En el 64% de casos los pacientes presentaban vida basal independiente. El factor neurológico-motriz más prevalente fue la demencia (21%). El 52% de pacientes procedía del ámbito rural. Los meses de inicio y fin de verano presentaron la mayor incidencia.

Discusión. Se estima que el diagnóstico de celulitis está presente en un 1-14% de los pacientes que acuden a Urgencias, presentando un pico de incidencia entre los 40-60 años, constituyendo entre el 5-8% de los ingresos y sin que exista clara preferencia por sexos según diferentes series. Existe un aumento de incidencia en los meses de calor.

Conclusiones. La celulitis constituye un proceso infeccioso más frecuente en edades avanzadas, con una media de edad más elevada en nuestro estudio y en asociación con patología limitante de origen neurológico, muy prevalente nuestra población. Se objetiva una cierta caracterización estacional e influencia de determinados ámbitos domiciliario, con predominio de población rural.

A-227 FACTORES DE RIESGO, TOPOGRAFÍA Y CARACTERÍSTICAS DE INGRESO DE LAS CELULITIS EN UN CENTRO HOSPITALARIO TIPO 2

E. Martínez Velado¹, M. Chimento Viñas¹, F. Álvarez Navia¹, V. López Mouriño², P. Sánchez Junquera¹, A. de la Vega Lanciego¹, J. Soto Delgado¹ y F. Martín Cordero¹

¹Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de Monforte. Monforte de Lemos (Lugo).

Objetivos. Descripción de los factores de riesgo, así como localización y características del ingreso correspondientes a la casuística de celulitis del Complejo Asistencial de Zamora en el período comprendido entre 1 de enero a 31 de diciembre de 2009.

Material y métodos. Estudio descriptivo y observacional de los 58 casos de celulitis que precisaron ingreso a cargo del Servicio de Medicina Interna en el período citado excluyéndose las producidas por uso de drogas vía parenteral y las asociadas a catéteres venosos, analizándose las variables siguientes: factores de riesgo, localización, puerta de entrada, recuperación o fallecimiento y reingresos por dicha patología.

Resultados. Los principales factores de riesgo fueron la diabetes mellitus y la insuficiencia venosa (ambos en un 13,79% de casos), aunque en un 34,48% la vinculación fue polifactorial. Tan sólo un 17% de las localizaciones se situaron fuera de las extremidades inferiores. En el 62,07% existió una lesión previa cutánea objetivada. La duración media del ingreso fue de 12,12 días (DT = 10,49). El porcentaje de reingresos fue del 22,41%. Exitus en el 8,32% de casos.

Discusión. La celulitis es una infección cutánea o subcutánea sin límites precisos estimándose que hasta en el 85% de los casos la localización corresponde a miembros inferiores. Existe relación significativa con la disrupción de la barrera cutánea, insuficiencia venosa crónica y edemas como factores locales y con diabetes mellitus, consumo de alcohol y obesidad como factores sistémicos. Se estima que la estancia media ajustada es de 10 días. En los casos más graves pueden llegar a presentar una toxicidad sistémica con

desarrollo rápidamente progresivo y fulminante. La permanencia de los factores de riesgo constituye un importante indicador posibles recurrencias.

Conclusiones. La celulitis constituye un proceso infeccioso poli-factorial, de claro predominio acral inferior, vinculado a lesión dermatológica previa como se objetiva en nuestro estudio. Se objetiva una significativa variabilidad en la estancia media hospitalaria de estos pacientes con media similar a otros estudios observados. Los porcentajes de reingreso y exitus no son despreciables considerando los factores de riesgo asociada a nuestra población.

A-228

MICROBIOLOGÍA, CARACTERÍSTICAS ANALÍTICAS Y TRATAMIENTO DE LAS CELULITIS EN UN CENTRO HOSPITALARIO TIPO 2

E. Martínez Velado¹, M. Chimeno Viñas¹, R. Jorge Sánchez¹, V. López Mourino², P. Sánchez Junquera¹, A. de la Vega Lanciego¹, P. García Carbó¹ y J. Soto Delgado¹

¹Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de Monforte. Monforte de Lemos (Lugo).

Objetivos. Descripción de las características microbiológicas y analíticas, así como de la antibioterapia empleada en la casuística de celulitis del Complejo Asistencial de Zamora en el período comprendido entre 1 de enero a 31 de diciembre de 2009.

Material y métodos. Estudio descriptivo y observacional de los 58 casos de celulitis que precisaron ingreso a cargo del Servicio de Medicina Interna en el período citado excluyéndose las producidas por uso de drogas vía parenteral y las asociadas a catéteres venosos. Se analizaron las variables correspondientes a: hemocultivos y cultivo de exudado en las lesiones supurativas, urea, leucocitosis, fórmula y creatinina sérica al ingreso y al alta, PCR y VSG y tratamiento empleado.

Resultados. En un 45% de casos el resultado de los hemocultivos fue negativo. En un 49% de pacientes no se recogieron. El principal microorganismo aislado del exudado fue el *S aureus* metilicilín sensible (11%). En el 50% de pacientes no se recogieron dichas muestras. 10.865 leucocitos y 78,05% de neutrófilos de media al ingreso. 7.124 leucocitos y 61,26% de neutrófilos de media al alta. 25,86% de pacientes presentaban insuficiencia renal al ingreso. En 5,66% de casos persistía al alta. Leucocitosis en un 39,66% de pacientes (0% al alta). Neutrofilia en 77,59% de sujetos (13,21% al alta). VSG y PCR elevados en 91,43 y 95,35% de casos en los que se determinaron dichos valores, respectivamente. Uremia en 51,72%. Creatinina elevada en el 25,86% de pacientes (5,66% al alta). La combinación antibioterápica fue la norma en un 31,03%, seguido de amoxicilina + ácido clavulánico en un 27,49%.

Discusión. Existe un amplio origen etiológico siendo predominante los *S. aureus* y los estreptococos del grupo A, con una creciente incidencia de cepas multiresistentes. Se observa que las pruebas complementarias son utilizadas para excluir otros posibles diagnósticos diferenciales, encontrándose un recuento leucocitario normal en el 50% de los casos y estimándose la rentabilidad de los hemocultivos en torno al 5%. Se propugna por instaurar la PCR y la edad como indicadores de gravedad del cuadro. Se indica como primera línea de tratamiento los B-lactámicos.

Conclusiones. Relativización de la importancia de resultados de hemocultivo y cultivo de exudado según los resultados obtenidos en nuestro estudio que son equiparables a previos. Los gérmenes de la flora cutánea son los causantes que son aislados con mayor frecuencia. Neutrofilia (con/sin leucocitosis), con reactantes de fase aguda elevados como patrón analítico más frecuente. Importancia de la terapia de combinación antibiótica como estrategia terapéutica.

A-229

RISK STRATIFICATION IN COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA: SCORES AND CRITERIA IN CLINICAL PRACTICE

A. Abreu, I. Araújo, F. Gândara, E. Ndrio, R. Cardiga, A. Leitão, C. Fonseca y F. Ceia

Servicio de Medicina III. São Francisco Xavier. Lisboa (Portugal).

Objetivos. Community acquired Pneumonia (CAP) requires early risk stratification. Scores have been developed in an attempt to identify seriously ill patients (pts), in the absence of a sufficiently sensitive and specific factor. Pneumonia Severity Index (PSI) and CURB-65 identify candidates for outpatient therapy but have limitations in assessing seriously ill patients. The Infectious Diseases Society of America (IDSA) and American Thoracic Society (ATS) criteria are recommended to identify severe disease and admission to Intensive Care Unit (ICU); PIRO predicts risk of death in the ICU. Objective: To compare the accuracy of different prognostic risk scores in CAP patients.

Material and methods. Methods: Retrospective study conducted in an Internal Medicine Ward of a Central Hospital. Included during six month, in-patients with CAP (ICD-9-CM: 480-487.0). Nosocomial cases were excluded. Through clinical records, severity of CAP by PSI, CURB-65 and PIRO were determined. Accuracy of scores for in-hospital mortality (IHM) was calculated by ROC curves analysis.

Results. We identified 72 pts with CAP, m = 78.6 ± 11.1 years, 66.7% female. Averages of scores: CURB-65 2.07 ± 1.1; PSI 4.06 ± 0.9 PIRO 2.25 ± 1.0. According to CURB-65 and PSI, 37.1% and 5.8% of patients had no criteria for hospital admission. Of the CAP patients, 16 (22%) had IDSA/ATS criteria for admission in an ICU, only three (mean age 71,3 ± 22,8) were admitted; two of the five cases admitted to ICU did not have IDSA/ATS criteria (mean age 66,0 ± 1,0, CURB ≥ 3, PSI ≥ 4). In the ICU patients, with admission criteria, IHM was 66,7% while in patients treated outside ICU it was 84,6%. The areas under the ROC curve relating each score with IHM were: CURB-65 0.858 (p < 0.001), PSI 0.823 (p < 0.001); PIRO 0.764 (p < 0.003).

Conclusions. In this population the best predictor of IHM was CURB65, whereby approximately one third of admissions would have been improper. Admission to the ICU did not follow the recommendations and we identified age as a factor that exceeded the IDSA/ATS criteria in decision making.

A-231

ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO EN LA INFECCIÓN URINARIA FEBRIL EN VARONES

C. Chico Chumillas¹, A. Smithson Amat², M. Sánchez Torres¹, M. Bastida Vila³, R. Porrón López⁴, C. Netto Miranda² y J. Ramos Lazaro¹

¹Servicio Medicina Interna, ²Servicio Urgencias, ³Servicio Microbiología, ⁴Enfermería. Fundació Hospital de l'Esperit Sant. Barcelona.

Objetivos. La adecuación del tratamiento antibiótico empírico en la infección del tracto urinario febril (ITUF), particularmente en varones, ha sido poco estudiada. El objetivo de este trabajo es evaluar el grado de adecuación del tratamiento antibiótico empírico.

Material y métodos. Estudio ambispectivo (enero 2008 a mayo 2010) en el que se recogieron variables clínicas de 158 varones (edad media 61,63 + 17,53 años; índice de Charlson medio 3,16 + 2,92) con ITUF. Los criterios de inclusión fueron: edad > 18 años, síntomas de ITUF (fiebre > 38°C, síntomas urinarios) y urocultivo positivo para microorganismo uropatógeno. Se definió tratamiento empírico adecuado (TEA) cuando, según antibiograma, el microor-

ganismo aislado era sensible al antibiótico empírico administrado. El análisis estadístico se realizó con el test de chi cuadrado o el test exacto de Fisher para las variables dicotómicas y la t de Student para las variables cuantitativas. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados. Los aislamientos microbiológicos más frecuentes fueron *Escherichia coli* (123; 81,5%), *Klebsiella spp* (9; 6%) y *Enterococcus spp* (5; 3,3%). Los antibióticos más utilizados fueron las cefalosporinas de tercera generación (64; 40,5%), ciprofloxacino (56; 35,4%) y amoxicilina-clavulánico (22; 13,9%). La resistencia a antibióticos de todos los aislamientos en urocultivos fue: amoxicilina (57,8%), amoxicilina-clavulánico (18,1%), cefuroxima (10,3%), ciprofloxacino (33,8%), gentamicina (8,1%), cotrimoxazol (25,7%) y fosfomicina (7,3%). El tratamiento empírico se consideró inadecuado en 23 casos (15,3%). En éstos, el aislamiento microbiológico más frecuente fue *E. coli* resistente a ácido pipemídico (82; 33,9%) y el antibiótico más prescrito ciprofloxacino (9; 39,13%). En el análisis univariado, comparado con el tratamiento antibiótico empírico adecuado, únicamente la estancia en residencia geriátrica se asoció a inadecuación en la antibioterapia (3,9% vs 17,4%; $p = 0,032$). Se observó también mayor inadecuación en los pacientes con antecedente de infección urinaria previa, de tratamiento antibiótico en el último mes y de hipertrofia benigna de próstata, aunque sin significación estadística ($p = 0,099$, $p = 0,070$ y $p = 0,099$, respectivamente).

Discusión. En nuestro estudio, el tratamiento empírico de la ITUF en varones, se consideró inadecuado en un 15,3% de pacientes (23 casos), en el 73,91% de los cuales (17 casos) se aisló *E. coli* resistente a quinolonas siendo ciprofloxacino el antibiótico prescrito. La resistencia de *E. coli* a pipemídico fue del 33,9% y a ciprofloxacino del 21%.

Conclusiones. En nuestro estudio, la procedencia de residencia geriátrica se relaciona con una mayor frecuencia de inadecuación de la antibioterapia, por lo que debería tenerse en cuenta en la elección del antibiótico empírico en la infección del tracto urinario febril en varones ante la posibilidad de estar causadas por uropatógenos con mayor resistencia a antimicrobianos. La antibioterapia más inadecuada fue la administración de ciprofloxacino en aislamientos de *E. coli* resistentes a pipemídico.

A-232 EFICACIA Y SEGURIDAD A LARGO PLAZO DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL BASADO EN EL EMPLEO DE NEVIRAPINA

C. Hidalgo Collazos, M. Matías García, F. Ibáñez Estélez, N. Carrasco Antón, F. de la Hera Fernández, J. Polo Sabau y M. Górgolas Hernández-Mora

Servicio de Medicina Interna. Fundación Jiménez Díaz-UTE. Madrid.

Objetivos. Evaluar la seguridad y eficacia del tratamiento antirretroviral basado en el empleo de NVP a largo plazo en pacientes infectados por VIH.

Material y métodos. Se trata de un estudio retrospectivo de 107 pacientes infectados por VIH que comenzaron con un TARGA basado en NVP durante los años 1998, 1999 y 2000, tanto como primera línea de tratamiento o como simplificación terapéutica.

Resultados. El estudio incluye 107 pacientes con una media de edad de 34,8 años (81% varones y 19% mujeres). El 82,2% adquirieron la infección por transmisión sexual y el 18,8% por vía parenteral. Las razones para comenzar tratamiento con NVP fueron: a) 80 pacientes (74,7%) con simplificación con carga viral indetectable desde un régimen basado en IPs, b) 14 pacientes (13%) con ineficacia de tratamiento con IPs y c) 13 pacientes naïve (12,1%). Globalmente, el período medio de tratamiento con TARGA basado en NVP fueron 63 meses. 43 pacientes (40,1%) se encontraban todavía en

tratamiento con NVP con carga viral indetectable tras 104 meses (rango 12-130m) de seguimiento. 64 pacientes (59,9%) suspendieron NVP por las siguientes razones: 1) Parada terapéutica programada (27 pac. - 25%); 2) Fracaso terapéutico (14 pac. - 13%); 3) Toxicidad (11 pac. - 10,2%); 4) Cambio en la estrategia del tratamiento (6 pac. - 5,6%); 5) Otras razones (6 pac. - 5,3%). Desde el inicio hasta el final del seguimiento, el incremento de CD4 fue de 139 ± 241 células, la reducción media de TGs fue 48 ± 178 mg/dL, y la media de colesterol total no varió.

Discusión. La eficacia y seguridad a largo del TARGA no está bien documentado. La mayoría de los pacientes que empezaron un régimen basado en IPs desde 1996, pueden haber tenido un seguimiento no mayor de 13 años, y los basados en ITINAN, el período es menor, de aproximadamente 11 años. Algunos estudios han demostrado que los pacientes en tratamiento con IPs tienen mayor riesgo de eventos cardiovasculares y por el contrario una gran cohorte de estudios señalan que los basados en ITINAN no se han relacionado con estos eventos. Sin embargo, hay falta de evidencia en la eficacia de una TARGA basada en NVP. Los datos que mostramos son relevantes porque indican que los pacientes VIH en tratamiento con NVP tienen una supresión viral sostenida en el tiempo con fallos terapéuticos escasos (13%) durante un largo período de tiempo. Además, el recuento de CD4 aumenta significativamente; y lo que es más importante, que el perfil lipídico no se deteriora a lo largo del tiempo: los niveles de colesterol no cambian y los de TGs disminuyen desde el inicio al final del seguimiento. En nuestra serie, la causa más frecuente para suspender el tratamiento con NVP fue el cambio de estrategia terapéutica, lo que ocurrió en un tercio de los casos.

Conclusiones. En resumen, el TARGA basado en NVP tanto en pacientes naïve como en simplificados desde IPs u otros regímenes, es un fármaco efectivo para el mantenimiento del control virológico e inmunológico a largo plazo (más de 8 años) en pacientes infectados por VIH. Además tiene beneficios adicionales, disminuyendo los niveles séricos de TGs y de colesterol total, y manteniendo una mayor adherencia al tratamiento.

A-233 INFECCIÓN POR *LISTERIA MONOCYTOGENES*

R. Calderón Hernáiz, D. Rejas Velásquez, C. Jiménez Navarro y A. Zapatero Gaviria

Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada (Madrid).

Objetivos. *Listeria monocytogenes* es un bacilo gram positivo móvil ampliamente distribuido en la naturaleza cuya principal vía de adquisición es la ingesta de productos contaminados. Aunque es una causa poco frecuente de patología en el ser humano, las formas invasivas alcanzan una mortalidad del 30%. Dentro de ellas se incluye la bacteriemia, la sepsis de origen desconocido y la meningoencefalitis. Clásicamente se han considerado factores de riesgo para la listeriosis invasiva las edades extremas de la vida, el alcoholismo, el embarazo, las neoplasias y otros estados que condicionan inmunodepresión celular. Pero cada vez es más frecuente encontrar casos en pacientes inmunocompetentes. Nuestro objetivo fue describir las características demográficas, clínicas y microbiológicas de los casos de listeriosis invasiva diagnosticados en el H.U. Fuenlabrada desde su apertura.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de todos los aislamientos de *Listeria monocytogenes* durante el período septiembre/2004-junio/2010 registrados en la base de datos del H.U. Fuenlabrada.

Resultados. Se recuperaron 7 pacientes (5 hombres), media edad 55 años (rango 26-71). Todos de nacionalidad española. Cinco de los pacientes presentaban comorbilidad asociada a inmunodepresión crónica. Los otros 2 casos (28%) se presentaron en pacientes inmunocompetentes. La presentación clínica fue como cuadro febril en

todos menos un caso y con focalidad neurológica en todos los casos de meningoencefalitis. Cabe destacar el antecedente de gastroenteritis febril los días previos en 3 pacientes, todos ellos con afectación del SNC, e incluyendo los 2 casos en inmunocompetentes. La complicación más frecuente fue la aparición de hidrocefalia aguda y en ningún caso se encontró endocarditis infecciosa asociada. El hemocultivo fue positivo en el 84% de los pacientes, tratándose de aislamientos sensibles a varios de los siguientes antibióticos: ampicilina, gentamicina, vancomicina, cotrimoxazol y ciprofloxacino. El tiempo medio hasta la administración de tratamiento dirigido fue de 2,2 días y la mortalidad fue del 14%.

Conclusiones. La listeriosis tiene una baja incidencia en nuestra población y suele presentarse en pacientes mayores y con algún grado de inmunodepresión. Sin embargo, los casos en pacientes jóvenes e inmunocompetentes no son infrecuentes y la mortalidad es alta. El antecedente de gastroenteritis febril puede resultar de utilidad en el diagnóstico diferencial ante una meningitis aguda bacteriana. El patrón de sensibilidad de *L. monocytogenes* se mantiene estable y el tratamiento dirigido precoz resulta en una evolución favorable en buena parte de los casos. Los pacientes inmunodeprimidos deben recibir recomendaciones dietéticas para evitar la infección.

A-234 IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC) EN UN HOSPITAL GENERAL MEDIANO

R. Ramírez, M. Cheda, V. Moreno, C. de Bonet, A. Delegido, O. Araujo, C. Creus y E. Pedrol

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona.

Objetivos. Analizar los resultados de la implantación de un protocolo de actuación en una serie de neumonía adquirida en la comunidad (NAC).

Material y métodos. Estudio observacional retrospectivo de una serie de NAC durante el período octubre 2008-octubre 2009 en un Servicio de Medicina Interna antes y después de la implantación de un protocolo de manejo de la NAC. Se recogieron edad, sexo, criterios de ingreso habituales, factores de comorbilidad (EPOC, tabaquismo, cardiopatía, neoplasia, inmunosupresión, diabetes y edad > 65 años), etiología, recogida de cultivos (esputo, hemocultivo) realización de analíticas y radiología y tratamiento según su adecuación a un protocolo aprobado en nuestro centro. Se analizaron los resultados mediante análisis univariante y bivariante según fuera necesario mediante el paquete estadístico SPSS v18.0.

Resultados. 118 NAC analizadas correspondientes a 113 pacientes. Edad media $63,0 \pm 20,2$ años, 67,3% hombres y 32,2 de ellas 38% previas a la implantación del protocolo. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en edad y sexo según el período pre y post-implantación protocolo (77,8% vs 62,3% hombres, $p = 0,133$, y $63,8 \pm 18,3$ vs $62,6 \pm 21,1$ años, $p = 0,758$). Tampoco en cuanto a la adecuación del criterio de ingreso, sin existir diferencias en el número de criterios de ingreso ($1,1 \pm 0,7$ vs $1,1 \pm 0,8$ criterios, $p = 0,969$) o de factores de comorbilidad por caso ($1,9 \pm 1,6$ vs $1,7 \pm 1,2$ factores, $p = 0,526$). Se constató un menor número de radiografías y analíticas realizadas post-implantación del protocolo ($2,7 \pm 1,6$ vs $1,9 \pm 1,3$ radiografías, $p = 0,006$ y $4,4 \pm 2,4$ vs $3,1 \pm 2,9$ analíticas, $p = 0,017$). Igualmente se observó una disminución en la realización de cultivos de esputo y hemocultivos (23,7% vs 15,2%, $p = 0,010$ y 55,2% vs 60,1%, $p = 0,001$ respectivamente). Por último, se observaron diferencias significativas en cuanto a la adecuación del tratamiento antibiótico pre y post-implantación (84,2% vs 96,3%, $p = 0,030$).

Discusión. La aplicación de un protocolo de NAC reduce la repetición de determinadas pruebas complementarias (radiografías,

analíticas, cultivos de esputo y hemocultivos) y optimiza el tratamiento antibiótico en una serie de NAC sin diferencias basales significativas.

Conclusiones. La implementación del protocolo hace más eficiente la asistencia médica en nuestra serie de NAC.

A-235 CARACTERIZACIÓN DE LA BACTERIEMIA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINRESISTENTE EN UN HOSPITAL TERCIARIO

A. Fuertes Rodríguez, X. Kortajarena Urkola, M. Vaquero Valencia, A. Berroeta Iribarren, M. Elola Zeberio, U. Errasti Amiano, M. Goenaga Sánchez y F. Azaldegui Berro

Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea. Donostia-San Sebastián (Guipúzcoa).

Objetivos. 1) Recoger las características basales de los pacientes con bacteriemia por SARM de nuestro hospital; 2) manejo farmacológico y microbiológico; 3) mortalidad.

Material y métodos. Estudio observacional retrospectivo de las bacteriemias por SARM registradas en nuestro hospital desde julio 2008 hasta junio del 2010.

Resultados. Se analizaron 32 episodios ocurridos en 26 pacientes. El 69% de los casos se dieron en varones. El rango de edad se sitúa desde los 42 años a los 92. Todos los pacientes presentaban un índice de Charlson > 2. 13 pacientes (40,5%) habían sido ingresados en el mes previo a la aparición de la bacteriemia; solamente 3 (9,3%) habían recibido tratamiento con glucopéptidos. En cuanto a la adquisición de la bacteriemia, 15 (46,7%) fueron adquiridas en una planta de hospitalización, 7 (21,9%) en hemodiálisis, 5 (15,6%) en ingresos previos, 3 (9,3%) en geriátricos y 2 (6,3%) en la Unidad de Cuidados Intensivos. El foco de adquisición de la bacteriemia fue: 10 (31,2%) un catéter vascular; 6 (18,7%) piel; 5 (15,6%) urinario; 2 (6,3%) piel y catéter; 2 (6,2%) respiratorio; 2 (6,3%) piel y foco urinario; 1 (3,1%) endovascular; 1 (3,1%) herida quirúrgica y 3 (9,4%) foco desconocido. 26 de las cepas (81,2%) fueron resistentes a las quinolonas y 5 (15,6%) resistentes a aminoglucósidos mientras que el 100% fueron sensibles a cotrimoxazol. La CMI para la vancomicina fue de: 2 ng/ml en 5 cepas (17,2%); 1,5 ng/ml en 1 cepa (3,1%); < 1 en 2 cepas (6,3%). La CMI para linezolid fue de: 4 µg/ml en 9 de las cepas (28,1%). Se realizó Ecocardiograma (ETT) a 7 casos (21,9%). Se instauró tratamiento empírico en 29 casos (90,6%) siendo correcto en 5 de ellos (17,2%). 14 pacientes fueron tratados con vancomicina o vancomicina más un segundo fármaco, principalmente aminoglucósidos; 4 con cotrimoxazol; 3 con daptomicina; 5 con linezolid. 18 pacientes precisaron intervención sobre el foco de infección: retirada de 11 catéteres vasculares (34,3%), de 2 sondas urinarias (6,2%), de 2 prótesis endovascular (6,2%), 1 marcapasos (3,1%) y 3 nefrostomías (9,3%). A las 72 horas de finalizar el tratamiento antibiótico, la tasa de curación fue de 19 pacientes (59,2%). Solamente en 1 caso (3,1%) se realizó control con hemocultivos en ese momento. La mortalidad relacionada fue de 11 pacientes (42,3%): 5 (19,2%) durante el episodio y 6 (22,7%) durante el seguimiento posterior.

Discusión. La bacteriemia por SARM es un problema relevante en los hospitales. Su manejo farmacológico, difícil de por sí, parece complicarse con las CMIs para vancomicina que están apareciendo. La estrategia debe ir enfocada a una rápida identificación de los pacientes susceptibles con instauración de un tratamiento empírico más acertado y establecer controles microbiológicos posteriores intentando así disminuir la morbimortalidad del cuadro.

Conclusiones. 1) En nuestro hospital, la bacteriemia por SARM afecta a pacientes con patología con importante número de casos de adquisición intrahospitalaria; 2) se instaura empírico en más del 90% pero suele estar poco acertado. Se identifican casi un 20% de

cepas con CMI > de 1,5 para vancomicina y 3) la mortalidad de esta entidad es elevada.

A-236 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TUBERCULOSIS MILIAR EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

B. Mora Hernández, M. Barrientos Guerrero, N. Aldezábal Polo, A. Torres Dorrego, E. Bello Martínez, T. Blanco Moya, E. Donis Sevillano y L. Álvarez-Sala Walther

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

Objetivos. En los últimos años la frecuencia de tuberculosis (TB) miliar ha aumentado por varias razones, entre ellas las mejores técnicas diagnósticas, la mayor supervivencia de los pacientes inmunodeprimidos (incluyendo los infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), y la mayor frecuencia de inmigrantes y viajeros de zonas con alta prevalencia de tuberculosis. La infección por VIH es el factor de riesgo más importante para la progresión tanto de TB latente a TB activa, como para la progresión de una infección reciente. Nuestro objetivo es conocer los factores que influyen en el desarrollo de la TB miliar y las diferencias entre los pacientes con y sin diagnóstico de VIH dentro de esta población.

Material y métodos. Se realiza un estudio observacional retrospectivo de los pacientes ingresados en el hospital Gregorio Marañón con el diagnóstico de tuberculosis miliar, durante el periodo de enero de 2004 a julio de 2010. Se ha analizado la prevalencia de los diferentes factores de riesgo descritos en la bibliografía existente para el desarrollo de tuberculosis diseminada, manifestaciones clínicas de la infección y diferentes técnicas empleadas en el diagnóstico. Los datos se expresan en media \pm DE. Se han calculado las diferencias existentes en los factores de riesgo entre los pacientes VIH y no VIH, aplicándose el test de χ^2 .

Resultados. Se analizaron 51 pacientes ingresados, con una media de edad de $41 \pm 13,9$ años. Un 84,3% eran varones. De las 8 mujeres, una era gestante. Un 76,5% de la muestra eran VIH-SIDA, 2 casos recibían tratamiento inmunosupresor, y ningún paciente estaba tratado con corticoides. Ningún paciente presentó silicosis, diabetes mellitus ni malabsorción. Uno de ellos tenía enfermedad del tejido conectivo, 1 insuficiencia renal crónica y 1 gastrectomía. La cirrosis hepática se ha visto en un 11 pacientes (21,6%). No hay diferencias significativas en estos factores de riesgo entre pacientes con y sin VIH. En cuanto al consumo de tóxicos, la prevalencia era: 21,6% para alcohol, 23,5% para cocaína inhalada y 43,1% para drogas vía parenteral. Se encontraron diferencias en el consumo de cocaína y drogas por vía parenteral entre los grupos VIH y no VIH ($p = 0,02$ y $p = 0,005$ respectivamente).

Discusión. Actualmente en nuestro medio, tres cuartas partes de los pacientes diagnosticados de TB miliar son VIH, con predominio del sexo masculino. No se ha encontrado asociación con tratamiento inmunosupresor ni otras enfermedades crónicas consideradas tradicionalmente factores de riesgo, con excepción de la cirrosis hepática. Entre los pacientes no VIH, sólo un 40% eran extranjeros procedentes de países con elevada prevalencia de TB.

Conclusiones. El VIH continúa siendo el factor de riesgo más importante para desarrollar TB miliar. No se ha encontrado asociación significativa con otros factores de riesgo clásicos, excepto cirrosis hepática. La proporción de pacientes extranjeros fue mayor en la población VIH que en la no VIH. En el total de la muestra la prevalencia de pacientes extranjeros es alta, pero si se tiene en cuenta únicamente la población no VIH no se configura como un factor de riesgo destacable para padecer tuberculosis miliar.

A-237 UTILIDAD DE LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS EN UNA SERIE DE PACIENTES CON NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC)

R. Ramírez, V. Moreno, M. Cheda, C. de Bonet, A. Delegido, A. Díaz, S. Hernández y E. Pedrol

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona.

Objetivos. Analizar las pruebas complementarias realizadas en una serie de pacientes con neumonía adquirida en la comunidad (NAC).

Material y métodos. Estudio observacional retrospectivo de una serie de NAC durante el periodo octubre 2008-octubre 2009 en un Servicio de Medicina. Se recogieron la edad, el sexo y las pruebas complementarias utilizadas en el manejo clínico: analíticas (hemograma, función renal, función hepática y serología de neumonías atípicas), cultivos microbiológicos (esputo, hemocultivos), antigenurias para *Pneumococo* y *Legionella*, pulsioximetría, gasometría arterial y radiología. Se analizaron los resultados mediante análisis univariante y bivalente según fuera necesario mediante el paquete estadístico SPSS v18.0.

Resultados. 118 altas analizadas correspondientes a 113 pacientes. Edad media $63,0 \pm 20,2$ años, 67,3% hombres. Se realizaron $3,5 \pm 2,8$ determinaciones analíticas por NAC, presentándose con leucocitosis el 65,3% de los casos, con anemia el 45,8% y con insuficiencia renal el 46,6%. Las pruebas de función hepática demostraron elevación de la GOT en el 13,6% y de la GPT y GGT en el 9,3% en ambos casos. La primera determinación de serología de neumonías atípicas se obtuvo en un 14,4% de las NAC. Se realizaron cultivos de esputo y hemocultivos en el 21,6% y el 58,4% de los casos (14,3% y 76,5% de las NAC se presentaron con expectoración o fiebre, respectivamente). Las antigenurias para *Pneumococo* y *Legionella* se realizaron en un 66,1% y 61% de los casos (con 22% y 1,4% de positividad respectivamente). La identificación del germen tan sólo fue posible en el 19,5% de los casos (16,9% *Neumococo*) quedando el 80,5% de las NAC sin germen identificado. En el 90% de los casos la saturación basal de O_2 fue inferior al 94%, mostrando la gasometría arterial insuficiencia respiratoria en el 64,8% de los casos. Se realizaron $2,2 \pm 1,4$ radiografías por alta, obteniéndose una radiografía de control previa al alta 65,3% de los casos. Se objetivó derrame pleural en el 6,8% de las NAC.

Discusión. La leucocitosis y la insuficiencia respiratoria son las alteraciones analíticas habituales en las NAC. A demás nuestra serie presenta una frecuencia valorable de anemia e insuficiencia renal. El diagnóstico etiológico es infrecuente, quizás por la infratilización del cultivo de esputo. La frecuencia de antigenurias para *Pneumococo* y *Legionella* no concuerda con la prevalencia de dichas etiologías según la literatura.

Conclusiones. La leucocitosis y la insuficiencia respiratoria son las alteraciones analíticas habituales en las NAC. No son infrecuentes la anemia y la insuficiencia renal, pero si la alteración hepática. Es poco frecuente en ellas la utilización del cultivo de esputo y la confirmación etiológica.

A-238 COMORBILIDAD, CRITERIOS DE INGRESO Y ANTIBIOTERAPIA UTILIZADA EN UNA SERIE DE PACIENTES CON NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC)

R. Ramírez, C. de Bonet, V. Moreno, M. Cheda, A. Delegido, S. Ruiz, M. Tacias y E. Pedrol

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona.

Objetivos. Analizar la comorbilidad, los criterios de ingreso y la antibioterapia utilizada en una serie de pacientes con neumonía adquirida en la comunidad (NAC).

Material y métodos. Estudio observacional retrospectivo de una serie de (NAC) durante el período octubre 2008-octubre 2009 en un Servicio de Medicina. Se recogieron edad, sexo, criterios de ingreso (insuficiencia respiratoria, inestabilidad hemodinámica, inmunosupresión, escala de FINE mayor o igual a III y edad mayor a 70 años), determinantes de comorbilidad (EPOC, tabaquismo, cardiopatía, neoplasia, inmunosupresión, diabetes y edad > 65 años), tratamiento antibiótico instaurado y estancia media. Se analizaron los resultados mediante análisis univariante y bivariante según fuera necesario mediante el paquete estadístico SPSS v18.0.

Resultados. 118 altas analizadas correspondientes a 113 pacientes, con una edad media $63,0 \pm 20,2$ años, 67,3% hombres. Las NAC tuvieron de media $1,1 \pm 0,8$ criterios de ingreso por caso. El FINE \geq III fue el criterio de ingreso más frecuente 56%, seguido de la edad \geq 70 años 39,8%, la insuficiencia respiratoria 21,2%, la inestabilidad hemodinámica 16,9% y a inmunosupresión 7,6%. La edad > 70 años fue el único criterio de ingreso en el 16,9% de los casos. En cuanto a la comorbilidad, el 55,9% tenía > 65 años, el 27,1% era EPOC, el 24,6% fumador y el 20,3% diabético, presentando $1,8 \pm 1,3$ factores de comorbilidad por NAC. Respecto a la antibioterapia se utilizó levofloxacino en el 71,2% de los casos, ceftriaxona-macrólido en el 13,6% y amoxicilina-clavulánico en el 11%. La estancia media fue de $6,2 \pm 4,6$ días.

Discusión. La mayoría de los pacientes ingresados por NAC tiene al menos un criterio de ingreso, siendo el FINE \geq III el más frecuente. En ocasiones la edad es el único criterio de ingreso existente. Es habitual el uso de levofloxacino (fármaco de excelente biodisponibilidad oral).

Conclusiones. Son necesarios métodos alternativos de seguimiento de pacientes con edad avanzada como único criterio de ingreso de NAC que pueden ser tratados en su domicilio con levofloxacino vía oral.

A-239

ESTUDIO OBSERVACIONAL SOBRE LOS PACIENTES CON COLECISTITIS AGUDA QUE INGRESAN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

D. Chaparro Pardo, E. García Lamberechts, R. Cuervo Pinto, P. Ruiz Artacho, J. Bustamante, J. González del Castillo, J. González Armengol y P. Villarroel González-Elipe

Servicio de Urgencias. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos. Definir las características de los pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda atendidos en un servicio de urgencias de un hospital terciario y valorar el resultado final de su tratamiento en términos de mortalidad, complicaciones, estancia media hospitalaria y reingreso en 30 días, comparando aquellos que recibieron únicamente tratamiento médico frente a pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico urgente o un tratamiento quirúrgico diferido añadido al médico.

Material y métodos. Se ha realizado un estudio prospectivo recogiendo los datos de pacientes atendidos en nuestro servicio de urgencias con diagnóstico de colecistitis, durante un período de 9 meses en el año 2009. Los pacientes se clasificaron en cuatro grupos 1) pacientes que recibieron tratamiento médico y quirúrgico en el mismo ingreso tras 24 horas de tratamiento médico, 2) paciente que recibieron tratamiento quirúrgico en un segundo momento tras el alta hospitalaria, 3) pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico urgente de inicio y 4) pacientes que recibieron tratamiento médico exclusivamente. La aleatorización de los pacientes a uno u otro grupo venía determinada por la decisión de los cirujanos de guardia de cada día, que eran ajenos a la realización de éste estudio. Se recogieron datos sobre complejidad de los pacientes determinada por el índice de comorbilidad de Charlson, mortalidad del paciente durante el ingreso, tanto

médico como quirúrgico, estancia media y tasa de complicaciones acontecidas. Además, se controlaron el número de reingresos por este proceso durante los siguientes 30 días al alta hospitalaria.

Resultados. De un total de 49 pacientes recogidos, 24 fueron tratados de forma quirúrgica urgente, 6 iniciaron tratamiento médico y en el mismo ingreso se les intervino quirúrgicamente, 11 fueron intervenidos de forma programada y a 8 se les administró únicamente tratamiento médico. En el caso de los pacientes con tratamiento urgente, el Charlson medio fue de 2,21. En el grupo de pacientes intervenidos durante el ingreso, el Charlson medio fue de 3,4. En el grupo de pacientes intervenidos de forma programada fue de 3. Y en el grupo de pacientes que recibieron exclusivamente tratamiento quirúrgico, el Charlson fue de 4,6. La media del índice de Charlson de un grupo conformado por todos los pacientes que no fueron intervenidos de forma urgente fue de 3,66. La estancia media de los pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico urgente fue de 7,5 y de 9,3 ($p = 0,21$) en el resto de los grupos sin diferencias estadísticamente significativas entre ellos. No ha habido ningún fallecimiento en los pacientes recogidos y la tasa de complicaciones es prácticamente inexistente en todos los grupos, determinándose un caso en pacientes tratados de forma quirúrgica urgente y otro en el grupo de pacientes con cirugía programada, sin diferencias significativas. Sólo reingresó un paciente con tratamiento médico.

Discusión. Los pacientes que recibieron cirugía urgente presentan una estancia media menor que el resto de grupos. Esto puede tener relación con la menor complejidad, en términos de comorbilidad, de los pacientes que recibieron este tipo de tratamiento ($p = 0,01$). El número de complicaciones y de fallecimientos es similar en cualquier grupo de tratamiento, por lo que se podría extraer que en caso de alta complejidad del paciente o de edad muy avanzada, se puede realizar un tratamiento conservador con garantías similares a las de un tratamiento quirúrgico, disminuyendo el probable riesgo intraoperatorio sin suponer un aumento en la mortalidad, y la tasa de complicaciones.

A-240

INFECTIVE ENDOCARDITIS. CASUISTIC REVIEW

M. Rosario, E. Mestre, C. Bastos y C. Quadrado

Servicio de Medicina 1 A. Hospital de Santa Maria. Lisboa (Portugal).

Objectives. Understand the main causes of infective endocarditis, the main antibiotics used, their criteria and the clinical outcomes in a Medicine Service.

Material and methods. Review of processes of patients with diagnosis of infective endocarditis, admitted in a Medicine Service in a period of five years. This study had in account patients age, mortality rate, affected valves, infective agents, antibiotic treatment made, clinical presentation, analytic alterations and complications in a data of 32 patients.

Results. The most prevalent sex was female; Patients from 55 years old to 65 years old were the most affected ones. The most prevalent race was caucasian. The empiric antibiotic therapy mainly used was piperacilin-tazobactam. The most frequently isolated infective agent was Staphylococcus aureus.

Discussion. Organisms that cause endocarditis generally enter in bloodstream from mucosal surfaces, the skin, or sites of focal infection. In this Medicine Service the most prevalent pathogen was Staphylococcus aureus. The risk factors for this infection in this specific data is health-care institutions, such as transvenous

pacemaker, ICD, previous surgery, or community-acquired such as Skin infections. The most frequent empiric antibiotic used was piperacilin-tazobactam, with good outcomes.

Conclusions. This retrospective study intends to be useful in helping clinicians to practice a better medicine, showing the most prevalent infective agents, their sensibility to the available antibiotics and the patients response as well as possible complications. It is intended to help clinicians making a better antibiotic dactate, and agents isolation as well as choosing in first place the most effective antibiotics.

A-242 DESCRIPCIÓN DE MUESTRAS BIOLÓGICAS Y ÓRGANOS AFECTADOS EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TUBERCULOSIS (TB) MILIAR

N. Aldezábal Polo, M. Barrientos Guerrero, B. Mora Hernández, A. Torres Dorrego, E. Bello Martínez, J. Fraile González, F. de la Calle Prieto y L. Álvarez-Sala Walther

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

Objetivos. El concepto de TB miliar hace referencia a todas las formas de TB que se diseminan por el organismo de manera progresiva y extensa por vía hematogena. El diagnóstico definitivo se realiza mediante el análisis microbiológico de las muestras obtenidas de los diferentes órganos afectados. El objetivo del estudio fue valorar cuáles de estas muestras resultan con mayor frecuencia positivas, qué órganos se afectan de forma predominante, la mortalidad derivada, la farmacoresistencia y si existen diferencias significativas entre población infectada y no infectada con VIH.

Material y métodos. Estudio observacional retrospectivo de pacientes ingresados en un hospital de 3er nivel con diagnóstico de TB miliar, durante el período de enero de 2004 a julio de 2010. Se analizó en cada paciente: las muestras microbiológicas obtenidas para micobacterias, su resultado, los órganos afectados por la TB miliar, la incidencia de mortalidad y las resistencias a tuberculostáticos.

Resultados. Se estudiaron 51 casos de TB miliar, con una edad media de 41 años (rango 15-80 años). El Mantoux se hizo en 19 casos (positivo 47,3%). Se recogió esputo en 47 casos (positivo 77,1%), hemocultivos en 49 (positivo 32,6%), bronco-aspirado en 4 (positivo en 66%), urocultivo en 37 (positivo en 38,4%), líquido pleural en 5 (positivo en 75%). Se realizó biopsia de algún tejido (m. ósea, ganglio, pulmón, hígado) en 25 casos (positiva en 76,9%), toma de l. articular en 1 paciente (era positiva), y líquido céfalo-raquídeo en 2 casos (positivo 50%). En nuestro estudio, la afectación pulmonar (patrón miliar) es la más prevalente (96%) seguida de la ganglionar (69,4%). La lesión hepática, de SNC y de serosas (mediante estudio microbiológico o de imagen) tiene un prevalencia media entre 12 y 28%, y la de médula ósea, renal y glándula suprarrenal era globalmente inferior a < 6%. La mortalidad fue de 3,9%. En un 5,9% existió resistencia a la isoniacida, no a otros tuberculostáticos. Al comparar VIH y no VIH, existen diferencias significativas en cuanto a la positividad de las muestras obtenidas solamente en el esputo, siendo más frecuentemente positivos en los VIH ($p = 0,004$). En cuanto a la positividad en el resto de muestras obtenidas no se han encontrado diferencias significativas comparando infectados por VIH y no infectados.

Discusión. La recogida de esputo y de hemocultivos son las pruebas microbiológicas más solicitadas para el diagnóstico de TB miliar. El esputo es más rentable en pacientes VIH que en no VIH. La afectación más frecuente fue la pulmonar con patrón miliar. La mortalidad fue menor a lo descrito previamente a nivel mundial. Casi un 6% presentó resistencia a isoniacida, no a los otros tuberculostáticos.

Conclusiones. Las muestras más solicitadas a nivel de nuestro hospital para el diagnóstico de tuberculosis miliar son el esputo y hemocultivos. En pacientes VIH con tuberculosis miliar la rentabilidad del esputo es mayor que en pacientes no VIH. En la población

estudiada, la afectación más prevalente fue la pulmonar y ganglionar. No existieron diferencias a este nivel entre pacientes VIH y no VIH.

A-243 FACTORES ASOCIADOS CON LA ESTANCIA MEDIA PROLONGADA EN PACIENTES INGRESADOS CON NEUMONÍA POR EL VIRUS DE LA GRIPE A (H1N1)

E. Bernal Morell¹, M. Muñoz Pérez¹, A. Cano Sánchez¹, F. Sarabia Marco², I. Marín Marín³ y J. Artero⁴

¹Servicio de Infecciosas, ²Servicio de Medicina Interna, ³Servicio de Cardiología, ⁴Servicio de Microbiología. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Objetivos. Evaluar los factores asociados a la estancia media hospitalaria en pacientes ingresados con neumonía por el virus de la gripe A (H1N1).

Material y métodos. Estudio observacional prospectivo y descriptivo realizado sobre pacientes ingresados por el virus de la gripe A.

Resultados. Se ingresaron 97 pacientes con gripe A confirmada. La frecuencia de neumonía fue de 37,11% (intervalo de confianza [95%], 27,4-46,6%). La gravedad de los pacientes (coeficiente estandarizado beta [CEB], + 0,317), la existencia de coinfección (CEB, + 0,276), la saturación de oxígeno al ingreso (CEB, - 0,676) y la utilización de corticoides (CEB, - 0,368) fueron los mejores predictores ($r^2 = 0,765$; $p < 0,001$) de estancia media prolongada.

Conclusiones. La neumonía es una complicación frecuente en los pacientes ingresados por gripe A(H1N1). La gravedad de los pacientes, la insuficiencia respiratoria al ingreso y la existencia de coinfección se asociaron con una estancia media prolongada, en cambio la utilización de corticoides fue un factor protector.

A-244 NEUMONÍA EN PACIENTES INGRESADOS POR EL VIRUS DE LA GRIPE A (H1N1)

F. Sarabia Marco¹, E. Bernal Morell², M. Muñoz Pérez², A. Cano Sánchez², I. Marín Marín³ y J. Artero⁴

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Infecciosas, ³Servicio de Cardiología, ⁴Servicio de Microbiología. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Objetivos. Estimar la frecuencia de neumonía en los pacientes ingresados por infección por el virus de la gripe A(H1N1). Analizar las características generales, evaluar los factores asociados y la existencia de coinfección.

Material y métodos. Se evaluaron todos los pacientes ingresados por el virus de la gripe A entre los meses de agosto y diciembre de 2009.

Resultados. Se analizaron los datos de 97 pacientes. En 36 (37,11%) pacientes se diagnosticó de neumonía. La mayoría eran varones (69,44%) y menores de 50 años (72,2%). La neumonía fue intersticial en el 63,9% y bilateral en el 55,6% de los casos. El 41,6% de los pacientes eran sanos sin comorbilidad, aunque el 30,5% eran fumadores activos. La obesidad mórbida (6 pacientes, 16,6%), EPOC (6 pacientes, 16,6%) y diabetes mellitus (6 pacientes, 16,6%) fueron las enfermedades de base más frecuentes. El sexo varón (69,44% vs 47,54%; $p = 0,036$), el hábito tabáquico (30,55% vs 13,11%; $p = 0,037$) y la obesidad mórbida (16,6% vs 4,9%; $p = 0,027$) fueron los factores asociados. La coinfección estuvo presente en el 22,2% de los pacientes, siendo más frecuente por Streptococcus pneumoniae.

Conclusiones. La neumonía es una complicación frecuente en los pacientes ingresados por el virus de la gripe A(H1N1) y se asocia a otras infecciones respiratorias bacterianas en un elevado número de casos. El sexo varón, el hábito tabáquico y la obesidad mórbida son los principales factores asociados a esta entidad.

A-245

BACTERIEMIA POR *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* RESISTENTE A METICILINA (SARM) EN EL HOSPITAL MORALES MESEGUER DURANTE LOS AÑOS 2005-2008

J. Bravo Urbieto¹, C. Casañ López², J. Egea Díaz¹, C. Guerrero Gómez², I. Carpena Martínez¹, R. Blázquez Garrido² y F. Espinosa Parra¹

¹Unidad de Enfermedades Infecciosas, Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología. Hospital J.M. Morales Meseguer. Murcia.

Objetivos. Conocer la prevalencia, las características clínico-epidemiológicas y la mortalidad de la bacteriemia causada por SARM en nuestro Centro.

Material y métodos. Seguimiento prospectivo de las bacteriemias por *S. aureus* (BSA) durante 4 años (2005-2008). El protocolo de recogida de datos incluía datos epidemiológicos, clínicos y microbiológicos. Los pacientes fueron seguidos hasta el alta médica.

Resultados. Durante el período de estudio se detectaron 148 BSA de las que se incluyeron 129. De éstas, 25 (19,4%) fueron causadas por SARM. La edad media de los pacientes fue de 71,3 años y el 60% eran varones. Todos los pacientes tenían alguna enfermedad de base, siendo la diabetes la más frecuente (10/25). La adquisición fue nosocomial en 13 casos (52%), asociada a cuidados sanitarios en 8 (32%) y comunitaria en los 4 episodios restantes. En 12 episodios (48%), el origen de la bacteriemia fue desconocido. De los 13 episodios de bacteriemias secundarias, el origen más frecuente fue la infección de piel y partes blandas (6), seguido de la infección del catéter (4). Todos los aislados de *S. aureus* mostraron resistencia a múltiples antibióticos, siendo el fenotipo de resistencia más frecuente el que se asocia a la ciprofloxacino y la eritromicina. El tratamiento empírico fue inadecuado en 16 (64%) pacientes. La mortalidad fue de 32%. La comparación entre los episodios de BSA sensible y BSA resistente a la meticilina mostró que la adquisición de la bacteriemia, la edad (61,1 vs 71,32) y el uso previo de antibióticos (28% vs 72%) se relacionaba de forma estadísticamente significativa con la presencia SARM. La mortalidad de las BSA por SARM fue mayor que en las BSA por *S. aureus* sensible a meticilina (32% vs 20,2%), pero sin alcanzar la significación estadística.

Discusión. *Staphylococcus aureus* es una causa frecuente y grave de bacteriemia. La bacteriemia por SARM está adquiriendo cada vez mayor relevancia: de un lado, en los últimos años se ha descrito un aumento en su incidencia; de otro lado, la multiresistencia propia de este microorganismo complica el manejo terapéutico de los pacientes; por último, parece que hay evidencias que muestran que se relaciona con una peor evolución. El estudio genotípico de los aislados de SARM ha permitido diferenciar dos tipos de clones. Uno es característico de los aislados intrahospitalarios, y se caracteriza por la presencia de resistencias a varias familias de antibióticos. En cambio, el segundo clon corresponde a aislados de pacientes que no habían tenido contacto con la asistencia sanitaria y que muestran solo resistencia a la oxacilina.

Conclusiones. En nuestro Centro no hemos detectado un aumento de los casos de bacteriemia causada por SARM. La mayoría de los casos se produce fuera del ámbito comunitario y en todos los casos el perfil de resistencia es el propio de los aislados hospitalarios. En

las bacteriemias por SARM, la inadecuación del tratamiento antibiótico y la mortalidad es mayor, aunque las diferencias no son estadísticamente significativas.

A-246

ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LOS MÉTODOS MICROBIOLÓGICOS Y ANTIBIÓTICOS USADOS EN LAS INFECCIONES EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA I DURANTE 2 AÑOS (2008-2009)

L. Mateos Polo, N., J. Martín Oterino, I. Fraile Villarejo y A. Sánchez Rodríguez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.

Objetivos. Determinar cuáles son los métodos microbiológicos diagnósticos, los gérmenes causales, el tratamiento prescrito y la distribución etaria de las infecciones de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna I durante 2 años, (enero del 2008 y diciembre del 2009).

Material y métodos. De la base de datos del Servicio de Medicina Interna I se recogieron los datos de filiación, analítica completa, orina, Rx de tórax, ecografía abdominal, y si procedía TAC torácico y abdominal. Las peticiones o no urocultivo, coprocultivo, cultivo de LCR, hemocultivos, esputo, *S. a* atípicas, virus hepatotropos, VIH, antígenos de Legionella y neumococo en orina, y el tratamiento antibiótico prescrito.

Resultados. De 2.720 altas en 2 años, 627 que cumplían los requisitos exigidos. La edad media global fue de 77 años, mujeres 52,6% y hombres 47,4%. Los pacientes < de 60 años tienen GE en el 63%, colangitis 22%, meningitis 11,5% y hepatitis 3,5%. Entre 60-80 años las inf. respiratorias son el 65%, las ITU el 34% y las inf. de partes blandas el 1%. En los casos > 80 años el 72% fueron inf. respiratorias, y el 28% fueron ITU. En el diagnóstico de inf. respiratoria, se recogió cultivo de esputo 11,2%, serología atípicas 58%, Ag. neumococo y legionella en orina 59%, hemocultivos 56,1%. Urocultivo 55,5% de las ITU, y hemocultivo en el 12,9%, coprocultivos 98% de las GE. En el 51,3% hemos en las colangitis, cultivo de p. blandas 2,42%. El cultivo de LCR y la serología se realizó en el 100% de ME. En las inf. respiratorias el tratamiento fue con levofloxacino 56,5%, tras amoxicilina-clavulánico 34,9%, el resto cefalosporinas y aminoglicósidos. En las ITU el tratamiento se estableció con ciprofloxacino (69,3%) y penicilinas 40,8% de los pacientes. Las cefalosporinas de 3º generación fueron usadas en el 3,9% y la fosfocina en 2 casos. Se asoció aminoglicósidos en el 38,8% de los pacientes.

Discusión. Los casos con edades < 60 años es la GE, seguida de la colangitis las causas más frecuentes de Infección. Entre 65 y 80 años son las inf. respiratorias, seguidas de las ITU especialmente en varones. En los > 80 son también las Inf. respiratorias. Para el diagnóstico de inf. respiratoria, la serología y el Ag en orina del neumococo son las pruebas más solicitadas, tras el hemocultivo y el esputo. Para el diagnóstico de ITU se realizó con sedimento y la clínica, siendo escasa la petición de uro y hemocultivos. En las colangitis se realizaron escasos hemocultivos. En GE y meningitis la búsqueda del germen se hizo en el 98 y 100% de los casos. Las quinolonas fueron el tratamiento en monoterapia de la inf. respiratorias y urinarias. El segundo lugar las penicilinas y cefalosporinas de 3º. Se asociaron aminoglicósidos en escasa proporción de los pacientes con ITU y en ninguna con infección respiratoria.

Conclusiones. En el análisis por cualquier estrato de edad, la causa más frecuente es la infección respiratoria, seguida de las infecciones urinarias, sobre todo en pacientes > 80 años. Resalta el escaso número de peticiones de pruebas microbiológicas, a excepción del Antígeno neumococo en orina en las infecciones respiratorias, el cultivo del LCR en las infecciones del SNC y del coprocultivo en las gastroenteritis. El antibiótico de elección fueron las quinolonas.

nas como tratamiento empírico, tanto si se trataba de patología infecciosa respiratoria, como urinaria.

A-247 SONDAJE URINARIO EN MEDICINA INTERNA

F. de la Calle Prieto, B. Castillo Fernández, B. Noguero Mellado, E. Ntofi, M. Gómez Antúnez, B. Pinilla Llorente, J. Cabrera Aguilar y A. Muiño Míguez

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

Objetivos. Evaluar la utilización del sondaje urinario en pacientes de medicina interna, características asociadas a su uso y la frecuencia con que se relaciona con complicaciones infecciosas.

Material y métodos. Se estudian de forma consecutiva todos los pacientes hospitalizados en una unidad de medicina interna general. Se evalúan los pacientes que llegan a la unidad de hospitalización con catéter vesical. Se registró procedencia, patología asociada, motivo de ingreso, fecha y características del sondaje, motivo que lo justificó y si se realizó urocultivo previo y su resultado. Los pacientes sondados en los que no constaba urocultivo previo al sondaje con infección, se les realizó un urocultivo.

Resultados. Sobre 35 pacientes hospitalizados el 43% llegaban a la unidad de hospitalización con sonda vesical. De éstos, el 47% eran varones y la edad era en promedio 72 años. Los motivos de ingreso más frecuentes fueron: insuficiencia cardiaca 20%, infección respiratoria no consolidativa 20%, neumonía 13% y por trastornos hidroelectrolíticos 13%. El 100% de los pacientes con sondaje tenía alguna patología de base, destacando un 67% de HTA, 40% arritmias cardíacas, 40% deterioro cognitivo, 33% de infecciones del tracto genito-urinario previas e insuficiencia renal 20%. Ninguno portaba sondaje permanente previo. Los motivos de sondaje fueron en un 73% el control de diuresis para la monitorización del balance de volúmenes corporales, un 13% por obstrucción del tracto urinario, un 7% debido a incontinencia urinaria y el resto por otras causas. A la mayoría de los pacientes (73%) se les practicó el sondaje en la unidad de Urgencias. En nuestra anamnesis un 47% manifestaba síntomas compatibles con síndrome miccional. Igualmente un 47% ingresaba con antibiótico que empíricamente podría cubrir microorganismos urinarios comunes. El urocultivo previo al estudio fue recogido en el 47%, y entre éstos el 14% resultó positivo. De los urocultivos recogidos a todos los pacientes el día posterior al ingreso resultaron positivos el 40%, y de éstos el 50% presentaban un urocultivo previo con menos de 10.000 col/mL.

Discusión. Las infecciones del tracto urinario son la primera causa de infección nosocomial. Por la relación entre manipulaciones de la vía urinaria y la aparición de estas infecciones es importante considerar las indicaciones y posibles complicaciones que conllevan los sondajes urinarios y no considerarlos actuaciones rutinarias, limitando su empleo sólo a aquellos casos en los que sea imprescindible y retirándolo lo antes posible.

Conclusiones. A una proporción elevada de pacientes que son hospitalizados en medicina interna se les realizan sondajes urinarios. En un porcentaje significativo el sondaje urinario se asoció a la aparición de bacteriuria previamente inexistente.

A-248 CARACTERÍSTICAS DE DIARREA POR *C. DIFFICILE* EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

L. Deus, N. Gago, F. Pedro, J. Pérez, V. González y A. González

Servicio de Medicina Interna. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia.

Objetivos. Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo para conocer las características epidemiológicas y clínicas de los

pacientes con diarrea por *C. difficile* ingresados en el servicio de medicina interna del CHGUV durante el año 2009.

Material y métodos. Se analizaron en pacientes diagnosticados de diarrea por *C. difficile* ante la presencia de toxinas en el año 2009, las siguientes características: sexo y edad, días de estancia, procedencia, tratamiento antibiótico previo y duración del mismo hasta el inicio del cuadro, enfermedad de base, características de la diarrea, datos de la exploración, presencia de sonda nasogástrica y/o medicación antiulcerosa, hallazgos analíticos, radiológicos y colonoscópicos, número de muestras procesadas/número de positividad de toxina en heces, uso de la misma como test de curación, antibiótico utilizado y vía de administración, supresión de antibiótico causal, tratamientos antiperistálticos o tratamiento quirúrgico en su caso, complicaciones, mortalidad y prevención con aislamiento de contacto y lavado de mandos.

Resultados. Se diagnosticaron 13 pacientes, nueve de ellos mujeres. La mediana de edad fue de $67,77 \pm 19,79$ y la de estancia hospitalaria de $17,62 \pm 12,07$. La procedencia fue desde el domicilio en el 53,8% y en relación a cuidados sanitarios en el 38,5%. 11 pacientes habían recibido antibiótico previamente, 30% amox/clav, 20% ciprofloxacino y 30% en combinación con alguno de ellos. 10 pacientes presentaban enfermedad de base grave y protección gástrica previa al diagnóstico. Ninguno fue portador de sonda nasogástrica. La diarrea fue de características líquidas en 8 casos y con moco en 3 casos. 4 pacientes presentaron distensión abdominal y 3 dolor abdominal. En los hallazgos analíticos, la mediana de las cifras de leucocitos fue de $10.346,154 \pm 6.251,08$, neutrofilos $73,07 \pm 16,51$ y de PCR $6,01 \pm 7,07$. En el 77% la radiografía de abdomen fue normal. En ningún caso se objetivó megacolon tóxico. En 2 casos se realizó colonoscopia sin hallazgos significativos. El número de toxinas realizadas por paciente fue como mínimo de una y máximo de 5, con número de positividad mínimo y máximo de 1 y 3 respectivamente. La mediana de días de antibiótico hasta el diagnóstico fue de $9,58 \pm 8,06$. La mediana de días de síntomas hasta el inicio de la antibióticoterapia fue de $7,33 \pm 5,23$. En el 45% de los casos tras el diagnóstico no se suprimió el antibiótico previamente pautado. El metronidazol se utilizó en el 100% de los casos siendo la vía oral la preferida en 10 pacientes. Se ha realizado toxina de control de curación en 3 casos. En el 30% se asocia tratamiento antiperistáltico y como complicación más frecuente se encuentra la deshidratación. En 1 solo caso se evidenció síndrome tóxico siendo causa del único exitus. Se indicó aislamiento de contactos con lavado de manos solamente en 2 casos.

Conclusiones. La incidencia de diarrea por *C. difficile* en nuestro servicio es del 0,98% de los pacientes ingresados, cifra similar a la incidencia observada en otros estudios. Los antibióticos más frecuentemente implicados fueron ciprofloxacino y amoxicilina/ác. clavulánico solos o en combinación con otro fármaco. El inicio del tratamiento antibiótico desde el comienzo de cuadros clínicos sugestivos de diarrea por *C. difficile* fue de $7,33 \pm 5,23$ días. La mortalidad hallada fue del 0,76%. La indicación médica de aislamiento de contacto ha sido menor de lo deseable.

A-249 ESTUDIO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN SANITARIA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

V. González Vallés, S. Barbero Alonso, M. Fernández Blest, G. Llerena García, J. Pérez Silvestre, A. Herrera Ballester y F. Pedro de Lelis

Servicio de Medicina Interna. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia.

Objetivos. El control y la prevención de la infección asociada a los Servicios Sanitarios es una medida de calidad asistencial. Los pacientes ingresados en Servicios de Medicina Interna tienen contacto frecuente con los Servicios Sanitarios lo que favorece la expo-

Tabla 1 (A-249). Resultados

Nº de pacientes	117	Residencia	46,2%
Mujeres	50,4%	Hospital crónicos	0,9%
		Atb ingreso	98,3%
		Sin especificar	41,38%
		Piper-tazo	21,55%
		Amoxi-clavulánico	9,50%
		Levofloxacino	6,90%
Varones	49,6%	Sonda vesical	6,8%
		Gastrotomía	7,7%
Edad media	81 años (40-99)	Cuidado úlceras	20,5%
Días de ingreso	7,48 días (1-36)	Tratamiento IV domicilio	5,1%
Neumonía ITU	51,3% 35%	Comorbilidad (Índice Charlson)	1-4 ptos (81,2%)
Cultivo negativo	37,6%	Ingreso hospital de agudos en 90 días previos	46,2%
E. coli	15,4%		
S. pneumoniae	13,7%		
Asistencia previa	35%	Neumonía	10
Urgencias	15,4%	ITU	6
AP		Bacteriemia	1

sición a infecciones cuyo tratamiento seleccionará gérmenes e infecciones futuras. Nuestro objetivo busca analizar las infecciones asociadas a la Asistencia Sanitaria y los factores relacionados.

Material y métodos. Estudio observacional de pacientes ingresados en el Sº de Medicina Interna entre enero y marzo de 2010, con infección asociada al Sistema Sanitario definida por al menos 1 de los siguientes: 1) haber recibido en los 30 días previos: a) tratamiento iv en domicilio, b) cuidado úlceras por enfermería; c) tratamiento médico iv; d) atención en una unidad de hemodiálisis; e) quimioterapia; 2) hospitalización en los 90 días previos en un hospital de agudos durante 2 o más días; 3) residir en una residencia u hospital de crónicos.

Resultados. Se presentan en la tabla.

Conclusiones. La mayoría de pacientes procedían de domicilio con atención sanitaria previa. La infección más frecuente fue la neumonía, seguida por la ITU. La mayoría cultivos fueron negativos, siendo el germen más aislado E. coli. A pesar de la comorbilidad, sólo se produjeron 17 fallecimientos, la mayoría por neumonía. Ver tabla 1 (A-249).

A-250

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS BACTERIEMIAS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS ASOCIADAS A CUIDADOS SANITARIOS (BSA-ACS) EN EL HOSPITAL MORALES MESEGUER DURANTE LOS AÑOS 2005-2008

J. Bravo Urbieto¹, C. Casañ López², I. Carpena Martínez¹, C. Guerrero Gómez², R. Cesteros Fernández², Espinosa Parra¹ y R. Blázquez Garrido²

¹Unidad de Enfermedades Infecciosas. Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología. Hospital J.M. Morales Meseguer. Murcia.

Objetivos. Conocer las características clínico-epidemiológicas de la bacteriemia causada por Staphylococcus aureus en nuestro Centro y analizar las diferencias existentes según su lugar de adquisición.

Material y métodos. Seguimiento prospectivo las bacteriemiias por S. aureus (BSA) durante 4 años (2005-2008). El protocolo de recogida de datos incluía datos epidemiológicos, clínicos y microbiológicos. Los pacientes fueron seguidos hasta el alta médica.

Resultados. Durante el período de estudio se detectaron 148 BSA de las que se incluyeron 129. La edad media de los pacientes fue de 63,1 años y el 62% eran varones. El 91% de los pacientes presentaba alguna enfermedad de base, siendo las más frecuentes la diabetes

mellitus (31%) y las neoplasias (25,6%). La adquisición de la bacteriemia fue nosocomial en 59 casos (45,7%), asociada a cuidados sanitarios en 22 casos (17%), y comunitaria en los 48 restantes (37,2%). En lo referente a las BSA-ACS, el origen fue desconocido en el 54,5%. En las BSA secundarias, el origen más frecuente fue la infección de piel y partes blandas (13%), seguida del origen osteoarticular (9%) y del urinario (9%). En el 40% de los casos, la forma de presentación clínica fue grave (sepsis grave y shock séptico). El tratamiento fue inadecuado en el 27,3% de los pacientes; y la mortalidad, del 40,9%. El análisis de las características de los episodios en función del lugar de adquisición -comunitaria, ACS o nosocomial respectivamente-, solo mostró diferencias estadísticamente significativas en la edad (56,7 vs 63,4 vs 68,1 años), la resistencia a la meticilina de los aislados de S. aureus (8,3% vs 36,36% vs 22%), el origen de la bacteriemia, y la presencia de enfermedades de base (79% vs 100% vs 98%).

Discusión. Staphylococcus aureus es un patógeno de gran relevancia clínica y una causa frecuente y grave de bacteriemia. Tradicionalmente, las bacteriemiias se han clasificado, según su adquisición, en bacteriemiias nosocomiales y comunitarias. Esta clasificación está relacionada con el hecho de que ambas presentan características clínicas, epidemiológicas e incluso etiológicas distintas. Recientemente se ha descrito la necesidad de introducir una tercera categoría: la "bacteriemia asociada a cuidados sanitarios". De este modo, se intenta diferenciar a aquellos pacientes que, sin estar hospitalizados, pueden desarrollar bacteriemiias que se comportan de manera similar a las nosocomiales.

Conclusiones. Las BSA-ACS tienen un características clínicas y epidemiológicas que difieren de las BSA nosocomiales y comunitarias. Es frecuente la resistencia a la meticilina; además, la inadecuación del tratamiento antibiótico es mayor; y, a pesar de que la diferencia no es estadísticamente significativa, la mortalidad es mayor que en las BSA comunitarias o nosocomiales.

A-251

ENDOCARDITIS SOBRE VÁLVULA PROTÉSICA

G. Eusse Gutiérrez, T. Matajira Chia, L. Castro Figueroa y J. Montoya Arenas

Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Objetivos. Descripción clínico-epidemiológica de los casos de Endocarditis sobre Válvula Protésica (EVP) en nuestro hospital.

Material y métodos. Estudio retrospectivo, descriptivo de todos los pacientes diagnosticados de EVP desde 2005 a 2009 según los criterios de Duke modificados. La identificación de los casos se realizó analizando los registros informatizados del servicio de Admisión y Documentación clínica. Sólo se incluyeron los casos con diagnóstico definitivo de EVP.

Resultados. Se encontraron 10 casos de EVP, de los cuales 8 (80%) fueron varones y 2 (20%) mujeres. La edad promedio fue de 61 años con desviación estándar de 15,43. Se analizó la comorbilidad según el Índice de Charlson, encontrando comorbilidad alta en el 7 (70%) de los casos, dada principalmente por hipertensión arterial 20%, diabetes mellitus 20%, enfermedad renal crónica 10%, VIH 10%. Los datos clínicos más relevantes al momento del diagnóstico fueron: fiebre presente en el 80% de los casos, e insuficiencia cardiaca (IC) en el 40%. La válvula protésica más afectada fue la mitral 7 (70%), seguido de la válvula aórtica 2 (20%), se encontró un caso sobre bioprótesis aórtica. En dos casos se encontró endocarditis sobre válvula nativa concomitantemente. En todos los episodios se realizaron hemocultivos, que fueron positivos en el 80%. El agente etiológico más frecuente fue el *Enterococcus faecalis* 30%, seguido de *Staphylococcus aureus* (SA) 20%, *Streptococcus mitis* 20%, *Gemella Morbillorum* 10%. El 54% de los ecocardiogramas fueron transesofágicos (ETE), siendo en el 30% la primera imagen diagnóstica. Las principales complicaciones fueron: absceso valvular en el 30%, IC 30% e insuficiencia renal aguda 30%. El 40% requirió cirugía cardiaca, de los cuales el 50% el agente etiológico fue el SA. La mortalidad intrahospitalaria fue del 30%.

Discusión. En esta comunicación observamos un envejecimiento de la población, junto con un aumento de pacientes crónicamente enfermos con alta comorbilidad. En cuanto a la microbiología, en nuestra serie es llamativo el incremento de infecciones por enterococcus no concordante con la experiencia de la mayor parte de los autores que definen al *Staphylococcus* como el género predominante, no obstante se observa la agresividad del SA dado por la necesidad de Cirugía Cardiaca. La ETE sigue siendo una herramienta útil en el diagnóstico, monitorización y evaluación de reintervención quirúrgica del paciente. El 30% de nuestros pacientes fallecieron durante su estancia hospitalaria secundaria a las complicaciones de la EVP, lo que refleja la gravedad de esta enfermedad.

Conclusiones. 1. La EVP sigue siendo una enfermedad de alta mortalidad en pacientes cada vez mayores y más complejos. 2. La complejidad de la EVP obligan a un diagnóstico precoz dada por una alta sospecha clínica junto con un tratamiento multidisciplinario.

A-252

ESTUDIO DE CASOS DE PIELONEFRITIS AGUDA DIAGNOSTICADOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS GENERALES DEL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE

M. Álvarez Pérez¹, J. Gil Niño¹, Z. Quintela González², J. Ortiz Imedio¹, R. Gil Grande¹ y A. Cascales García³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Coordinadora de Urgencias, ³Servicio de Oncología Radioterápica. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Objetivos. Analizar los casos de pielonefritis aguda (PA) diagnosticados en un Servicio de Urgencias Generales de un Hospital de tercer nivel asistencial, con atención a variables epidemiológicas, clínico-analíticas, y especialmente a los aspectos microbiológicos y adecuación del tratamiento antimicrobiano pautado.

Material y métodos. Se incluyeron todos los pacientes adultos atendidos en la Urgencia General durante 6 meses con diagnóstico codificado en la historia clínica electrónica de Urgencias como pielonefritis aguda.

Resultados. Se incluyeron un total de 133 pacientes, el 89,6% eran mujeres (120 casos) y la edad media fue de 37,9 años. Aproximadamente la mitad de los casos se diagnostican en pacientes pro-

cedentes de otros países, sobre todo de Sudamérica (57 casos). El destino principal de los pacientes fue alta a domicilio (117 casos). La leucocitosis media fue de 14600, presentado leucocituria significativa el 87.9% y nitritos en orina el 28,5%. Se solicitaron hemocultivos en 56 pacientes, con rentabilidad diagnóstica del 28,5% y urocultivo en 69 pacientes, con rentabilidad del 59,4%. El germen encontrado con más frecuencia es *E. coli*, en un 82% en urocultivos y en más del 90% en hemocultivos. Sólo se detectan 2 casos de *E. coli* BLEE en los 34 aislamientos de *E. coli* (5,88%) en urocultivo. Se pauta una primera dosis de antibiótico intravenoso en un 82.8%, con mayor frecuencia ceftriaxona (60,4%). El tratamiento domiciliario se realiza principalmente con cefuroxima (59%) y amoxicilina-clavulánico (15%) y cefalosporinas de 3ª G orales (10%). La sensibilidad antimicrobiana detectada fue la siguiente: nitrofurantoína (97,6%), cotrimoxazol (66,7%), amoxicilina (37,8%), amoxicilina-clavulánico (82.2%), quinolonas (80%), cefalosporinas 1ªG (46,7%) y cefalosporinas de 2ªG (93,3%).

Discusión. El perfil epidemiológico que reconocemos en nuestro centro es el de una mujer joven, en muchas ocasiones de fuera de España, sin antecedentes urológicos y con cuadros de PA no complicada. La PA es una infección con importante afectación general como así lo muestra la cifra de leucocitos media y que hasta en 1/3 de los casos queda evidenciada bacteriemia como en nuestra serie. En cuanto a la adecuación del tratamiento empírico al alta una vez revisados los cultivos, se encuentra por encima del 90%, dado al predominio de uso de cefalosporinas de 2ª y 3ª G frente a otros tratamientos tradicionales, aunque aparecen 2 casos de *E. coli* BLEE de origen comunitario. El estudio puede tener como limitación que los casos de pielonefritis más graves se codifiquen como sepsis y no se incluyan en esta serie.

Conclusiones. 1. El perfil epidemiológico en nuestro centro es una mujer joven, procedente de fuera de España, sin antecedentes urológicos, con cuadros de PA no complicada. 2. La adecuación del tratamiento antibiótico empírico es muy elevada gracias al uso de cefalosporinas de segunda y tercera generación orales, frente al uso de amoxicilina o quinolonas orales. 3. La codificación de los casos de pielonefritis más graves como sepsis puede limitar la interpretación de los resultados.

A-254

RECONSTITUCIÓN INMUNE EN MENINGITIS TUBERCULOSA

O. Marín, I. Muñoz, E. Oliveros, B. Martín, M. Villalba, C. López, R. Salomón y E. Vilalta

Unidad de Medicina Interna D. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos. Analizar el síndrome de reconstitución inmune en infección por meningitis tuberculosa en inmunocompetentes.

Material y métodos. Se han recogido 6 casos de meningitis tuberculosa en el Hospital Universitario Gregorio Marañón desde el año 2003-2010, excluyendo personas con inmunosupresión conocida (VIH, postrasplantados, etc.), encontrando 3 casos de reconstitución inmunológica del total de meningitis tuberculosas.

Resultados. Encontramos 3 varones con una edad comprendida entre los 22 y 30 años, procedentes de países en vías de desarrollo (Mauritania, México y Ecuador) sin antecedentes de interés. Presentaron meningitis tuberculosa con un líquido cefalorraquídeo con media de leucocitos de 258 con predominio de linfocitos de 70% y ADA elevado (media 30) glucorraquia 30 mg/dl y proteinorraquia 130 mg/dl. Se obtuvo confirmación microbiológica por cultivo de Lowenstein en LCR en 2 casos y diagnóstico por las características del líquido cefalorraquídeo en el 3 caso. En los tres casos predominó la cefalea inicial y un síndrome confusional agudo. Se inició tratamiento con 4 fármacos antituberculosos (rifampicina, isoniazida, etambutol y pirazinamida) desde el análisis del LCR y esteroides a dosis bajas. Tras el tratamiento se consiguió un tiempo libre de

síntomas que varió entre 5 y 15 días apareciendo posteriormente fiebre alta en picos persistente que motivó la realización de múltiples estudios, de acuerdo a los criterios de FOD intrahospitalaria (métodos de imagen, ecocardiografía y cultivos...); así como, empeoramiento de los síntomas como reaparición de cefalea, náuseas y vómitos y afectación de pares craneales como parálisis facial en un caso. Los síntomas mejoraron definitivamente con la administración de corticoides a dosis más elevadas de prednisona a 1 mg/Kg intravenosa durante 5-7 días continuando con dosis en descenso durante 1 mes posterior.

Discusión. La reacción paradójica o síndrome de reconstitución inmune es una complicación poco frecuente de la meningitis tuberculosa (también descrita en la TB ganglionar) producida por la reacción inflamatoria que se produce al iniciar el tratamiento anti-tuberculoso y que hace pensar inicialmente en un empeoramiento de la infección obligando a realizar control del líquido cefalorraquídeo y pruebas de imagen (RMN); así como, abordaje diagnóstico de FOD intrahospitalaria, lo que conlleva un incremento del gasto y prolongación de estancia media considerable. A pesar de ser una reacción conocida en infecciones en personas inmunodeprimidas (VIH) hay menos datos sobre la reacción paradójica en personas sin inmunodeficiencia.

Conclusiones. Ante casos de infecciones por tuberculosis correctamente identificadas y tratadas, más específicamente en meningitis y adenitis, hay que valorar la posibilidad de un empeoramiento clínico por reconstitución inmunológica aunque se trate de pacientes inmunocompetentes. En éstos casos es necesario el uso de esteroides a altas dosis para el control de los síntomas.

A-255 SÍNDROME FEBRIL EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

G. Morales Gómez, J. Sequeira da Silva, O. González Casas, M. González Gómez, R. Peña González y D. Magro Ledesma

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Badajoz.

Objetivos. Conocer los antecedentes epidemiológicos, etiología más frecuente, características clínicas y métodos diagnósticos utilizados en los pacientes ingresados con fiebre en nuestro Servicio de Medicina Interna.

Material y métodos. Se analizaron retrospectivamente los informes de alta de los pacientes con el diagnóstico de síndrome febril en nuestro Servicio durante el período de seis meses. Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 15.0.

Resultados. Se estudiaron un total de 50 pacientes, 56% varones y 44% mujeres, con una edad media de 73 años \pm 15 (17-102). Entre los antecedentes epidemiológicos que presentaban, un 8% había tenido contacto con animales y solo un 2% había realizado viajes recientes al extranjero. Ninguno consumía productos sin higienizar ni refería conductas sexuales de riesgo. Entre las comorbilidades que presentaban, las más frecuentes eran la insuficiencia cardiaca (40%), seguida de la diabetes mellitus (32%), neoplasia conocida (28%) y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (24%). Ningún paciente era ni había sido adicto a drogas por vía parenteral ni tampoco tenía el virus de la inmunodeficiencia humana, sólo un 4% del total estaba inmunodeprimido y un 8% era portador de material protésico. Nuestros pacientes tenían una proteína C reactiva media de 90 y 13.500 leucocitos. La duración media de la fiebre antes de su ingreso fue de 7 días. El motivo de consulta más frecuente, aparte de la fiebre, fue la tos, seguida de síndrome miccional y artralgias. En un 86% de los casos, la fiebre estaba en relación con un proceso infeccioso, siendo la infección respiratoria la más prevalente (56%), junto con la infección del tracto urinario (18%) y la abdominal (8%). Menos frecuente encontramos fiebre de origen tumoral e inflamatorio (2 y 8% respectiva-

mente). Se realizaron hemocultivos en un 34% de los pacientes, siendo positivos en un 10% y urocultivos en 15 pacientes, siendo positivo sólo en uno.

Discusión. El mecanismo fisiopatológico fundamental de la fiebre es el reajuste hipotalámico de regulación de la temperatura a un nivel más elevado que el normal, debido a algún proceso patológico. El factor desencadenante del aumento de la temperatura podría ser la liberación de prostaglandinas, sobre todo las de clase E, por las células endoteliales de los microvasos cerebrales próximos al área hipotalámica termorreguladora. Este mecanismo es estimulado por dos tipos de sustancias circulantes: pirógenos exógenos y endógenos.

Conclusiones. La fiebre de origen infeccioso, y dentro de ella, la infección respiratoria predominó sobre el resto, seguida de la infección del tracto urinario. Otras etiologías fueron menos frecuentes. Los antecedentes epidemiológicos estaban poco presentes en los pacientes incluidos en nuestro estudio. De los demás antecedentes personales, llama la atención el elevado porcentaje de neoplasias, probablemente en relación con la edad media de nuestros pacientes.

A-256 MORBIMORTALIDAD EN PACIENTES VIH INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

L. Domínguez-Domínguez¹, L. Sanz-Trepiana¹, C. Fernández Gil¹, G. Pérez-Rial¹, M. Álvarez Pérez¹, B. Rubio Alonso², C. Merino Argumáñez¹ y A. Domingo Santos³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Cardiología, ³Servicio de Neurología. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Objetivos. Describir las características epidemiológicas de los pacientes VIH ingresados en Interna, así como su situación inmunológica, FRCV, comorbilidad y TARGA.

Material y métodos. Historia clínica de los pacientes ingresados en la sección MI31 de Interna del Hospital 12 de Octubre de Madrid, entre enero de 2007 y diciembre de 2009. Análisis de frecuencias con el paquete estadístico SPSS 18.0.

Resultados. De los 1.717 pacientes de la muestra, 48 (2,79%) presentaban serología positiva para VIH. De éstos, sólo 1 fue diagnosticado durante el ingreso. La media de edad fue de 44 años y el 62% fueron varones. El recuento de CD4 fue $>$ 500/ μ l en un 27% de los casos, 200-500/ μ l en un 15% y $<$ 200/ μ l en un 58%. La CV fue indetectable en un 43%. El 67% estaban co-infectados por el VHC y el 25% por el VHB. En cuanto a los motivos de ingreso, el 31% fueron infecciones respiratorias, el 15% complicaciones de la cirrosis, el 10% neoplasias, 6% TBC, 6% crisis comiciales y 32% otras causas. La estancia media fue de 17 días. Respecto a los FRCV, el 71% eran fumadores, el 19% estaban diagnosticados de HTA, el 15% de DL y el 6% de DM. En la analítica al ingreso destaca la cifra de triglicéridos $>$ 150 mg/dl en un 33% y de colesterol $>$ 200 mg/dl en un 9%. En relación a los pacientes a los que se les pautó TARGA al alta, el 65% recibían emtricitabina/tenofovir, de los cuales el 54% asociaban efavirenz, y el 38% lopinavir/ritonavir. No se observa la utilización de antagonistas del CCR5 y de inhibidores de la integrasa. En cuanto a la supervivencia a medio plazo, se observó una mortalidad hospitalaria, en éste o en posteriores ingresos, del 35% a fecha de junio de 2010.

Discusión. Teniendo en cuenta que la prevalencia estimada de infección VIH en España es del 0,15%, el porcentaje en la muestra, respecto al total de pacientes ingresados, es elevado, pudiendo ello ser debido a una mayor prevalencia de VIH en el área sanitaria atendida por este Hospital, así como a la mayor frecuencia de hospitalización de estos pacientes. En cuanto a las características epidemiológicas, cabe destacar el predominio de varones, de mediana edad, fumadores, con diagnóstico previo de VIH y con alta frecuencia de co-infección por VHB y/o VHC, que concuerda

con un patrón de transmisión en pacientes adictos a drogas por vía parenteral. Asimismo, destaca la mala situación inmunológica de estos pacientes durante el ingreso, de probable origen multifactorial. En relación a los FRCV, se observa una baja prevalencia en este grupo de pacientes, aunque los datos analíticos durante el ingreso hacen pensar en un infradiagnóstico a este respecto. Por otra parte, son pocas las combinaciones de antirretrovirales empleadas. Finalmente, llama la atención la elevada mortalidad detectada, a pesar de no disponer de los datos de defunciones no hospitalarias.

Conclusiones. El presente estudio tiene 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, los datos sugieren la necesidad de un mejor control de estos pacientes en el ámbito ambulatorio, tanto a nivel inmunológico como de FRCV, de cara a disminuir la frecuencia de ingresos y la mortalidad asociada. Todo ello teniendo en cuenta la dificultad que supone, debido al perfil socio-sanitario predominante.

A-257 ETIOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO DE LOS ABSCESOS HEPÁTICOS DIAGNOSTICADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DURANTE UN PERÍODO DE 4 AÑOS

G. Sotres, C. Granda, R. Sanz, P. González, P. Sabio, N. Tobares, A. Nieto y J. Marco

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

Objetivos. Analizar las características epidemiológicas y el diagnóstico de los abscesos hepáticos diagnosticados en un Servicio de Medicina Interna durante el periodo comprendido entre enero de 2007 y enero de 2010.

Material y métodos. Se realiza un estudio retrospectivo de los casos de abscesos hepáticos diagnosticados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, Hospital de tercer nivel, durante el periodo comprendido entre enero de 2007 y enero de 2010. La relación de dichos pacientes se obtuvo del Servicio de Admisión a través de su Unidad de Codificación. Se han recogido de forma sistemática datos epidemiológicos (edad, sexo y antecedentes personales) y diagnósticos (clínicos, analíticos, radiológicos y microbiológicos).

Resultados. Se identificaron un total de 14 pacientes (8 hombres y 6 mujeres) con una edad media de 64,8 años. Siete de los pacientes (50%) eran hipertensos y 4 (29%) eran diabéticos tipo 2. En cuanto al lugar de procedencia, 12 (86%) eran de nacionalidad española y 2 (14%) eran extranjeros. Ocho de los pacientes (57%) tenían antecedentes de patología hepática. Los datos clínicos y analíticos más frecuentes fueron fiebre (93%), dolor abdominal (64%), aumento de fosfatasa alcalina (93%) con o sin hepatonecrosis acompañante y leucocitosis (79%). Se realizó TC de abdomen en el 93% de los pacientes, siendo en todos los casos diagnóstico. Un 57% de los abscesos fueron únicos y un 43% múltiples. Se realizó drenaje percutáneo en cuatro de los pacientes (29%), drenando el absceso de forma espontánea en un quinto caso. El cultivo de la muestra recogida fue positivo en 3 casos (60%), siendo monomicrobiano en 2 y polimicrobiano en 1 paciente. Se realizaron hemocultivos en el 85% de los pacientes, resultando positivos en el 58% de los casos (86% monomicrobianos y un 14% polimicrobianos). Los agentes aislados con más frecuencia en los cultivos fueron enterobacterias, seguidos de anaerobios y estreptococos. Se realizaron 2 serologías para *Entamoeba histolytica* siendo 1 positiva.

Conclusiones. En nuestro grupo, más de la mitad de los pacientes presentaban antecedentes de patología hepática. La for-

ma de presentación clínica más frecuente fue fiebre y dolor abdominal. La TC de abdomen fue el método diagnóstico principal. Los hemocultivos fueron positivos en más de la mitad de los casos. Los abscesos fueron únicos y monomicrobianos en su mayoría, siendo las enterobacterias los microorganismos aislados con más frecuencia.

A-259 CAUSAS DE INGRESO POR HIV EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

R. Bejarano Espejo, V. Portillo Tuñón, S. Molinero Abad, M. Cuesta Lasso, M. Moran Rodríguez, A. Blanco Martínez de Morentín, C. Dueñas Gutiérrez y J. Locutura Rupuez

Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Burgos. Burgos

Objetivos. Nuestro objetivo es la valoración de las causas más frecuentes de ingreso hospitalario, obtener el tiempo de estancia media y las características de los pacientes, incluyendo su edad, presencia de coinfección por virus de hepatitis C, total de diagnósticos de novo y exitus.

Material y métodos. Recogemos de forma retrospectiva los ingresos de los pacientes con infección HIV entre los años 2006 y 2009. Utilizamos la historia clínica como fuente de datos.

Resultados. Obtenemos un total de 165 ingresos hospitalarios. Corresponden a 103 pacientes diferentes. Todos los ingresos suman 1.967 días de hospitalización, con una estancia media de 11,92 días. La edad promedio fue 42,36 años. 52 ingresos fueron de mujeres, que corresponden a 26 pacientes. La coinfección por hepatitis C fue observada en 48 pacientes (53,39%). 8 pacientes fueron diagnósticos de HIV nuevos. 7 pacientes fallecieron. Las causas de ingreso se recogen en la tabla. La más frecuentes fue la infección respiratoria con 39 ingresos, seguido del conjunto de infecciones oportunistas y procesos definitorios de SIDA con una total de 38 diagnósticos. Entre ellos destaca la infección por *Pneumocystis* con 12 ingresos.

Discusión. En nuestra serie observamos un número alto de procesos definitorios de SIDA. Sin embargo dichos datos están alterados por la presencia de pacientes "reingresantes". Un caso de LEMP reingresa con frecuencia por las complicaciones derivadas de las secuelas de dicho proceso. 6 de los 8 diagnósticos nuevos de HIV fueron infecciones por *Pneumocystis jirovecii*. 5 de los 7 fallecimientos fueron por neoplasias, asociadas o no al HIV.

Conclusiones. La causa de ingreso más frecuente fue la infección respiratoria, seguida del conjunto de procesos definitorios de SIDA. La principal causa de muerte fueron las neoplasias. La hepatopatía crónica condiciona un importante número de reingresos en los pacientes.

Tabla 1 (A-259).

Causa de ingreso	Número de casos	Porcentaje
Infección respiratoria	39	23,63%
Procesos definitorios SIDA	38	23,03%
Descompensación hepatopatía	24	14,54%
Otras infecciones	18	10,9%
Estudios	15	9,09%
Alteraciones psiquiátricas	6	3,63%
Reacciones a fármacos	6	3,63%
Procesos neurológicos	5	3,03%
Neoplasias no HIV	2	1,2%
Otros	12	7,27%

A-261 HOSPITALIZACIÓN POR GRIPE H1N1 EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS

L. Bragado Martínez, G. Marabé Carretero, M. García Vidal,
L. Pérez Sánchez, G. Esteban Gutiérrez, M. García Sánchez,
J. de Miguel Prieto y J. Sanz Moreno

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid).

Objetivos. Estudio de seguimiento de la comorbilidad, curso clínico, tratamiento y evolución de pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Príncipe de Asturias (Área 3) con infección por virus Influenza H1N1 entre julio y diciembre de 2009.

Material y métodos. Se han estudiado los casos con infección por virus Influenza H1N1 confirmados mediante PCR de exudado nasal e ingresados por cuadro gripal complicado en una sola área al efecto.

Resultados. Se han evaluado 77 pacientes (31 varones y 46 mujeres), con una media de edad de 43 años (rango 16 - 78 años), de nacionalidad mayoritariamente española (66 pacientes). El tiempo medio desde el inicio de los síntomas hasta el ingreso fue de 4,5 días. La comorbilidad asociada ordenada por frecuencia fue: tabaquismo (34,8%), asma bronquial (28,8%), obesidad (IMC > 30) (27,3%), EPOC (21,2%), hipertensión arterial (19,7%), dislipemia (18,2%), diabetes mellitus (13,6%), gestación en curso (13,6%), cardiopatía (10,6%) e inmunodepresión (10,6%). Como manifestaciones clínicas destacan la fiebre (97,4%), tos generalmente no productiva (88,3%) y malestar general (81,8%), seguidos de la disnea (64,9%), artromialgias (55,8%), odinofagia (35%), cefalea (33,8%), rinorrea (27,3%) y clínica gastrointestinal (25,9%). La neumonía fue una complicación frecuente (53,2%), siendo casi la mitad de estas (41%) neumonías bilaterales, siendo rara la asociación de derrame pleural (5,2%). Además se confirmó la sobreinfección por *S. pneumoniae* mediante antigenuria en un 13%, con sólo 1 hemocultivo positivo. Todos los pacientes recibieron tratamiento con oseltamivir oral iniciado al ingreso, excepto 4 pacientes que lo iniciaron ambulatoriamente. El 94,8% recibió tratamiento antibiótico, siendo las pautas más elegidas amoxicilina-clavulánico, levofloxacino, y ceftriaxona más claritromicina. El 36,4% precisó corticoides sistémicos, en general por hiperreactividad bronquial. La evolución fue mayoritariamente favorable, con una estancia media hospitalaria de 9 días. Ocho pacientes necesitaron ingreso en UCI (10,3%) por insuficiencia respiratoria severa, 4 de los cuales precisaron ventilación mecánica, y otros 4 ventilación mecánica no invasiva. Se produjeron 3 exitus (3,8%). Uno en un paciente con VIH y cirrosis por VHC, desestimado para medidas terapéuticas invasivas, con shock séptico por neumonía bilateral neumocócica. Otro en una mujer diabética, obesa mórbida y asmática por parada cardiorespiratoria no recuperada. El tercero en una paciente con enfermedad de Parkinson y sarcoidosis en tratamiento esteroideo.

Conclusiones. 1) Entre nuestros pacientes destaca la baja edad media en comparación con lo descrito en gripe estacional, en la que es significativamente mayor. A pesar este hecho, sólo el 15% no tiene comorbilidad asociada. 2) Destaca como factor relevante la obesidad, que se sitúa en frecuencia a la par con el asma bronquial y por encima de la EPOC, presentando el 66% de los pacientes con sobrepeso un IMC mayor de 35. 3) La mayoría de gestantes se encontraban en el 3º trimestre. 4) A pesar de la evolución favorable en la mayoría de los pacientes, no es desdeñable la severidad que han presentado durante el ingreso, incluyendo un 10,3% de ingresos en UCI y una mortalidad del 3%. 5) La tolerancia a oseltamivir ha sido excelente, sin aparentes efectos secundarios.

A-263 UNA ZONOSIS EMERGENTE: LEISHMANIASIS VISCERAL

R. Tirado Miranda¹, I. Mejías Real¹, F. Gavilán Guirao²,
P. Fernández³, L. Montero Rivas¹, C. Aranda Valle¹,
E. Guisado Espartero¹ y D. Navarro Hidalgo¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Margarita. Cabra (Córdoba). ²Servicio de Medicina Interna, ³Servicio de Medicina Preventiva. Hospital de Montilla. Montilla (Córdoba).

Objetivos. El término leishmaniasis designa una variedad de síndromes causados por diversas especies de protozoos del género *Leishmania* cuyas manifestaciones clínicas varían desde una úlcera cutánea autolimitada hasta una infección visceral fulminante. Kala-azar es un término hindú que significa fiebre negra y se aplica a los pacientes con leishmaniasis visceral que adquieren una coloración grisácea. *Leishmania infantum* es la especie predominante en el área Mediterránea siendo el perro su reservorio. Aunque es una enfermedad poco frecuente, en las últimas décadas ha aumentado su incidencia relacionado con la aparición del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). El objetivo de este estudio ha sido recopilar y analizar los casos diagnosticados desde 2003 de leishmaniasis visceral en dos hospitales de la provincia de Córdoba, situados en dos comarcas de la zona sur: campiña y subbética.

Material y métodos. Revisión de historias clínicas con un análisis retrospectivo de los pacientes afectados de esta zoonosis en nuestro medio con especial atención a la edad, sexo, presentación clínica, método diagnóstico utilizado, tratamiento realizado, así como del pronóstico de estos pacientes a largo plazo.

Resultados. Se localizaron 21 pacientes diagnosticados de leishmaniasis visceral en los últimos años en estos dos hospitales. Aunque hay dos picos claros de distribución del número de casos, uno en el primer año de vida y otro en pacientes de edad media, hemos encontrado casos entre 4 meses de edad y 90 años y afectando por igual a ambos sexos. Un cuadro febril prolongado de presentación insidiosa fue la presentación clínica más frecuente acompañado en la mayoría de los casos de astenia intensa y esplenomegalia en la exploración física. En las exploraciones de laboratorio se objetivó pancitopenia en el hemograma con distintos grados de intensidad e hipertransaminemia con patrón de citolisis e hipergammaglobulinemia de banda ancha. Aunque en nuestro medio la leishmaniasis se suele asociar a la presencia de SIDA, éste no se diagnosticó en ninguno de los pacientes descritos. En todos los casos se objetivó hepatoesplenomegalia por pruebas de imagen. El diagnóstico se realizó por serología (ELISA), biopsia de médula ósea o hepática. El tratamiento se realizó con antimoniales o anfotericina B liposomal. La evolución de la mayoría de los pacientes fue satisfactoria.

Conclusiones. La leishmaniasis visceral, aunque si bien, no es una entidad frecuente en nuestra área de salud, en los últimos años se ha incrementado considerablemente el número de pacientes diagnosticados. Aunque no se asoció en ningún caso a una coinfección por virus de la inmunodeficiencia humana en alguno de ellos, especialmente en los de edad media se objetivó algún estado de inmunodepresión concomitante. Afecta a ambos sexos y a todas las edades. El tratamiento con antimoniales o con anfotericina B liposomal continúa siendo eficaz. Por tratarse de una zoonosis cada vez más extendida sería conveniente reforzar las medidas preventivas, para evitar así, que acabe convirtiéndose en un problema de Salud Pública.

A-264 DESCRIPCIÓN DE 2 CASOS DE LEPRO EN POBLACIÓN AUTÓCTONA DEL ÁREA SANITARIA DE CARTAGENA

G. Tornel Sánchez¹, J. Vega Cervantes¹, N. Campillo Guerrero¹, A. Jimeno Almazán¹, E. Peñalver González¹, A. Rodríguez Pavía¹, A. Moreno Hernández¹ y M. Ortiz Romero²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología.
Hospital General Universitario Santa María del Rosell.
Murcia.

Objetivos. Conocer de las características clínico-epidemiológicas de dos casos de lepra diagnosticados entre 2009-2010 en población autóctona del área sanitaria de Cartagena.

Material y métodos. Descripción de dos casos clínicos de lepra en el Hospital Universitario Santa María del Rosell, mediante el estudio retrospectivo de sus historias clínicas analizando la forma de presentación y el manejo diagnóstico-terapéutico.

Resultados. Caso 1: varón de 62 años de etnia gitana que consulta por debilidad e hipoestesia en miembros inferiores de meses de evolución. Padre afecto de lepra como factor de riesgo epidemiológico. A la exploración se objetivaron lesiones nodulares localizadas en tronco y MMII hipoestésicas, asociadas a máculas hipopigmentadas, anestésicas y con anhidrosis, en extremidades y tronco. Para establecer el diagnóstico se realizó un frotis del exudado nasal cuya PCR resultó positiva para *Mycobacterium leprae* así como una biopsia cutánea de una de las lesiones maculares, presentado histológicamente un infiltrado difuso histiocitario en dermis superficial y media cuya PCR, también positiva, confirmó el diagnóstico. Caso 2: varón de 48 años que ingresa por úlceras en pie y en rodilla izquierda de 5-6 meses de evolución. No antecedentes médico-quirúrgicos de interés, ni contactos epidemiológicos conocidos. Presenta úlcera profunda con bordes necróticos, a nivel de rodilla izquierda, con necrosis del tendón rotuliano y retracción superior de la rótula, asociada a exposición de la articulación femoro-tibial. En el pie izquierdo se observan 3 lesiones ulcerosas, superficiales, de borde eritematoso con áreas de celulitis perilesional. En abdomen y en dorso del pie derecho presenta dos máculas hipopigmentadas de aspecto escamoso con anestesia y anhidrosis, de borde granuloso y sobrelevado. El raspado de la lesión ulcerosa de la rodilla demostró la presencia de 2-5 BAAR y una tinción de auramina positiva. La biopsia cutánea de la misma lesión presentó un material fibro-necrótico purulento con acúmulo granulomatode. El frotis del exudado nasal fue positivo objetivándose de 2-5 BAAR. En ambos casos se estableció el diagnóstico de lepra multibacilar y se inició el tratamiento con una asociación de tres fármacos leprostáticos, rifampicina, dapsona y clofazimina; en ciclos de 28 días durante 2 años de forma ininterrumpida.

Discusión. La lepra es una enfermedad producida por el *Mycobacterium leprae*, un bacilo intracelular estricto acidorresistente, con un especial tropismo por el sistema nervioso periférico. Se trata de una enfermedad milenaria que ha ido acompañada de un importante estigma social cuya incidencia se ha reducido drásticamente en los últimos siglos. En la actualidad > 80% de los casos se producen en unos pocos países y se considera una enfermedad en vías de extinción en EEUU y Europa donde, de forma esporádica, aparece algún caso importado y son muy infrecuentes en la población autóctona.

Conclusiones. La lepra es una enfermedad poco prevalente en Europa, especialmente en población autóctona, sin embargo ha de sospecharse ante la presencia de lesiones cutáneas hipopigmentadas e hipoestésicas. El tratamiento está protocolizado por la OMS en función del tipo de lepra y es curativo de la enfermedad.

A-265 ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN EL HOSPITAL CENTRAL DE ASTURIAS (CASOS DE 2007 A 2009)

C. Suárez Cuervo, A. Mera Fidalgo, C. Costas Sueiras, C. Palomo Antequera, A. Moreno Torrico, A. Fidalgo Navarro, J. Bernardo Cofiño y M. Fernández Almira

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

Objetivos. La endocarditis infecciosa, si bien presenta una escasa incidencia, es una entidad de gran importancia dada su elevada morbimortalidad a pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos en las últimas décadas. Se asocia a una amplia variedad de manifestaciones clínicas y posibles complicaciones. En los últimos años, los estreptococos han sido desplazados por los estafilococos como agente etiológico más común.

Material y métodos. En esta comunicación pretendemos analizar las características epidemiológicas de los 70 casos de endocarditis infecciosa registrados en nuestro hospital (HUCA) entre enero de 2007 y diciembre de mediante un análisis retrospectivo.

Resultados. La media de edad de los pacientes fue de 66,96 ± 16,39 años, siendo el 82,4% varones. El 66,7% de los casos fueron sobre válvula nativa, el 24,6% sobre válvula protésica y un 10% sobre implante endovascular. En cuanto al agente causal, el más frecuente fue el *Staphylococcus aureus* (24,3%), siendo los estafilococos el grupo más frecuente en conjunto (41,4%) por delante de los estreptococos (25,7%). El 20% de los pacientes fallecieron durante el ingreso, siendo la mortalidad de las endocarditis por *S. aureus* del 52,9%, comprendiendo el 75% de todos los exitus. El 51,4% de los casos recibieron tratamiento quirúrgico.

Conclusiones. En la serie de casos de nuestro centro hospitalario se observa la tendencia descrita en otros estudios recientes sobre el aumento de la frecuencia de *Staphylococcus aureus* como microorganismo responsable de la endocarditis, además de una tendencia a mayor mortalidad. Destaca la elevada frecuencia de casos en el sexo masculino, superior a otras series.

A-266 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE AISLAMIENTOS POR GÉRMESES MULTIRRESISTENTES 2007-2009

J. Lobo¹, C. Gallo¹, M. Martínez-Ortega², M. Zapico², J. A-Megido¹ y V. Carcaba¹

¹Servicio de Medicina Interna ²Servicio de Medicina Preventiva.
Hospital Valle del Nalón. Langreo (Asturias).

Objetivos. La detección de gérmenes con multirresistencias, como *Staphylococcus aureus* meticilín resistente (MRSA), y enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE), que obliguen a establecer medidas de aislamiento en pacientes hospitalizados es cada vez más frecuente. La resistencia a múltiples antibióticos que caracteriza a estas bacterias es determinante para la peor evolución del paciente, y tiene un impacto negativo en la mortalidad, la estancia hospitalaria y los costes sanitarios. Se realizó un estudio descriptivo para conocer la epidemiología de los aislamientos de pacientes con gérmenes multirresistentes en nuestro centro en un período de tres años.

Material y métodos. Se realizó un estudio descriptivo de los casos en los que se establecieron medidas de aislamiento hospitalario en un hospital de segundo nivel en Asturias durante los años 2007 a 2009, según los resultados de estudios microbiológicos y las guías de aislamiento del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Resultados. Durante el año 2007 se realizaron 67 aislamientos, de los cuales el 52,45% correspondieron a MRSA, 8,95% a *E. coli* BLEE, 13,43% a *Ps. aeruginosa*, y 7,46% a *Enterococo*. El 62,68% eran cultivos de pacientes ingresados en plantas médicas, el 28,35% en quirúr-

gicas y el 8,95% en la UCI. En el año 2008 se realizaron 79 aislamientos, 40,5% MRSA, 1,26% E. coli BLEE, 2,53% Enterococo, 6,32% S. maltophilia. El 20,31% pacientes ingresados en plantas médicas, el 70,68% en quirúrgicas y el 3,70% en UCI. En el año 2009 se realizaron 91 aislamientos, 39,56% MRSA, 9,89% E. coli BLEE, 9,89% Ps. aeruginosa, 1,09% S. maltophilia. En plantas médicas estaban ingresados el 64,83% de los pacientes, 35,16% en quirúrgicas y 9,89% en la UCI. Localización de las muestras de MRSA: Herida quirúrgica /escara (28,12% en 2007, 51,85% en 2008, 19,4% en 2009), seguido de esputo/aspirado bronquial. De E. coli BLEE: hemo y urocultivos (50% en 2007, 22,2% en 2009), urocultivos aislados (33,3% en 2007, 55% en 2009). De Ps. aeruginosa: exudado de herida (33,3% en 2007 y 44,4% en 2009), seguida de urocultivo en 2007 (33,3%) y esputo/aspirado bronquial en 2009 (33,3%). Antibioterapia utilizada en la infección por MRSA: En 2007 12,5% recibió 2 fármacos, 37,5% recibió tres fármacos, 12,5% más de tres (simultáneamente o secuenciales). En 2008 33,33% recibió un fármaco y 29,62% dos. En 2009 el 50% siguió tratamiento con 2 fármacos, y el 16,6% con uno.

Conclusiones. 1. Se observa un aumento progresivo de los aislamientos por causas microbiológicas en los últimos años. 2. MRSA constituye la principal causa de aislamiento en pacientes hospitalizados. 3. La localización más frecuente de gérmenes que precisan aislamiento es la cutánea. 4. Se produce un aumento en el consumo de antimicrobianos para el manejo de los gérmenes multirresistentes, con el consiguiente incremento del gasto sanitario.

A-268

PERFIL DE BACTERIEMIAS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

A. Gómez Berrocal¹, E. Díaz Guardiola¹, I. González Negro¹, A. Herrero Carrera¹, A. Somodevilla Solís², A. Salas Aparicio¹ y C. Suárez Fernández¹

¹Servicio de Medicina Interna-Infeciosas, ²Servicio de Microbiología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Objetivos. Describir las características de las bacteriemias así como el uso de antibioterapia de los pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna-Infeciosas a lo largo de un año.

Material y métodos. Estudio descriptivo prospectivo de todos los pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna-Infeciosas con hemocultivos positivos desde junio de 2009 a junio de 2010. El listado de hemocultivos positivos y de los microorganismos aislados se obtuvo del registro interno del servicio de Microbiología del hospital. El resto de las variables recogidas fueron extraídas de la historia clínica de cada paciente. Como variables principales se establecieron: foco de la bacteriemia, microorganismo más frecuente, antibioterapia empírica y final más frecuente y origen de la infección.

Resultados. Se registraron un total de 152 pacientes con hemocultivos positivos, de los cuales se excluyeron del análisis 47. El 53,3% fueron mujeres, la edad media de los pacientes fue de 72,96 años (20-100). El motivo de ingreso en el 25,7% de los casos fue infección del tracto urinario, 22,9% ingresaron por fiebre, 17,1% por sepsis, por infección respiratoria el 12,4%, por infección de partes blandas el 3,8% y el resto fueron ingresados con otros diagnósticos de menor incidencia. De todos, 78% habían adquirido la infección en la comunidad mientras que el 12,4% cumplía criterios de infección asociada a cuidados sanitarios y el resto fueron infecciones nosocomiales. El foco más frecuente fue el urinario (38,1%) seguido del respiratorio (16,2%). El germen más frecuente fue E. coli, 37 registros (6,3% productores de BLEES). Se aislaron cinco S. aureus de los cuales 2 fueron SARM. El tratamiento empírico más utilizado fue amoxicilina clavulánico (20%), seguido de ceftriaxona (18,1%), levofloxacino (9,5%) y piperacilina-tazobactam (8,6%). El tratamiento final más frecuente fue amoxicilina clavulánico en el 18,1% de los casos, ceftriaxona en el 10,5%, ciprofloxacino en el 9,5% y asociaciones de antibióticos en el 7,6%.

Discusión. Las infecciones de cualquier origen constituyen uno de los principales diagnósticos en los ingresos en los servicios de Medicina Interna-Infeciosas, y las bacteriemias un proceso asociado a alta morbimortalidad. Por otra parte adquiere progresivamente más interés la identificación y prevalencia del tipo de microorganismo ya no sólo por su virulencia sino por sus posibles resistencias a los antibióticos de uso habitual. Es por ello que se hace necesario conocer los datos epidemiológicos de nuestro entorno para poder establecer un enfoque terapéutico adecuado.

Conclusiones. Las bacteriemias de origen urinario son las más frecuentes en nuestro estudio y el germen más prevalente E. coli. Un cuarto de todas las bacteriemias se asociaron al entorno sanitario. Amoxicilina-clavulánico es el antibiótico de elección tanto para el tratamiento empírico como para el definitivo. La asociación empírica de antibióticos es infrecuente en nuestro medio.

A-269

SÍNDROME GRIPAL EN EL PERÍODO DE LA GRIPE PANDÉMICA. ¿A O NO A?

E. Trigo Esteban, J. Szymaniec, L. Cano Alcalde, L. Pérez Latorre, C. García Parra, J. García Castaño y C. Gilsanz Fernández

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

Objetivos. Describir las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes ingresados con sospecha de gripe A H1N1 en un servicio de medicina interna de un hospital de tercer nivel, comparando los pacientes con resultado positivo y negativo en la PCR para el virus H1N1.

Material y métodos. Estudio descriptivo, retrospectivo, mediante revisión de historias clínicas, de pacientes que ingresaron con sospecha de gripe H1N1 durante la última quincena de noviembre de 2009 en un servicio de Medicina Interna. Analizamos variables epidemiológicas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS para Windows v. 15.0.

Resultados. Durante el período analizado ingresaron 29 pacientes de los cuales 12 presentaron PCR positiva (PCR+) para el virus H1N1. De todas las mujeres, el 53,3% fue PCR+ frente al 36,4% del total de hombres. Todos los pacientes mayores de 65 años presentaron PCR negativa (PCR-), siendo la media de edad entre los que presentaron PCR+ de 35,58 años ($\pm 9,19$). El 100% de las mujeres embarazadas de nuestra cohorte presentó PCR+. El 75,8% de los pacientes presentaba al menos uno de los factores de riesgo analizados. De éstos, el 45% tuvo PCR+. A destacar el 41,7% con patología respiratoria crónica, el 16,7% que consumía algún tipo de droga y el 8,3% que era diabético frente al 64,3%, 7,1% y 14,3% respectivamente en el grupo PCR-. El tiempo de evolución de los síntomas fue menor en los pacientes con PCR+, estando presente en 100% de los casos la fiebre y tos frente al 84,6% y 69,2% respectivamente en PCR-. No se demuestran diferencias respecto a la sintomatología digestiva. En la radiografía de tórax del grupo PCR+ se objetivaron con más frecuencia infiltrados múltiples (41,7% vs 7,7% en PCR-). Tres pacientes precisaron ingreso en UCI. Todos ellos eran PCR+ y presentaban neumonía multilobar. Dos de ellos tenían factores de riesgo predisponentes (diabetes y enfermedad pulmonar) y todos evolucionaron de forma favorable. La estancia media fue discretamente superior en aquellos pacientes PCR+ ($6,75 \pm 3,64$ vs $5,69 \pm 3,06$).

Discusión. La baja incidencia de la infección por virus H1N1 en nuestra serie puede explicarse por las siguientes razones. A partir del noviembre de 2009 el número de casos de gripe A H1N1 comienza a descender de forma importante, coincidiendo este punto de inflexión con el inicio de la epidemia de gripe estacional. Este solapamiento de epidemias con presentación clínica similar dificulta la distinción de los casos de infección por el virus H1N1 del resto. Hemos de añadir que la técnica de PCR para el diagnóstico no se ha

realizado en todos los casos sospechosos, lo que impide dar datos precisos de incidencia y prevalencia de la enfermedad. Hay que tener en cuenta además, la PCR puede negativizar después de seis días desde el inicio de la infección, cabiendo así la posibilidad de obtener resultados de PCR negativos en pacientes que hayan sufrido la gripe pandémica.

Conclusiones. Los resultados obtenidos, comparados con los datos disponibles confirman una mayor incidencia de la infección por virus H1N1 en individuos menores de 65 años. Se demuestra asimismo que los pacientes con factores de riesgo no tienen mayor riesgo de enfermar pero sí de presentar complicaciones. Los pacientes con PCR+ se caracterizaban por presentar menor tiempo de evolución de los síntomas. No se demuestra mayor frecuencia de síntomas digestivos. Es más frecuente en éstos el infiltrado múltiple y la estancia media fue mayor en este grupo.

A-271 TUBERCULOSIS GANGLIONAR EN LA ÚLTIMA DÉCADA (2000-2009)

P. Sánchez Oliva, M. Carrera Izquierdo, M. León Téllez
y O. Terry López

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Soria. Soria.

Objetivos. Describir las características epidemiológicas de las TB ganglionares diagnosticadas la última década, en nuestro medio. La clasificación del Boletín epidemiológico del Ministerio de Ciencia e Innovación recoge los datos únicamente en tres categorías: TB respiratoria, meningitis tuberculosa y otras TB, dentro de la última categoría se incluye la adenitis tuberculosa, objetivo de nuestra revisión y responsable del 43% de las linfadenopatías periféricas. La clínica depende de la localización y del estado inmunológico del paciente. El diagnóstico correcto por histología o cultivo del material obtenido de la biopsia.

Material y métodos. Estudio retrospectivo incluyendo pacientes ingresados en nuestro Servicio y ambulatorios controlados en consulta en el período 200-2009, con cultivo positivo para micobacterias en biopsia o PAAF de adenopatía o líquido de absceso, o histología de TB. Para lo que hemos utilizado las historias clínicas. Las variables: edad, sexo, VIH si/no, nacionalidad, factores de riesgo, clínica y localización, microorganismo, antibiograma. La cobertura de nuestro hospital es para una población de 100.000 hab aprox, de los cuales, un 15-18% son inmigrantes incluidos por supuesto en el estudio.

Resultados. 10 pacientes: 3 mujeres (30%), 7 hombres (70%). Relación hombre/mujer 2.3:1. Edad media 43, con límite inferior de 17 y superior de 81 años. La mayoría de casos, en los últimos 5 años. Biopsias/PAAF realizadas: cultivo positivo para *M. tuberculosis* 6, *M. bovis* 2, cultivo negativo pero citología, Mantoux positivo y buena respuesta a tratamiento 2. Sólo un VIH+. 7 españoles, 3 inmigrantes (2 ecuatorianos, 1 marroquí). Se constató resistencia a pirazinamida en los cultivos de *M. bovis*, siendo el resto sensibles a los tuberculostáticos más utilizados. La localización fue en 8 pacientes cervical, 1 supraclavicular y 1 axilar.

Discusión. En los países desarrollados la TB pulmonar y la meningitis tuberculosa han experimentado un importante declive a lo largo del siglo XX, no así otras TB donde se incluye la TB ganglionar. Las tres categorías han adquirido una magnitud difícil de controlar en los países subdesarrollados, con porcentaje alto de infección en pacientes VIH, pobres, enfermos crónicos, etc., factores negativos contribuyentes al impacto de esta enfermedad en los países de destino de la inmigración. El número de casos de TB de origen extranjero (nacidos fuera de España) muestra un ligero aumento desde hace tres años, suponiendo un 30% del total de casos de TB diagnosticados en España. En nuestra serie se cumple dicho porcentaje. Llamamos la atención 2 casos de *M. bovis* siendo más común hace años

antes de la higienización de la leche, entrando por vía amigdalina y generando adenopatía regional cervical. De nuestros 2 casos, uno procedía de ámbito rural y tenía contacto con ganado vacuno. La localización más frecuente de nuestra serie es la cervical. Con respecto a pacientes con coinfección por VIH, esperábamos encontrar más casos, si bien la mayoría de nuestra población VIH+ es presidaria y tienen infección controlada.

Conclusiones. No existe registro de linfadenitis tuberculosa como primer signo de TB, ya que se engloba en la categoría de otras localizaciones de TB. Siempre sospechar adenitis tuberculosa incluyéndola así en el diagnóstico diferencial en cualquier paciente con linfadenopatías periféricas. Crucial, recoger la información consensuada y declarar todos los casos de TB con el fin de controlar la expansión de la infección y advirtiendo, siempre, al paciente de la importancia vital de la adherencia y cumplimiento del tratamiento.

A-272 EVOLUCIÓN DE LA INFECCIÓN POR VIH EN LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL ÁREA DE SALUD DE TOLEDO (ENERO 2004-DICIEMBRE 2009)

A. Blanco Jarava¹, E. Sánchez Maganto², J. González Moraleja³
y S. Moreno Guillén⁴

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo). ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Salud. Toledo. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Tres Culturas. Toledo. ⁴Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos. Analizar la evolución de la infección por VIH como factor de riesgo en los pacientes diagnosticados de tuberculosis pulmonar en el área de salud de Toledo, durante el período de estudio.

Material y métodos. Se ha realizado un estudio observacional, retrospectivo de todos los casos de tuberculosis pulmonar diagnosticados en el área de salud de Toledo, durante un período de 6 años (1 de enero de 2004-31 de diciembre 2009). La población a estudio se ha definido como todos los pacientes con cultivo de esputo, lavado broncoalveolar, aspirado bronquial o jugo gástrico positivo para *Mycobacterium tuberculosis*.

Resultados. Se registraron 12 casos de tuberculosis pulmonar en VIH+. La prevalencia de VIH+ fue del 6%. La distribución de casos en los diferentes años del estudio fue: 3 casos en 2004, 1 caso en 2005, 3 casos en 2006, 1 caso en 2007, 2 casos en 2008 y 2 casos en 2009. La evolución de la prevalencia de pacientes VIH+ en los diferentes años del estudio fue: 18,8% en 2004, 2,7% en 2005, 9,7% en 2006, 2,6% en 2007, 4,4% en 2008 y 6,1% en 2009. Por grupos de edad, el mayor número de casos y la mayor tasa de incidencia se encontró en el grupo de edad comprendido entre los 35 y los 39 años (7 casos, 3,25/100.000 habitantes). La prevalencia de VIH+ en la población autóctona diagnosticada de tuberculosis pulmonar fue del 7,9%. En la población inmigrante la prevalencia de VIH positivos fue de 1,6%. Por grupo de edad, en los pacientes autóctonos VIH+, el mayor número de casos y la mayor tasa de incidencia se encontró en el grupo de edad comprendido entre los 35 y los 39 años (6 casos, 2,7/100.000 habitantes).

Discusión. En la población de estudio, el 91,7% de los VIH positivos pertenecían al grupo de población autóctona y todos los casos se encontraban en el grupo de edad comprendido entre los 25 y los 49 años. La prevalencia de infección por VIH a lo largo de los años del estudio ha mantenido una tendencia descendente y ha pasado del 18,7% en el año 2004 al 6,1% en el año 2009. En los dos últimos años de estudio se apreció una tendencia ascendente en la prevalencia de infección por VIH. Habrá que confirmar la evolución de estas cifras en los próximos años. En la población VIH+, el mayor

número de casos y la mayor tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar se encontró en el grupo de edad comprendido entre los 35 y los 39 años. En la población no VIH sólo se observó un pico de tasa de incidencia en el grupo de edad comprendido entre los 75 y los 79 años.

Conclusiones. 1. La prevalencia de infección por VIH en los pacientes diagnosticados de tuberculosis pulmonar, ha mantenido una tendencia descendente entre los años 2004 y 2009, aunque se ha apreciado un aumento en los años 2008 y 2009. 2. La mayor tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar en pacientes con infección por VIH ha tenido lugar en la población autóctona, en el grupo de edad comprendido entre los 35 y los 39 años.

A-273

INFLUENCIA DE LA INMIGRACIÓN EN LA EVOLUCIÓN DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL ÁREA DE SALUD DE TOLEDO

A. Blanco Jarava¹, T. Núñez Gómez², J. González Moraleja³ y S. Moreno Guillén⁴

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo). ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Salud. Toledo. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Tres Culturas. Toledo. ⁴Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos. Analizar la influencia de la inmigración en la evolución de la incidencia de la tuberculosis pulmonar en nuestra área sanitaria.

Material y métodos. Se ha realizado un estudio observacional, retrospectivo de todos los casos de tuberculosis pulmonar diagnosticados en el área de salud de Toledo, durante un período de 6 años (1 de enero de 2004-31 de diciembre 2009).

Resultados. De los 201 casos diagnosticados, el 69,2% de los casos tuvieron lugar en población autóctona y el 30,8% de los casos ocurrieron en población inmigrante. En la población inmigrante el 71% eran varones y el 29% mujeres. La edad media (\pm DT) fue de 31,39 (\pm 9,56) años y la mediana de 31 años. En la población autóctona, el 83,5% de los casos eran varones y el 16,5% mujeres. La edad media (\pm DT) fue 53,15 (\pm 22,1) y la mediana fue 51,5. La tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar en inmigrantes fue de 27,69/100.000 habitantes. La tasa de incidencia en inmigrantes por año fue de 12,34/100.000 habitantes en el año 2004, 41,93/100.000 habitantes en 2005, 25,29/100.000 habitantes en 2006, 16,08/100.000 habitantes en 2007, 34,95/100.000 habitantes en 2008 y 35,55/100.000 habitantes en 2009. En autóctonos, la tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar fue de 5,64/100.000 habitantes. La tasa de incidencia en autóctonos por año fue de 3,34/100.000 habitantes en 2004, 6,21/100.000 habitantes en 2005, 5,56/100.000 habitantes en 2006, 7,72/100.000 habitantes en 2007, 7,20/100.000 habitantes en 2008 y 3,84/100.000 habitantes en 2009.

Discusión. En la población de nuestro estudio, el porcentaje de inmigrantes fue del 30,8%. Este resultado es similar al registrado en otras zonas geográficas nacionales con porcentajes de inmigrantes respecto al total de la población similar (9%). La población inmigrante se caracteriza por ser de predominio masculino, con una concentración del grupo de edad de los adultos jóvenes. Estos resultados se reproducen en la mayoría de series nacionales y reflejan las características de la población extranjera que se encuentra en España. En la población inmigrante, se ha observado una onda de incidencia de tuberculosis pulmonar con una tendencia ascendente en los 6 años de estudio. Por el contrario, en la población autóctona se observó una estabilización en la incidencia de tuberculosis pulmonar en los 6 años de estudio. Estos resultados, que se reproducen en la mayoría de países desarrollados, ponen de manifiesto que la influencia de la inmigración ha sido uno de los

condicionantes principales para que las tasas de incidencia de tuberculosis no mantengan su tendencia descendente.

Conclusiones. 1. La proporción de inmigrantes entre los pacientes diagnosticados de tuberculosis pulmonar ha sido elevada. 2. Se observan dos ondas de incidencia, una estabilizada en la población autóctona y otra ascendente en la población inmigrante. 3. La población inmigrante se caracteriza por ser de predominio masculino, con una concentración del grupo de edad de los adultos jóvenes.

A-274

PREVALENCIA DE ANTECEDENTES DE INFECCIÓN POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE

M. Álvarez Pérez¹, J. Gil Niño¹, J. Delgado García¹, J. Ortiz Imedio¹, R. Gil Grande¹, A. Cascales García² y O. Bisbal Pardo¹

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

Objetivos. La prevalencia y las resistencias antibióticas de pacientes con antecedentes de infección por *Pseudomonas aeruginosa* están aumentando en los hospitales de tercer nivel, planteándose este estudio para analizar el caso particular de nuestro centro. Se pretende también describir las localizaciones más frecuentes de dicha infección, el patrón de sensibilidad antimicrobiana y la búsqueda de diferencias en estas infecciones entre el área médica y el área quirúrgica.

Material y métodos. Se analizan 862 pacientes ingresados el día 5 de enero de 2010 en la Hospitalización General del Hospital 12 de Octubre. Se realiza revisión de la información microbiológica informatizada de cada uno de los pacientes ingresados dicho día, identificando los casos en los que hay antecedentes de infección por *P. aeruginosa* y a partir de esa selección se completa el estudio de variables epidemiológicas y clínicas.

Resultados. Se incluyen 53 pacientes con antecedentes de haber presentado en anteriores ingresos una infección por *P. aeruginosa*. La edad media es de 64 años con predominio de varones (73,6%). Se detectan 28 casos en Servicios Médicos (prevalencia 5,4%) y 25 casos en Quirúrgicos (prevalencia 7,1%). El Servicio con más casos es Medicina Interna (10 casos), seguido de Cirugía General (9), y Nefrología (6). La localización más frecuente de la infección es la respiratoria (18 casos, 34%) seguido de la urinaria (16 casos, 30%). No hay diferencias significativas entre la localización de la infección entre los pacientes ingresados en el área médica o quirúrgica. Tampoco se detectan diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a los factores de riesgo para esta infección. Tenían ingresos previos en nuestro hospital 45 de los 53 pacientes (84,9%) con una media de ingresos de $4,94 \pm 0,7$ y el 34% de los pacientes (18 casos) habían estado ingresados previamente en la Unidad de Cuidados Intensivos El patrón de sensibilidad antimicrobiana detectado es el siguiente: ceftazidima (69,8%), cefepime (66%), piperacilina-tazobactam (84,9%), meropenem (69,8%), quinolonas (56,6%), gentamicina (60,4%), amikacina (86,8%) y colistina (98,1%).

Discusión. Un importante número de pacientes hospitalizados tiene antecedentes de infección por *P. aeruginosa* y quizás este número vaya aumentando en los próximos años, dado al envejecimiento de la población, los ingresos repetidos, las cirugías e ingresos en UCI de pacientes con mayor edad, así como la presión antibiótica. Cada vez se cuenta con mayor dificultad para el tratamiento, incluso presentando los carbapenems resistencias de hasta el 30%. Por otra parte, no se detectan en este estudio diferencias estadísticamente significativas entre los casos del área médica y los del área quirúrgica ni en la epidemiología, ni en cuanto a la localización de la infección ni en los factores de riesgo clásicos para dicha infección, aunque habría que realizar un estudio con una serie de casos más extensa para comprobar dichas afirmaciones.

Conclusiones. 1.- La frecuencia de pacientes que están ingresados en nuestro hospital y tienen antecedentes de infección por P. aeruginosa es importante y podría superar el 5%. 2. Una posibilidad de tratamiento empírico en una infección grave en uno de estos pacientes podría ser la combinación de piperacilina-tazobactam y amikacina.

A-275

ENFERMEDAD MICROVASCULAR EN PACIENTES VIH

D. Trujillo Luque, R. Costa Segovia, M. Manzano Luque y C. Suárez Fernández

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

Objetivos. Diferentes estudios sugieren que los pacientes con infección por VIH tienen un mayor riesgo cardiovascular; sin embargo la mayoría de las complicaciones son secundarias a la afectación arteriosclerótica, preferentemente coronaria, existiendo pocos datos sobre la afectación microvascular. El objetivo del estudio es determinar la prevalencia de afectación microvascular cerebral en una muestra de pacientes VIH+, e identificar factores asociados a la misma.

Material y métodos. Hemos analizado 82 pacientes VIH con prueba de imagen cerebral (RM o TAC), independientemente del motivo de la misma. Se consideró afectación microvascular la existencia de infartos lacunares o leucoaraiosis. Se recogieron variables demográficas y clínicas relacionadas con la infección (estadio inmunológico (CD4), si recibían o no tratamiento antirretroviral, y años de evolución de la enfermedad) así como los factores de riesgo cardiovascular clásicos (hipertensión, diabetes, dislipemia y tabaco). Se estimó la prevalencia de afectación microvascular y se compararon las características clínicas de los pacientes con y sin afectación. Se consideró significativa una $p < 0,05$.

Resultados. Se incluyeron 82 pacientes: edad media $46,52 \pm 9,25$ años, 70,7% varones. La prevalencia de afectación microvascular fue del 13,4% (11 pacientes) Comparando las dos poblaciones respecto a los factores descritos, solo se demostraron diferencias significativas en la edad de los pacientes con afectación microvascular vs sin afectación (72,7% mayores de 50 de años vs 30,5% mayores de 50 años) ($p = 0,001$), no demostrándose diferencias en la prevalencia de hipertensión arterial (36,4% vs 18,3%), diabetes (18,2% vs 7,3%), dislipemia (27,3% vs 15,3%), ni en las variables relacionadas con la infección: CD4 (493,27 vs 438,06), % de tratados (90,9% vs 80,5%) o años de evolución (9,89 vs 9,83).

Conclusiones. La prevalencia de afectación microvascular cerebral en la muestra de pacientes VIH+ estudiada fue del 13,4%. El único factor asociado a su presencia fue la edad más avanzada.

A-277

CARACTERÍSTICAS CLINICOEPIDEMIOLÓGICAS EN ENFERMOS DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

A. Vizuete Calero, E. Núñez Cuerda, A. Blanco Jarava, M. Vivas del Val, S. Casallo Blanco, M. Vázquez Ronda, A. Gallegos Polonio y F. Marcos Sánchez

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

Objetivos. 1. Describir características clínico-epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de endocarditis infecciosa en el Hospital Ntra. Sra. del Prado (Talavera de la Reina). 2. Conocer las pruebas diagnósticas y tratamiento realizado en los pacientes del estudio.

Material y métodos. Estudio observacional retrospectivo de pacientes con endocarditis infecciosa durante un período de cinco años (2005- 2009).

Resultados. Total 21 pacientes: 57,1% mujeres y el 42,9% varones. La edad media de 63 años ($\pm 17,7$). El 38,09% tenían más de tres patologías de base. Ninguno con antecedentes de adicción de drogas vía parenteral (ADVP). El síntoma guía más frecuente (71,4%) fue la fiebre, seguido de la insuficiencia cardíaca (14,3%). El soplo se encontró en el 90,5% de los casos. El 76,2% tenía un ecocardiograma trastorácico (ETT) positivo y el 52,4% de los casos se realizó ecocardiograma trasesofágico (ETE). Los hemocultivos positizaron en un 57,15% de los casos (38,1% en las primeras 24h). Las alteraciones analíticas más frecuentes fueron anemia (57,1%) e insuficiencia renal (52,4%) y la válvula afecta con mayor frecuencia fue la mitral (76,2%). Los antibióticos más empleados fueron vancomicina más gentamicina (75,15%) con rifampicina (23,8%) o ceftriaxona (19%). 14 casos se derivaron a cirugía cardíaca. La mortalidad global fue de 14,3%, y la de los pacientes que recibieron exclusivamente tratamiento médico en nuestro hospital fue del 43% (3 de 7).

Discusión. La endocarditis infecciosa es una infección endovascular microbiana cuya incidencia ha aumentado en los últimos años. En nuestro estudio, la edad media fue similar a la descrita, con predominio femenino. Casi un 40% de pacientes presentaron tres o más patologías. La fiebre alcanza el 85%, y nuestro porcentaje es inferior (72%). El soplo es la apreciación física más frecuente, perdiendo protagonismo para sospechar endocarditis. No debemos olvidar que se describen endocarditis con ETT normal hasta en un 25% de los casos (muy similar a la observada por nosotros), pudiendo estar influido por la toma de antibióticos. Las cifras de hemocultivos positivos son mayores que en la literatura y llama la atención que no se han recogido hemocultivos de control tras el tratamiento en ningún paciente. Destacamos la presencia de la insuficiencia renal y la asociación a peor pronóstico. La alteración más frecuente continúa siendo la anemia de trastornos crónicos. La válvula más frecuentemente afecta suele ser la aórtica, predominando en nuestro estudio las mitrales. El tratamiento empírico se ajusta a las guías de práctica clínica habituales. No se recoge la duración del tratamiento médico. El seguimiento de los pacientes fue dificultoso y no hemos podido averiguar cuántos de los derivados fueron intervenidos ni su evolución. Destacamos la elevada mortalidad (3 de 7) de los que no se derivaron.

Conclusiones. 1. Las manifestaciones clínicas-epidemiológicas observadas no difieren de las descritas en la literatura. 2. La endocarditis es una infección cada vez más frecuente de pacientes con edad avanzada. 3. El alto porcentaje de derivación a cirugía cardíaca alerta sobre la gravedad de esta entidad al menos en este grupo de edad. 4. Es una patología a considerar siempre en el anciano con fiebre.

A-278

CARACTERÍSTICAS CLINICOEPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON ABSCESOS HEPÁTICOS

L. Prósper Ramos, D. Abad Pérez, M. Hernández Olmedo, M. Contreras Muruaga y M. Armas Portela

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

Objetivos. Describir las características basales, clínica de presentación, comorbilidad, factores predisponentes y mortalidad en los pacientes ingresados por absceso/s hepático/s en el Hospital de la Princesa entre los años 2007 y 2009.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de 37 pacientes con juicio clínico de absceso hepático, único o múltiple, ingresados en el Hospital de la Princesa entre los años 2007 y 2009. Para el análisis se utilizó el programa SPSS versión 13.0. Se

aplica el test t-Student para comparar variables cuantitativas con variables cualitativas.

Resultados. Se incluyeron un total de 37 pacientes, 14 mujeres y 23 varones, con edad media de 66,5 años (rango de 29 a 94). El 51,4% (19) ingresaron a cargo de servicios médicos (8 en Digestivo, 1 en Oncología, 10 en Medicina Interna/Infecciosas), y el 48,6% (18) en Cirugía General. La estancia media hospitalaria fue de 23 días en los servicios médicos y 19 días en cirugía ($p = 0,8$). El 67,6% presentaban desnutrición, 21,6% diabetes mellitus, 16,2% tabaquismo y 16,2% abuso de alcohol. Entre los factores predisponentes destacan: antecedente de neoplasia en 29,7% (5,4% hepatocarcinoma; 16,2% adenocarcinoma de colon); hepatopatía crónica en 18,9% (16,2% de origen enólico); el 32,4% tenían antecedentes de cirugía abdominal y el 54,1% de patología biliar (27% litiasis; 27% infección). 5 pacientes (13,5%) padecían diverticulosis/diverticulitis de colon. En el año previo al diagnóstico se realizó algún procedimiento endoscópico u odontológico en 13 pacientes (35,1%). Las formas de presentación más frecuentes fueron: fiebre (75,7%), dolor abdominal (67,6%), shock séptico (24,3%) y alteración del perfil hepático (97,3%). 19 pacientes (51,4%) tenían un absceso único y 14 (37%) localizado en lóbulo derecho. Hubo recidiva en 5 pacientes, ningún fallecimiento durante el ingreso y la mortalidad al año fue del 13,5%.

Discusión. Nuestros datos son similares a los de otras series, con una alta tasa de patología gastrointestinal de base como principal factor predisponente. No se objetivaron claras diferencias en cuanto al pronóstico y estancia media, independientemente del servicio en que ingresara, con una baja tasa de mortalidad o reingreso.

Conclusiones. Los pacientes con abscesos hepáticos de nuestro hospital en su mayoría son varones, con un alto porcentaje de desnutrición, antecedente de neoplasia y patología abdominal predisponente. Un 24,3% presentan shock séptico. La estancia media es prolongada. En nuestra serie no se recoge mortalidad intrahospitalaria, sin embargo la mortalidad al año es del 13,5%.

A-279

CARACTERÍSTICAS DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE PALENCIA

F. Sánchez-Barranco Vallejo, J. da Cruz Soares, J. Gómez Barquero, S. Franco Hidalgo, R. Carbajal Martínez y J. Sánchez Navarro

Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Palencia. Palencia.

Objetivos. Estudiar las infecciones urinarias en pacientes ingresados en nuestro servicio de Medicina Interna, analizando las características epidemiológicas de los pacientes, así como los gérmenes más frecuentes y antibióticos implantados.

Material y métodos. Se realiza estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes ingresados en el Sº de Medicina Interna en el último año que presentan al alta el diagnóstico de infección de orina según los GRDs establecidos. Se analizan las variables demográficas y comorbilidad, así como resultados microbiológicos y tratamiento.

Resultados. Se recogen 112 pacientes, con una edad media de 80 años, siendo el 54% mujeres (60 pacientes) y el 46% hombres (52 pacientes). 16 pacientes estaban institucionalizados, 34 pacientes tenían demencia, 50 pacientes insuficiencia renal, 44 pacientes tenían diabetes mellitus, 12 pacientes neoplasias, 22 pacientes EPOC, 32 pacientes estaban desnutridos. El 12,5% (14 pacientes) eran portadores de sonda permanente. El germen más frecuente fue la *Escherichia coli* (46 pacientes), seguido de *Proteus mirabilis* (12 pacientes). Otros gérmenes fueron *Enterococcus faecalis* (8 pacientes), *Staphylococcus aureus* meticilín resistente (8 pacientes) y *Cándida spp* (6 pacientes). No se halló germen en 16 pacientes. En cuanto al tratamiento, la familia de elección fueron las

quinolonas (35%), siendo el fármaco de elección el ciprofloxacino (28 pacientes) y levofloxacino (12 pacientes). Las penicilinas fueron el segundo grupo de fármacos más usado, con el 25% de los pacientes (28 sujetos). Las cefalosporinas de 3º generación fueron usadas en el 14% de los pacientes (16 enfermos). Otros fármacos usados fueron aminoglucósidos (17,8% pacientes) y fosfomicina (5,35% pacientes).

Discusión. La infección del tracto urinario ocasiona una importante morbimortalidad con un elevado coste sanitario. Además, la aparición progresiva de resistencias a diferentes antimicrobianos de uso común en el tratamiento empírico se está convirtiendo en un problema de difícil manejo que aconseja una revisión continuada de las pautas terapéuticas recomendadas con el fin de realizar un uso más racional de los antibióticos. En nuestra serie, encontramos que existe cierto predominio en el sexo femenino, y la Diabetes Mellitus continúa siendo un factor de riesgo importante para padecer estas infecciones, así como la edad avanzada o la sonda vesical permanente. Nuestra serie coincide con la literatura al ser con diferencia la *E. coli* el germen más frecuente en estos pacientes, seguido del *Proteus mirabilis*.

Conclusiones. La ITU es una enfermedad de enorme frecuencia, por lo que una gran mayoría de médicos se verán implicados en su diagnóstico y tratamiento durante su ejercicio profesional. Uno de los retos que plantea es el desarrollo de un procedimiento estándar que permita distinguir entre infección del tracto urinario inferior y superior así como la optimización en la utilización de los recursos diagnóstico-terapéuticos. En cada centro, microbiólogos y clínicos deben consensuar criterios de petición e interpretación del urocultivo que permitan realizar un procesamiento adecuado de las muestras y una correcta valoración de los resultados. En la actualidad disponemos de recomendaciones precisas para el tratamiento de las ITU no complicadas, pero la actitud ante las ITU complicadas y la mayoría de las prostatitis no está establecida.

A-280

MICROBIOLOGÍA Y TRATAMIENTO DE LOS ABSCESOS HEPÁTICOS

L. Prósper Ramos, D. Abad Pérez, M. Contreras Muruaga, M. Hernández Olmedo y M. Armas Portela

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

Objetivos. Analizar los agentes microbiológicos implicados, su perfil de resistencias y tratamiento recibido: drenaje, antibioterapia empírica, ajuste según el antibiograma, duración del mismo y realización o no de terapia secuencial antibiótica en una cohorte de pacientes con diagnóstico de absceso hepático.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de 37 pacientes con juicio clínico de absceso hepático ingresados en el Hospital de la Princesa entre los años 2007 y 2009. Partiendo de un total de 45 pacientes, se excluyeron 16 por datos incompletos. Se analizaron los datos por el programa SPSS versión 13.0.

Resultados. Se analizaron 29 pacientes (12 mujeres y 17 hombres), con una media de edad de 65 años (rango 29-94). Ingresaron 16 en servicios médicos y 13 en Cirugía General. En 17 se recogieron hemocultivos y en 20 (69%) se realizó drenaje. Hubo documentación microbiológica en 18 pacientes (62,1%). Los microorganismos (MO) aislados más frecuentes fueron: *E. coli*-BLEE en 6 (20%), *E. coli*-no BLEE en 4 (13,3%), *B. fragilis* en 2 (6,7%) y *Klebsiella spp* en 2 (6,7%). El 38,8% (7), de los casos fueron abscesos polimicrobianos. La mayor parte de los casos se localizaron en lóbulo hepático derecho (73%) y 51,4% fueron abscesos únicos. Los antibióticos más utilizados en el tratamiento empírico fueron: metronidazol en 13 pacientes (44,8%), carbapenems en 10 (34,5%), piperacilina-tazobactam en 10 (34,5%), y cefalosporinas/penicilinas en 6

(20,7%). Se objetivó entre los MO aislados una resistencia del 44,8% a las penicilinas de 1ª, 2ª y 3ª generación, del 24,1% a piperacilina-tazobactam, del 27,6% a los aminoglucósidos, y el 17,2% a los carbapenems. Recibieron tratamiento durante una media de 37 días (rango 9-94), 22 días por vía intravenosa y 16,5 por vía oral. Se ajustó el tratamiento en función del antibiograma en 15 pacientes (51,7%), en 6 con carbapenems (20%), en 5 con cefalosporina/penicilina (17,2%) y en 5 con metronidazol (17,2%). En 10 pacientes (34,5%) no se realizó terapia secuencial antibiótica (TSA).

Discusión. Llama la atención frente a otras series la baja prevalencia de enterococo spp (1 de 30 casos) frente a *Streptococcus* spp (5). Sin embargo, en nuestra serie se confirma el predominio de enterobacterias frente a *Pseudomonas* (1). Destaca la presencia de gérmenes productores de BLEE (24% de 30 casos) así como un alto porcentaje de abscesos polimicrobianos (38,8%). Estos resultados hacen aconsejable el uso de carbapenems en la terapia empírica de los abscesos hepáticos en nuestro centro. Es conveniente realizar por su mayor coste-efectividad TSA, que no se llevó a cabo en la tercera parte de los casos de nuestro estudio.

Conclusiones. Los agentes etiológicos predominantes fueron las enterobacterias, siendo el más frecuente *E. coli*-BLEE. Fundamentalmente fueron abscesos únicos y monomicrobianos. La duración y el tipo de tratamiento se adaptaron a las recomendaciones de las guías, asociando drenaje en el 69% de los casos.

A-281

FACTORES DE MAL PRONÓSTICO ASOCIADOS A ENDOCARDITIS INFECCIOSA

A. Fernández Rodríguez¹, S. Gamaza Chulián², F. Carmona Espinazo¹, E. Díaz Retamino², A. de los Santos Moreno¹, E. Ruiz Blasco¹, E. López Tinoco¹ y D. Gutiérrez Saborido¹

¹UGC de Medicina Interna, ²Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Objetivos. Identificar posibles factores de mal pronóstico en pacientes diagnosticados de endocarditis infecciosa (EI) y hospitalizados en nuestro medio.

Material y métodos. Se analizaron de forma retrospectiva los pacientes ingresados en nuestro centro desde enero de 2004 a diciembre de 2009 con diagnóstico de EI, basándonos en los criterios diagnósticos de Duke modificados. Se registraron factores predisponentes, variables epidemiológicas, agente microbiológico y evolución clínica durante el ingreso, comparando los resultados en el grupo de pacientes supervivientes y fallecidos. Para el análisis de los datos, se empleó el programa SPSS versión 14.0.

Resultados. Se incluyeron 64 pacientes de los que fallecieron 16 (25%). Se realizó un análisis univariante comparando las características y presentación clínica, germen causal y presencia de complicaciones, entre el grupo de fallecidos y supervivientes. 1. Características clínicas: de los fallecidos, 10 eran diabéticos (62%), siete tenían insuficiencia renal (44%), cuatro hepatópatas (23%) y dos trasplantados; hubo un paciente VIH y ADVP que sobrevivió. La diabetes mellitus resultó como predictora de la mortalidad con una $p = 0,03$. Además 15 de los fallecidos (94%) presentaron fiebre, 14 leucocitosis (87%), 12 soplo cardíaco (75%), cinco insuficiencia cardíaca (31%) y dos embolismos (12%), sin encontrar significación estadística. 2. Características microbiológicas: todas las EI por bacilos gramnegativos fallecieron resultando estadísticamente significativo en el análisis univariante con una $p = 0,04$. El *S. aureus* fue el germen más frecuente (29%) seguido de estafilococos coagulasa negativo (14%), enterococos (11%) y *S. viridans* (8%), sin encontrar diferencias estadísticamente significativas. 3. Las complicaciones locales fueron frecuentes: hasta un 25% absceso perivalvular, más frecuente en los fallecidos (43,8% vs 17,4%, $p = 0,02$), 11% pseudoaneurisma, un caso de prolapso valvular (1,6%). En el análisis

multivariante se mantuvieron los resultados obtenidos para la diabetes mellitus (OR 3,55, IC95% 1,09-11,61, $p = 0,03$) y la infección por bacilos gram negativos (OR 5,01, IC95% 1,4-17,8, $p = 0,01$), no para el absceso perivalvular.

Discusión. Las características de los pacientes con EI están variando en los últimos años. Tras analizar los resultados la diabetes mellitus y la infección por bacilos gram negativos se relacionaron con la mortalidad, apareciendo como factores independientes de mal pronóstico. La diabetes mellitus ya se ha estudiado como factor asociado a mayor mortalidad y la infección por gram negativos refleja en general una infección nosocomial y por gérmenes más agresivos y resistentes a antibióticos convencionales. La principal limitación es el bajo número de pacientes incluidos que impide demostrar diferencias estadísticas. Otro factor a tener en cuenta es que nuestro hospital es centro de referencia en cardiología y cirugía cardíaca, por lo que los pacientes podrían tener un peor pronóstico y unas características diferentes a la de la población general afectada por EI.

Conclusiones. 1. Hemos encontrado la diabetes mellitus y los bacilos gram negativos como posibles factores independientes de mal pronóstico en la evolución de pacientes con EI. 2. El absceso perivalvular aunque no presenta significación estadística en el análisis multivariante, puede ser un factor a considerar en la evolución de la enfermedad.

A-282

CARACTERÍSTICAS CLINICOEPIDEMIOLÓGICAS DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA

L. Valle Feijoo¹, R. Puerta Louro¹, N. Egri¹, M. Vilar Freire², C. de la Puente Fernández³ y J. de la Fuente Aguado¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Cardiología, ³Servicio de Codificación. Hospital Povisa, S.A. Vigo (Pontevedra).

Objetivos. La endocarditis infecciosa con una incidencia baja y una epidemiología cambiante, afecta cada vez más a pacientes de mayor edad con o sin enfermedad valvular. El objetivo de este estudio es describir las características clínico-epidemiológicas de los pacientes con endocarditis infecciosa atendidos en nuestro hospital.

Material y métodos. Se recogen los datos clínicos, analíticos, microbiológicos, ecográficos y evolución de los pacientes ingresados entre cuyos diagnósticos figura endocarditis durante el período de 2002-2009.

Resultados. Se incluyeron 41 pacientes con diagnóstico de endocarditis, 54% varones, edad media 60 años (rango 24-91). El servicio de ingreso es 51% Medicina Interna, 22% Cardiología, 15% Unidad de Cuidados Intensivos, 10% Nefrología y 2% Cirugía General. Los agentes etiológicos identificados fueron: estafilococos 46% (24% *S. coagulasa* negativa y 22% *S. aureus*), estreptococos 19,5% (5% *S. bovis*, 5% *S. sanguis* y 5% *S. mitis*), 19,5% otros gérmenes (*Enterococcus faecalis* 12%) y 15% sin identificación. La presentación clínica más frecuente es fiebre o escalofríos con o sin otra sintomatología (86%), y presentan anorexia o pérdida de peso 5,5%, disnea 5,5% y 3% sintomatología gastrointestinal. Se realiza ecocardiografía transtorácica en el 46% y además transesofágica en el 54% restante. La válvula cardíaca más frecuentemente afectada es la aórtica 34%, mitral 29% y ambas un 12%; la EI afecta 43% válvula nativa, 40% sobre válvula protésica y 17% ambas. Se realizó cirugía en el 58% de los casos. La indicación de la cirugía es la insuficiencia cardíaca en el 80%, y no control de infección un 16%.

Conclusiones. Las características clínico-epidemiológicas de los pacientes con endocarditis infecciosa atendidos en nuestro hospital son similares a las descritas, con una mayor identificación de *S. coagulasa* negativa y estreptococos que otras series, siendo los Servicios de Medicina Interna y Cardiología los más frecuentemente implicados en su diagnóstico y tratamiento.

A-283 MORTALIDAD DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA

R. Puerta Louro¹, L. Valle Feijoo¹, N. Egri¹, M. Vilar Freire², M. de la Puente Fernández³ y J. de la Fuente Aguado¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Cardiología, ³Servicio de Codificación. Hospital Povisa, S.A. Vigo (Pontevedra).

Objetivos. La Endocarditis Infecciosa (EI) con una incidencia baja, presenta una elevada mortalidad. El objetivo de este estudio es describir la mortalidad de la EI en nuestro hospital.

Material y métodos. Realizamos un análisis retrospectivo de todos los ingresos hospitalarios entre cuyos diagnósticos se incluya endocarditis infecciosa durante el período 2002-2009.

Resultados. Se incluyeron 41 pacientes con diagnóstico de endocarditis, 54% varones y la edad media 60 años (rango 24-91). La mortalidad fue del 22%. Los pacientes que fallecen tienen mayor leucocitosis (11.700 vs 5.600) y neutrofilia (80% vs 65%), con una edad media igual que los que no fallecen, una menor VSG (68 VS 70) y menor estancia hospitalaria (24 vs 36). De los pacientes que fallecen 67% son mujeres y un 50% tienen factores predisponentes (diabetes mellitus, inmunosupresión y usuario de drogas por vía parenteral). Los gérmenes identificados con más frecuencia son *S. coagulasa* negativo metilicilín resistentes un 33% y *S. aureus* 17%. Un 58% de los pacientes son intervenidos quirúrgicamente. La mortalidad de los que no sometidos a cirugía es del 33%, mientras que es del 12,5% de los que se intervienen. La presencia de shock séptico en el curso clínico condiciona una mortalidad del 66%.

Conclusiones. La mortalidad de la EI en nuestro hospital es similar a la descrita en la literatura. Son además predictores de mortalidad ya conocidos, el sexo femenino, la contraindicación para la intervención quirúrgica, gérmenes como el *S. aureus* (aunque en nuestra serie también el *S. coagulasa* negativo metilicilín resistente), o diabetes mellitus.

A-284 INMIGRACION. CREACIÓN DE UNIDADES DE MEDICINA TROPICAL

E. Martín-Echevarría, J. Hergueta, A. Pereira Juliá, B. Martínez Lasheras, M. Torralba, J. Mateos Espinosa y M. Rodríguez Zapata

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara.

Objetivos. El incremento de la población inmigrante favorece la introducción de enfermedades importadas que originariamente no se encontraban en nuestro país y que requieren un conocimiento y atención adecuados. A continuación hacemos una presentación de la situación actual de la inmigración en la provincia de Guadalajara y la evolución de la consulta de Medicina Tropical creada en marzo 2010.

Material y métodos. Se realiza un estudio epidemiológico de la población inmigrante en la provincia de Guadalajara hasta diciembre del año 2007 y los ingresos en el hospital durante ese año mediante la información obtenida de los datos del censo realizado por la Oficina de Extranjería de la Subdelegación de Gobierno de Guadalajara con fecha del 21 de Diciembre de 2007, la información del Instituto Nacional de Estadística y el registro de admisión de pacientes. Se recogen los datos epidemiológicos de la consulta de Medicina Tropical de Guadalajara desde su apertura en marzo 2010.

Resultados. En la provincia de Guadalajara, hay 24.549 inmigrantes censados. Principalmente se encuentran en los municipios de Guadalajara con 9.373 inmigrantes y en Azuqueca de Henares con 4.498 inmigrantes. También habría que destacar Sigüenza (764) y El Casar (739). Los principales países de procedencia son Rumanía,

Marruecos, Ecuador y Colombia. La provincia de Guadalajara, en su conjunto, cuenta con 224.076 habitantes censados, siendo el 11% la población de inmigrantes que se encuentran censados. En la capital, Guadalajara, supone un 12% del total y en Azuqueca de Henares alcanza el 16% de la población que superan ampliamente la media de extranjeros nacional estimada en un 9%, siendo mayor el número al incluir a inmigrantes no regularizados. A su vez, en el año 2007 ingresaron en el hospital un total de 1.751 pacientes inmigrantes, que supone el 7,13% del total de inmigrantes. Esto ha motivado el desarrollo y la apertura de la consulta de Medicina Tropical para una atención específica de esta población con periodicidad semanal. En este período (marzo-junio) se han atendido un total de 64 pacientes inmigrantes cuya procedencia principal era de África subsahariana (Guinea Ecuatorial) y América Latina (Bolivia, Argentina). La derivación a la consulta se produjo principalmente para revisión desde otra consulta o tras alta hospitalaria por procesos infecciosos (21 casos) eosinofilia (16 casos), cribado (12), fiebre (4), y diarrea (4), con diagnóstico principales de ITU/PNA, helmintiasis, Chagas, VIH, TBC y filariasis. El índice de satisfacción de los pacientes era de 8/10.

Discusión. El importante incremento de población que supone el colectivo inmigrante presentando patologías específicas de su lugar de origen apoya la creación de un dispositivo asistencial específico para este segmento de la población. Así como la asistencia a viajeros que regresan de destinos del trópico que precisan una asistencia especializada que conozca la patología habitual del destino. Los pacientes se encuentran más satisfechos con la creación de las consultas monográficas sobre patología tropical.

Conclusiones. La creación de una Unidad de Referencia de Medicina Tropical como una respuesta a una necesidad creciente para la atención y el tratamiento adecuado de dicha población. La derivación de pacientes inmigrantes y viajeros a las consultas de Medicina Tropical aseguran la valoración de las patologías específicas de su lugar de origen buscando conseguir un diagnóstico precoz.

A-285 TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES BACTERIÉMICAS EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

M. Mirón Rubio¹, G. García Pardo², L. Florit Serra¹ y J. Spuch Sánchez¹

¹Unidad de Hospitalización a Domicilio, ²Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona.

Objetivos. La presencia de bacteriemia puede aumentar la gravedad de cualquier proceso infeccioso, bien por la posibilidad de desarrollar una sepsis severa o shock séptico o bien por el riesgo de aparición de metástasis sépticas. En consecuencia, es habitual que en presencia de infecciones bacteriémicas se realicen tratamientos antimicrobianos más prolongados, tanto por vía oral como endovenosa, con el consiguiente aumento de la estancia hospitalaria. El modelo de hospitalización a domicilio (HaD) puede contribuir a reducir esta estancia hospitalaria pero se necesitan estudios de seguridad y eficacia que lo demuestren. El objetivo de este estudio es describir el resultado del tratamiento de las infecciones bacteriémicas en régimen de HaD.

Material y métodos. Se analizan 98 infecciones bacteriémicas tratadas con antimicrobianos por vía endovenosa en nuestra Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHAD) entre enero de 2002 y junio de 2010.

Resultados. Durante el período de estudio se registraron 943 infecciones febriles tratadas con antimicrobianos por vía intravenosa. De éstas se obtuvieron hemocultivos en 669, de los cuales 98 (14,7%) resultaron positivos. Cincuenta y nueve pacientes (60,2%) eran varones y la edad media fue de 64,4 años (DE 17,8). El 53% de los casos procedía de plantas de hospitalización y el 45,9% de Urgencias. La distribución de las infecciones fue la siguiente: tracto

urinario 48%, respiratoria 12,2%, bacteriemias 12,2%, endocarditis/endovasculares 9,2%, intraabdominal 8,2%, osteoarticular 5,1%, piel y tejidos blandos 4,1%, neutropenia febril 1%. Los patógenos aislados en los hemocultivos fueron: *E. coli* 45 (2 BLEE), *S. aureus* 12 (2 MRSA), *S. pneumoniae* 5, *S. viridans* 5, *P. aeruginosa* 5, *K. pneumoniae* 4, *E. faecalis* 3, *S. epidermidis* 3, *S. mitis* 3, *E. faecium* 2, y 1 aislamiento de *C. coseri*, *B. fragilis*, *H. influenzae*, *K. oxytoca*, *P. mirabilis*, *P. fluorescens*, *S. marcescens*, *S. bovis*, *S. pyogenes*, *S. sanguis* y *S. beta hemolítico grupo G*. Se usaron 106 antibióticos por vía intravenosa: ceftriaxona 57, ertapenem 8, teicoplanina 8, ciprofloxacino 5, imipenem 4, levofloxacino 4, piperazilina-tazobactam 4, ceftazidima 3, vancomicina 3, daptomicina 2, gentamicina 2, otros fármacos 5. La duración media del tratamiento endovenoso en domicilio fue de 8,1 días (DE 6,7) y la total (hospital + domicilio) 12,9 días (DE 10,4). Siete (7,1%) de los pacientes retornaron al hospital por complicaciones. El tratamiento antimicrobiano i.v. se suspendió precozmente en 4 casos.

Discusión. Aproximadamente el 15% de los pacientes de nuestra UHaD que precisaron tratamiento antibiótico parenteral presentaban infecciones bacteriémicas. Las infecciones urinarias fueron las más comunes seguidas de las respiratorias y las bacteriemias sin foco. Los patógenos más frecuentemente aislados fueron *E. coli* y *S. aureus*. En concordancia con estos aislamientos ceftriaxona y los antibióticos con actividad selectiva frente a bacterias grampositivas fueron los antimicrobianos más usados. Los pacientes recibieron tratamiento en el hospital un promedio de 4,8 días mientras que el 62% de la duración del tratamiento transcurrió en el domicilio. Observamos una baja tasa de retornos al hospital (7%) y tratamientos suspendidos precozmente (4%).

Conclusiones. En nuestra experiencia la hospitalización a domicilio es un modelo seguro y eficaz para el tratamiento de los pacientes con infecciones bacteriémicas.

A-286

NEUMONÍA POR *LEGIONELLA* EN EL ÁREA SANITARIA DE SANTIAGO

M. Freire Romero¹, L. Roca Pardiñas¹ y J. Suárez Lorenzo²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela (A Coruña). ²Servicio de Medicina Preventiva. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña.

Objetivos. Analizar las características epidemiológicas de los pacientes con neumonía por *Legionella pneumophila* (LP), responsable del 5-12% de las neumonías comunitarias. Describimos el cuadro clínico, el proceso diagnóstico y el seguimiento durante el ingreso hospitalario.

Material y métodos. Estudio observacional retrospectivo de casos ingresados en el CHUS con neumonía por LP, del 2003 al 2009.

Resultados. Se diagnosticaron 40 pacientes, 36 eran hombres (90%). La edad media (\pm desviación estándar) del grupo fue de 60 \pm 16,92 años. La mediana de duración del ingreso fue de 13 días. Todos los casos fueron de adquisición extrahospitalaria. Analizando la distribución en el tiempo, se observó un predominio de los casos en el período de verano-principios de otoño. En 25 de los casos estaban recogidos los hábitos tóxicos, siendo el 56,5% consumidores habituales de alcohol, y el 80% eran fumadores/exfumadores. Respecto a las enfermedades de base, 19 presentaban algún tipo de comorbilidad. 9 pacientes (22,5%) portaban cardiopatía, 15% (6), tenían broncopatía crónica y 3 un proceso neoplásico. 5 pacientes eran diabéticos y 4 hepatópatas. Destacar que el 12,5% estaban a tratamiento con fármacos inmunosupresores. Los pacientes presentaron una mediana de 4 días de demora desde el inicio de la clínica hasta la asistencia hospitalaria; 16 de ellos habían recibido un antibiótico ambulatorio, el más frecuente amoxicilina-clavulánico (10 pacientes). La clínica más habitual fue la fiebre y la tos, ambas

presentes en 32 sujetos (80%). Otras manifestaciones frecuentes fueron la expectoración (37,5%), disnea (60%), dolor torácico (27,5%), clínica general (21). 9 pacientes desarrollaron clínica neurológica y 8, digestiva. El patrón radiológico predominante al ingreso de los pacientes fue el del infiltrado alveolar (94,7%), con una distribución mayoritaria unilateral y unilobar. El diagnóstico de confirmación se obtuvo mediante antígeno urinario en todos los casos. El tratamiento antibiótico se basó principalmente en cefalosporinas (con/sin azitromicina) y/o levofloxacino, siendo éste último el antibiótico final en 19 casos. La evolución fue variable, casi un tercio desarrollaron derrame pleural (presente en un 8% al ingreso), y 62,5% presentaron complicaciones destacables como fracaso renal (15 pacientes), signos de shock (8), y necesidad de ingreso en UCI con VMI en 9 casos. Finalmente 4 pacientes resultaron exitos (3 tras ingreso en UCI).

Discusión. La neumonía por LP puede presentarse como casos aislados (el 100% de nuestra serie) o en un brote epidémico. En nuestra serie se observó un patrón estacional, con predominio en la época estival. El perfil del paciente con esta afectación, es el de un varón de edad media-avanzada, con antecedente de tabaquismo. La clínica cardinal consta de síntomas respiratorios y fiebre; sin olvidar la frecuente presentación "atípica" con síntomas de afectación general, digestiva o de la esfera neurológica. El patrón radiológico principal observado fue el de consolidación unilateral sin derrame inicial. Los antibióticos más usados fueron las cefalosporinas y el levofloxacino. Las principales complicaciones desarrolladas durante el proceso fueron la insuficiencia renal y el fracaso respiratorio; con una mortalidad intrahospitalaria del 10%.

Conclusiones. La LP es un agente causal a considerar ante una neumonía comunitaria. El uso de la técnica de detección de antígeno urinario facilita un diagnóstico fiable y precoz, permitiendo la instauración temprana de un antibiótico adecuado, lo cual parece importante dada la morbi-mortalidad de dicha neumonía.

A-287

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS POR GRIPE A H1N1

A. Ferro Expósito¹, R. Martín Morales¹, J. del Diego², S. Gómez Ramírez¹ y E. Nuño Álvarez¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina Preventiva. Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria. Málaga.

Objetivos. Describir las características clínicas de los enfermos hospitalizados por gripe A. Valorar la capacidad del índice CURB-65 como predictor de gravedad en estos pacientes.

Material y métodos. A partir de las historias clínicas se recogieron los datos de los pacientes diagnosticados de gripe A H1N1 (PCR) que fueron hospitalizados en el Hospital Virgen de la Victoria de Málaga, entre junio y diciembre de 2009.

Resultados. Durante este período de tiempo fueron hospitalizados 56 enfermos, 31 de ellos (55%) mujeres, con una edad media de 39,5 (DE 15,3) años, comprendida entre 14 y 77; sólo el 5,4% era mayor de 65 años. De ellos 32 (57%) tenía alguna enfermedad de base: enfermedad respiratoria 20 (36%) (asma 11), cardiopatía 4 (7%), inmunodepresión 6 (11%) (3 infección VIH, 3 tto inmunosupresor), enfermedad hematológica 5 (9%). Tres de las 31 mujeres estaban embarazadas (9,7%). Los síntomas más frecuentes fueron: tos (89%), artromialgias (52%), odinofagia (23%) y disnea (43%), tuvieron síntomas gastrointestinales 14 pacientes (25%), siendo el más frecuente vómitos. Las formas de presentación predominantes fueron síndrome gripal (78,6%) y síndrome respiratorio (tos y disnea, 21,4%). La radiografía reveló infiltrados pulmonares en 33 pacientes (59%), 54% bilaterales. 15 pacientes (27%) ingresaron en UCI y precisaron ventilación asistida 7 pacientes (12,5%). 3 pacientes fallecieron (mortalidad 5%). Las alteraciones analíticas más frecuentes fueron: linfopenia ($< 1.500/\mu\text{l}$) 86%, leucopenia ($< 5.000/\mu\text{l}$) 39%,

neutropenia (25%), anemia 36%, trombopenia ($< 150.000/\mu\text{l}$) 29%. La PCR fue mayor de 10 mg/l en el 88% de los pacientes (mediana 36, RIQ 16,7-94). Presentaron un CURB-65 ≥ 3 8 pacientes de los cuales 3 fallecieron (mortalidad de 37,5%). Precizaron ventilación mecánica invasiva (VMI) 7 pacientes, todos con un CURB-65 ≥ 2 , de los pacientes con CURB ≥ 3 el 75% precisó VMI.

Conclusiones. La gripe A H1N1 produce casos graves que requieren hospitalización, rara vez en personas mayores de 65 años. Con frecuencia cursa con neumonía que puede ser bilateral. Las alteraciones analíticas más características son la elevación de proteína C reactiva, así como la leucopenia y la linfopenia, con menor frecuencia cursa también con anemia, neutropenia o trombocitopenia. El índice CURB-65 se muestra como un buen predictor de gravedad en estos pacientes.

A-288 INFECCIONES RESPIRATORIAS EN UN HOSPITAL DE 2.º NIVEL

F. Sánchez-Barranco Vallejo, C. Ferrer Perales, J. Gómez Barquero, M. Aliaga y Montilla, J. da Cruz Soares, R. Carbajal Martínez, Y. Bombín Molinero y J. Sánchez Navarro

Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Palencia. Palencia.

Objetivos. Estudiar las infecciones respiratorias en pacientes ingresados en nuestro servicio de Medicina Interna, analizando las características epidemiológicas de los pacientes, así como los gérmenes más frecuentes y antibióticos implantados.

Material y métodos. Se realiza estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes ingresados en el Sº de Medicina Interna en los últimos 12 meses, que presentan al alta el diagnóstico de infección respiratoria según los GRDs establecidos. Se analizan las variables demográficas y microbiológicas, así como el tratamiento usado.

Resultados. Se recogen 262 pacientes, con una edad media de 77 años, siendo 140 varones (51%) y 122 mujeres (49%). 30 pacientes (11%) estaban institucionalizados, 76 pacientes (28%) tenían demencia, 60 pacientes (22%) insuficiencia renal, 100 pacientes (36,7%) tenían diabetes mellitus, 44 pacientes (16%) neoplasias, 90 pacientes (33%) EPOC, 24 pacientes (8%) estaban desnutridos, y 12 (4%) presentaban cirrosis. El germen más frecuente fue el neumococo (16 pacientes) seguido de *E. coli* (14 pacientes) y del *Staphylococcus aureus* meticilín sensible (8 pacientes). No se halló germen en 190 pacientes. Se obtuvieron 50 hemocultivos, y 88 cultivos de esputo. En cuanto al tratamiento, al inicio se empleó en el 74% quinolonas (levofloxacino en el 57%), seguidos de penicilinas (57,12%) y cefalosporinas (34%). Al alta, el 46,2% recibieron levofloxacino, y el 36% amoxicilina-clavulánico.

Discusión. Las infecciones respiratorias son una de las principales causas de mortalidad y hospitalización en personas ingresadas. Como resultado de ello hay un creciente interés en su epidemiología aunque todavía diversos aspectos no han sido evaluados de manera sistemática debido a la falta de ensayos clínicos. En nuestra serie, encontramos que existe cierto predominio en el sexo masculino, y la diabetes mellitus junto al EPOC se presentan como factores de riesgo importantes, así como la edad avanzada o la demencia. En cuanto a la etiología, nuestra serie coincide con la literatura al ser el Neumococo junto a los Gram negativos los gérmenes más frecuentes, no hallándose sin embargo *Haemophilus influenzae* en estos pacientes. El tratamiento en la mayoría de los casos se instauró de forma empírica, cumpliendo en la mayoría de los casos con lo recomendado en las guías clínicas. Destacar el bajo número de cultivos pedidos y la baja rentabilidad de los mismos cuando se pidieron.

Conclusiones. La infección respiratoria continúa siendo una entidad frecuente en el área de Medicina Interna. Debe establecerse por parte del clínico una pauta terapéutica clara en base a los orga-

nismos más frecuentes según la comorbilidad del paciente, y ajustarse posteriormente a las pruebas microbiológicas. La monitorización de las resistencias a los antibióticos de los agentes infecciosos desde una base poblacional hospitalaria -y aquí la colaboración entre microbiólogos, clínicos y epidemiólogos es de la mayor relevancia- sería de inestimable ayuda para diseñar políticas de uso de antibióticos, y para fomentar el uso racional de las medidas de control encaminadas a prevenir las infecciones hospitalarias y a su tratamiento más eficaz.

A-289 CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO DE LAS TUBERCULOSIS PERITONEALES EN UN HOSPITAL TERCIARIO (1993-2010)

J. Martín¹, J. López Contreras¹, L. Carrara², V. Pomar¹, N. de Benito¹, J. Casademont¹, M. Gurgui¹ y P. Coll²

¹Unidad de Enfermedades Infecciosas. Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Objetivos. Analizar las manifestaciones clínicas de los pacientes diagnosticados de tuberculosis peritoneal (TP) en nuestro centro, así como las características de los métodos utilizados para el diagnóstico.

Material y métodos. Estudio observacional retrospectivo. El período de estudio comprende del 1 de enero del 1993 hasta el 30 de abril del 2010. Se identifican los pacientes con TP a partir de una base de datos que recoge a todos los pacientes con diagnóstico microbiológico de tuberculosis de nuestro centro. Se definió TP como la aparición de clínica compatible junto con el aislamiento de *Mycobacterium tuberculosis* (MT) en el cultivo de líquido ascítico o en muestras titulares. También se consideraron como TP aquellos casos en que había la presencia de granulomas en la biopsia peritoneal. En los pacientes con TP se analizaron las manifestaciones clínicas y evolutivas, las características bioquímicas y citológicas del líquido ascítico (LA), además de las técnicas de imagen utilizadas así como los procedimientos microbiológicos y/o anatómo-patológicos empleados para el diagnóstico.

Resultados. Se identificaron 1.373 pacientes con diagnóstico microbiológico de tuberculosis, de ellos 20 (1,4%) cumplían criterios de TP. El 47% fueron varones, la media de edad fue de 49,88 años (rango 28-68 años). Los motivos de consulta más frecuentes fueron: dolor y/o distensión abdominal y fiebre (50%) y síndrome tóxico y fiebre (27,7%). La duración media de los síntomas previa al diagnóstico fue de 21,25 días ($\pm 12,98$). Los antecedentes patológicos relevantes fueron infección por VIH en 3 pacientes, tres con hepatopatía crónica por VHC, uno con artritis reumatoide. En la exploración física el 47% tenía ascitis en el momento del diagnóstico. Se realizó estudio cito-bioquímico del LA en todos los pacientes: Recuento de células totales de 1719 células (± 1100) siempre con predominio linfocitario, LDH de 432,9 UI/l (± 290) proteínas 38,07 g/dl ($\pm 16,7$), glucosa 5,23 mmol/dl ($\pm 1,5$) y dosificación de ADA en LA 59,52 UI/l ($\pm 29,7$). El ADA fue > 40 UI/l en 12 (70,7%). En cuanto a las pruebas de imagen: el 17,3% presentaba alteraciones en la radiografía de tórax y en la TAC abdominal el 35% presentaba imágenes nodulilares compatibles con TP. Se realizó cultivo de líquido ascítico (LA) en la totalidad de los pacientes y fue positivo en 94,4%. Un paciente se diagnosticó por cultivo de muestra tisular y el cultivo de LA fue negativo. Se realizó PCR para MT complex en líquido ascítico en 7 pacientes y en todos ellos fue negativa. Se realizó biopsia peritoneal a 10 pacientes y en todos se identificó inflamación granulomatosa compatible con el diagnóstico de TP.

Conclusiones. La forma de presentación clínica más frecuente fue dolor y distensión abdominal con semiología de ascitis. Las determinaciones de ADA > 40 en LA se correlacionaron con el diagnóstico de certeza en el 71% de los pacientes. El diagnóstico de certeza sigue residiendo en el cultivo de líquido ascítico y/o de los

tejidos. En nuestra serie, la PCR para MT no permitió acortar el tiempo para el diagnóstico.

A-291 ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. INFLUENCIA DEL SEXO

A. Fernández Rodríguez¹, S. Gamaza Chulián², E. Díaz Retamino³,
F. Carmona Espinazo¹, M. Sancha Díez¹, O. García Olmedo¹,
E. Chaves Rodríguez¹ y F. Guerrero Sánchez¹

¹UGC de Medicina Interna, ³Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. ²Unidad de Cardiología. Hospital General de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera (Cádiz).

Objetivos. La endocarditis infecciosa es una entidad que predomina en el varón (2:1), y existen pocos datos de esta entidad en mujeres. Nuestro objetivo fue analizar las características epidemiológicas, clínicas y el pronóstico de la endocarditis infecciosa en la mujer en nuestro medio.

Material y métodos. Se realizó un análisis retrospectivo de las endocarditis infecciosas diagnosticadas en nuestro centro desde 2004 a 2009. Se compararon las características epidemiológicas, clínicas, microbiológicas y hallazgos ecocardiográficos en ambos grupos. El objetivo primario fue muerte por endocarditis infecciosa y como secundario un end-point combinado de muerte y necesidad de cirugía cardíaca.

Resultados. Se reclutaron 25 mujeres y 39 varones (edad media 67,7 vs 62,4, p = NS), con alta comorbilidad (diabetes 40% vs 38%, p = NS; insuficiencia renal 24% vs 37%, p = NS). Predominaba la endocarditis sobre válvula protésica (56% vs 56%, P = NS), con mayor afectación de la válvula mitral en mujeres (40% vs 3%, p < 0,001). En las endocarditis sobre válvula nativa, hubo predominio de afectación mitral en mujeres (44% vs 20%, p = 0,04) y de la aórtica en varones (8% vs 33%, p = 0,02). El germen más frecuentemente aislado fue *S. aureus* en el 24%, *Estafilococo coagulasa* negativo en un 16%. El absceso perivalvular fue más frecuente en la mujer (40% vs 18%, p = 0,05). Fallecieron 9 mujeres (36% vs 18%, p = NS) y 20 alcanzaron el objetivo combinado (80% vs 54%, p = 0,03).

Conclusiones. La endocarditis infecciosa en la mujer es una entidad que afecta con más frecuencia a la válvula mitral, presenta más complicaciones perivalvulares, y con una mayor morbilidad que los varones.

A-292 CARACTERÍSTICAS DE LA INFECCIÓN POR H1N1 EN EL ÁREA SANITARIA DE HUNSC DE JUNIO DE 2009 A ENERO DE 2010

M. López Gámez¹, R. Pitti Pérez², L. Eiroa², J. Delgado¹,
M. Padilla Salazar¹, P. Ramírez² y J. Alcoba³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Neumología, ³Servicio de Microbiología y Parasitología. Complejo Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos. Estudio descriptivo de los pacientes ingresados en HUNSC con diagnóstico de gripe A H1N1.

Material y métodos. Estudio retrospectivo; 179 pacientes ingresados desde junio 2009 a enero de 2010 con diagnóstico confirmado de H1N1. Se efectuaba el cuestionario de sintomatología sugestiva. En pacientes sospechosos, se realizaba el Ag en aspirado nasal así como la PCR en caso de negatividad del anterior.

Resultados. Valores analíticos medios: Glucosa 128 ± 64 mg/dL, Na 136 ± 10 mEq/L, CK 272 ± 86,2 mg/dL, Fe 48 ± 46,6 µg/L, ferritina 367 ± 72,8 ng/mL, PCR 6,2 ± 6,7 mg/dL; resto no relevante. Radiológicamente 42% fue normal; 20,9% condensación única;

17,5%, condensación multilobar; 4,5%, patrón intersticial. No se realizó en un 8,5%. Serología de neumonías atípicas: fueron negativas 57%, y no realizadas 22,5%. Las positivas: Chlamydia 7,9% y VRS 8,4%. Serología H1N1: se realizó al 7,9%; fue positivo el 4%. Tratamiento: ATB así como antivíricos (si precisaba), siendo el más frecuente el oseltamivir (95%). Complicaciones: el 18,9% presentó mala evolución, precisando VMNI en planta un 6,7%. Ingresaron en UMI el 3,9%, siendo necesaria IOT en 2,8%. Al alta un 54% continuaron con tratamiento ATB.

Discusión. La principal causa de ingreso en los pacientes fue la inestabilidad hemodinámica, seguida de la neumonía. Se observó mayor gravedad en los pacientes obesos, asmáticos e inmunodeprimidos. La clínica principal fue fiebre y tos, presentando también artromialgias con frecuencia. Los pacientes presentaron buena evolución con tratamiento antibiótico y antiviral, siendo el antibiótico más usado la asociación de cefalosporinas con quinolonas. Todos estos datos con compatibles con el resto de las series observados no observándose diferencias en relación a estas ni en la epidemiología, ni en la evolución así como tampoco en el tratamiento usado. En nuestro caso encontramos menos incidencia de náuseas vómitos y/o diarrea.

Conclusiones. Se trata de una enfermedad infecciosa de transmisión aérea motivo por el cual fue de gran importancia el aislamiento que se llevo a cabo así como el inicio de tratamiento de modo precoz, todas estas medidas se llevaron a cabo siendo estos los motivos que evitaron que la epidemia tuviera mayor represión. Es decir que gracias a las medidas de control adoptadas se consiguió que una mayor expansión de la enfermedad con las consecuencias para la sociedad que hubiesen supuesto.

A-293 NEUMONÍAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD: ¿QUÉ HA CAMBIADO EL VIRUS H1N1V?

M. Esteban Moreno, G. Parra García, G. López Lloret,
P. Sánchez López, M. Martínez Cortés y L. Díez García

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

Objetivos. Estudiar la frecuencia y características de las neumonías de la comunidad ingresadas en el área de adultos de un hospital general durante el acmé del período pandémico de gripe A (H1N1) nueva variante en Andalucía. Comparar estas neumonías con las ingresadas en el mismo período del año anterior.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de los pacientes ingresados en los servicios médicos de adultos de un hospital general por neumonía de la comunidad en dos períodos: septiembre-08 a enero-09 (Período Control: PC) y septiembre-09 a enero-10 (Período de gripe: PG). El diagnóstico de gripe A se confirmó mediante detección por RT-PCR de nuevo virus de la gripe A/H1N1v. Se analizaron las principales variables epidemiológicas, comorbilidades, características clínicas, tratamiento empleado y evolución en los pacientes en ambos períodos. Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS 18.0.

Resultados. El número de pacientes ingresados por neumonía de la comunidad en el PG fue de 270 y en el PC de 260 (p = 0,1), sin diferencias significativas en la distribución por sexos (varones 61%/62%), aunque sí en la edad: (PG: 62+5 años; PC: 71+3 años; p < 0,05). Los resultados se expresan en la tabla. Tampoco se objetivaron diferencias significativas respecto a la duración de la hospitalización (EM en PG: 10,6+2 días; EM en PC: 10,9 + 2 días; p: NS). En el PG se activó el protocolo de sospecha de gripe A en 58 pacientes (21,5%) que se confirmó en 31 casos (53,5%). Los pacientes con neumonía por gripe A/H1N1v eran más jóvenes (38+7 años, p < 0,001), presentaron con mayor frecuencia obesidad (26%; p < 0,05) y asma bronquial (34%; p < 0,05) y tuvieron similar mortalidad (3 casos, 10%, p: NS). El patrón radiológico fue intersticial en un 54%.

Conclusiones. La pandemia de gripe A/H1N1v ha tenido un impacto escaso medido en términos de frecuentación de ingresos por neumonía de la comunidad. Se objetivan algunas características diferenciales en las neumonías ingresadas en el período pandémico (menor edad, mayor frecuencia de asma y tabaquismo, menor discapacidad y enfermedades neurodegenerativas) que reflejan la repercusión e influencia de la infección por el virus gripal.

Tabla 1 (A-293).

Variable	PC	PG	Significación estadística
Tabaquismo	23%	44%	p < 0,05
Asma bronquial	8%	22%	p < 0,01
EPOC	49%	36%	p: NS
Enf. neurodegenerativas	25%	8,6%	p < 0,05
Enf. CV	72%	56%	p = 0,07
Obesidad	18%	20%	p: NS
Inmunodepresión	18%	14%	p: NS
Complicaciones graves	26%	37%	p: NS
UCI	10%	16%	p: NS
Mortalidad	11,7%	8,5%	p: NS

A-294

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS NEUMONÍAS NEUMOCÓCICAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD EN UN HOSPITAL COMARCAL

M. Sánchez Torres¹, C. Chico Chumillas¹, E. Rodríguez Flores¹, J. Bugés Bugés¹, J. Gómez Iglesias¹, J. Ramos Lázaro¹, A. Smithson Amat² y M. Bastida Vila³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Urgencias, ³Servicio de Microbiología. Fundació Hospital de l'Esperit Sant. Barcelona.

Objetivos. La prevalencia de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es 5-10 casos/1.000 personas/año siendo el *Streptococcus pneumoniae* el agente etiológico más frecuente (29-76%). El objetivo de este estudio es analizar las características de las NAC neumocócicas (NACN) en un hospital comarcal.

Material y métodos. Estudio retrospectivo (enero 2008 a marzo 2010) en el que se revisaron las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de NAC y aislamiento microbiológico de neumococo. Se analizaron variables clínicas, epidemiológicas, analíticas, diagnósticas, terapéuticas y evolutivas. Se consideró que el tratamiento empírico (TE) fue adecuado si seguía las recomendaciones de las guías clínicas. El análisis estadístico se realizó con el test de chi cuadrado o el test exacto de Fisher según fuera preciso. Se consideró estadísticamente significativo un valor de p < 0,05.

Resultados. Se incluyeron 102 pacientes, 69 varones y 33 mujeres con edad media 61,77 ± 19,10 años y un índice de Charlson medio 3,29 ± 2,46. Existía tabaquismo activo en 33 pacientes (32,4%). Las principales comorbilidades fueron: EPOC en 37 casos (36,3%), diabetes mellitus (DM) en 18 (17,7%) y enfermedad neurológica en 16 (15,7%). La tos (85,3%) y la fiebre (66%) fueron los síntomas principales. Los crepitantes se auscultaron en 67 pacientes (65,7%). Se objetivó leucocitosis en 76 casos (74,5%) e hiperglucemia en 66 (64,7%). La pO₂ fue inferior a 60 mmHg en 38 pacientes (49,4%). En 23 casos la condensación radiológica se asoció a derrame pleural. Los hemocultivos (HC) resultaron positivos en el 43,6% de los casos (34/78), el cultivo de esputo en el 27% (10/37), la AgNO en el 88,8% (79/89) y el cultivo de líquido pleural en el 22,2% (2/9). El diagnóstico microbiológico se llevó a cabo únicamente por HC en 20 casos (19,6%), por AgNO en 65 (63,7%), por cultivo de líquido pleural en 1 y en 2 por cultivo de esputo. Fueron 14 los pacientes con AgNO y HC positivos simultáneamente. La antibioterapia empírica más utiliza-

da fue levofloxacino (36,3%), amoxicilina-clavulánico (21,6%) y ceftriaxona más levofloxacino (16,7%). La distribución del Índice de Severidad de Neumonía (ISN) fue: grupo I, 15 casos; grupo II, 24; grupo III, 25; grupo IV 26 y grupo V, 12 casos. El TE fue adecuado en 67,3% de los pacientes. La mortalidad intrahospitalaria fue del 4,9% (5 casos).

Discusión. En nuestro estudio, la AgNO fue determinante para el diagnóstico microbiológico en el 63,7% de los casos. En el análisis univariante, los factores asociados a mayor mortalidad fueron: mayor índice de Charlson (p = 0,013), DM (p = 0,027), SIDA (p = 0,049), expectoración purulenta (p = 0,025) y dolor pleurítico (p = 0,023). En el modelo de regresión logística únicamente la DM permaneció como factor asociado a mayor mortalidad (OR 21; IC95% 1,40-314,04; p = 0,027).

Conclusiones. La AgNO permite el diagnóstico microbiológico en muchos casos cuando el resto de cultivos resultan negativos, por lo que debe tenerse en cuenta entre los estudios etiológicos habituales. En nuestro centro, el TE es adecuado en la mayoría de los casos. La mortalidad en nuestra serie fue baja asociándose a DM.

A-295

ABSCESOS HEPÁTICOS DIAGNOSTICADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

M. López Gámez¹, A. Tejera Concepción¹, X. Arguiñarena Ruiz², A. Torres Vega¹, D. Gudiño¹, J. Escobedo Palau¹, S. Basaldúa³ y P. Laynez Cerdeña¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Digestivo, ³Unidad de Investigación y Estadística. Complejo Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos. Determinar la incidencia y características de aquellos pacientes que ingresaron en nuestro hospital con abscesos hepáticos en un período de 5 años.

Material y métodos. Estudio retrospectivo en el que se revisaron todos aquellas historias clínicas con diagnóstico de absceso hepático, en el período de 2004 a 2009. Se realizó un protocolo de recogida de datos donde se registraron, la forma de presentación clínica, factores de riesgo y comorbilidad asociada, así como, características de los abscesos, datos microbiológicos y analíticos, tratamiento y complicaciones.

Resultados. Se incluyeron 71 pacientes, 44 varones y 27 mujeres, con una edad media de 57 años y estancia de 34 días. Ingresaron sobre todo en Cirugía General (46). 25 pacientes precisaron UVI y fallecieron 8 (10,5%) con una media en el índice de Charlson de 5 puntos, frente a los que sobrevivieron de 3. La mayoría tenían clínica de fiebre y dolor abdominal y como etiología habitual la enfermedad biliopancreática. 17 eran pacientes inmunosuprimidos, 15 desnutridos, 7 metástasis abscesificadas, mayormente de cáncer de colon. En cuanto a las características de los abscesos, el 59% eran mayores de 5 cm. En el 60,5% de los casos se trataba de un absceso único. 56 se localizaron en el lóbulo hepático derecho, 36 en el izquierdo y tan solo 3 en el caudado. Fueron monomicrobianos en 26 casos y polimicrobianos en 24. Los gérmenes aislados con mayor frecuencia fueron enterobacterias (*Escherichia coli*). La combinación antibiótica más utilizada fue metronidazol con quinolona o monoterapia con piperacilina-tazobactam. El drenaje percutáneo fue más frecuente que el quirúrgico. La complicación más destacada fue el absceso esplénico.

Discusión. Los resultados expuestos son coincidentes con los descritos en la literatura. La mayoría de los sujetos fueron adultos de mediana edad, con sepsis no grave, por lo que la mortalidad fue baja, con pocas complicaciones, respondieron bien al tratamiento administrado, a pesar de una importante proporción de pacientes con desnutrición, inmunosupresión, en su mayoría secundaria a trasplante de órganos y cáncer. Únicamente 4 de los pacientes pre-

sentaron recidiva de los abscesos. Es de destacar 3 pacientes con serología positiva para *Entamoeba histolytica*, poco frecuente en nuestro medio, uno de ellos se explicaría por ser de raza negra y natural de Costa de Marfil, mientras que los otros dos casos eran de raza caucásica y ni procedían de otros países, ni habían viajado fuera de España en los últimos 6 meses, ni presentaban otros factores de riesgo, como desnutrición o inmunosupresión.

Conclusiones. Los pacientes afectados fueron en su mayoría varones caucásicos con una edad media de 57 años, ingresados en el Servicio de Cirugía General. La clínica de presentación más habitual fue fiebre y dolor abdominal. La etiología más frecuente la biliar-pancreática. Los abscesos solían ser mayores de 5 cm, únicos y localizados en el LHD. Los gérmenes con mayor entidad fueron las enterobacterias. Se trataron en la mayoría de las ocasiones con drenaje percutáneo y en todos los casos con antibiótico, con predominio de metronidazol + quinolona o piperacilina-tazobactam. La mortalidad fue del 10,5% y fallecieron más aquellos con una mayor comorbilidad.

A-296 ANÁLISIS DE LOS INGRESOS DE CAUSA INFECCIOSA EN UN HOSPITAL COMARCAL

A. Pérez Rivera, C. Luque Amado, M. González Benítez, M. Godoy Guerrero, M. Maíz Jiménez, A. Muñoz Claros, I. Gallardo Romero y A. Ruíz Cantero

Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga).

Objetivos. Determinar las características clínicas de los pacientes que ingresan por causa infecciosa en planta de medicina interna de un hospital comarcal y analizar los cultivos y aislamientos obtenidos.

Material y métodos. Revisamos las historias clínicas de los pacientes ingresados por causa infecciosa de enero a abril de 2009 y los cultivos solicitados. Analizamos las comorbilidades, índice McCabe al ingreso, foco infeccioso, relación con atención sanitaria y evolución clínica. Se realizó un estudio descriptivo resumiendo las variables numéricas mediante medias \pm desviación estándar y las cualitativas a través de tablas de frecuencias y porcentajes.

Resultados. Hubo un total de 175 ingresos infecciosos con una media de edad de $69,14 \pm 18,3$. 28 (16%) estaban relacionados con la atención sanitaria. Al ingreso presentaban McCabe rápidamente fatal 6 (3,4%) pacientes, últimamente fatal 84 (48%), no fatal 85 (48,6%). La prevalencia de comorbilidades fue DM 50 (28,6%), EPOC 52 (29,7%), ICC 37 (21,1%), neoplasia 16 (9,1%), IRC 15 (8,6%), pat. digestiva 21 (12%), pat. neurológica 15 (8,6%), VIH 3 (1,7%). La prevalencia de los distintos focos se recoge en la tabla. En tan sólo 94 de los casos (53,7%) se tomó algún tipo de muestra para cultivo y de ellos hubo aislamiento microbiológico en sólo 34 (36,2%). La evolución clínica fue 151 (86,3%) hacia mejoría, 7 (4%) sepsis, 2 (1,1%) sepsis grave y 15 (8,6%) exitus.

Discusión. Llama la atención que sólo en el 53,7% de los casos se toman muestras para cultivos tratándose de infecciones graves que requieren ingreso hospitalario y McCabe fatal en más de la mitad de ellos. El porcentaje de infecciones relacionadas con la atención sanitaria es similar al de otras series ya que a pesar de ser un hospital comarcal disponemos de hemodiálisis y hospital de día médico lo que favorece este tipo de infecciones.

Conclusiones. Es importante el porcentaje de infecciones relacionadas con la atención sanitaria ya que sus características y complejidad son similares a las infecciones nosocomiales. A pesar de tratarse de infecciones que requieren ingreso hospitalario el número de muestras de cultivo es bajo. Las principales comorbilidades presentes son DM, EPOC e ICC. Las infecciones respiratorias son las responsables de la mayoría de nuestros ingresos de causa infecciosa.

Tabla 1 (A-296). Comorbilidades

Respiratorio	134 (76,6%)
Urinario	19 (10,9%)
Piel y partes blandas	4 (2,3%)
Vía biliar	5 (2,9%)
Digestivo no biliar	5 (2,9%)
SNC	3 (1,7%)
Bacteriemia sin foco	4 (2,3%)
FOD	1 (0,6%)

A-297 EFECTOS SECUNDARIOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN POR VHC

P. Tarabini-Castellani Ciordia, E. Sáez de Adana Arroniz, J. Portu Zapirain, S. San Miguel López de Uralde, G. Arroita González, L. Ceberio Hualde, J. Cabrejas Ugartondo y L. Garro Núñez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz (Álava).

Objetivos. En la actualidad el tratamiento combinado con PEG-INF + RBV es el que mayor tasa de RVS consigue en pacientes con hepatopatía crónica por VHC (tanto en mono infectados como en coinfectados VHC/VIH), pero conlleva en ocasiones, numerosos efectos adversos que pueden obligarnos a modificar e incluso a suspender el tratamiento. El objetivo de este estudio es analizar la incidencia de los mismos en nuestros pacientes tratados.

Material y métodos. Estudio prospectivo de todos los casos de hepatopatía crónica por VHC mono infectados con antecedentes de drogadicción iv o en programa de toxicomanías y pacientes coinfectados VIH/VHC tratados con PEG-INF + RBV en el Servicio de Medicina Interna del Hospital de Txagorritxu durante los años 2001-2010.

Resultados. Se trataron un total de 244 casos, de los que 100 (40,9%) eran mono infectados VHC y 144 (59%) coinfectados por VHC/VIH. De todos los casos tratados, el 27,4% (67 casos) presentaron complicaciones relacionadas con el tratamiento. El 29,8% (20 casos) en el grupo de mono infectados por VHC y el 70,1% (47 casos) en el grupo de los coinfectados por VHC/VIH. En un 19,4% de los casos (13 casos) las complicaciones desarrolladas durante el tratamiento obligaron a la suspensión del mismo: 2 casos por trombopenia severa, 2 casos por complicaciones infecciosas (1 neumonía neumocócica grave, 1 sepsis grave), 2 casos de LMP (uno de ellos falleció), 2 casos de hepatitis colestásica, 2 casos reacción alérgica al INF, 2 casos por problemas psiquiátricos, 1 caso por cuadro constitucional y astenia intensa. En el resto de los casos (54 casos, 80,5%) las complicaciones nos obligaron a modificaciones en el tratamiento: 31 casos de anemia (46,2%) en los que se necesitó asociar tratamiento con EPO y en 2 de ellos además disminuir la dosis de RBV; 14 casos de neutropenia (20,8%) en los que se añadió tratamiento con G-CSF, 6 casos de trombopenia (8,9%); 6 casos (8,9%) con complicaciones infecciosas (2 neumonías, 1 infección respiratoria, 1 celulitis de repetición, 1 TBC, 1 herpes zoster) y 5 casos (7,4%) de complicaciones psiquiátricas.

Conclusiones. En el tratamiento de la infección por VHC en la actualidad, el PEG-INF + RBV presenta efectos adversos que en ocasiones obligan a modificaciones en el tratamiento. El 27,4% de nuestros pacientes tratados (67 casos) presentaron efectos adversos secundarios al tratamiento y de éstos, tan sólo en el 19,4% (13 casos) hubo que suspender el tratamiento. Las complicaciones fueron más frecuentes en el grupo de los pacientes coinfectados por VIH/VHC (70,1%) que en los mono infectados por VHC (29,8%). Las complicaciones más frecuentes que obligaron a modificar el trata-

miento en nuestros pacientes fueron: complicaciones hematológicas (anemia, neutropenia y trombopenia), complicaciones infecciosas y psiquiátricas.

A-298 INFECTIOUS ENDOCARDITIS: EXPERIENCE OF AN INTERNAL MEDICINE DEPARTMENT

L. Aleluia, I. Patricio y D. Portelinha

Serviço de Medicina Interna. Centro Hospitalar de Coimbra. S. Martinho do Bispo (Portugal).

Objetivos. Study of clinical manifestation, underlying cardiac disease, the microorganism involved the presence or absence of complications, and the underlying patient characteristics of admitted patients with infective endocarditis in an internal medicine department.

Material and methods. In a retrospective study, we identified patients admitted between 2002 and the first trimester of 2010 in an internal medicine department with the diagnosis of infective endocarditis (IE).

Results. Sixteen medical records of patients with infective endocarditis were analysed. The average age was 66.9 ± 13.4 years. 68.8% of the admitted patients were men, with a male female ratio 2,2:2. Time between the initial symptoms and admission was 14.8 days. The mean time between admission and diagnosis of IE was 5.67 days. Average days of hospitalization was 43 days. All the patients had fever at the time of the admission, being fever without a focus the admission motive in 58.8% and in the rest with suspicious focus. 68.75% of the patients presented as a subacute or chronic disease with low grade fever and non-specific symptoms, all the other patients presented as an acute rapid progressive disease. According to the mode of acquisition 81.25% were community-acquired, and 18.75% health care-associated IE. All patients had an echocardiography transthoracic that detected presence of a vegetation, in 43.75% was necessary a transoesophageal echocardiography to confirm it. Regarding localization of infection and presence or absence of intracardiac material 82.3% were classified as left side native valve (50% mitral valve and 37.5% aortic valve), 6.3% left side prosthetic valve and 6.3% cardiac device related. 62.5% were associated with positive blood cultures, being the most common isolated germs Streptococcus 40% and Staphylococcus 40%. According to modified Duke criteria definitive diagnosis was made in 87.5% of the patients and possible diagnosis in 12.5%. The average length of antibiotic treatment was 22.87% days. 87.5% patients were discharged ameliorated and 12.5% died in the hospital.

Discussion. We found that our patients were in an average age consistent with the literature. Once a disease affecting young adults, increased longevity has given rise to degenerative valvular disease, and increased exposure to nosocomial bacteremia so that the median age of IE has gradually increased. The time between the begin of the clinical course at the date of admission and the average time of diagnostic, in our opinion is duo to the majority of our patients had an indolent course, which may confuse the initial assessment. The most common isolated germs is consistent with the evidence of the new shift from streptococcus to staphylococcus described in the literature. Despite an advanced age being associated with poor prognosis and with a higher complication rate, the authors found a mortality rate below the literature, due to a small number of patients and possibly to a rapid diagnostic and treatment.

Conclusions. Despite major advances in both diagnostic and therapeutic procedures, this disease still carries a poor prognosis and high mortality. Infective endocarditis is a disease with changes in its microbiological profile, a higher incidence of health care-asso-

ciated cases, elderly patients, and patients with intravascular devices or prostheses.

A-301 ANÁLISIS DESCRIPTIVO SOBRE LAS OSTEOMIELITIS INGRESADAS EN MEDICINA INTERNA

E. Madroñal Cerezo, J. Ortiz Sánchez, R. Martín Díaz, D. Rejas Velásquez, R. Calderón Hernaiz, J. Canora Lebrato y A. Zapatero Gaviria

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

Objetivos. Analizar las características clínicas, epidemiológicas, mecanismos de producción y agente responsable de las osteomielitis agudas y crónicas. Intentar identificar factores predictivos de cronicidad.

Material y métodos. Análisis retrospectivo de los pacientes con diagnóstico de osteomielitis atendidos en la consulta de infecciones de Medicina Interna, entre junio de 2004 y junio de 2010.

Resultados. Se estudiaron en total 27 pacientes con diagnóstico de osteomielitis, de los cuales el 85.2% eran varones con una edad media de 45,26 años (DE 15,1) y el 14,8% mujeres con una edad media de 37,50 años (DE 23,7). El 81,5% tenían antecedentes de cirugía o traumatismo en el hueso afectado por osteomielitis. En cuanto al tiempo de evolución, el 63% se consideraron crónicas, siendo éstas más frecuentes en varones pero sin alcanzar significación estadística ($p = 0,561$); así mismo se observó que el mecanismo de producción más frecuente en las osteomielitis crónicas era por contigüidad (55,5%) sin alcanzar tampoco significación estadística ($p = 0,88$). Precisión ingreso el 88,9%, con una estancia media de 21 días (DE 13,79; rango 61-4 días). En cuanto al diagnóstico, se realizó analítica al ingreso, con leucocitosis media de 8.592,59 (DE 3.876), PCR media de 7,8 (DE 11,27) y VSG media 51,7 (DE 37,44), sin alcanzar significación estadística en cuanto al tiempo de evolución. Se realizaron además pruebas de imagen específicas (gammagrafía ósea/RM ósea) en el 74,1%, observando como localización más frecuente el tobillo 40,7%, seguido de cadera 18,5%, hombro y mano, 14,8% respectivamente y pie 11,1%. Se realizó además, biopsia ósea en el 25,9% y cultivo de exudado en el 92,6%, con aislamiento de germen responsable en el 63% (resto de los cultivos estériles), siendo el 88,8% Gram + (especialmente *S. aureus* metil-S en un 37%; otros fueron: *Enterococcus faecalis* ampicilina-S, *S. epidermidis*, *S. simulans* y *S. viridans* con un aislamiento cada uno. Los Gram - aislados fueron *Morganella* en dos ocasiones y *E. coli* y *P. aeruginosa* resistente a quinolonas en una ocasión cada una. Dos pacientes tuvieron cultivo polimicrobiano. Respecto al tratamiento recibido precisaron limpieza quirúrgica el 59,3%, siendo realizada más frecuentemente en OM crónica (40,7%), aunque sin significación estadística ($p = 0,453$). El tratamiento antibiótico más utilizado durante el ingreso fueron betalactámicos (especialmente cloxacilina, 44,4%) asociados a rifampicina (81,48%) y en el tratamiento ambulatorio quinolonas más rifampicina (51,85%), con una media de duración de tratamiento de 12 semanas (DE 8,19; rango 28-2). El seguimiento posterior en consultas tuvo una media de 4 revisiones (DE 3,1; rango 12-1), siendo dados de alta el 55,6% de los pacientes. Presentaron recidiva posterior 33,3%, siendo más de la mitad casos de OM crónica, aunque sin significación estadística ($p = 0,906$).

Conclusiones. 1. La osteomielitis más frecuente es la crónica, especialmente en varones con antecedentes de cirugía o traumatismo, siendo la infección por contigüidad el mecanismo más frecuente y la tibia la principal localización. 2. El germen aislado más habitual es *S. aureus* metil-sensible. 3. El tratamiento más

utilizado consiste en la limpieza quirúrgica junto con betalactámicos o quinolonas asociados a rifampicina durante tres meses de media.

A-302 INFECCIÓN URINARIA GRAVE EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DURANTE EL ÚLTIMO AÑO

J. García Castro, P. Alarcón Blanco, J. Vargas Hitos, P. Baños Piñero, J. Arrebola Nacle y C. Hidalgo Tenorio

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

Objetivos. Describir el perfil epidemiológico y clínico actual de los pacientes con Infecciones del Tracto Urinario (ITU) graves que requieren ingreso hospitalario y el manejo de estos cuadros en la asistencia habitual de un Servicio de Medicina Interna (SMI).

Material y métodos. Estudio retrospectivo y observacional de los pacientes ingresados por ITU en el SMI del Hospital Universitario Virgen de las Nieves (HUVN) de Granada de mayo de 2009 a junio de 2010. Analizamos variables epidemiológicas, microbiológicas, diagnósticas, terapéuticas y de pronóstico. Usamos el programa SPSS 15.0.

Resultados. El número de pacientes fue 149, sobre un total de 1.217 ingresos. La media de ingresos mensuales es de 11,5. La edad media fue 77 ± 10 años. 48,3% eran mujeres y 51,7% varones. Como antecedentes epidemiológicos relevantes destacaban: 51,7% uno o más ingresos en los 6 meses previos; 38,9% historia de ITU de repetición; 26,2% sondaje vesical permanente; 22% manipulación urológica (31/34 con cambio de sonda) y 16,8% institucionalizados en residencia, con un 82,6% de infecciones adquiridas en la comunidad. 76,5% de los pacientes presentaban comorbilidades, siendo las más frecuentes el deterioro cognitivo-demencia (47%), diabetes mellitus (34,2%) y enfermedad renal crónica (12,75%). Se solicitó urocultivo en el 95,3% de los casos, positivo en 46,3%; los hemocultivos fueron positivos en 14%. Los microorganismos aislados fueron: *Escherichia coli* (36/69); *Candida albicans* (8/69); *Enterococcus faecalis* (7/69); *Pseudomonas aeruginosa* (5/69); *Citrobacter koseri* (3/69); *Klebsiella pneumoniae* (3/69); *Enterobacter cloacae* (2/69); *Enterococcus faecium* (2/69); *Staphylococcus aureus* (1/69); *Enterobacter aerogenes* (1/69) y *Pantoea spp* (1/69). El tratamiento empírico inicial se inició en todos los casos en urgencias. Los antimicrobianos más usados fueron: carbapenémicos 46,3%, ceftriaxona 23,5%, levofloxacin 15,4%, amoxicilina-clavulánico 14%, gentamicina 12% y piperacilina-tazobactam 9,3%. La estancia media fue $10,8 \pm 7,9$ días, con exitus del 8,1%.

Discusión. La ITU constituye una de las principales causas de ingreso en los SMI y supone una importante causa de morbilidad y coste económico. En nuestro servicio es la tercera causa de ingreso tras insuficiencia cardíaca y neumonía. Con respecto a los pacientes, no hay diferencias en la incidencia por sexo, siendo constante la edad avanzada y la comorbilidad, especialmente deterioro cognitivo y diabetes mellitus. Los factores de riesgo clásicos aparecen con frecuencia, pero destaca la heterogeneidad de los pacientes, muchos sin predisposición identificable. La etiología más frecuente sigue siendo *E. coli*. Destacamos una muy baja tasa de aislamientos microbiológicos en orina, posiblemente influenciada por el tratamiento precoz, y el uso generalizado de antimicrobianos de amplio espectro en combinación, especialmente carbapenemes, que podrían correlacionarse con los resultados positivos obtenidos con estancia media corta y bajo porcentaje de exitus.

Conclusiones. En nuestro estudio resaltamos la importancia de las ITU como causa frecuente de morbilidad en pacientes de edad avanzada, especialmente diabéticos y/o con deterioro cognitivo,

aun en ausencia de los factores de riesgo clásicos. Aunque el estudio etiológico es necesario, el tratamiento antibiótico inicial de amplio espectro es fundamental al conseguir buenos resultados de estancia y pronóstico.

A-303 MENINGITIS INFECCIOSA EN EL ÁREA SANITARIA DE LEÓN

N. Carracedo Falagán, S. Raposo García, M. López Veloso, M. Prieto García, S. Aguilar Huergo, S. García Escudero, A. Morán Blanco y J. Guerra Laso

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

Objetivos. Evaluar factores predisponentes, etiología, clínica y procedimientos diagnósticos y terapéuticos empleados en los pacientes diagnosticados de meningitis en el Área Sanitaria de León.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de todos los casos codificados al alta como meningitis-meningoencefalitis aguda según la CIE-9 en 2009 en el Complejo Asistencial de León. Se incluyen todos los pacientes mayores de 14 años con datos clínicos y en LCR compatibles y/o aislamiento del microorganismo en el LCR.

Resultados. Son 28 pacientes, con edad media de 48,64 años (DE = 22,28). El 68% varones (n = 19). El 67,86 meningitis, el resto meningoencefalitis. Los factores predisponentes: mayor de 60 años 28,57%, alcoholismo 25%, neurocirugía y manipulación intracraneal 21,43%, DM 21,43%, derivaciones de LCR 14,29%, neoplasias 10,71%, hepatopatía 10,71%, fístulas de LCR 7,14%, inmunosupresión 7,14%, otitis 3,57% e insuficiencia renal 3,57%. La etiología más frecuente la bacteriana (n = 19), neumococo (n = 4), meningococo (n = 2), *Listeria* (n = 2), SAMR (n = 2), *S. epidermidis* (n = 1), bacilos Gram negativos (n = 1) y no filiada (n = 7); vírica (n = 9), enterovirus (n = 4), VHS (n = 2) y no filiadas (n = 3). En la clínica: fiebre (92,86%), cefalea (75%), náuseas y vómitos (64,28%), rigidez nuchal (57,14%), deterioro del nivel de conciencia (39,28%), crisis comiciales (10,71%) y focalidad neurológica (7,14%). En todos se hizo punción lumbar, y se repitió en el 11% de los pacientes; en el 75% hay hemocultivos, la mayoría (76%) previos al inicio de antibiótico (positivos en el 30%). Se realizó TAC craneal al 93% y se repitió al 23%; RMN en el 25%. Recibieron tratamiento empírico el 85,71%, el 87,5% antibióticos y el 12,5% antivirales. Las pautas más frecuentes: cefotaxima más vancomicina (30,43%) y ampicilina más vancomicina más cefotaxima (17,39%), con duración media de 13,11 días (DE: 8,04). Se requirió cambio de la pauta en el 37,5%. Recibieron tratamiento coadyuvante corticoideo el 87,5% con una duración media de 4,14 días (DE: 1,9) y anticomicial el 62,5% manteniéndose al alta en el 60%. Hubo complicaciones en 6 casos; absceso cerebral (n = 2), hipertensión intracraneal (n = 2), meningococemia (n = 1), hidrocefalia (n = 1) y com. (n = 1), siendo exitus 1 solo caso.

Discusión. La meningitis infecciosa es una emergencia médica con una elevada morbi-mortalidad. El agente etiológico varía en función de edad y factores predisponentes, siendo en la edad adulta los gérmenes más frecuentes el meningococo serogrupo B y el neumococo, añadiéndose *Listeria* en ancianos e inmunodeprimidos, en nuestra serie los 2 casos registrados se asociaron a alcoholismo; asimismo las virus son responsables de las meningitis asépticas con menor agresividad excepto en el caso del VHS. La presentación clínica más frecuente es fiebre, cefalea vómitos y rigidez nuchal como mencionamos en nuestra serie. Ante la sospecha clínica, es obligada la confirmación diagnóstica con el LCR y el aislamiento del germen para iniciar antibioterapia de forma empírica. La incidencia de complicaciones varía de unas series a otras y dependerán de la edad, el agente casual y el retraso de la terapia antibiótica, pudiendo ser sistémicas en relación con la bacteriemia (en nuestra serie un único caso de meningococemia) o locales a nivel intracraneal.

Conclusiones. Es nuestra área de salud es una entidad más frecuente en varones y asociada a factores de riesgo (mayores de 60 años, alcoholismo, neurocirugía y diabetes). En el 42% relacionado con procedimientos quirúrgicos. Aparecen complicaciones en el 21%, fundamentalmente intracraneales. Resalta una mortalidad muy baja.

A-304 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE NEUTROPENIAS FEBRILES ENTRE LOS AÑOS 2007 Y 2009

J. Villar Jiménez¹, S. Fernández Sepúlveda², M. Grana Costa³, M. Blanco², A. Ruiz Serrato¹, M. Vallejo Herrera¹ y M. García Ordóñez¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital de Antequera. Antequera (Málaga). ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga). ³Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga).

Objetivos. Analizar las características epidemiológicas, clínicas, microbiológicas y el manejo de pacientes ingresados en hospitales comarcales de la provincia de Málaga con neutropenia febril por quimioterapia.

Material y métodos. Estudio descriptivo-retrospectivo extraído del CMBD de los años 2007, 2008 y 2009 de aquellos pacientes con neutropenia febril por quimioterapia de 3 hospitales comarcales de la provincia de Málaga.

Resultados. Se analizó un total de 133 episodios de NF de 118 pacientes distintos. El 54,9% fueron hombres y la edad media fue de 62,4 ± 13,7 años. El 84,2% tenía un tumor sólido, siendo los más frecuentes mama y pulmón (27,1% y 24,1% respectivamente). Entre los tumores hematológicos, el más frecuente fue el linfoma (11,3%). La estancia media en el hospital fue de 8 ± 5,9 días. Presentaban comorbilidades asociadas el 40% de los pacientes. En 43 episodios (32,3%) la neutropenia fue muy severa (menor de 100 neutrófilos). Presentaron sepsis en la presentación clínica un 8,3% (11). No se encontró foco en el 36,1% (48) de los casos y el foco infeccioso más frecuente fue el gastrointestinal en un 39,1% seguido por el respiratorio en un 35% (el 12% fueron neumonías). De los 232 cultivos totales realizados, fueron positivos 33 (el 14,2%). De los 104 hemocultivos tan sólo 11 fueron positivos (el 10,5%) y de los 88 urocultivos fueron positivos 11 (el 12,5%). Sin embargo los esputos fueron positivos en el 27% (en 3 de 11 realizados). Se aislaron 8 gram positivos (33%) y 14 gram negativos (58,3%) siendo *E. coli* el más frecuente (12 de los 14 gram negativos). Los antibióticos empíricos más utilizados fueron ceftazidima + amikacina en el 42,9% de las veces, seguido por imipenem en el 27,8%. Vancomicina se utilizó de forma empírica en 12 ocasiones y se añadió en los días siguientes en otras 7 y se utilizó factores estimulantes de colonias en el 88,7% de los episodios. La antibioterapia se ajustó a las guías de práctica clínica en el 75,2% de los episodios. La tasa de complicaciones fue del 20,3% y de exitus en el 7,5%, siempre relacionada con la neutropenia.

Discusión. En los hospitales comarcales la gran mayoría de los episodios de fiebre neutropénica corresponden a pacientes con tumores de órgano sólido. Al igual que se recogen en otras series se observa una escasa rentabilidad de los cultivos, pudiendo observar un mayor aislamiento de bacterias gram negativas que de gram positivas, lo que nos puede mostrar un nuevo cambio de tendencia en relación a los aislamientos microbiológicos con una mayor proporción de gram negativos. El tratamiento antibiótico empírico utilizado se ajusta en un alto porcentaje a los indicados en las guías de práctica clínica, aunque el uso de factores estimulantes de colonias es muy alto y no siempre ajustado a dichas guías. La tasa de complicaciones y de exitus se ajustan también a lo observado en otras series.

Conclusiones. Los datos extraídos del estudio nos permiten concluir que tanto en las características de los pacientes en nuestra

serie son similares a estudios similares. Se puede observar una tendencia de cambio en los aislamientos microbiológicos a favor de los Gram negativos.

A-305 ANÁLISIS DE 403 EMPIEMAS PLEURALES: ETIOLOGÍA, TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES

P. Dios Díez, C. León Téllez, A. Antolí Royo, N. Prieto Gascón, P. García Carbo, A. Ginés Santiago, J. Moreno Palomares y J. Barragán Casas

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

Objetivos. Conocer la etiología, tratamientos y complicaciones de los pacientes con empiema pleural diagnosticados en la Comunidad de Castilla y León.

Material y métodos. Estudio retrospectivo sobre los casos diagnosticados de empiema pleural en los últimos 5 años en la Comunidad de Castilla y León. Se han solicitado datos epidemiológicos, clínicos, microbiológicos, sobre el tratamiento y la mortalidad. Han participado, por orden alfabético, Ávila, León, Medina del Campo, Palencia, Salamanca, Segovia, Soria, Valladolid y Zamora.

Resultados. El cultivo fue positivo en 164 de 374 casos (43,8%). Los principales gérmenes detectados fueron: *Streptococcus* spp (43), *S. aureus* (28: 7 de ellos resistentes a metilina), *E. coli* (17), *S. pneumoniae* (15), *Staphylococcus* spp (13), Anaerobios (13), *Klebsiella* spp (9), *Pseudomonas* spp (6), *Candida* spp y *Aspergillus* spp (5), *Enterococcus* spp (4), *Prevotella* spp (4), polimicrobiana (21), resto de gérmenes en número menor de 3. Los tratamientos empíricos iniciales pautados de modo único o en asociación fueron: cefalosporinas de tercera generación (117), quinolonas (103), clindamicina (98), amoxicilina-clavulánico (61), piperacilina-tazobactam (42), imipenem (38), tuberculostáticos (34), glicopéptidos (29). Según la evolución clínica o los hallazgos microbiológicos se modificaron en el 15%. Al alta el 61,4% de los pacientes continuaron tratamiento antibiótico domiciliario en monoterapia o asociación y se emplearon los siguientes: clindamicina (55), amoxicilina-clavulánico (46), cefalosporinas (31), levofloxacino (23), ciprofloxacino (15). Se colocó tubo de tórax en el 82,6% de los pacientes. Se realizó tratamiento quirúrgico en el 12,5% de los casos. Las complicaciones fueron: fistula (5,6%), neumotórax (9,6%), sepsis (3,6%), hemotórax (0,9%).

Conclusiones. Los gérmenes más prevalentes fueron: *Streptococcus* spp, *S. aureus*, *E. coli* y *S. pneumoniae*. Los tratamientos empíricos más frecuentes fueron: cefalosporinas de tercera generación, quinolonas y clindamicina. Los tuberculostáticos se utilizaron en 34 casos. Al alta se trataron con clindamicina, amoxicilina-clavulánico o cefalosporinas. Se colocó tubo de tórax en el 82,6% de los pacientes. Se empleó cirugía en el 12,5% de los casos.

A-306 ENDOCARDITIS INFECCIOSAS DIAGNOSTICADAS EN UN HOSPITAL COMARCAL

G. Sierra¹, L. Redondo¹, A. Pedragosa¹, E. Reynaga¹, S. Montserrat² y J. Brugués¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Vic. Vic (Barcelona). ²Servicio de Cardiología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

Objetivos. La endocarditis infecciosa (EI) continúa siendo una enfermedad grave, considerándose una emergencia infectológica. El manejo de la EI en un hospital comarcal exige un contacto estrecho con un hospital de tercer nivel y un equipo multidisciplinario específico para esta patología. El objetivo principal es estudiar las características epidemiológicas, clínicas y microbiológicas de los

pacientes diagnosticados de EI en los últimos 10 años en un hospital comarcal.

Material y métodos. Estudio descriptivo, retrospectivo, observacional de los casos de EI ingresados en el Consorci Hospitalari de Vic entre enero 2000 y diciembre 2009. Fueron revisadas las historias clínicas que presentaban codificación diagnóstica principal al alta de EI. Se utilizaron los criterios de Duke modificados para el diagnóstico. Se analizaron las características epidemiológicas, bacteriológicas, clínicas, mortalidad y necesidad de un nivel superior.

Resultados. Fueron revisadas 99 historias clínicas con el diagnóstico principal al alta de EI de los cuales 52 cumplieron los criterios de Duke modificados. El 73% fueron hombres, con edad media de 65,6 años (25-88). La distribución según factores de riesgo: 26,92% presentaron diabetes mellitus tipo 2, 53,84% hipertensión arterial, 13,46% dislipemia, 3 pacientes (5,77%) adicción a drogas vía parenteral y 1 paciente con cardiopatía congénita previa (1,92%). El 3,85% pacientes eran portadores de dispositivo intravascular, el 17,3% de marcapasos o DAI y el 13,46% de prótesis valvular. Según la forma de presentación: el 90,38% presentaron fiebre, el 46,45% soplo de reciente aparición, el 21,15% émbolos sépticos, el 7,69% hemorragias en astilla y el 3,84% manchas de Roth. Distribución según los resultados de los hemocultivos: *S. aureus* (22,6%), *S. epidermidis* (18,8%), *S. viridans* (15%), *S. bovis* (11,3%), *E. coli* (7,5%), *E. faecalis* (5,6%), *P. aeruginosa* (3,7%), *E. faecium* (1,8%), *S. mitis* (1,8%), *S. sanguis* (1,8%), BGN no especificado (1,8%), *Peptostreptococcus* sp (1,8%). El 5,6% de los hemocultivos fueron negativos. En relación a las exploraciones complementarias: 9,6% presentaron alteraciones electrocardiográficas en forma de bloqueo AV 1r grado, se realizó ecocardiograma transtorácico en el 90,38% de los pacientes y transesofágico en el 73% de los casos, de los cuales en 7 casos se realizó otro de control (13,46%) con un promedio de 20,5 días (8-29). Los hallazgos ecocardiográficos fueron: 92,3% vegetación, 15,38% absceso, 5,77% perforación y 1,92% dehiscencia. El 40,32% de los casos presentaron complicaciones: 23,07% insuficiencia cardíaca, 19,23% shock, 5,77% edema agudo de pulmón, 5,77% complicaciones neurológicas y 1,92% miopericarditis. La mortalidad fue del 9,6%. La estancia media fue de 26,17 días (1-63), el 73% de los pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna (17,3% Cardiología, resto en UCI). Se trasladaron 23 pacientes a un hospital de 3r nivel (44,23%), de los cuales 18 recibieron tratamiento quirúrgico. El 78,2% de los derivados volvieron a nuestro centro para control evolutivo. Destino al alta: 21, 53% hospitalización domiciliaria, el 5,76% socio-sanitario y el resto a domicilio.

Conclusiones. El manejo correcto de la EI en un hospital comarcal es posible, siendo imprescindible el trabajo interdisciplinario en coordinación con un hospital de tercer nivel, dada la necesidad de traslado en un porcentaje elevado de casos. Las frecuentes complicaciones en el EI hacen necesaria la comunicación inmediata con un nivel hospitalario superior.

A-307

MENINGITIS BACTERIANA AGUDA: EXPERIENCIA DE 4 AÑOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

S. Serrano¹, T. Sáinz², G. Fresco¹, V. Abad¹ y J. del Val³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Pediatría, ³Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos. Describir las principales características clínicas, microbiológicas y pronósticas, de los pacientes adultos ingresados por meningitis bacteriana aguda.

Material y métodos. Estudio retrospectivo a través de revisión de historias clínicas de los pacientes adultos diagnosticados de meningitis bacteriana aguda en un hospital terciario, entre 2004 y 2008. Se recogieron variables clínicas, analíticas y microbiológicas, en el momento del ingreso y al alta.

Resultados. De un total de 50 casos, la mediana de edad fue de 41 años, con predominio de varones (63%). El 10% presentaba inmunosupresión previa y el 3% eran VIH+. El 4% refería un contacto previo con un paciente con meningitis. El 33% presentó foco parameningeo: 15% otitis media, 6% fístula de LCR; 9% otros. Al ingreso presentaba fiebre el 77%, cefalea el 80%, alteración del nivel de conciencia el 54%, focalidad neurológica el 24%, vómitos el 53%, crisis comicial el 20%, rigidez de nuca el 63%, signos meníngeos el 35% y petequias el 13%. En urgencias, la mediana de leucocitosis fue 18.670 cel/m y la de proteína C reactiva 69 mg/L. Se realizó fondo de ojo previo a la punción lumbar en el 31% de los casos, objetivándose papiledema en el 19% de los mismos, y se realizó TAC craneal en el 80%. La tinción de Gram del LCR no visualizó gérmenes en el 31%, y el directigen, que se realizó en el 61% de los casos, fue negativo en el 34%. El diagnóstico microbiológico más frecuente fue neumococo (36%), seguido de meningococo (29%), *Listeria* (11%), *Haemophilus* (9%) y estreptococos del grupo B (4%). En cuanto al pronóstico, el 16% presentó secuelas permanentes y la mortalidad durante el ingreso fue del 4,4%. Recibió dexametasona previa al inicio del antibiótico el 18%, y posteriormente el 29%. En cuanto a la meningitis neumocócica, la más frecuente, el 56% presentaba algún foco parameningeo, el 88% fueron tratadas con cefotaxima y las restantes con ceftriaxona, el 63% junto a vancomicina. Del total de cepas de neumococo aisladas, el 98% era sensible a cefotaxima, y tan sólo un 2% presentó un patrón de resistencia leve a betalactámicos.

Discusión. La meningitis bacteriana aguda sigue siendo hoy por hoy una causa de importante morbi-mortalidad. El diagnóstico de sospecha, así como la antibioterapia empírica eficaz son puntos clave para el éxito terapéutico, por lo que resulta necesario conocer las causas más frecuentes en nuestro medio de meningitis bacteriana, así como los patrones de resistencia a antibióticos.

Conclusiones. No es infrecuente que la rigidez de nuca y los signos meníngeos estén ausentes en el momento de la presentación en Urgencias. Globalmente, la mortalidad en las meningitis es inferior a la de otros procesos infecciosos graves, aunque la tasa de secuelas es importante. - En nuestra población, el agente etiológico de meningitis bacteriana aguda fue el neumococo, seguido de meningococo, *Listeria* y *Haemophilus*. No se han aislado cepas de neumococo con patrones de resistencia a betalactámicos en el LCR.

A-308

ACINETOBACTER BAUMANNII EN LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL

R. Bagina y C. Baeta

Servicio Medicina Interna-ULSNA/EPE. Dr. Jose Maria Grande. Portalegre (Portugal).

Objetivos. Estudiar la prevalencia y la incidencia de la infección nosocomial en un Servicio de Medicina Interna y caracterizar la infección por *Acinetobacter baumannii*.

Material y métodos. Se estudió la población internada en el Servicio de Medicina Interna en los años 2007/2008, y se analizó la infección nosocomial. También se analizó el subgrupo de pacientes infectados por *Acinetobacter baumannii*.

Resultados. De los 2673 pacientes ingresados, 503 (18,8%) tuvieron infecciones nosocomiales, de los cuales 24 (4,8%) por *Acinetobacter baumannii*, siendo 100% respiratorias. El 47,9% eran varones y el 52,1% mujeres. Su demora media fue 21,8 días (80,9% mayor que la media del Servicio) y la edad media de 75,7 años. El 52,1% eran acamados. Se realizaron las siguientes pruebas bacteriológicas: expectoración - 48,8%, orina - 44,7%, hemocultivos -39,0%, líquido cefalorraquídeo - 3%; líquido pleural - 2%; líquido ascítico - 1,2%. Las infecciones respiratorias (31%) y del tracto urinario (27,4%) fueron predominantes. La tasa de mortalidad fue de 28,8% (125% superior a la mortalidad general del Servicio), con una edad

media de 78,01 años y una demora media de 18,3 días. La edad media y la mortalidad de los pacientes con infección del tracto urinario, fue respectivamente, de 76,7 años y 12,2%. 100% de las cepas de *Acinetobacter baumannii* fueron sensibles a la ampicilina, aztreonam, cefalosporinas, nitrofurantoína y tobramicina. Para gentamicina, amoxicilina/ác. clavulánico, piperacilina/tazobactam, ceftazidima, cefotaxima, meropenem, imipenem, ciprofloxacino y trimetoprima/sulfametoxazol, la sensibilidad varió entre 16,7% y 55,6% y la resistencia entre 44,4% y al 77,8%.

Discusión. Las características de nuestros pacientes condicionan la elevada prevalencia de infección nosocomial. Es posible verificar que el impacto en el pronóstico se relaciona con la infección respiratoria y en esta se incluyen 100% de las infecciones por *Acinetobacter baumannii*. Saber que 100% de las cepas de *Acinetobacter baumannii* son sensibles a amicacina transmite al clínico una mayor seguridad en la prescripción.

Conclusiones. 1. La infección nosocomial se asoció a mayor mortalidad y peor pronóstico. 2. A diferencia de la infección urinaria, la infección respiratoria fue la variable con mayor impacto en la mortalidad general. 3. 100% de las cepas de *Acinetobacter baumannii* fueron sensibles a la amicacina.

A-309

ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LOS INGRESOS POR BRONQUITIS CRÓNICA (EPOC) EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS

A. Torres Vega¹, A. Tejera Concepción¹, M. Figueira González², R. Pitti Pérez², J. Romero Pérez¹, C. Casanova Macario³, L. Pérez Méndez³ y P. Laynez Cerdeña¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Neumología, ³Unidad de Investigación y Estadística. Complejo Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos. Analizar las características clínicas, epidemiológicas, factores de riesgo asociados a las exacerbaciones, así como número de reingresos y morbimortalidad en pacientes EPOC que ingresaron en nuestro centro en un período de 2 años.

Material y métodos. Estudio retrospectivo, en el que se revisaron las historias clínicas de aquellos pacientes con diagnóstico de la EPOC, confirmado por espirometría, ingresados en cualquier servicio de nuestro hospital entre 2007 y 2009. Se elaboró un protocolo de recogida de datos donde se incluyeron, gravedad del EPOC y de la agudización, comorbilidad asociada, dosis acumulada de corticoides, antibióticos utilizados, datos microbiológicos y analíticos, así como complicaciones.

Resultados. Se revisaron 65 pacientes y 215 episodios asistenciales, procedentes principalmente de los servicios de Neumología y Medicina Interna. El 89% fueron varones con una edad media de 70 años. El número medio de ingresos por paciente fue de $2,7 \pm 1,4$, con una estancia de 53 días. La media del índice de Charlson fue de 6 ± 2 puntos. Entre las patologías más frecuentes destacaron, HTA (44,6%) y diabetes (30,8%). Se valoró la gravedad de la EPOC en función de parámetros espirométricos, nutricionales, necesidad de ingreso en UVI, ventilación mecánica y/o oxígeno domiciliario, días de ingreso, dosis de corticoides requeridas y número de reingresos. El 71,2% de nuestros pacientes tenía una EPOC grave o muy grave. El 6% precisó ingreso en UVI, el 43% VMNI durante el ingreso (manteniéndose al alta en un 21%), el 60% oxigenoterapia domiciliaria. La dosis media acumulada de metilprednisolona por paciente fue de 1.263,26 mg, destacando como complicaciones hiperglucemia (64 pacientes) e HTA (13 pacientes). De los pacientes que tenían realizados estudios microbiológicos el 58,5% fueron positivos y los gérmenes aislados fueron principalmente *Pseudomona* y MARSa. La media acumulada de antibióticos por paciente fue de $3 \pm 1,6$, los más empleados fueron quinolonas y cefalosporinas. Fallecieron el

23,1% de los pacientes (18,5% durante el ingreso y 4,6% tras el mismo), siendo las causas más habituales las relacionadas con la EPOC y el cáncer.

Discusión. Tanto los gérmenes aislados como los antibióticos pautados, coinciden con los descritos en la literatura y en las guías clínicas. Es llamativa la elevada dosis acumulada de corticoides que recibieron estos pacientes a lo largo de 2 años. A pesar de que la mayoría eran EPOC grave, con múltiples ingresos y elevada comorbilidad, no encontramos asociaciones estadísticamente significativas entre la morbi-mortalidad y la gravedad de la EPOC. Únicamente una tendencia a la asociación entre dosis de corticoides y mortalidad (a mayor dosis, mayor mortalidad). Esto, probablemente se explique por un tamaño muestral insuficiente.

Conclusiones. En nuestra serie, la EPOC es una patología predominantemente masculina, en pacientes 100% fumadores (activos o previos), de edad avanzada y elevada comorbilidad. La mayoría era EPOC graves o muy graves, con dos o más reingresos. Las causas más frecuentes de muerte fueron la propia EPOC y el cáncer. Los gérmenes aislados en esputo fueron sobre todo *Pseudomona* y MRSA y el tratamiento más habitual quinolonas y cefalosporinas.

A-310

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DE LAS PRINCIPALES BACTERIAS PRODUCTORAS DE ITU EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA ENTRE MAYO DE 2009-2010

P. Alarcón Blanco, J. García Castro, J. Vargas Hitos, M. Arenas Miras, J. Arrebola Nacle y C. Hidalgo Tenorio

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

Objetivos. Describir los microorganismos implicados y su perfil de resistencias en los pacientes con infecciones urinarias (ITU) pertenecientes al Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Virgen de las Nieves (HUVN) de Granada atendidos durante el año 2009.

Material y métodos. Estudio retrospectivo y observacional de las características microbiológicas de las ITUs diagnosticadas en el HUVN en el período comprendido entre mayo de 2009 y 2010. Analizamos variables epidemiológicas, microbiológicas, diagnósticas y terapéuticas.

Resultados. El número de episodios de ITU fue 149 de un total de 1.200 ingresos/anuales, siendo la 3ª causa de ingreso en nuestro Servicio (primera como infección). Se consiguió aislamiento microbiológico en 46,3% (69/149) mediante urocultivo o hemocultivo. De ellos, el 24,2% (36/69) fue *E. coli*; 11,6% (8/69) *Candida* spp; 10,1% (7/69) *E. faecalis*; 7,2% (5/69) *P. aeruginosa*; 4,3% (3/69) *K. pneumoniae*; 4,3% (3/69) *C. koseri*; 2,9% (2/69) *E. faecium*; 2,9% (2/69) *E. cloacae*; 1,4% (1/69) *E. aerogenes*; 1,4% (1/69) *S. aureus* y 1,4% (1/69) *Pantoea* spp. El patrón de resistencias de los microorganismos más frecuentemente aislados es: -*E. coli*: 70,6% (24/34) resistentes a amoxicilina; 44,9% (13/29) a amoxicilina-clavulánico; 21,2% (7/33) gentamicina; 3,7% (1/27) fosfomicina; 48,3% (15/31) cotrimoxazol; 38% (8/21) cefotaxima; 40% (8/20); 46,6% (14/30) cefuroxima; 8,3% (1/12) piperacilina-tazobactam y 0% (0/8) resistentes a ertapenem. De los pacientes con *E. coli* un 16,6% (6/36) fueron productores de beta-lactamasas de espectro extendido (BLEE). -*E. faecalis*: 16,6% (1/6) resistente a amoxicilina; 0% (0/1) amoxicilina-clavulánico; 42,8% (3/7) ciprofloxacino; 14,2% (1/7) fosfomicina; 14,2% (1/7) vancomicina. -*P. aeruginosa*: 100% (4/4) resistente a amoxicilina y amoxicilina-clavulánico; 20% (1/5) ciprofloxacino; 0% (0/4) gentamicina; 100% (2/2) fosfomicina; 100% (3/3) cotrimoxazol; 100% (4/4) cefotaxima; 0% (0/4) ceftazidima; 100% (4/4) cefuroxima; 0% (0/4) piperacilina-tazobactam. -*K. pneumoniae*: 100% (3/3) resistentes a amoxicilina; 33,3% (1/3) amoxicilina-clavulánico; 66,6% (2/3) ciprofloxacino; 33,3% (1/3) gentamicina; 33,3%

(1/3) fosfomicina, 0% (0/2) cotrimoxazol; 50% (1/2) cefotaxima; 100% (2/2) cefuroxima.

Discusión. En los pacientes con ITUs graves ingresados en un servicio de M. Interna, añosos y con comorbilidad importante, el perfil de resistencias de los gérmenes más frecuentes (E. coli especialmente) a betalactámicos (sin incluir carbapenémicos), quinolonas y en algunos casos (Klebsiella) a gentamicina es muy alto.

Conclusiones. El tratamiento empírico de elección debería basarse inicialmente en carbapenemas: ertapenem, teniendo en cuenta que es inactivo frente a Pseudomonas, algunos Proteus y enterococo; imipenem, meropenem y doripenem. Tras 48h aconsejamos reevaluación y, con el antibiograma, hacer modificación del tratamiento si fuese posible.

Paciente pluripatológico/Edad avanzada

EA-1

MODELO DE COLABORACIÓN INTERNIVELES PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES TERMINALES EN UN ÁREA SANITARIA SIN UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

J. Delgado de la Cuesta y C. Escorial Moya

Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

Objetivos. Analizar cuantos de los pacientes que fallecen en el Servicio de Medicina de un hospital comarcal sin unidad de cuidados paliativos cumplen criterios de terminalidad y los requerimientos de asistencia hospitalaria los 6 meses previos al fallecimiento.

Material y métodos. Del 1/V al 31/XII/2008 ingresaron en nuestro centro 3.819 pacientes en el servicio de Medicina. Realizamos un estudio retrospectivo descriptivo revisando la historia clínica de los 319 (8,35%) fallecidos.

Resultados. Las causas de ingreso más frecuentes fueron la disnea (88 ptes) y las infecciones en 83. Los motivos de fallecimiento más frecuentes fueron las infecciones (80 ptes) neoplasia en 75 y cardiaca en 55. De los 319 fallecidos, 202 (63,3%) cumplían criterios de terminalidad. De ellos 93 (46%) lo eran por enfermedad oncológica. La causa no oncológica más frecuente fue la degenerativa en 68 sujetos.

Discusión. No encontramos diferencias al comparar las características demográficas de los pacientes terminales con los no terminales. Los pacientes terminales habían tenido más número de ingresos que los no terminales (1,69 vs 1,59) y mayor número de atenciones en urgencias (1,5 vs 1,3) pero no encontramos diferencias cuando analizamos el número días que los pacientes habían permanecido ingresado en los últimos 6 meses ni los días de estancia hospitalaria del último ingreso. Es probable que eso se deba al programa de colaboración entre atención primaria y atención especializada mediante el internista de referencia, que permite un alta

precoz al estar garantizados unos adecuados niveles de cuidados a los pacientes con requerimiento de cuidados paliativos en régimen ambulatorio.

Conclusiones. En un hospital comarcal como el nuestro, en el que no disponemos de unidad de cuidados paliativos ni hospitalización domiciliaria no hemos encontrado diferencias significativas en el uso de recursos hospitalarios entre los pacientes terminales y los no terminales. Creemos que esto se debe a la existencia de un programa de colaboración estrecha entre atención primaria y especializada mediante la figura del internista de referencia que permite un adecuado manejo de estos pacientes.

Tabla 1 (EA-01). Características demográficas

	Total (n = 319)	Terminal (n = 202)	p
Edad (Media [DE])	79 [11,06]	77 [10,86]	NS
Sexo (Varones [%])	166 [52]	110 [54,5]	NS
Institución (n [%])	69 [21,6]	46 [22,8]	NS
Ingreso (md [DE])	1,59 [0,9]	1,69 [0,98]	0,02
D ingreso (md [DE])	8,03 [8,11]	8,23 [8,71]	NS
D ingróm (md [DE])	12,84 [11,55]	13,15 [11,32]	NS
At Urg (md [DE])	1,3 [2,09]	1,58 [2,41]	0,01

EA-2

ABORDAJE DE LOS PACIENTES TERMINALES EN UN HOSPITAL COMARCAL SIN UNIDAD ESPECÍFICA DE CUIDADOS PALIATIVOS NI HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

C. Escorial Moya y J. Delgado de la Cuesta

Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

Objetivos. Analizar los cuidados recibidos durante la hospitalización en la que fallece el paciente terminal en un Hospital Comarcal que no dispone de Unidad de Cuidados Paliativos ni hospitalización domiciliaria.

Material y métodos. Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo, analizando distintas variables sobre el tratamiento recibido y la limitación de esfuerzo diagnóstico y terapéutico que recibieron los 319 pacientes fallecidos del 1 de mayo al 31 de diciembre de 2008. Se utilizó el paquete estadístico SPSS-17.

Resultados. De los 319 pacientes fallecidos en el periodo estudiado, 202 (63,3%) tenían criterios de terminalidad. Los resultados obtenidos se muestran en la tabla.

Discusión. Para muchos síntomas el uso concomitante de medidas no farmacológicas es igualmente importante, a veces incluso más. Los resultados que hemos obtenido muestran que estamos concienciados en el manejo de los pacientes terminales, no sólo oncológicos sino también en los no oncológicos aunque nos queda aún mucho camino por recorrer.

Conclusiones. Nuestro hospital dispone, aun con sus carencias y limitaciones de un equipo sensibilizado, con interés y conocimientos en los cuidados paliativos que requieren los pacientes terminales. Ver tabla 1 (EA-02).

Tabla 1 (EA-02). Estudio comparativo entre pacientes terminales-no terminales y entre pacientes terminales oncológicos-no oncológicos

	P. terminales n = 202	P. no terminales n = 117	p	P. oncológicos	P. no oncológicos	p
Fármaco (X ± DE)	6,92 ± 3,7	6,86 ± 3,57	NS	6,45 ± 4,07	7,31 ± 3,49	NS
ATB (n y %)	102 (51%)	55 (47%)	NS	31 (33%)	71 (65%)	0,001
LED (n y %)	168 (83%)	65 (56%)	0,001	78 (84%)	90 (83%)	NS
Sedación (n y %)	99 (49%)	38 (32%)	0,004	56 (60%)	43 (39%)	0,003
Vía (n y %)	195 (96%)	117 (100%)	0,042	87 (94%)	108 (99%)	0,032
S. vesical (n y %)	103 (51%)	70 (60%)	NS	35 (38%)	68 (62%)	0,001
UPP (n y %)	58 (29%)	18 (15%)	0,007	15 (16%)	43 (39%)	0,001

EA-3 FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EN EL ANCIANO: EXPERIENCIA DE 2 DÉCADAS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

N. Martín-Suñé, J. Ríos-Blanco, J. Álvarez-Pellicer,
M. López-Rodríguez y F. Barbado-Hernández

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

Objetivos. Análisis y comparación de datos demográficos clínicos, etiología y métodos de diagnóstico de la fiebre de origen desconocido (FOD) en el anciano durante dos décadas consecutivas en un Hospital Universitario de la Comunidad de Madrid.

Material y métodos. Seleccionamos pacientes mayores de 65 años con FOD clásica que cumplían los criterios de Petersdorf y Beeson, clasificándolos en dos períodos (grupo A entre 1990-1999 y grupo B de 2000-2010). Realizamos un análisis descriptivo de la edad, sexo, duración de la fiebre, tipo de fiebre, tiempo hasta el diagnóstico, etiologías y métodos diagnósticos, así como un estudio comparativo para cada una de estas variables.

Resultados. Seleccionamos 25 pacientes, 15 en el grupo A (47% mujeres y 53% hombres con edad media de 74 y 83 años) y 10 en el grupo B (50% de cada sexo con edad media de 75 y 76 años). La duración media de la fiebre fue de 290 y 91 días. El tipo de fiebre predominante fue la recurrente con una incidencia del 60% en ambos períodos. El tiempo medio hasta el diagnóstico fue de 46 y 37 días. Las etiologías por orden de frecuencia fueron: enfermedades autoinmunes (40% y 30%), infecciones (26% y 30%), FOD (20% y 10%), neoplasias (7% y 10%), hemopatías (7% y 10%) y otros diagnósticos en el grupo A (10%). Las pruebas diagnósticas más utilizadas fueron las invasoras (biopsias, laparoscopia, colonoscopia) respecto a las no invasoras (pruebas de imagen, curso evolutivo). Un paciente falleció tras el diagnóstico. En el análisis comparativo realizado no se detectaron diferencias estadísticamente significativas en ninguna variable.

Discusión. Los dos grupos de pacientes son homogéneos en cuanto al sexo y edades por lo que son comparables entre sí. Aunque la duración de la fiebre y el tiempo hasta el diagnóstico final fue mayor en el grupo A no pudimos demostrar diferencias significativas. Como se había descrito en trabajos anteriores, las etiologías más frecuentes en este grupo de edad continúan siendo las infecciones, persistiendo la tuberculosis, y las enfermedades sistémicas autoinmunes, destacando la arteritis de células gigantes, siendo todavía hoy necesario, a pesar del avance tecnológico, el uso de pruebas diagnósticas invasoras en muchos casos para el diagnóstico.

Conclusiones. 1. En las dos últimas décadas ha descendido la incidencia de FOD en la edad proveya, coincidiendo con la época de avances en las tecnologías de diagnóstico. 2. Es necesario tener en cuenta que las pruebas invasoras son necesarias en la mayoría de los casos para realizar el diagnóstico final. 3. Existe un perfil etiológico característico en la FOD del anciano: infecciones (con la tuberculosis como protagonista resistente, y abscesos intraabdominales), y vasculitis sistémicas, con la arteritis de células gigantes como líder. 4. Es necesario advertir que en el anciano la FOD es originada en su mayoría por causas potencialmente tratables, por lo que es fundamental el diagnóstico precoz para disminuir la morbimortalidad. 5. En el anciano, la FOD constituye, en nuestra opinión, una entidad distinta a la FOD clásica del adulto.

EA-4 PERCEPCIÓN SUBJETIVA DE LA SALUD DE LOS PACIENTES NONAGENARIOS

A. Lozano¹, M. Aguas², D. Sort¹, E. Merino¹, R. Salas¹
y F. Fernández¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Farmacia.
Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona.

Objetivos. Conocer la percepción subjetiva de salud de los pacientes nonagenarios ingresados y analizar la relación entre su percepción de salud y la situación real en base a escalas estandarizadas.

Material y métodos. Durante un año se revisaron las historias clínicas de los pacientes que precisaron ingreso hospitalario en una Unidad de atención Integral al Paciente Frágil. En el estudio, se incluyó a los pacientes nonagenarios (mayores de 89 años). De cada uno de ellos, se valoró: -La percepción subjetiva de salud de cada paciente. -Datos sociodemográficos: edad, sexo, procedencia y destino al alta. -Las escalas estandarizadas: Í. Barthel y Charlson, test de Pfeiffer y el Vulnerable elders Survey" (VES-13). -Otras variables relacionadas con la salud: alteración emocional y valor de albúmina sérica.

Resultados. En la época del estudio, 371 pacientes, 32,6% eran nonagenarios. El 17,4% valoraba su salud como muy buena-buena, 38% como regular y 44,5% como mala. Edad 93,6 (DE 3,5) años. 76% ingresó desde urgencias: Un 66,1% mujeres y el 52,4% de las mujeres percibían la salud como buena-muy buena, 80,4% regular y 59,3% mala ($\chi^2 = 7,11$ p = 0,029). De los que la percibían como buena-muy buena, 47,1% iban a domicilio frente al 16,5% de los que la percibían como mala. El 24,5% de los que la percibían como mala fueron exitos, frente a un 0% de los que la hacían como buena-muy buena ($\chi^2 = 25,5$ p < 0,0005). Los que percibían como mala tenían un Barthel de 30,6 (DE 23,9), como regular de 53,7 (DE 25,4) y como buena-muy buena de 82,4 (DE 17,8) (F37, 8 p < 0,005). También se encontraron diferencias con el Pfeiffer y la percepción de salud. Los que la percibían como mala tenían 6,5 errores (DE 2,6), las que la percibían como regular 5,0 (DE 2,7) y las que lo percibían como buena-muy buena sólo 2,7 (DE 1,4) errores (F = 14,15 p > 0,005). La mala salud coincidía con un índice de Charlson 2,15 (DE 1,6), y la buena de 1,7 (DE 1,3). (F = 0,64 p = 0,529). La vulnerabilidad era mayor (9,9 DE 0,5) en los pacientes que tenían una percepción de salud regular-mal que en los que la tenían buena-muy buena 8,0 DE 1,7) (F = 27,37 p < 0,005). En 19 casos se observó alteración emocional (0,8% percibía la salud como buena y 9,9% mala ($\chi^2 = 3,8$ p = 0,144). La albúmina era inferior a peor salud: mala salud 33,8 (DE 6,9) g/l y buena 36,7 (DE 4,6) g/L. (F = 0,744 p = 0,480).

Discusión. En la actualidad, el grupo de edad que presenta mayor crecimiento es el de las personas más ancianas, lo que explica el alto % de nonagenarios que ingresa en la unidad. Hemos observado una peor percepción de la salud si la comparamos con el estudio de Ferrer et al pero el nuestro, está realizado durante el ingreso hospitalario. Las mujeres perciben peor la salud. El destino de los que perciben la salud como mala es, en un alto %, a residencia o a sociosanitario, frente a los que la perciben como buena, que van a domicilio. De las escalas que se utilizan para la valoración integral del anciano, las que mejor se relacionan con su percepción de salud son: el I.Barthel, el test de Pfeiffer y una adaptación del "Vulnerable elders Survey" (VES-13) para la valoración de la vulnerabilidad clínica. Sin embargo, el Índice de Charlson no se correlaciona con la percepción de salud. La alteración emocional no se relaciona con la percepción de la salud, y tampoco lo hace el nivel de albúmina.

EA-5 DIFERENTES PATRONES DE MUERTE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS ENTRE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS Y NO ONCOLÓGICOS EN SITUACIÓN TERMINAL

J. Santos Morano¹, J. García García¹, S. Vergara López², E. Bayol Serradilla¹, A. Rodríguez Hurtado¹ y E. Gómez Camacho¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Merced. Osuna (Sevilla).

Objetivos. Describir la mortalidad en una unidad de cuidados paliativos de pacientes con enfermedades crónicas en situación terminal incluyendo oncológicos y no oncológicos.

Material y métodos. Estudio retrospectivo en el que se incluyeron a todos los pacientes fallecidos en una unidad de cuidados paliativos entre enero y diciembre de 2008. Los pacientes fueron categorizados en tres grupos en función de la enfermedad de base: 1) Neoplasia, 2) Demencia, 3) Otras enfermedades crónicas en situación terminal. Se calculó el tiempo desde el ingreso a la unidad para cuidados paliativos hasta su muerte.

Resultados. De los 3.056 pacientes en seguimiento por la unidad de cuidados paliativos de nuestro hospital durante el año 2008, tuvimos constancia del fallecimiento de 883 (29%) sujetos durante dicho año. Del total de exitus, 174 (20%) fallecieron en su residencia habitual. Los individuos se clasificaron en neoplasia, 324 (37%); demencia, 166 (19%); y otras, 393 (44%). Las medianas de supervivencia desde el ingreso en la unidad de cuidados paliativos fueron de 1,9, 9,4 y 6,4 meses, respectivamente ($p < 0,001$).

Discusión. En las últimas décadas estamos asistiendo a un aumento gradual de la prevalencia de algunas enfermedades crónicas junto al envejecimiento progresivo de la población. Todo esto ha llevado a que las unidades de cuidados paliativos hayan aumentado tanto en número como en población a la que atiende. Éstas incluyen pacientes con diferentes tipos de enfermedades crónicas en situación terminal. Son pocos los estudios que evalúan la mortalidad en este tipo de pacientes.

Conclusiones. La supervivencia en las unidades de cuidados paliativos depende de la enfermedad de base. Existe una elevada mortalidad de pacientes con enfermedad terminal, no incluyendo demencia, poco tiempo después de ingresar en dichas unidades.

EA-6 DESARROLLO DE UN APLICATIVO INFORMÁTICO PARA LA AYUDA EN LA TOMA DE DECISIONES EN PACIENTES CON COMORBILIDAD

E. Casariego Vales¹, A. Louro González², C. González Guitián³, C. Castiñeira Pérez⁴, C. Costa Ribas⁴ y C. Viana Zulaica⁵

¹Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo. ²Centro de Salud de Cambre. Cambre (A Coruña). ³Biblioteca. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña. ⁴Centro de Salud Fingoi. Lugo. ⁵Centro de Salud Elviña. A Coruña.

Objetivos. El enorme volumen de conocimientos disponible sobre las enfermedades crónicas se presenta, actualmente, de manera individualizada para cada una de ellas. La alta prevalencia de pacientes pluripatológicos hace necesario disponer de información clínicamente relevante para enfermedades coincidentes. Por ello presentamos un aplicativo informático que proporciona, de manera rápida, sencilla y en el punto de atención, la información que condiciona o modifica la atención de los pacientes que presentan varias patologías crónicas entre las diez más frecuentes.

Material y métodos. 1. Desarrollo de un espacio informático en Fisterra-e [<http://www.fisterra.es>] capaz de albergar la información estructurada de dichas patologías. 2. Identificar y monitorizar

la información sobre comorbilidad (búsqueda estructurada en Medline, revisión manual de las 6 revistas relevantes y de las 2 secundarias de Medicina Interna de mayor impacto). 3. Introducción de la información seleccionada en forma de textos breves, prácticos y enlazados con el texto original sobre el que sustentan.

Resultados. Esta aplicación permite obtener información relevante para el manejo clínico de pacientes que presentan de forma simultánea al menos dos de las siguientes patologías: cardiopatía isquémica; arteriopatía periférica; ictus; insuficiencia renal crónica; enfermedad pulmonar obstructiva crónica; hepatopatía crónica; osteoartritis; diabetes mellitus; deterioro cognitivo e insuficiencia cardíaca. La información se estructura según su relevancia diagnóstica, terapéutica o en relación al seguimiento y, dentro de cada uno de estos apartados, bien como consejo o bien como advertencia. En conjunto, y hasta la fecha, se han incluido más de 200 aspectos que hacen que la atención médica sea distinta cuando se presentan dos de estas patologías de manera simultánea a cuando lo hacen individualmente. El uso de esta aplicación puede mejorar la calidad asistencial y la seguridad de la atención de los pacientes pluripatológicos.

Conclusiones. Presentamos una aplicación accesible y sencilla, capaz de aportar información relevante para el manejo médico de la comorbilidad.

EA-7 CAUSAS DE MUERTE EN LA PLANTA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO

C. Fonseca López, A. Fernández Alamán, J. Vicario Bermúdez, L. Pereyra Grustán, R. Dolz Aspas y P. Gracia Sánchez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Obispo Polanco. Teruel.

Objetivos. Existen diversos estudios para analizar el tipo de pacientes, la edad y la causa de la muerte, en general realizados en hospitales de primer nivel. Consideramos relevante analizar las causas de muerte en nuestros pacientes en el servicio de medicina interna.

Material y métodos. Hemos seleccionado las historias clínicas de los pacientes dados de alta en el Servicio de Medicina Interna durante el período de octubre de 2009 a finales de marzo de 2010, analizando las de pacientes fallecidos en la tercera planta del Hospital. Hemos organizado las principales causas de fallecimiento dependiendo de los órganos responsables excluyendo la parada cardiorrespiratoria por ser que esta es la consecuencia final de la evolución de las patologías responsables de la muerte.

Resultados. Durante 6 meses comprendidos ente octubre del 2009 a finales de marzo del 2010 se han dado de alta 506 pacientes: 57,1% (289) hombres y 42% (217) mujeres de los cuales 95% (484) de pacientes mayores de 65 años y sólo 5% (12) no superaban los 65 años. De los 484 pacientes mayores de 65 años el 58,2% (282) hombres y 43,8% (212) mujeres. De este grupo de pacientes encontramos que se dio de alta al 29,3% de mayores de 85 años, casi la mitad 47,5% entre los 75 y 85 años, y 23,2% entre los 65 y 75 años. Hemos encontrado 39 exitus de los cuales 37 cumplían criterios de paciente geriátrico 64% (24) hombres y 36% (13) mujeres. La causa principal de exitus fue 40,5% de origen respiratorio como sobreinfección de EPOC fibrosis quística (2) y neumonía. La segunda causa 21,6% (8) fue el fallo cardíaco, la mayoría insuficiencia cardíaca congestiva, como tercera causa encontramos la sepsis 11% (4) de diferentes orígenes y la enfermedad coronaria 11% (4) como infarto agudo del miocardio. Y dentro de las patologías menos predominantes encontramos las hepatopatías 5,5% y hemorragia digestiva 5,5% en relación con la toma de sintrom. Otros como el TEP y ACV son menos frecuentes.

Discusión. Podemos encontrar que la cantidad de pacientes ancianos y pluripatológicos en nuestro servicio es claramente predominante pero que a pesar de la avanzada edad y sus múltiples

enfermedades encontramos que la cantidad de fallecimientos en la planta de medicina interna es baja, con una gran cantidad de altas a domicilio.

Conclusiones. La mayoría de los exitus corresponde, como esperábamos a pacientes geriátricos, con incidencia paralela a su edad. La principal causa de muerte fueron las complicaciones respiratorias con un promedio de edad de 81 años y mayor porcentaje de hombres. Queremos resaltar que se dieron de alta al domicilio o a Residencias de pacientes asistidos, 8 pacientes mayores de 95 años y 2 mayores de 101 años. Las causas de fallecimiento en la mayoría de los casos estaban en relación con patología respiratoria e insuficiencia cardiaca.

EA-8 FRACTURA DE CADERA EN EL ANCIANO: EL PAPEL DEL INTERNISTA

C. Gómez del Valle¹, A. Flamarique Pascual², M. Callejo Plazas¹, M. Aibar Arregui¹, M. Iguzquiza Pellejero¹, M. Navarro Aguilar¹, M. Ranera García³ y M. Crespo Avellana⁴

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Urgencias, ³Servicio de Traumatología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Objetivos. Describir las características de los pacientes mayores de 65 años que ingresan con el diagnóstico de fractura de cadera en el Servicio de Traumatología, la morbilidad (complicaciones, estancia media, reingresos) y mortalidad (exitus durante el ingreso, y al mes del alta).

Material y métodos. Se trata de un estudio descriptivo consecutivo en el que se recogen los pacientes mayores de 65 años, ingresados en el Servicio de Traumatología del HCU "Lozano Blesa" de Zaragoza, con el diagnóstico de fractura de cadera (CIE-10 820.0 a 820.9), entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2009, período en el que existe un Internista adscrito a dicho servicio. Se excluyen de la muestra los pacientes menores de 65 años, con fractura no osteoporótica, los pacientes con fractura periprotésica o los pacientes politraumatizados.

Resultados. El número de pacientes con fractura de cadera ingresados durante ese período fue de 149. La media de edad fue de 83,6 años (DE 7,13). El 78,5% fueron mujeres, frente al 21,5% de varones. El tipo más frecuente de fractura fue la pertrocantérea (46,3%) seguido de la subcapital (45%). La mediana de estancia fue de 15 días. El 52,8% de los casos presentaron alguna complicación médica que requirió tratamiento. El tipo de complicación más frecuente fueron las de etiología infecciosa, especialmente la urinaria (18,8%), seguido de la respiratoria (8%). Si consideramos otro tipo de complicaciones médicas, la más relevante fue la insuficiencia cardiaca (14,1%). El porcentaje de exitus durante el ingreso fue de un 6% y de exitus precoz (durante el primer mes tras el alta) un 1,4% de los casos. El 53% de los pacientes reingresaron por diversos motivos durante el primer año tras el alta.

Discusión. La fractura de cadera es el principal motivo de ingreso en los servicios de Traumatología, siendo la edad media de los pacientes por encima de los 80 años y con un claro predominio del sexo femenino, datos que coinciden con los de nuestro estudio. Estas características epidemiológicas suponen que las complicaciones durante el ingreso sean frecuentes, con numerosas interconsultas a diversos servicios médicos, un aumento de la estancia media y una mayor mortalidad. Los resultados de nuestros estudios muestran que más de la mitad de los pacientes presentaron algún tipo de complicación de diversa índole, que requirió tratamiento médico. La estancia media de los pacientes es ligeramente inferior a la de otros años, teniendo en cuenta que está determinada por la demora de la cirugía y la recuperación funcional tras la misma. Si analizamos las cifras de mortalidad se observa un descenso de hasta un

5%, comparando con las cifras de años previos (en los que no había Internista asociado a este servicio).

Conclusiones. El alto porcentaje de complicaciones médicas hace necesaria el apoyo de un especialista médico en los servicios de Traumatología. La aportación de un Internista en el servicio de Traumatología mejora la mortalidad intrahospitalaria.

EA-9 INSUFICIENCIA RENAL OCULTA EN ANCIANOS INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE APOYO EN CORTA ESTANCIA

M. Ulla Anes¹, J. Forero², A. Marco¹, R. Pacheco¹, J. Casado¹, T. Bellver¹, F.P. Rojas¹ y B. Viña¹

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

Objetivos. Habitualmente se han utilizado las cifras de Creatinina sérica (Cr.) para valorar el grado de Insuficiencia Renal (IR). Sin embargo, el uso de fórmulas para calcular la Tasa de Filtrado Glomerular (TFG) permite detectar la denominada Insuficiencia renal oculta (IRO) caracterizada por la coexistencia de cifras de Cr. normales con TFG inferiores a 60 mL/min/1,73 m². En el anciano, habitualmente polimedicado, la presencia de IRO es de trascendencia pudiendo ocasionar fenómenos de toxicidad farmacológica dosis-dependiente. El propósito de este trabajo es conocer la prevalencia de IRO en ancianos ingresados en un hospital de apoyo, valorando la posible repercusión de esta sobre la prescripción farmacológica.

Material y métodos. 100 pacientes consecutivos ingresados en el Servicio de M. Interna del Hospital Virgen de la Torre (HVT). Se han determinado variables epidemiológicas, clínicas y analíticas. El cálculo de la TFG se ha realizado mediante la fórmula MDRD abreviada. Valores analíticos de referencia: Cr (0,6-1,4 mg/dl), Urea (10-50 mg/dl), TFG < 60 mL/min/1,73 m² (IRO moderada 59-30; IRO grave < 30). El HVT es un hospital de apoyo a corta/media estancia con 100 camas. Los ingresos proceden habitualmente de la urgencia del Hospital Infanta Leonor. Son pacientes geriátricos con patología crónica reagudizada.

Resultados. 100c, 57V/43M, Edad X 75a (R: 60-95). FRCV: HTA 63% (20V/43M). DM 35% (15V/20M). Dislipemia 18% (5V/13M). Tabaquismo 30% (27V/3M). C. isquémica 9% (7V/2M). Prevalencia IRO: 29% (5V/24M), asociación IRO-sexo femenino > 99% (Chi²: 9,2). TFG Media 46,07 mL/m (R: 24,94 - 58,95). IRO moderada 26c (89,65%), IRO grave 3c (10,35%). El 9% (5V/4M) de IRO tenían Cr > 1,4 mg/dl (Cr media 1,77 R: 1,4-2,6). El 19% (3V/16M) de IRO tenían Urea > 50 mg/dl (U. media 95,15 R: 55-339). Niveles de Cr > 1,4 mg/dl como predictores de IR (TFG < 60mL/m): Sensibilidad (31%), Especificidad (100%), VPP (100%), VPN (78%). Niveles de Urea > 50 mg/dl como predictores de IR: Sensibilidad (65,5%), Especificidad (75,5%), VPP (45,2%), VPN (87,7%). FRCV asociados a IRO: 2 FRCV 12c (41,37%); 1 FRCV 10c (34,48%); 3 FRCV 5c (17,24%), 4 FRCV 1c (3,44%), sin FRCV 1c (3,44%). Asociación IRO-FRCV (1 o más) entre 95-99% (χ²: 5,32).

Discusión. La IRO es prevalente en nuestra serie (29%) con preferencia en el sexo femenino (χ² 9,2). La TFG X (46 ml/m) es trascendente por ser pacientes tratados con fármacos potencialmente tóxicos a dosis no corregidas según TFG (antibióticos, IECA, digoxina, ADO, etc.). Respecto a los marcadores clásicos de IR, la urea muestra una baja sensibilidad/especificidad, hecho ya conocido (se artefacta por HDA, deshidratación, etc.). La Cr. tiene alta especificidad pero baja sensibilidad. Por esto, creemos de interés generalizar la TFG para detectar la IRO. La práctica totalidad de pacientes con IRO presentan algún FRCV (62% 2 o más) en relación con afectación renal microvascular (asociación estadística significativa).

Conclusiones. 1. La IRO presenta una prevalencia elevada en pacientes geriátricos, con predilección por el sexo femenino. 2. La TFG media en nuestra serie (46 ml/m), compatible con IR moderada, tiene implicaciones en cuanto a la prescripción de fármacos con metabolización renal. 3. La introducción de la TFG en el arsenal

analítico de uso habitual en el anciano permite detectar la IRO, evitando problemas de toxicidad farmacológica que pueden influir en la morbilidad de este grupo de enfermos.

EA-10 ICTUS EN EDADES AVANZADAS: REALIDAD FUERA DE UNA UNIDAD DE ICTUS

A. Ballesteros Álvarez¹, S. Hidalgo Martín², F. Afonso Argilés³, J. Grau Amorós¹, A. Sánchez Escamilla¹, L. Dorado Bouix⁴, A. Planas Comes⁴ y J. Vila Planas¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, ³Servicio de Geriatría, ⁴Servicio de Neurología. Hospital Municipal de Badalona. Badalona (Barcelona).

Objetivos. Descripción del perfil de los pacientes (p) con ictus ingresados en un hospital comarcal. Análisis de la influencia de la edad en dicho perfil y en la morbi-mortalidad.

Material y métodos. Análisis retrospectivo de los ictus (excluidos accidentes isquémicos transitorios) ingresados durante el año 2009 en un hospital comarcal, sin criterios para unidad de ictus. Se recogieron variables clínicas, neurológicas y funcionales. Análisis mediante paquete estadístico SPSS 15.0.

Resultados. 104 ictus: isquémicos 94 (90,4%), hemorrágicos 10 (9,6%). Hombres 45 (43,3%). Edad $78,7 \pm 12,3$ [47-101] a. Factores riesgo: DM 39 (37,5%), HTA 69 (66,3%), dislipemia 32 (30,8%), cardiopatía isquémica 23 (22,1%), fibrilación auricular 26 (25%), arteriopatía periférica 6 (5,8%), ictus previo 26 (25%) p. Tratamientos previos: antiagregantes 40 (38,4%), estatinas 28 (26,9%), anticoagulación 9 (8,7%). Territorio: anterior 73 (70,2%); vertebro-basilar 15 (14,4%); varios 8 (7,7%); indeterminado 5 (4,8%). Categoría (isquémicos): cardioembólicos 36 (38,3%), lacunares 14 (14,9%), aterotrombótico 14 (14,9%), indeterminado 30 (31,9%) Evolución: Estancia mediana 11 días IQR [7-15]. El NIHSS pasó de 4 IQR [2-7] al ingreso a 2 IQR [1-5] al alta ($p < 0,05$). El Barthel previo ($79 \pm 30,7$) empeoró al ingreso ($37,6 \pm 32,5$) ($p < 0,05$), aunque mejoró al alta $46,8 \pm 33,6$ ($p < 0,05$). Complicaciones en 30p (28,8%): progresión ictus (4), epilepsia (2), agitación (6), infección urinaria (11), respiratoria-broncoaspiración (5), hemorragia sistémica (1), insuficiencia cardíaca (3), insuficiencia renal (3). Previo ingreso el 30,7% de p. con Rankin ≥ 3 y al alta un 48,1% ($p < 0,05$). Exitus 9p (8,6%). Distribución por décadas: < 70a (20p), 70-79a (27p), 80-89a (38p), > 90a (19p). La relación hombres/mujeres se invertía en < 80a (33/14) y > 80a (12/45) ($p < 0,05$). Barthel previo en > 80a ($69,2 \pm 33,8$) fue peor que en < 80a ($92,3 \pm 19,8$) ($p < 0,05$), diferencias que se mantuvieron al alta ($33,4 \pm 28$ y $65,1 \pm 32,4$, respect.). La mediana de NIHSS al ingreso en > 80a (7 [1-24]) mayor que en < 80a (2 [1-8]) ($p = 0,001$), lo que se tradujo en una menor recuperación al alta (5[0-28] y 1[0-7], respect.). La fibrilación auricular fue más frecuente en > 80a (36,8%) que en < 80a (10,6%) ($p = 0,003$) y el mecanismo cardioembólico más prevalente en > 80a, mientras en < 70a predominó el aterotrombótico y lacunar ($p = 0,03$). Las complicaciones fueron más frecuentes en > 80a [OR = 3,1 (IC95% 1,2-7,7)] así como los exitus, aunque estos sin llegar a la significación [OR 3,1 (IC95% 0,6-15,9)]. Destino alta: Convalecencia socio-sanitario 33 (31,7%), larga estancia-paliativos 6 (5,7%), domicilio con rehabilitación o seguimiento médico 18 (17,3%), domicilio sin rehabilitación 32 (30,8%), otros 6 (5,8%).

Discusión. La alta proporción de pacientes de edades avanzadas se justifica por sesgo de hospital comarcal: aquellos tributarios de unidad de ictus son derivados, lo que también explica la menor proporción de hemorragias. La afectación neurológica fue relativamente moderada, incluso en p. ancianos, pero implicó un franco empeoramiento funcional. La incidencia de ictus cardioembólico a mayor edad subraya la utilidad de tratamientos preventivos.

Conclusiones. Edades avanzadas se asocian a mayor magnitud del ictus, más complicaciones y peor recuperación funcional. El origen cardioembólico es el más prevalente en este grupo de edad.

EA-11 PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN EN PACIENTES INGRESADOS CON FRACTURA DE CADERA

M. Callejo Plazas¹, A. Flamarique Pascual¹, C. Gómez del Valle¹, J. Ocón Bretón², V. Garcés Horna¹, R. Pelayo Cacho¹, M. Matía Sanz¹ y M. Sánchez Marteles¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Nutrición. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Objetivos. Valorar la presencia de desnutrición en pacientes ancianos ingresados por fractura osteoporótica de cadera en nuestro sector.

Material y métodos. Se recogieron todos los pacientes mayores de 65 años, que ingresaron en el Servicio de Traumatología de nuestro Hospital por fractura osteoporótica de cadera, durante dos meses consecutivos. Se excluyeron aquellos pacientes con enfermedad oncológica activa, con fractura periprotésica o politraumatizados. A todos los pacientes se les realizó el test "Mini Nutricional Assessment" validado internacionalmente para conocer su estado nutricional, siendo valorados como en riesgo de malnutrición, malnutridos o sin riesgo, en función de la puntuación obtenida en dicho test.

Resultados. Se recogieron 41 pacientes. 8 de ellos eran varones (19,5%). La media de edad fue de 84 años. A cuatro pacientes no se les pudo realizar la valoración nutricional por no acompañamiento familiar y deterioro cognitivo. 18 pacientes (43,9%) del total no presentaban desnutrición, mientras que 19 (46,34%) estaban en riesgo de malnutrición o en malnutrición franca (5 pacientes, 12%). La media de edad de los pacientes desnutridos fue de 90 años.

Discusión. La malnutrición es un factor de mal pronóstico en el paciente hospitalizado, favorece la aparición de úlceras de decúbito y prolonga la estancia hospitalaria. Es un factor de fácil tratamiento en la mayoría de los casos, con suplementos nutricionales vía oral. En nuestro estudio, hay una importante prevalencia de malnutrición, la mitad de los pacientes que ingresan por fractura osteoporótica de cadera presentan malnutrición o están en riesgo de desarrollarla. Además la media de edad de los pacientes afectados es más elevada que la media del conjunto, lo que podría implicar que a mayor edad mayor riesgo de padecer malnutrición, aunque sería necesario un mayor número muestral para encontrar diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones. La malnutrición o el riesgo de desarrollarla es común en los pacientes que ingresan por fractura casual osteoporótica de cadera mayores de 65 años. Es un factor a tener en cuenta en el tratamiento de estos pacientes ya desde el primer día de tratamiento hospitalario.

EA-13 DERIVACIÓN Y VALIDACIÓN DE UN NUEVO MODELO PRONÓSTICO PARA PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS: ÍNDICE PROFUND

M. Bernabeu-Wittel¹, M. Ollero-Baturone¹, M. Maiz-Jiménez², A. Ruiz-Cantero², M. Bayón-Sayago¹, J. Forteza-Rey³, A. Sanjosé-Laporte⁴ e Investigadores del proyecto PROFUND (Grupo de Pacientes Pluripatológicos y Edad Avanzada de la SEMI)

¹Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga). ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca (Illes Balears). ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospitals Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos. Desarrollar un nuevo índice pronóstico de mortalidad a 12 meses específicamente diseñado para PPP.

Material y métodos. El índice pronóstico se desarrolló en 1.632 PPP reclutados al alta hospitalaria, en consultas externas, o duran-

te el seguimiento en hospitalización domiciliaria, de 36 hospitales españoles. Los factores de riesgo potenciales de mortalidad a los 12 meses de seguimiento se obtuvieron de los datos clínicos multidimensionales en los 1.525 PPP (93,44% de los reclutados) que finalizaron el seguimiento. A cada factor asociado independientemente a la mortalidad en la cohorte de derivación (757 pacientes de los hospitales de la mitad occidental del país) se le asignó un peso pronóstico en función de su odds ratio; posteriormente la puntuación total del índice PROFUND se calculó para cada paciente sumando los puntos de cada factor pronóstico. La precisión del índice se evaluó en la cohorte de validación (768 pacientes de los hospitales de la mitad occidental del país) analizando su calibración (calculando los cuartiles de riesgo de mortalidad comparativa, y la bondad de ajuste mediante el test de Hosmer-Lemeshow); y su poder discriminativo (mediante curvas ROC y cálculo del área bajo la curva). Finalmente se comparó la precisión del índice PROFUND con la obtenida con el índice de Charlson en toda la cohorte.

Resultados. La mortalidad en las cohortes de derivación/validación fue 35%/39,5%, respectivamente. Se identificaron nueve factores predictores independientes con los que se construyó el índice ponderando su peso (edad ≥ 85 años, 3 puntos; cuidador principal distinto de cónyuge, 2 puntos; neoplasia activa, 6 puntos; demencia, 3 puntos; disnea clase III-IV de la NYHA y/o MRC, 3 puntos; delirium en último ingreso hospitalario, 3 puntos; hemoglobinemias < 10 g/dL, 3 puntos; índice de Barthel < 60 , 4 puntos; ≥ 4 ingresos hospitalarios en los 12 meses previos, 3 puntos). La mortalidad en los grupos de riesgo de las cohortes de derivación/validación fue 12,1%/14,6% para los pacientes con 0-2 puntos; 21,5%/31,5% para aquéllos con 3-6 puntos; 45%/50% para aquéllos con 7-10 puntos; y 68%/61,3% para los que alcanzaron 11 o más puntos, respectivamente. La calibración fue buena en ambas cohortes (bondad de ajuste de la probabilidad pronosticada mediante el test de Hosmer-Lemeshov, $p = 0,43/p = 0,07$), así como el poder discriminativo que obtuvo un área bajo la curva de 0,77 [0,731-0,805]/0,7 [0,67-0,74] en la cohorte de derivación/validación, respectivamente. La calibración del índice de Charlson en la cohorte global fue buena (bondad de ajuste de la probabilidad pronosticada mediante el test de Hosmer-Lemeshov, $p = 0,87$), pero el poder discriminativo pobre (área bajo la curva 0,59 [0,56-0,62]). Estos resultados del Proyecto PROFUND se han enviado su presentación en los congresos de sociedades autonómicas de Medicina Interna de España.

Conclusiones. Este nuevo índice pronóstico, basado en variables clínicas simples, implementa un método preciso y transportable para estratificar el riesgo de mortalidad al año en poblaciones hospitalarias de PPP.

EA-14 DETERIORO FUNCIONAL DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS. RESULTADOS A 1 AÑO DE SEGUIMIENTO DEL PROYECTO PROFUND

L. Moreno-Gaviño¹, M. Bernabeu-Wittel¹, V. Rodríguez-Martínez², M. Fernández-Miera³, M. Godoy⁴, A. Tejera-Concepción⁵, P. Tenllado-Doblas⁶ e Investigadores del proyecto PROFUND (Grupo de Pacientes Pluripatológicos y Edad Avanzada de la SEMI)

¹Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Torrecárdenas. Almería. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Valdecilla. Santander (Cantabria). ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga). ⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Sra. de la Candelaria. Tenerife. ⁶Servicio de Medicina Interna. Hospital de Requena. Valencia.

Objetivos. Analizar el deterioro funcional para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y sus predictores en el seguimiento a 12 meses en pacientes pluripatológicos (PPP) incluidos en el estudio PROFUND.

Material y métodos. Estudio prospectivo observacional transversal en el que incluyeron a PPP (según la definición vigente desde 2007) de 36 hospitales españoles pertenecientes a 11 Autonomías, entre febrero 2007 y junio 2008. Evaluación del perfil funcional para las ABVD mediante el índice de Barthel (IB) en situación basal y a los 12 meses. Análisis de los factores asociados al deterioro funcional (caída de ≥ 10 , ≥ 20 y ≥ 30 puntos en el IB, respectivamente). Para el análisis univariado se utilizaron los test de χ^2 , ANOVA y post-hoc de Tukey y T3-Dunnett, Kruskal-Wallis y U de Mann-Whitney, y para el multivariado la regresión logística paso a paso hacia atrás (paquete SPSS 16.0); considerándose el dintel de significación estadística con $p < 0,05$.

Resultados. De los 1.632 PPP incluidos, 1.525 (93,44%) finalizaron el seguimiento. La mortalidad global de la cohorte fue el 37,2%. El IB basal y a los 12 meses de los 958 pacientes supervivientes fue 85 (rango intercuartil [RIC] = 35), y 70 (RIC = 40), respectivamente. La caída media de puntuación en el IB se situó en $11,7 \pm 24$ puntos (477 pacientes [49,8%], 353 [36,8%], y 266 [27,8%] presentaron una caída de ≥ 10 , ≥ 20 y ≥ 30 puntos en el IB, respectivamente). Las dimensiones más afectadas en el deterioro funcional (porcentaje de pacientes con algún nivel de dependencia basal/algún nivel de dependencia a los 12 meses) fueron el uso del retrete (26,7%/53,4%), el arreglarse (17,6%/34,1%), vestirse (40,7%/55,5%), el baño (43,1%/57,8%), la micción (30%/40%), la alimentación (16,8%/26,1%), y las deposiciones (21,2%/28,6%), siendo menor en subir escaleras (58,8%/64%), transferencia cama-silla (37,1%/39%), y la deambulación (42%/43%). Los factores asociados de forma independiente a la caída de ≥ 10 puntos en el IB fueron el sexo femenino ($p = 0,001$; OR 1,64 [1,23-2,17]), requerir cuidador principal ($p = 0,003$; OR 1,56 [1,16-2,08]), y un IMC < 25 ($p = 0,03$; OR 1,42 [1,03-1,96]); los asociados a caídas de ≥ 20 puntos fueron requerir cuidador principal ($p = 0,001$; OR 1,7 [1,25-2,4]), un IMC < 25 ($p = 0,059$; OR 1,37 [0,99-1,9]), niveles de albuminemia < 3 g/dL ($p = 0,034$; OR 1,47 [1,03-2,1]), y haber presentado delirium en el último ingreso ($p = 0,047$; OR 1,7 [1,01-2,8]); y el asociado a caídas de ≥ 30 puntos tan sólo niveles de albuminemia < 3 g/dL ($p = 0,033$; OR 1,5 [1,03-2,1]). Estos resultados del Proyecto PROFUND se han enviado su presentación en los congresos de sociedades autonómicas de Medicina Interna de España.

Conclusiones. El deterioro funcional para las ABVD de la muestra de base hospitalaria de PPP durante 12 meses, se sitúa en una media de 10 puntos del Índice de Barthel, siendo las dimensiones más afectadas las relacionadas con el uso del baño-retrete y el arreglo personal.

EA-15 FACTORES ASOCIADOS A LAS NECESIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DURANTE 1 AÑO DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

C. Luque-Amado¹, B. Barón-Franco², A. Fernández-Moyano³, M. Rincón-Gómez⁴, M. Nieto-Martín⁴, P. Retamar Gentil⁶, J. Aliqué⁵ e Investigadores del proyecto PROFUND (Grupo de Pacientes Pluripatológicos y Edad Avanzada de la SEMI)

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga). ²Servicio de Medicina Interna. Hospital General Juan Ramón Jiménez. Huelva. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla. ⁴Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío. Sevilla. ⁵Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena. Sevilla. ⁶Servicio de Medicina Interna. Hospital de Manresa. Manresa (Barcelona).

Objetivos. Analizar las necesidades de hospitalización y sus predictores en el seguimiento a 12 meses en pacientes pluripatológicos (PPP) incluidos en el estudio PROFUND.

Material y métodos. Estudio prospectivo observacional transversal en el que incluyeron a PPP, de 36 hospitales españoles, entre febrero 2007 y junio 2008. Evaluación del número de ingresos hospitalarios durante los 12 meses de seguimiento. Análisis de los factores asociados a haber requerido 2 o más ingresos hospitalarios durante los 12 meses de seguimiento o hasta el fallecimiento. Para el análisis univariado se utilizaron los test de χ^2 , ANOVA y post-hoc de Tukey y T3-Dunnett, Kruskal-Wallis y U de Mann-Whitney, y para el multivariado la regresión logística paso a paso hacia atrás. Significación estadística con $p < 0,05$.

Resultados. De los 1.632 PPP incluidos, 1.525 (93,44%) finalizaron el seguimiento. La mortalidad global de la cohorte fue el 37,2%. La mediana de ingresos durante el seguimiento fue 1 (rango intercuartil [RIC] = 2), requirieron dos o más ingresos 405 pacientes (el 26,6%). Los pacientes que requirieron 2 o más ingresos durante el seguimiento tenían una edad de $78,5 \pm 9$ años, y el 53% eran varones. La media de categoría de inclusión fue $2,8 \pm 0,8$ /paciente siendo las más frecuentes las enfermedades cardiológicas (83,5%), seguidas de las respiratorias (50%), renales (36%), las neurológicas (29%), las neoplasias/hemopatías (29%), y la arteriopatía periférica/diabetes con repercusión visceral (28%); la media de comorbilidades asociadas fue $3,1 \pm 1,7$ siendo las más frecuentes la HTA (72%), seguida de la fibrilación auricular (35%), dislipemia (29%), diabetes sin repercusión visceral (28%), el síndrome ansioso-depresivo (13,1%), y la enfermedad péptica/reflujo gastroesofágico (10,5%). La puntuación media del índice de Barthel, Lawton-Brody, Pfeiffer, Gijón y del Charlson fue 73 ± 28 , $3,6 \pm 2,5$, 1 (RIC = 2), $10,4 \pm 3,1$, y $6,6 \pm 4,4$, respectivamente. El 50,4% presentaban grados de disnea 3-4 de la NYHA/MRC, teniendo oxigenoterapia domiciliaria el 24%. El 8% había desarrollado delirium en el último ingreso y el 16% tuvo más de una caída el año previo a su inclusión. Los factores asociados de forma independiente a la necesidad de 2 o más ingresos durante el seguimiento fueron la insuficiencia cardíaca ($p < 0,0001$; OR 1,9 [1,43-2,52]), la presencia de neoplasia activa ($p = 0,036$; OR 1,4 [1,02-1,9]), estar en clase funcional 3 o 4 de la NYHA/MRC ($p = 0,016$; OR 1,36 [1,06-1,79]), y un grado de deterioro cognitivo al menos moderado (5 o más errores en la escala de Pfeiffer) ($p = 0,02$; OR 1,66 [1,2-2,28]).

Conclusiones. Más de la cuarta parte de los PP tuvieron dos o más hospitalizaciones en 12 meses; siendo los factores de riesgo para ésta, la insuficiencia cardíaca, la presencia de neoplasia activa, estar en clase funcional 3 o 4 de la NYHA/MRC y el deterioro cognitivo al menos moderado.

EA-16

NUEVO ÍNDICE PROFUND COMO PREDICTOR DE LA MORTALIDAD EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

L. de la Higuera Vila¹, D. Mendoza Giraldo¹, C. Hernández Quiles¹, J. Praena Segovia¹, P. Bohorquez Colombo², M. Bernabeu Wittel¹, A. Ortiz Camúñez² y M. Ollero Baturone¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. Validar el índice PROFUND como índice predictor de la muerte al año en una cohorte multicéntrica de pacientes pluripatológicos (PPP) reclutados en Centros de Atención Primaria del área urbana y periurbana de Sevilla.

Material y métodos. El índice PROFUND se desarrolló en 1.632 PPP reclutados al alta hospitalaria, en consultas externas, o durante el seguimiento en hospitalización domiciliaria, de 36 hospitales españoles. Consta de nueve variables clínicas sencillas multidimensionales (edad ≥ 85 años, 3 puntos; cuidador principal distinto de cónyuge, 2 puntos; neoplasia activa, 6 puntos; demencia, 3 puntos; disnea clase III-IV de la NYHA y/o MRC, 3 puntos; delirium en último ingreso hospitalario, 3 pun-

tos; hemoglobinemia < 10 g/dL, 3 puntos; índice de Barthel < 60 , 4 puntos; ≥ 4 ingresos hospitalarios en los 12 meses previos, 3 puntos). La mortalidad en los grupos de riesgo fue 12-14% para los pacientes con 0-2 puntos; 21,5-31,5% para aquéllos con 3-6 puntos; 45-50% para aquéllos con 7-10 puntos; y 61-68% para los que alcanzaron 11 o más puntos. La precisión del índice se evaluó en la cohorte PPP-AP analizando su calibración (calculando los cuartiles de riesgo de mortalidad comparativa, y la bondad de ajuste mediante el test de Hosmer-Lemeshow); y su poder discriminativo (mediante curvas ROC y cálculo del área bajo la curva). Finalmente se comparó la precisión del índice PROFUND con la obtenida con el índice de Charlson en la cohorte PPP-AP.

Resultados. Se incluyeron 285 PPP (edad media $74,5 \pm 13$, el 51,6% varones), con una media de categorías de inclusión y otras comorbilidades de $2,3 \pm 0,5$ y $3,1 \pm 1,6$, respectivamente. Las categorías más prevalentes fueron las cardiopatías (prevalencia del 69,9%), enfermedades neurológicas (36,3%), arteriopatía periférica/diabetes con repercusión visceral (35,5%), enfermedades respiratorias (26%), y la enfermedad osteoarticular (26,1%). La media de la puntuación basal en el Í. Barthel, Charlson, Pfeiffer, y Gijón fue 70 ± 33 , $3,2 \pm 1,5$, $2,5 \pm 3,2$, y $9,9 \pm 3$, respectivamente. El número de ingresos en los 12 meses previos a la inclusión fue $0,7 \pm 1,25$, y el 10,6%/27,8% sufrió delirium en el último ingreso/más de una caída en el último año. La mortalidad de la cohorte a los 12 meses de seguimiento fue del 18,9%. La mortalidad en los grupos de riesgo fue del 7% para los pacientes con 0-2 puntos; 24,7% para aquéllos con 3-6 puntos; 31,8% para aquéllos con 7-10 puntos; y 33% para los que alcanzaron 11 o más puntos, respectivamente. La calibración fue buena (bondad de ajuste de la probabilidad pronosticada mediante el test de Hosmer-Lemeshov, $p = 0,128$), así como el poder discriminativo que obtuvo un área bajo la curva de 0,705 ($p < 0,0001$). La calibración del índice de Charlson en la cohorte fue subóptima (bondad de ajuste de la probabilidad pronosticada mediante el test de Hosmer-Lemeshov, $p = 0,03$), y el poder discriminativo pobre (área bajo la curva 0,53, $p = 0,57$).

Conclusiones. El índice PROFUND mantiene una buena precisión en la estratificación del riesgo de mortalidad al año en poblaciones de PPP de Atención Primaria.

EA-17

IMPLICACIONES CLÍNICAS Y PRONÓSTICAS DEL FILTRADO GLOMERULAR EN PACIENTES MUY ANCIANOS HOSPITALIZADOS

T. Casanova Querol¹, L. Navarri Sese¹, I. Chivite Lineros¹, M. Martín-Baranera² y P. Armario García¹

¹Servicio de Medicina Interna-Unidad Geriátrica de Agudos, ²Unidad de Epidemiología. Hospital General de l' Hospitalet. Barcelona.

Objetivos. Descriptivo del filtrado glomerular (FG) en pacientes muy ancianos hospitalizados. Análisis de los factores asociados a la presencia de FG disminuido, y ver si hay diferencias clínicas y/o pronósticas entre los grados 3A y 3B de insuficiencia renal.

Material y métodos. Análisis descriptivo del FG de los pacientes ingresados (abril 2008-abril 2010) y dados de alta en este período. 1) Datos sociodemográficos: edad, sexo, núcleo de convivencia, estado civil, soporte social y unidad de procedencia. 2) Datos clínicos: diagnóstico principal, estancia media, reingresos, y destino al alta. Valoración geriátrica: Índice de Barthel (IB) previo, al ingreso y al alta. Ganancia funcional, OARS, Pfeiffer, comorbilidad de Charlson, y síndromes geriátricos. 3) FG al ingreso: analizar los pacientes con FG 3A y 3B y ver relación con la estancia media, los reingresos, la mortalidad, el grado de dependencia y la presencia de síndromes geriátricos e infección nosocomial. Análisis estadísti-

co: bivariado: Chi-cuadrado (variables cualitativas), t Student (variables cuantitativas).

Resultados. 499 pacientes, mediana edad 85 años (mín 40-máx 104), 54% mujeres, 65% viven en familia, 77% buen soporte social. Procedencia: 92% urgencias. Diagnósticos: 33% infecciones, 22% insuficiencia cardiaca, 13% delirium y demencia, 13% aparato respiratorio. Estancia media: 11,7 días (mín 1-máx 78). Reingresos 10,8%. Destino al alta: 43% domicilio, 24% sociosanitario, 16% residencia y 14,8% exitus. Valoración geriátrica: IB (previo 55,3 ± 33,4, ingreso 28,4 ± 32, y alta 46,5 ± 33), ganancia funcional mediana 10 puntos (mín 0-máx 85), OARS 2,57 ± 3,87, Pfeiffer ingreso 3,6 ± 3, Charlson medio 2,5 ± 1,7. Síndromes geriátricos (alteración del sueño 48%, broncoaspiración 13%, incontinencias (urinaria 72% y fecal 56%), caídas 14%, delirium 42%, demencia 40,5%, sintomatología depresiva 21%, trastornos de conducta 13%, disfagia 38%, estreñimiento 54%, inmovilidad 42%, dolor 27%, malnutrición 79% y polimedicación 76%). FG al ingreso: estadio I-II: 143 (28,7%), estadio IIIA: 151 (30%), IIIB: 135 (27%) y estadios IV-V: 70 (14%).

Discusión. Análisis estadístico: No hemos hallado diferencias entre los pacientes con FG en estadio 3A y 3B en cuanto a: días de estancia y número de reingresos. Tampoco hemos hallado diferencias en cuanto a la comorbilidad previa, la ganancia funcional, el OARS, y la presencia de síndromes geriátricos o de infecciones nosocomiales entre ambos grupos. Los pacientes con FG estadio 3B son significativamente más dependientes al ingreso que los pacientes con FG estadio 3A. (Dependencia moderada-severa 78% 3A vs 90% 3B, $p = 0,01$). Los pacientes con FG estadio 3B tienen una mortalidad mayor que los pacientes en estadio 3A (23% 3B vs 2,6% 3A, $p < 0,0001$), y estas diferencias se mantienen cuando ajustamos los pacientes por grupos de edad.

Conclusiones. El 71% pacientes muy ancianos hospitalizados tienen FG < 60 ml/min. De éstos, el 80% se encuentran en estadio 3A. Los pacientes con FG estadio 3B asocian mayor dependencia funcional al ingreso y mayor mortalidad intrahospitalaria que los pacientes con estadio 3^a.

EA-18 PERFIL CLÍNICO Y PREDICTORES DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA DE LOS PACIENTES INGRESADOS CON NEUMONÍAS POR ASPIRACIÓN EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

N. Rodríguez Valero¹, O. Torres Bonafonte¹, R. Moras Sarabia², M. Lamarca Soria¹, D. Ruiz Hidalgo¹, J. López-Contreras¹ y J. Casademont Pou¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²Servicio de Medicina Interna. Clínica Corachan, S.A. Barcelona.

Objetivos. Analizar el perfil clínico y los predictores de mortalidad intrahospitalaria de las neumonías por aspiración (NA) en los pacientes ingresados en Medicina Interna.

Material y métodos. Estudio prospectivo observacional de los pacientes con NA ingresados en nuestras salas de Medicina Interna de marzo 2007-marzo 2009. Se define NA como: clínica compatible tras aspiración presenciada y/o claros factores de riesgo con aparición de nuevo infiltrado radiológico. Se adoptaron los criterios IDSA-ATS (Am J Respir Crit Care Med. 2005;171:388-416) para clasificar las neumonías como nosocomiales o asociadas a cuidados sanitarios. Se registró la gravedad (Índice-I-Fine, CURB-65), estado funcional 15 días antes del ingreso (Í Barthel) y comorbilidad (Í Charlson). Se realizó un análisis multivariado mediante regresión de Cox. Los resultados se analizaron con el sistema SPSS v18.

Resultados. Se reclutaron 103 pacientes (55% mujeres) con edad media de 84 ± 10,5 (96% ≥ 65 años), 45% procedían de residencia o

centro sociosanitario. Al ingreso presentaron I Fine 128 ± 26,5, CURB-65 2,41 ± 0,69, Í Charlson 2,7 ± 1,7, I Barthel 36 ± 32,6. Las comorbilidades más frecuentes fueron: insuficiencia cardiaca (IC) 21%, EPOC 23%, accidente vascular cerebral (AVC) 33% y demencia 67%. Los factores de riesgo de aspiración más frecuentes fueron la disfagia neurológica 69% y la disminución del nivel de conciencia 16%. En el 50,5% la neumonía se asoció a cuidados sanitarios (NACS) y en un 18% fue nosocomial. Se realizó estudio etiológico en un 68% de los casos. En 15,5% se obtuvo aislamiento microbiológico con predominio de Streptococcus pneumoniae (5 casos), Pseudomonas aeruginosa (4) y Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (2). La mortalidad intrahospitalaria fue 31% y la estancia media de 18,4 ± 19,6 días. Se analizaron los factores asociados a la mortalidad intrahospitalaria y tras realizar análisis univariante se introdujeron en el análisis multivariante las siguientes variables: demencia, edad, sexo, I Fine, Í Charlson, CURB-65, Í Barthel, EPOC, AVC, IC. Las variables predictoras del modelo multivariante fueron AVC ($p = 0,04$; HR 2,89; IC95%: 1,4-5,9) e índice de Fine ($p = 0,02$; HR 1,02; IC95%: 1,009-1,04). El área bajo la curva fue de 0,783; $p < 0,0001$; IC95%: 0,68-0,89.

Discusión. El índice de Fine mostró asociación con el pronóstico de la NA frente al CURB-65 (incluido en el análisis sin mostrar asociación). De hecho, el I. Fine tiene en cuenta aspectos relacionados con la aspiración como la comorbilidad neurológica, la alteración del estado mental y la institucionalización. Por otra parte, la asociación de la mortalidad intrahospitalaria con el antecedente de AVC pensamos que podría relacionarse con una disfagia neurológica más severa que la demencia. Llama la atención que pese a que un elevado porcentaje de nuestros pacientes cumple criterios de NACS esta variable no se correlacionó con la mortalidad.

Conclusiones. Las NA afectaron principalmente a pacientes ancianos, dependientes, institucionalizados y con alta comorbilidad neurológica. Sólo una tercera parte de las NA fueron adquiridas en la comunidad. La evolución de los pacientes fue mala durante el ingreso, presentando alta mortalidad y estancias medias prolongadas. Los factores pronósticos de mortalidad intrahospitalaria fueron: el I Fine y el antecedente de AVC.

EA-19 VARIABILIDAD ESTACIONAL EN EL INGRESO HOSPITALARIO DE LOS PACIENTES CON PLURIPATOLOGÍA

R. Dolz Aspas, M. Calpe, L. Mouronval, A. Fernández Alamán, C. Fonseca López, J. Vicario Bermúdez y P. Gracia Sánchez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Obispo Polanco. Teruel.

Objetivos. El envejecimiento progresivo de la población, en parte gracias a los avances alcanzados en la medicina, mejoría en el diagnóstico y tratamiento de las diferentes patologías, propicia que los pacientes presenten un mayor número de patologías crónicas que confluyen, modificando su curso natural, así como la actitud en su tratamiento y en el seguimiento de las mismas. Observamos como en determinados periodos existe un mayor número de ingresos hospitalarios con una mayor sobrecarga del Servicio. Hemos querido conocer si realmente existe una variación estacional en la hospitalización de este tipo de pacientes, y si esta tendencia varía en función de las principales categorías definitorias.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de 310 historias clínicas de una muestra aleatoria de 1.983 pacientes ingresados durante un año en el Servicio de Medicina Interna. Utilizamos el paquete estadístico SPSS 10.0.

Resultados. Agrupados los ingresos por la estación de año, se observa que existe un significativo mayor porcentaje de ingresos durante el invierno (36,4%). Sobre todo en los pacientes con insuficiencia cardiaca y EPOC. Los pacientes con DM o arteriopatía peri-

Tabla 1 (EA-19).

	Pluripatológicos N = 165	Categoría A N = 110	Categoría B N = 67	Categoría C N = 91	Categoría D N = 22	Categoría E N = 65	Categoría F N = 33	Categoría G N = 29
Invierno	60 (36,4%)	37 (33,6%)	24 (35,8%)	46 (50,5%)	3 (13,65)	19 (29,2%)	11 (33,3%)	8 (27,6%)
Primavera	14 (8,5%)	9 (8,2%)	9 (13,4%)	8 (8,8%)	2 (9,1%)	7 (10,8%)	0	3 (10,3%)
Verano	42 (25,5%)	30 (27,3%)	20 (29,9%)	19 (20,9%)	9 (40,9%)	17 (26,2%)	7 (21,1%)	9 (31%)
Otoño	49 (29,7%)	34 (30,9%)	14 (20,4%)	18 (19,8%)	8 (36,4%)	22 (33,8%)	15 (45,5%)	9 (31%)

férica y los pacientes con enfermedad oncológica o hematológica presentan un porcentaje más elevado de ingresos durante el otoño. En cambio Categorías D (enfermedad inflamatoria intestinal y hepatopatía crónica) E (enfermedad neurológica con déficit) presentan un mayor porcentaje de ingresos hospitalarios durante el otoño y el verano.

Discusión. El ingreso de los enfermos pluripatológicos depende además de otros, de factores ambientales como la estación del año. En invierno se producen la mayor parte de las reagudizaciones y descompensaciones de las patologías de base de estos pacientes (enfermedad pulmonar obstructiva crónica e insuficiencia cardiaca congestiva fundamentalmente) y probablemente por ello es en esta época cuando se concentra el mayor porcentaje de ingresos hospitalarios de este tipo de enfermos.

Conclusiones. Los pacientes pluripatológicos presentan variación estacional en su hospitalización en relación con las diferentes categorías clínicas establecidas. Ver tabla 1 (EA-19).

EA-20

FRACTURA DE CADERA: INTERCONSULTAS EN LAS PRIMERAS 48 HORAS

J. Miramontes González¹, D. Pescador Hernández², J. Herraes¹, A. Plata Izquierdo¹ y A. Sánchez Rodríguez¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Traumatología. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.

Objetivos. Analizar los motivos que condicionan las interconsultas que se realizan en pacientes ingresados por fractura de cadera, dentro de las primeras 48 horas, independientemente del tipo de fractura, y así valorar la comorbilidad que condiciona la evolución.

Material y métodos. Se realiza un análisis retrospectivo de las interconsultas que han sido valorados por M. Interna durante tras el ingreso de pacientes con diagnóstico de fractura de cadera. Tras la selección se recogen de las historias y se valoran los datos que condicionan la petición y los diagnósticos y tratamientos derivados de las mismas.

Resultados. Los pacientes recogidos, con los criterios de selección mencionados, presentaban una edad media 83,4 años. Las patologías previas que presentaban al ingreso que condicionaban la valoración por M. Interna, atienden a factores de riesgo vascular (FRV) clásicos, en su mayoría: DM 2 (73%), HTA (47%), arritmias cardíacas (34%), de las cuales la FA ha supuesto el 94% de los casos, con necesidad de reversión de hipocoagulación y control de frecuencia, la alteración del nivel de conciencia supone, exceptuando los FRV, una cifra importante (17%), otras motivos están presentes en 12% de los pacientes.

Discusión. Los resultados muestran la alta prevalencia de los factores de riesgo vascular clásicos en la mayoría de los pacientes, algo esperable dada la elevada edad de los pacientes y la prevalencia de las estas patologías en estos rangos de edad. La principal conclusión que se extrae es que conociendo estas patologías y su

prevalencia es necesario que se valore su presencia desde el ingreso de una forma habitual y protocolizada lo que evitaría retrasos en su identificación y tratamiento. La fractura de cadera requiere un abordaje multidisciplinar.

EA-21

RABDOMIÓLISIS EN ANCIANOS INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE APOYO

M. Ulla Anes¹, A. Marco¹, R. Larburu², P. Asegurado², J. Casado¹, A. Amengual¹, T. Bellver¹ y C. Barrasa¹

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

Objetivos. La rabdomiólisis (RB) es causada por la lesión de las células musculares esqueléticas con liberación de su contenido celular (mioglobina, CPK, aldolasa, LDH, AST, ALT, fosforo, potasio...) al torrente circulatorio y se define como la elevación de al menos cinco veces el valor normal de la CPK en suero. Las causas son múltiples (fármacos, infecciones bacterianas o víricas, convulsiones/ejercicio, lesión muscular directa, lesiones isquémicas, etc.) y sus principales complicaciones son la insuficiencia renal aguda, las alteraciones metabólicas, CID y el síndrome compartimental. El propósito de este trabajo es conocer la prevalencia de RB, sus causas y las complicaciones más frecuentes en una población de ancianos ingresados en un hospital de apoyo.

Material y métodos. Pacientes diagnosticados de RB en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Virgen de la Torre (HVT) durante el periodo junio-2009-2010. Se han analizado variables epidemiológicas, clínicas, analíticas y complicaciones. El HVT es un hospital de apoyo dotado de 100 camas. Recibe los ingresos procedentes del Hospital Infanta Leonor. Son pacientes en edad geriátrica con patología crónica.

Resultados. 10 c, 7V/3M, Edad X 71,5a. R (54-94). 3 c en tratamiento con estatinas: atorvastatina 80 mg (1c), simvastatina 40 mg (1c), simvastatina 20 mg (1c). Etiología de la RB: Sepsis 5c (5V), Traumatismos/inmovilización prolongada 4c (2V/2M), fármacos (atorvastatina) 1c (1M). Sintomatología muscular en anamnesis (dolor y/o debilidad muscular) 6c (3V/3M). Nivel sérico X de CPK 11.033 UI/L, R (1060 -74.131). Elevación simultánea de otros enzimas musculares (GOT, mioglobina) en los 10 casos. La determinación de troponina I fue normal en todos los casos. Insuficiencia renal (Creat > 1,4 o FG < 60 ml/m) achacable a la RB 6c (5V/1M). Creatinina sérica X 2,3 mg/dl, R (1,6-4,4). No se objetivaron alteraciones relevantes respecto a niveles séricos de potasio, calcio y fosforo. Acidosis metabólica moderada (pH 7,20) en 2c. En todos los pacientes se normalizó la función renal tras tratamiento (fluidoterapia, diuréticos y alcalinización de la orina). El nivel sérico de CPK más elevado corresponde a una paciente en tratamiento reciente con 40 mg/día de simvastatina que no presentó deterioro de la función renal.

Discusión. En nuestra serie, la etiología infecciosa bacteriana con sepsis y daño muscular secundario es la causa más frecuente de RB. Le sigue la etiología traumática con varios casos de ancianos que

sufrieron caída con inmovilización prolongada. La toxicidad farmacológica es la causa menos frecuente, probablemente por ser pacientes ancianos con enfermedad crónica avanzada, donde el uso de estatinas como prevención primaria o secundaria es de menor relevancia. Destacamos la buena recuperación con ausencia de repercusión renal, probablemente en relación con RB moderadas tratadas sin gran demora. El único caso de RB achacable a estatinas fue una paciente con IAM reciente (4 semanas) que había iniciado simvastatina 40 mg/día (CPK de 74.131 UI/L). Los otros 2c en tratamiento con estatinas presentaron otras causas como desencadenantes del cuadro.

Conclusiones. 1. La prevalencia de RB es baja en nuestra serie, predominando la etiología infecciosa como desencadenante. 2. La etiología traumática/inmovilización no es infrecuente, poniendo de manifiesto la necesidad de intensificar la supervisión y vigilancia del anciano, habitualmente con deterioro funcional y cognitivo. 3. Se trata de RB moderadas, con buena respuesta al tratamiento y ausencia de complicaciones. 4. El único caso de RB asociado a estatinas ocurrió tras escasas semanas de iniciar el tratamiento, lo que confirma la necesidad de monitorizar posibles efectos secundarios en sus fases iniciales.

EA-22 PRÓTESIS DENTALES EN MAYORES DE 80 AÑOS Y CAMBIOS DE TEXTURA DE LA DIETA

J. Miramontes González, M. Miramontes González,
J. González Pérez, M. Pérez García, E. Mosquera Isidro
y A. Sánchez Rodríguez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.

Objetivos. Conocer la necesidad de uso de prótesis dentales, distinguiendo en parciales y totales, y las necesidades que supone su presencia cuando se valora las comorbilidades de los pacientes octogenarios en un servicio de M. Interna. Así como la necesidad de valorar la textura de la dieta requerida por cada paciente.

Material y métodos. Se realiza un estudio durante un período de tres meses. Se valora el uso de prótesis dentales en el momento del ingreso, con dos variables: parciales y totales. Se realizan dos preguntas: 1- ¿Desde que usa prótesis qué alimentos no quiere comer? 2- ¿Qué dieta prefiere: normal, blanda (en textura), procesada en trituradora?

Resultados. El 64% de los pacientes utilizan algún tipo de prótesis dentales. De los cuales el 43% son prótesis totales y el 57% son parciales sin especificar modelos y materiales. Un 15% de los pacientes refieren comer de todo y sin dificultades. El mayor porcentaje de alimentos con los que presentan dificultades para poder comer son los productos cárnicos, en la encuesta se reflejan los filetes a la plancha y el jamón principalmente. Las preferencias de dieta en el momento de ingreso se ven sesgadas por el olvido de las prótesis en el domicilio. De los pacientes que tenían las prótesis en el ingreso, el resultado es el siguiente: 32% normal, 21% de textura blanda, 47% procesada por trituradora.

Discusión. El alto porcentaje de pacientes mayores de ochenta años que presenta prótesis dentales al ingreso es superior al 50%. Las complicaciones que se derivan de la capacidad de masticar que presentan los pacientes en muchos casos nos hacen que debamos cambiar las dietas en su textura. No hacerlo supone que, en no pocos casos, el paciente no coma la cantidad adecuada o engulla los alimentos sin masticarlos.

Conclusiones. 1. Es necesario conocer, como parte de la valoración de las comorbilidades, si los pacientes presentan prótesis dentales al ingreso. 2. Adecuar la dieta en texturas y alimentos en función de las necesidades de nuestros pacientes.

EA-23 HIGIENE BUCAL EN PACIENTES OCTOGENARIOS QUE USAN PRÓTESIS DENTALES

J. Miramontes González, M. Miramontes González,
J. González Pérez, E. Fraile Villarejo, C. Montilla Morales
y A. Sánchez Rodríguez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.

Objetivos. Conocer los hábitos de higiene sobre las prótesis dentales de pacientes octogenarios que ingresan en un servicio de Medicina Interna, independientemente de la causa de ingreso.

Material y métodos. Se realiza un estudio durante 120 días a los pacientes que ingresan en un servicio de Medicina Interna. Se seleccionan los pacientes que usan prótesis dentales (parciales y totales). A los pacientes seleccionados, o a sus familiares, se les realizan las siguientes preguntas: 1- ¿Cada cierto tiempo acude a su odontólogo para revisar las prótesis? 2- ¿Con qué frecuencia realiza la limpieza de la prótesis dental? 3- ¿Usa algún tipo de enjuague bucal o métodos químicos de limpieza para la prótesis?

Resultados. 1- A la pregunta de revisión de la prótesis destaca que el 50% no vuelve a revisarla ni acude al odontólogo de forma regular. Un 40% acude todos los años de forma más o menos programada a revisión y un 10% presenta una frecuencia mayor de un año, si bien los pacientes responden: "Si no me da problemas...". 2- En la frecuencia de la higiene de las prótesis dentales hemos aceptado que lo haga el paciente como el cuidador. Más de una vez al día el 29%, una vez al día 43%, varias veces a la semana 28%. 3- El uso de métodos químicos para la higiene de las prótesis se ha respondido de la siguiente manera: el 32% usaba pastillas efervescentes específicas para la limpieza de prótesis, 50% pasta de dientes de uso habitual, un 18% con agua y un cepillo y otras sustancias no específicas.

Discusión. La presencia de prótesis dentales en pacientes octogenarios es muy frecuente, su correcto uso y seguimiento no siempre es adecuado, así como no lo es la higiene que se dispensa estas prótesis. Es necesario preguntar a nuestros pacientes si son portadores de prótesis dentales y sus hábitos de higiene con el fin de mejorar estos aspectos. Es notable la cantidad de pacientes que no revisan las prótesis y que comentan la necesidad de reajustarla porque no se adapta anatómicamente o les produce úlceras por rozamiento que algunos casos ocasiona déficit alimentarios.

Conclusiones. 1. Es necesario investigar el uso de prótesis dentales. 2. Hay que valorar las revisiones que realizan para un buen uso de las mismas. 3. Valorar la higiene y los métodos que utilizan, así como aconsejar sobre estos temas. 4. Investigar la presencia de úlceras o alteraciones secundarias a un uso incorrecto de las prótesis.

EA-24 EFECTO DEL TRATAMIENTO NO BRONCODILATADOR SOBRE LA SUPERVIVENCIA EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

J. Díez-Manglano¹, A. Escalera-Zalvide², J. Medina³, T. Martínez²,
L. Feliu-Mazaria⁴, B. Pinilla⁵, C. de la Calle-Cabrera⁶
e Investigadores del proyecto PROFUND (Grupo de Pacientes
Pluripatológicos y Edad Avanzada de la SEMI)

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

²Servicio de Medicina Interna. Hospital General Juan Ramón

Jiménez. Huelva. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital 12 de

Octubre. Madrid. ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital General

de Mallorca. Palma de Mallorca (Illes Balears). ⁵Servicio de

Medicina Interna. Hospital General Universitario Gregorio

Marañón. Madrid. ⁶Servicio de Medicina Interna. Hospital

Universitario de Salamanca. Hospital Clínico. Salamanca.

Objetivos. Valorar el efecto de que el uso de diferentes fármacos sin efecto broncodilatador tiene sobre la supervivencia en pacien-

tes pluripatológicos (PPP) con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Material y métodos. Estudio prospectivo observacional transversal en el que incluyeron a PPP, de 36 hospitales españoles, entre febrero 2007 y junio 2008. Se ha estudiado el subgrupo de PPP con EPOC incluidos en el proyecto. En el momento de inclusión en el estudio se recogió el uso de inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) o antagonistas del receptor de la angiotensina 2 (ARA-2), betabloqueantes, diuréticos, hipolipemiantes, antiagregantes plaquetarios, antidepressivos. Posteriormente se ha realizado el seguimiento de los pacientes durante un año. La comparación de variables cuantitativas se ha realizado con test t de Student, la comparación de variables cualitativas con el test de χ^2 y el análisis de supervivencia con el test de regresión de Cox.

Resultados. Se han incluido 688 PPP con EPOC, 71,4% varones y 28,6% mujeres, con una edad media de $77,9 \pm 9,6$ años. De ellos 435 (63,2%) estaban en tratamiento con IECA/ARA-2, 161 (23,4%) con betabloqueantes, 492 (71,5) con diuréticos, 344 (50%) con antiagregantes plaquetarios, 216 (31,4%) con hipolipemiantes y 68 (9,9%) con antidepressivos. Al cabo de un año fallecieron 258 pacientes (37,5%). Los pacientes fallecidos eran de mayor edad ($79,7 \pm 9,3$ vs $76,9 \pm 9,6$ años; $p = 0,0002$). La supervivencia fue mayor en los pacientes que tomaban IECA/ARA-2 (66,7% vs 55,3%; $p = 0,003$), y menor en los que tomaban diuréticos (40,0% vs 31,1%; $p = 0,03$). No hubo diferencia en los que tomaban antiagregantes plaquetarios (38,1% vs 36,9%; $p = 0,75$), hipolipemiantes (33,3% vs 39,4%; $p = 0,13$) ni antidepressivos (29,4% vs 38,4%; $p = 0,15$). En el análisis multivariante la mortalidad estuvo asociada con la edad (HR 1,03, IC 85% 1,01-1,04; $p = 0,0001$), el uso de IECA/ARA-2 (HR 0,63, IC95% 0,49-0,81; $p = 0,0003$) y el uso de diuréticos (HR 1,54, IC95% 1,15-2,06; $p = 0,004$). Estos resultados del Proyecto PROFUND se han enviado su presentación en los congresos de sociedades autonómicas de Medicina Interna de España.

Conclusiones. En pacientes pluripatológicos con EPOC el uso de IECA/ARA-2 se asocia con una mayor supervivencia al cabo de un año y el uso de diuréticos se asocia con mayor mortalidad.

EA-25

¿SON TODOS LOS SHOCK CARDIOGÉNICOS POST-IAM IGUALES? INFLUENCIA DE LA EDAD DEL PACIENTE EN EL PRONÓSTICO. UN REGISTRO DE NUESTRO MEDIO

V. Hidalgo Olivares, J. Córdoba Soriano, A. Gutiérrez Díez, R. Fuentes Manso, A. Ruiz Tornero, A. Gallardo López, M. Simón García y J. Jiménez Mazuecos

Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

Objetivos. El shock cardiogénico (SC) constituye la principal causa de mortalidad hospitalaria en los pacientes (P) con IAM. Conocemos que el intervencionismo en P seleccionados contribuye a mejorar su pronóstico, aunque es menos conocido cual debe ser el manejo en pacientes mayores (PM) al existir pocos datos y en poblaciones pequeñas.

Material y métodos. Registro prospectivo de P consecutivos no seleccionados que llegaron vivos a sala de hemodinámica en situación de SC. Se estudia las características clínicas y el pronóstico hospitalario y al año en función de la edad: < 75 años (PJ) y > 75 (PM). Se excluyen SC en el contexto de arritmias o complicaciones mecánicas.

Resultados. Se estudiaron 75 P. El 45% eran PM. En PM el 54% eran varones (vs 85% en PJ, $p = 0,004$). Los PM eran significativamente menos diabéticos (20% vs 60%, $p = 0,001$) y menos fumadores (6% vs 27%, $p = 0,01$). Entre los PM el 50% se presentaron como SC, 64% tenían enfermedad multivaso, la FEVI media fue del 35%, se usó balón de contrapulsación en el 42% e inhibidores IIbIIIa en el 31% (todas las variables similares a los PJ). Se intentó angioplastia en el 93%. Aunque la supervivencia a las 72 horas (68% vs 80%) y al alta hospitalaria (51% vs 65%) fue peor en PM no alcanzó significación. No obstante al año la supervivencia de los PM fue inferior a los PJ (38% vs 62%, log rank 4,3 $p = 0,03$).

Conclusiones. El SC cuando afecta a pacientes mayores se presenta en una población diferente a la del paciente joven (más mujeres, menos diabéticos y fumadores). Estos pacientes tienen un mal pronóstico hospitalario que empeora dramáticamente en el primer año de seguimiento a pesar de medidas agresivas con respecto a poblaciones menos añosas por lo que quizás sea necesario seleccionar que P deben ser sometidos a tratamientos estos tratamientos invasivos.

EA-26

EFFECTO DE LA ANEMIA Y EL DETERIORO DE LA FUNCIÓN RENAL EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

J. Galindo Ocaña¹, A. Fuertes Martín², M. Soria López³, M. Cassani Garza⁴, I. Novo Valeiro², M. Montero Pérez-Barquero⁵, H. Llorente-Cancho² e Investigadores del proyecto PROFUND (Grupo de Pacientes Pluripatológicos y Edad Avanzada de la SEMI)

¹Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Clínico. Salamanca. ³Servicio de Medicina Interna. Clínica Virgen de la Vega, S.A. Murcia. ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios de El Aljarafe. Sevilla. ⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Córdoba.

Objetivos. Determinar si la coexistencia de anemia y/o deterioro de la función renal influyen sobre la mortalidad en pacientes pluripatológicos (PPP) con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Material y métodos. Estudio prospectivo observacional transversal en el que incluyeron a PPP (según la definición vigente desde 2007) de 36 hospitales españoles pertenecientes a 11 Autonomías, entre febrero 2007 y junio 2008. Se ha estudiado el subgrupo de PPP con EPOC incluidos en el proyecto. En el momento de inclusión en el estudio se recogieron las cifras de hemoglobina y creatinina. Para el cálculo de la tasa de filtración glomerular (TFGe) se ha utilizado la fórmula MDRD-4. Se ha diagnosticado la anemia siguiendo los criterios de la OMS (Hb < 13 g/dL en varones y < 12 g/dL en mujeres) y el deterioro de la función renal cuando la TFGe era < 60 mL/min. Posteriormente se ha realizado el seguimiento de los pacientes durante un año. La comparación de variables cuantitativas se ha realizado con test t de Student, la comparación de variables cualitativas con el test de χ^2 y el análisis de supervivencia con el test de regresión de Cox.

Resultados. Se han incluido 474 (71,2%) varones y 192 (28,8%) mujeres PPP con EPOC (edad media de $78,0 \pm 9,6$ años). De ellos 410 (61,6%) tenían anemia y 297 (44,6%) deterioro de la función renal. Los pacientes con anemia eran de mayor edad ($78,9 \pm 9,2$ vs $76,5 \pm 9,9$ años; $p = 0,002$). Los pacientes con anemia tienen mayor mortalidad al cabo de un año (42,9% vs 28,1%; $p = 0,0001$) pero no los pacientes con deterioro de la función renal (38,4% vs

36,3%; $p = 0,58$). En el análisis multivariante la mortalidad estuvo asociada con la edad (HR 1,03, IC95% 1,01-1,04; $p = 0,0005$) y con la anemia (HR 1,65, IC95% 1,25-2,18; $p = 0,0004$). Estos resultados del Proyecto PROFUND se han enviado su presentación en los congresos de sociedades autonómicas de Medicina Interna de España.

Conclusiones. En pacientes pluripatológicos con EPOC la presencia de anemia se asocia con mayor mortalidad a un año pero no la existencia de deterioro de la función renal.

EA-27 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN HOSPITALIZADA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. RELACIÓN ENTRE EDAD Y COMORBILIDAD

C. Rodríguez Leal¹, M. Sánchez Gili², O. Martín Segarra¹, C. Villamor Jiménez¹, L. García Sifuentes¹, M. González Anglada¹, M. Pérez Encinas² y V. Castilla Castellano¹

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

Objetivos. Se estudió la prevalencia de diferentes patologías en el Servicio de Medicina Interna (SMI) del Hospital Universitario Fundación de Alcorcón (HUFA), que forman parte del índice de Charlson, así como la posible relación existente este índice y algunas variables clínicas.

Material y métodos. Se revisan consecutivamente 198 informes de alta de pacientes atendidos en el SMI del HUFA, excluyendo exitus, durante los meses de febrero y marzo de 2010, una aplicación del programa de historia clínica electrónica del HUFA. Se confeccionó una tabla de Access 97 que recogía fecha de nacimiento, ingreso, alta, patologías que integran el índice de Charlson, hipertensión arterial y fibrilación auricular. El análisis descriptivo se realizó mediante el programa SPSS 15.

Resultados. De los 198 pacientes, el 52,5% eran mujeres y el 24,4% estaban institucionalizados. Un 94,4% procedían de ingresos urgentes. La edad media fue 76,9. Presentaban al ingreso una media de 6,1 fármacos, y al alta 7,8. Un 85,9% recibieron 4 o más fármacos al alta (polimedicados). El índice de Charlson medio fue de 2,7. La estancia media fue de 8,24 días. La prevalencia de las diferentes patologías fue: enfermedad cardiovascular: cardiopatía isquémica, 12,6%, insuficiencia cardiaca, 24,7%, de los que el 73,4% constituyó su motivo de ingreso; arteriopatía periférica, 3%; enfermedad vascular cerebral, 18,7%, siendo ictus isquémico aterotrombótico el 54,1%, ictus isquémico cardioembólico el 35,2%, y el resto ictus hemorrágico; fibrilación auricular, 28,8%; insuficiencia renal crónica estadio IV o V, 18,7%; hipertensión arterial, 64,1%; diabetes mellitus tipo II, 27,3%, de los que el 50% tenía lesión de órganos diana relacionada; demencia, 19,7%, de los que el 91,7% la padecían en forma avanzada; hemiplejía, 5,1%; EPOC, 19,7%; conectivopatía, 0,5%; úlcera péptica, 7,6%; Neoplasia: cáncer no metastásico el 13,1%; cáncer metastásico, 6,1%; linfoma, 3%; SIDA, 1%. No hubo pacientes cirróticos ni con leucemia. Se analizó la relación entre Charlson y edad encontrándose una correlación estadísticamente significativa ($p = 0,27$) (coeficiente de correlación de Pearson 0,157). No existió asociación de Charlson con estancia media ni edad y estancia media.

Discusión. Los pacientes que ingresan en el SMI del HUFA son muy ancianos y un cuarto de ellos vive en residencias. Mayoritariamente son paciente polimedicados y pluripatológicos. La patología más prevalente es la enfermedad cardiovascular. Se observa correlación entre la edad y la carga de patología medida por el índice de Charlson.

Conclusiones. Los pacientes presentan gran carga de patología debido en gran medida a la edad avanzada de la población atendida en nuestra área.

EA-28 OSTEOPOROSIS EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA

S. Ruiz¹, J. Murcia Zaragoza², C. Ramos Cantos³, N. Ramírez-Duque⁴, J. Machín-Lázaro⁵, E. Sacanella⁶, E. Villegas-Bruguera⁷ e Investigadores del proyecto PROFUND (Grupo de Pacientes Pluripatológicos y Edad Avanzada de la SEMI)

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital de Inca. Inca. (Illes Balears). ²Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga). ⁴Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío. Sevilla. ⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara. ⁶Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona. ⁷Servicio de Medicina Interna. Hospital Dos de Maig de Barcelona-Consorti Sanitari Integral. Barcelona.

Objetivos. Determinar la prevalencia de osteoporosis y de factores asociados con la misma en los pacientes pluripatológicos (PPP) con insuficiencia cardiaca crónica (ICC).

Material y métodos. Se ha estudiado el subgrupo de PPP (según la definición vigente desde 2007) con ICC incluidos en el proyecto PROFUND. Para su inclusión los pacientes tenían que estar en clase II o superior de la NYHA en situación basal. En el momento de inclusión en el estudio se recogieron las cifras de peso, talla, hemoglobina, albúmina y creatinina, consumo de fármacos y se calcularon los índices de Charlson, Barthel, Lawton, Pfeiffer y la escala de Gijón. Se ha calculado el índice de masa corporal (kg/m^2). Para el cálculo de la tasa de filtración glomerular (TFGe) se ha utilizado la fórmula MDRD-4. Se ha diagnosticado la anemia siguiendo los criterios de la OMS ($\text{Hb} < 13 \text{ g/dL}$ en varones y $< 12 \text{ g/dL}$ en mujeres) y el deterioro de la función renal cuando la TFGe era menor de $60 \text{ mL}/\text{min}$. Se ha dividido a los pacientes en dos grupos según tuvieran osteoporosis (OP) o no (NOP). Posteriormente se ha realizado el seguimiento de los pacientes durante un año. La comparación de variables cuantitativas se ha realizado con test t de Student, la comparación de variables cualitativas con el test de χ^2 y el análisis de supervivencia con el test de regresión de Cox.

Resultados. Se han incluido 886 PPP con ICC, 45,9% varones y 54,1% mujeres, con una edad media de $79,6 \pm 9,2$ años. De ellos 65 (7,38%) tenían OP. Los pacientes con OP tenían peor puntuación en la escalas de Barthel ($63,1 \pm 30,6$ vs $71,8 \pm 28,7$; $p = 0,02$) y Pfeiffer ($3,50 \pm 3,13$ vs $2,56 \pm 2,94$; $p = 0,02$). No había diferencias en edad, índice de masa corporal, índice de Charlson ni en los valores de albúmina, hemoglobina y TFGe. En 537 PPP (40 OP y 497 NOP) se determinó la proteína C reactiva ultrasensible observando valores superiores en los pacientes con OP ($37,0 \pm 66,8$ vs $20,1 \pm 36,9 \text{ mg/dL}$; $p = 0,01$). Los pacientes con OP consumían un mayor número de fármacos ($9,9 \pm 3,5$ vs $8,3 \pm 3,1$; $p = 0,0001$). La presencia de OP se asoció con el sexo femenino (3,34, IC95% 1,82-6,13; $p < 0,0001$) y con el uso de neurolépticos (2,47, IC95% 1,20-5,11; $p = 0,01$) y antidepresivos (OR 2,14, IC95% 1,12-4,08; $p = 0,02$). Al cabo de un año fallecieron 340 pacientes (38,4%). La probabilidad de supervivencia a los 6 meses era 0,61 en OP y 0,80 en NOP aunque la diferencia al cabo de un año no fue significativa (46,1% vs 37,8%, $p = 0,18$).

Conclusiones. En pacientes pluripatológicos con ICC, la presencia de OP se asocia con el sexo femenino, con mayor polifarmacia y con

un peor desempeño de las actividades básicas de la vida diaria y con una peor función cognitiva.

EA-29

¿EXISTE LA PARADOJA DE LA OBESIDAD EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA?

A. Mora Rufete¹, J. Díez Manglano², M. Sánchez-Ledesma³, B. Massa⁴, M. Rodríguez Benedito⁵, L. Abella Vázquez⁶, S. Gómez Lesmes⁵ e Investigadores del proyecto PROFUND (Grupo de Pacientes Pluripatológicos y Edad Avanzada de la SEMI)

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Elche. Elche/Elx (Alicante). ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Royo Villanova. Zaragoza. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Clínico. Salamanca. ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Vila-joiosa. Vila-joiosa (Alicante). ⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Requena. Requena (Valencia). ⁶Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Sra. de la Candelaria. Tenerife.

Objetivos. Determinar si la denominada paradoja de la obesidad (menor mortalidad en pacientes con sobrepeso u obesidad) existe en los pacientes pluripatológicos (PPP) con insuficiencia cardíaca crónica (ICC).

Material y métodos. Se ha estudiado el subgrupo de PPP (según la definición vigente desde 2007) con ICC incluidos en el proyecto PROFUND. Para su inclusión los pacientes tenían que estar en clase II o superior de la NYHA en situación basal. En el momento de inclusión en el estudio se recogieron las cifras de peso, talla, hemoglobina, albúmina y creatinina y se calcularon los índices de Charlson, Barthel, Lawton, Pfeiffer y la escala de Gijón. Se ha calculado el índice de masa corporal (kg/m²). Para el cálculo de la tasa de filtración glomerular (TFGe) se ha utilizado la fórmula MDRD-4. Se ha diagnosticado la anemia siguiendo los criterios de la OMS (Hb < 13 g/dL en varones y < 12 g/dL en mujeres) y el deterioro de la función renal cuando la TFGe era menor de 60 mL/min. Se ha dividido a los pacientes en dos grupos: normo o infrapeso (NIP) en caso de IMC ≤ 25 y sobrepeso u obesidad (SPO) en caso de IMC > 25. Posteriormente se ha realizado el seguimiento de los pacientes durante un año. La comparación de variables cuantitativas se ha realizado con test t de Student, la comparación de variables cualitativas con el test de χ^2 y el análisis de supervivencia con el test de regresión de Cox.

Resultados. Se han incluido 777 PPP con ICC, 46,7% varones y 53,3% mujeres, con una edad media de 79,4 ± 9,3 años. De ellos 219 (28,2%) tenían NIP y 558 (71,8%) SPO. Los pacientes con NIP eran de mayor edad (80,7 ± 9,3 vs 78,9 ± 9,3 años; p = 0,02). Los pacientes con NIP tenían valores menores de albúmina (3,22 ± 0,59 vs 3,40 ± 0,55 g/dL, p = 0,0002) y hemoglobina (11,2 ± 2,1 vs 11,7 ± 2,1; p = 0,002), pero valores superiores de TFGe (62 ± 30 vs 57 ± 28 mL/min; p = 0,03). Los pacientes con NIP puntuaban más bajo en los índices de Barthel 58,7 ± 34,4 vs 64,3 ± 31,2; p = 0,03), Lawton (2,75 ± 2,55 vs 3,25 ± 3,24; p = 0,04) y Pfeiffer 3,0 ± 3,1 vs 2,4 ± 2,8; p = 0,006) pero no existían diferencias en la escala de Gijón (10,7 ± 3,5 vs 10,3 ± 3,2; p = 0,18) ni en el índice de Charlson (4,2 ± 2,2 vs 4,1 ± 2,0; p = 0,53). Al cabo de un año fallecieron 94 (42,9%) pacientes con NIP y 199 (35,7%) pacientes con SPO (p = 0,06). En el análisis multivariante sólo la edad (HR 1,02, IC95% 1,00-1,03; p = 0,008), la existencia de anemia (HR 1,31, IC95% 1,01-1,71; p = 0,04) y la dependencia para las actividades básicas (HR 2,46, IC95% 1,93-3,13; p = 0,0002) se asociaron con la mortalidad.

Conclusiones. En pacientes pluripatológicos con ICC, a pesar de existir una tendencia en tal sentido, el sobrepeso y la obesidad no se asocian con una mayor supervivencia al cabo de un año.

EA-30

DEPRESIÓN EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS CON ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA

M. Romero-Jiménez¹, A. Alemán², J. Barbé Gil-Ortega³, P. Giner⁴, G. Ternavasio⁵, M. Castillo Blasco⁶, F. Medrano González⁷ e Investigadores del proyecto PROFUND (Grupo de Pacientes Pluripatológicos y Edad Avanzada de la SEMI)

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Elena. Huelva.

²Servicio de Medicina Interna. Hospital J.M. Morales Meseguer. Murcia. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Vall d'Hebron-Àrea de Traumatologia i Rehabilitació. Barcelona.

⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. ⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Clínico. Salamanca. ⁶Servicio de Medicina Interna. Hospital Doctor Moliner. Serra (Valencia). ⁷Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Albacete. Albacete.

Objetivos. Determinar la prevalencia de depresión en pacientes pluripatológicos (PPP) con enfermedad pulmonar crónica (EPC) y los factores relacionados con su aparición.

Material y métodos. Se ha estudiado el subgrupo de PPP (según la definición vigente desde 2007) con EPC incluidos en el proyecto PROFUND. En el momento de inclusión en el estudio se recogieron datos de edad, sexo, índice de masa corporal, número de comorbilidades y se calcularon los índices de Charlson, Barthel, Lawton, Pfeiffer y la escala de Gijón. También se recogió el uso de oxígeno domiciliario, haber tenido caídas el año previo y la necesidad de tener un cuidador. Posteriormente se ha realizado el seguimiento de los pacientes durante un año. La comparación de variables cuantitativas se ha realizado con test t de Student y la comparación de variables cualitativas con el test de χ^2 .

Resultados. Se han incluido 686 PPP con EPC, 490 (71,4%) varones y 196 (28,6%) mujeres, con una edad media de 77,90 ± 9,6 años. De ellos 61 (8,9%) tenían depresión. Los pacientes con depresión tenían más comorbilidades (5,0 ± 1,8 vs 3,0 ± 1,8; p = 0,0002) y peores puntuaciones en los índices de Barthel (63,8 ± 28,5 vs 74,8 ± 29,7; p = 0,006), Lawton (2,83 ± 2,32 vs 3,66 ± 2,62; p = 0,02) y en la escala de Gijón (11,0 ± 3,2 vs 10,1 ± 3,3; p = 0,04). Tenían mayor índice de masa corporal (31,2 ± 10,9 vs 28,5 ± 6,7; p = 0,009). Los PPP con EPC y depresión eran con más frecuencia mujeres (47,5% vs 26,7%; p = 0,0006), requerían cuidador (68,3% vs 44,8%; p = 0,0005) y habían sufrido caídas en el último año (29,5% vs 17,9%; p = 0,03). Sólo el 42,6% de los pacientes con depresión recibían tratamiento con antidepresivos. No se observó asociación de la depresión con la mortalidad al cabo de un año.

Conclusiones. En pacientes pluripatológicos con EPC la depresión se asocia con mayor dependencia, mayor comorbilidad, menor apoyo social, con caídas previas y con el sexo femenino.

EA-31

GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA: EXPERIENCIA A LO LARGO DE 6 AÑOS EN UN HOSPITAL COMARCAL

R. Aparicio Santos, I. Vallejo Maroto, C. González Becerra, M. Gómez Hernández, R. Espinosa Callejas, C. Palmero Palmero, F. García Hernández y A. Fernández Moyano

Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios de El Aljarafe. Sevilla.

Objetivos. Describir las características de los pacientes sometidos a la GEP, sus indicaciones, así como la morbimortalidad asociada, desde que dicha técnica fue instituida en nuestro centro hospitalario, a lo largo de seis años completos.

Material y métodos. Análisis retrospectivo y descriptivo de las historias clínicas informatizadas de nuestro centro de los pacientes

que precisaron la realización de la GEP desde el 1 de enero de 2004 a 31 diciembre de 2009. Se obtuvieron 61 procedimientos de los que se recogieron edad, sexo, criterios de pluripatología (en base a los criterios del proceso pluripatológico del Servicio Andaluz de Salud del año 2007), indicaciones y patologías que justifican la técnica, la administración de profilaxis antibiótica, la duración y recambios de la sonda, el tipo de dieta administrada al alta, y las complicaciones asociadas.

Resultados. La edad media de los pacientes de nuestra serie fue de 77 años (rango 41-96), y de ellos 28 (46%) eran varones y 33 (54%) mujeres. La mayoría de ellos (83,6%) no cumplían criterios de pluripatología. Las indicaciones principales para la realización de la GEP fueron enfermedades neurológicas degenerativas tipo demencia (63,9%), enfermedad cerebrovascular (16,4%), enfermedades degenerativas en pacientes jóvenes (< 65 años) (11,5%) y otras causas (neoplasia maligna de cabeza-cuello, esclerosis lateral amiotrófica y esclerosis múltiple) (8,2%). El tiempo medio de duración de la GEP fue de 875 días (rango 5-2010). En 17 pacientes (27,9%) se realizó un recambio de la sonda de gastrostomía siendo la primera sustitución a los 6,3 meses (rango 2,4-12,7). La profilaxis antibiótica se realizó en 12 pacientes (19,7%). La estancia media hospitalaria del episodio en el que se colocó la gastrostomía fue de 12,5 días (rango 0-42). La tasa de complicaciones mayores fue de 8,2% (1 rotura, 1 HDA, 1 encarceración, 3 exitus "intraepisodio") y las menores 34,4% siendo la más frecuente la infección del estoma 19,67% (12 casos), reflujo a través del orificio de la gastrostomía 6,56% (4 casos), extrusión de la sonda 6,56% (4 casos) y disfunción de la sonda 1,63% (1 caso). La mortalidad en estos seis años de seguimiento ha sido del 36%. La dieta suplementada al alta hospitalaria fue con fórmulas entéricas en el 37,7%, con triturada convencional 36,1% y en el 23% no quedó recogida en el informe de alta.

Conclusiones. La mayoría de nuestros pacientes con GEP son añosos, sin pluripatología y con demencia o enfermedad cerebrovascular. La tasa de complicaciones en nuestra serie es algo superior a la descrita en la literatura siendo la infección del estoma la más frecuentemente descrita. Estamos trabajando en la estandarización de la profilaxis antibiótica previa a dicho procedimiento y de un protocolo de seguimiento que garantice la obtención de unos mejores resultados.

EA-32

PACIENTES AÑOSOS Y SCA: ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN LA DEMORA HASTA EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE ANCIANO CON IAM CON ELEVACIÓN DEL ST? ANÁLISIS EN UNA POBLACIÓN DE NUESTRO MEDIO

A. Ruiz Toneró, E. Cambrónero Cortinas, R. Fuentes Manso, A. Gutiérrez Díez, I. López Neira, C. Llanos, F. Salmerón y J. Jiménez Mazuecos

Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

Objetivos. En el IAM con elevación del ST (SCACEST) el tiempo hasta el tratamiento con angioplastia primaria (AP) influye en el pronóstico. La edad es uno de los principales marcadores pronósticos en los pacientes (P). Es posible que en P mayores exista un retraso en la AP debido a que los síntomas sean más difíciles de interpretar por el P o el médico o que el procedimiento sea de mayor complejidad. Para testar esta hipótesis diseñamos este análisis.

Material y métodos. Registro prospectivo de P consecutivos con SCACEST y AP. Se estudió: 1. El tiempo síntomas-puerta, TSiPU, implicado en la percepción de los síntomas por parte del P. 2. El tiempo desde que el P llegaba a urgencias hasta la llamada al hemo-

dinamista (TPuLLa) en relación directa a la dificultad del médico en diagnosticar el cuadro y 3.-El tiempo puerta-balón (TPuBa) como medida integradora de la dificultad en el diagnóstico o del procedimiento. Se definen dos grupos, paciente mayor (PM) y menor (PJ) de 80 años.

Resultados. Se analizaron 278 P con SCACEST y AP. El 14% eran mayores de 80 años (13,9%). De estos PM, el 51% eran varones (el 79% en PJ, $p < 0,001$). Un 6% de fumadores (46% en PJ, $p: 0,001$). No hubo diferencias en otros factores clásicos de riesgo. El 47% eran infartos anteriores. Un 10% se presentaron con shock (2% en PJ, $p: 0,015$). El TSiPU fue de 186 ± 146 en PM vs 200 ± 146 en PJ ($p: ns$). El TPuLLa en PM fue de 28 ± 32 vs 27 ± 11 en PJ ($p: ns$) y el TPuBa fue en PM de 112 ± 77 vs 97 ± 73 en PJ ($p: ns$). El 46% de los PM y el 54% de los PJ tuvieron un TPuBa < 90 minutos ($p: ns$).

Conclusiones. Los pacientes mayores de 80 años con SCACEST son atendidos y diagnosticados con la misma rapidez que los P menos añosos una vez llegan a urgencias. Tampoco existen diferencias en la demora de llegada al hospital por lo que su hipotético mal pronóstico no viene determinado por la celeridad del tratamiento ni por el tiempo de isquemia.

EA-33

VISIÓN INTEGRAL DEL INTERNISTA EN LA CONVALECENCIA DEL ICTUS

A. Truyols Bonet¹, L. Vich Martorell¹, A. Galmés Truyols², J. Carbonero Malbertí¹, F. Palacios Huertas¹ y F. Albertí Homar¹

¹Servicio de Convalecencia. Hospital General de Mallorca. Palma de Mallorca (Illes Balears). ²Epidemiología. DG Salut Pública. Illes Balears. Palma de Mallorca (Illes Balears)

Objetivos. Evaluar la eficacia y la eficiencia de una Unidad de Convalecencia coordinada por el internista para ictus en fase subaguda cuya finalidad es la atención integral planificada por un equipo multidisciplinar (internista, rehabilitador, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopeda, enfermería, psicología, psiquiatría y trabajo social).

Material y métodos. Estudio transversal. Pacientes incluidos en programa, años 2003-2009. Criterios inclusión: secuelas potencialmente recuperables. Criterios exclusión: trastorno cognitivo o comorbilidad grave. Análisis: Perfil clínico: factores de riesgo modificables, comorbilidad (Chalson), nutrición (Conut), deterioro cognitivo (Pfeiffer); Eficacia: Bartel previo (IBP), ingreso (IBI) y alta (IBA); ganancia funcional (GF = IBA-IBI), Hei-nemann corregido ($Hc = 100x GF / (IBP-IBI)$); evolución neurológica (NHI ingreso y alta, NHIi, NHIa); complicaciones, mortalidad, institucionalización. Eficiencia: estancia, eficiencia unidad (IBA-IBI)/estancia.

Resultados. Pacientes incluidos: 440. Edad media 74 años (DT 12). HTA 68%; diabetes 36%; fibrilación auricular 21%; otras cardiopatías 23%. Pfeiffer medio 2,1 (DT 2,3; 21% > 3). Chalson 1,9 (DT 0,8). Conut 2 (DT 2,3; 14% > 4). Evolución funcional: IBP 92, IBI 24; IBA 52; GF 28; Hc 46. Evolución neurológica: NHIi 8, NHIa 5. Discapacidad al ingreso: 11% grave, 50% moderada, 39% leve; al alta: 4% grave, 32% moderada, 64% leve. Complicaciones médicas en el 56% (dos o más en el 43% de ellos): depresión (28%), infección urinaria (15%), hombro doloroso (15%), menos del 10%: respiratorias, descompensación HTA, arritmia, descompensación diabética, ictus, convulsiones, I. cardíaca. Mortalidad 1,1%. Institucionalización 9,5%. Estancia 38 días (DT 25). Eficiencia unidad: 1,1

Discusión. La Medicina Interna históricamente se ocupaba del diagnóstico y tratamiento de las patologías, más adelante creó las Unidades de Pluripatológicos y, actualmente, puede aportar grandes beneficios en las Unidades de Convalecencia - Rehabilitación.

Hay estudios que permiten asegurar que en la fase subaguda del ictus el beneficio funcional es, en gran parte, consecuencia de la prevención y resolución de complicaciones médicas asociadas (crisis HTA, arritmias, alteraciones metabólicas, infección nosocomial, etc.). No obstante, para que la atención sea integral es imprescindible que la evolución de la Medicina Interna contemple principios de Geriátrica (parámetros de valoración, cuidados, funcionalidad, interdisciplinariedad, educación...) y de Rehabilitación y Medicina Física. Esta reflexión consolidaría sin duda al internista en estas unidades.

Conclusiones. Una GF de 28 puntos se considera satisfactoria, al superar los 20 establecidos como punto de corte de significación, sobre todo en dependencia grave (Barthel > 60). Un Hc de 46% indica una buena recuperación funcional. La eficiencia de la unidad, > 1, evidencia una intensa actividad rehabilitadora. El cambio en NHI de grave/moderado al ingreso a moderado/leve al alta muestra una buena recuperación neurológica. La elevada incidencia de depresión es el resultado de una búsqueda activa para tratamiento precoz. El bajo grado de complicaciones médicas, en especial descompensaciones cardiovasculares y reictus, es debida a la aplicación de protocolos específicos para ictus.

EA-34

ALERTA NUTRICIONAL Y MORTALIDAD A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR

P. Al-Cheikh Felices, F. Gomes Martín, I. Martín Algora, E. del Corral Beamonte, I. García-Álvarez García, M. Sevil Puras, P. Lambán Aranda y J. Díez Manglano

Servicio de Medicina Interna. Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

Objetivos. Utilizando los parámetros analíticos colesterol total, albúmina sérica y linfocitos totales se ha desarrollado una herramienta para valorar el riesgo nutricional en pacientes hospitalizados que se conoce como CONTROL NUTricional (CONUT). Establece 4 niveles de alerta: nulo, leve, moderado y grave. Nuestro objetivo es valorar la utilidad de CONUT para predecir la mortalidad a largo plazo en los pacientes con fibrilación auricular (FA) ingresados en un hospital.

Material y métodos. Se han incluido todos los pacientes ingresados con fibrilación auricular 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 de Cox y las curvas de Kaplan-Meier. Para las comparaciones se han utilizado los test t de Student Kruskal-Wallis y χ^2 .

Resultados. Se ha calculado el índice CONUT en 284 pacientes, 128 varones y 156 mujeres, con una edad media de $81,2 \pm 7,9$ años. De ellos 35 pacientes (12,3%) tenían un nivel de alerta nutricional nulo, 108 (38,0%) leve, 111 (39,1%) moderado y 30 (10,6%) grave. Los pacientes en alerta nula o leve eran de menor edad que los pacientes en alerta grave (79 ± 8 , 81 ± 7 y 84 ± 7 años respectivamente $p = 0,002$). No había diferencia en el sexo entre los grupos con diferente nivel de alerta. La mediana de seguimiento ha sido 425 días y fallecieron 186 pacientes (65,5%). La mortalidad fue mayor en los pacientes con mayor nivel de alerta ($p = 0,005$). La mediana de supervivencia fue 954, 461 y 147 días en pacientes con alerta leve, moderada y grave respectivamente.

Discusión. El nivel de alerta nutricional es fácil de calcular y se asocia con la mortalidad en los pacientes con FA. Son necesarios estudios prospectivos para valorar si una intervención nutricional precoz en los pacientes en alerta moderada o grave conlleva una mejoría del pronóstico.

Conclusiones. CONUT es una herramienta útil para predecir el riesgo de muerte a largo plazo en pacientes con fibrilación auricular.

EA-35

EDAD AVANZADA COMO FACTOR DE MAL PRONÓSTICO EN EL ICTUS ISQUÉMICO (ESTUDIO OCTOPUS)

S. Serrano¹, P. Ruiz¹, G. Fresco¹, C. Sánchez¹, C. Valencia¹, A. Bravo¹, J. Castillo¹ y J. Porta²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

²Servicio de Neurología. Complejo Universitario de San Carlos. Madrid.

Objetivos. Estudiar las características clínicas de los pacientes muy ancianos (mayores de 85 años) ingresados por ictus isquémico, así como investigar la edad avanzada como factor predictor de mal pronóstico.

Material y métodos. Estudio de cohortes prospectivo, realizado en un hospital de tercer nivel entre los años 2006-2009. Se recogieron datos clínicos y analíticos de pacientes que ingresaron por ictus isquémico en el momento del ingreso, al alta y al año del alta. Se definieron las cohortes en función de la edad, como muy anciano (edad mayor o igual de 85 años) y no muy ancianos (edad menor de 85 años).

Resultados. De un total de 480 pacientes, el 22% eran muy ancianos. En este grupo el tipo de ictus más frecuente fue el cardioembólico, respecto a los menores de 85 años (49% vs 35%, $p < 0,05$). La prevalencia de mujeres fue mayor (72% vs 29%, $p < 0,05$), así como la de fibrilación auricular crónica (32% vs 21%, OR 1,8, $p < 0,05$). Presentaron, mayor discapacidad previa (escala de Rankin modificada, discapacidad severa 18% vs 4%; sin síntomas 24% vs 58%, $p < 0,05$) y mayor gravedad del ictus al momento del ingreso según la escala NIHSS (más de 6 puntos, 70% vs 41%, $p < 0,05$). Durante el ingreso, la incidencia de neumonía fue mayor (25% vs 9%, OR 3,4, $p < 0,05$), así como la de ITU (25% vs 17%, OR 1,7, $p < 0,05$), agitación psicomotriz (8% vs 4%, OR 2, $p = 0,09$) y sepsis (10% vs 4%, OR 2,6, $p < 0,05$). Globalmente presentaron mayor número de complicaciones (mayor que mediana 37% vs 26%, $p < 0,05$). De las 56 fibrinolisis realizadas, ninguna se llevó a cabo en el grupo de muy ancianos. La mortalidad al año fue mayor en el grupo de muy ancianos (35% vs 9%, OR 5,4, $p < 0,05$). La estancia media fue inferior a la mediana (9 días) en los muy ancianos (14% vs 33%, $p < 0,05$), debido a su mayor mortalidad durante el ingreso (35% vs 7%, OR 4,4, $p < 0,05$), aunque la estancia prolongada (mayor de 1 mes) fue superior entre los muy ancianos (21% vs 11%, $p < 0,05$). Al alta, fueron trasladados con más frecuencia a centros de rehabilitación neurológica (27% vs 12%, $p < 0,05$), y al año de seguimiento, no hubo mayor incidencia de recurrencias (6% vs 9%, $p = 0,4$), aunque si presentaron mayor discapacidad (Rankin = 5, 26% vs 7%, $p < 0,05$).

Discusión. La proporción de pacientes ancianos que alcanzan edades muy avanzadas está aumentando sustancialmente en los últimos años en nuestros hospitales. Existe una noción comúnmente aceptada de que los pacientes muy ancianos que ingresan por un ictus isquémico tienen peor pronóstico que los pacientes más jóvenes, simplemente por el hecho de la mayor edad, aunque hasta el momento, pocos estudios han analizado el problema. En nuestro trabajo, la edad muy avanzada (mayor de 85 años) aparece como un factor que determina peor evolución.

Conclusiones. La edad avanzada ha condicionado en nuestra población de pacientes con ictus isquémico. Peor situación funcional en el momento del ingreso, al alta y al año del episodio. Mayor gravedad del ictus, mayor número de complicaciones médicas, incremento de las hospitalizaciones prolongadas y mayor mortalidad durante el ingreso, así como mayor necesidad de traslado a centros de rehabilitación neurológica. Peor situa-

ción funcional al alta y al año, así como mayor mortalidad global.

EA-36

SERUM HIGH-DENSITY LIPOPROTEIN CHOLESTEROL LEVELS, THEIR RELATIONSHIP WITH FUNCTIONAL AND COGNITIVE STATUS AND THEIR UTILITY TO PREDICT MORTALITY IN NONAGENARIANS

S. Cuerpo¹, F. Formiga¹, A. Ferrer², D. Chivite¹, X. Pintó¹ y R. Pujol¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). ²ABS El Plà. Sant Feliu de Llobregat (Barcelona).

Objectives. High-density lipoprotein cholesterol (HDL-C) low levels have been found to correlate with poor prognosis in elderly people. The aim of this study was to evaluate the association between HDL-C levels and physical and cognitive performance indicators in nonagenarians, and to determine HDL-C levels' influence in the 3-year mortality risk of this population.

Material and methods. We analysed data from the Nonasantfeliu Study. Functional status was determined by the Lawton-Brody index (LI) for instrumental activities of the daily living (IADL) and the Barthel index (BI) for basic activities (BADL); cognition was assessed using the Spanish version of the Mini-Mental State Examination (MEC). Low baseline HDL-C levels were defined as a HDL serum concentration < 40/46 mg/dl in men/women. Correlations between HDL-C concentration and BI, LI and MEC values were assessed. The role of HDL-C in mortality after 3-years of follow-up was also evaluated using a logistic regression model.

Results. The sample consisted of 49 women (79%) and 13 men, aged 94.3 ± 2.6 years. Mean HDL-C levels were 60 ± 16 mg/dl; 16 subjects (25.8%) had low HDL-C values. HDL-C levels did correlate with BI (r = 0.28, p = 0.02), LI (r = 0.32, p = 0.01) but not with MEC (r = 0.18, p = 0.15). Normal HDL-C levels at baseline were significantly associated with higher BI scores (p < 0.006, OR 1.03, 95% CI 1.01-1.05) and a lower number of prescription drugs used (p < 0.04, OR 0.71, 95% CI 0.49-0.99). Baseline HDL-C levels were significantly lower among the group of nonagenarians who died within the 3 years of follow up (p = 0.02); however, after adjusting for potential confounders, the association between HDL-C and mortality lost significance.

Conclusions. Higher levels of HDL-C correlate with better functional status and less use of drugs in nonagenarians. However, the relationship of low HDL-C levels with long-term mortality in this population remains unclear.

EA-37

USEFULNESS OF THE SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY SCORE TO PREDICT LONG-TERM MORTALITY IN NONAGENARIANS: THE NONASANTFELIU STUDY

D. Mimbres¹, F. Formiga¹, A. Ferrer², D. Chivite¹ y R. Pujol¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). ²ABS El Plà. Sant Feliu de Llobregat (Barcelona).

Objectives. Few studies have prospectively evaluated the usefulness of physical performance tests' results as predictors of long-term mortality in the oldest-old. We examined whether a physical performance battery predicts mortality in a cohort of nonagenarians.

Material and methods. Community-based, prospective cohort study. One hundred and forty-seven nonagenarians underwent a

comprehensive geriatric evaluation and were subsequently followed until death or up to five years. Functional status was determined by the Lawton-Brody (LBI) and Barthel (BI) indexes, cognition was assessed using the Spanish version of the Mini-Mental State Examination (MEC); comorbidity was measured with the Charlson Index (CI) and nutritional status was determined with the short version of the Mini Nutritional Assessment (MNA-SF) questionnaire. Moreover, physical performance was assessed using the Short Physical Performance Battery (SPPB), which is based on three timed tests: 4-metre walking speed, balance, and chair stand.

Results. The five-year mortality rate was 68.7%. Survivors had higher baseline scores on the SPPB (3.8 ± 2.2 vs 2.5 ± 1.4; p < 0.0001); patients who died during follow-up were significantly older, more likely to suffer from dyslipidaemia, had at baseline had higher CI and MNA-SF scores and performed worse on the tests of cognitive function and basic and instrumental activities of daily living. Cox regression analysis revealed that only higher comorbidity (hazard ratio 1.160, 95%CI 1.004-1.340) and older age (hazard ratio 1.078, 95%CI 1.005-1.157) at baseline significantly predicted a higher risk of death within the 5 years of follow-up.

Conclusions. Although significant in the univariate analysis, the physical performance test evaluated was unable to predict risk of subsequent death in this cohort of nonagenarians. This risk seems to be more dependent on non-modifiable variables such as age and comorbid disease.

EA-38

INGRESO DE PACIENTES CENTENARIOS

J. Miramontes González, A. Romero Alegría, I. González Fernández, A. Bello Conesa, L. Mateos Polo, I. García García y A. Sánchez Rodríguez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.

Objetivos. Con el aumento de la esperanza de vida, no es infrecuente encontrar pacientes que ingresan en nuestros servicios con edades que sorprenden por ser mayores del siglo. De forma jocosa casi todos estos pacientes, al realizarles la historia clínica nos suelen contar que casi no han acudido al hospital, así como el escaso número de fármacos que toman. El objetivo de esta revisión es conocer el motivo por el que ingresan estos pacientes centenarios.

Material y métodos. Los datos se extraen de una base en formato FileMaker que pertenece a un servicio de M. Interna de un hospital de tercer nivel. Los criterios de búsqueda se establecen por la fecha de nacimiento, lo que asegura una edad igual o superior a 100 años, y se extraen, además, los datos de sexo, motivo de ingreso y la evolución a exitus letalis o alta.

Resultados. El total de la base recoge un total de 9.420 ingresos, de los cuales 37 son mayores de 100 años. La distribución por sexos: hombres 13 y 25 mujeres. Edad máxima 104 años. Los motivos de ingreso: Infección de vías respiratorias (I.R.): 23, ACVA: 4, Insuficiencia Cardíaca (I.C.): 3, Colecistitis: 2, Hemorragia Digestiva Alta (HDA): 2, Descompensación de DM 2: 2, Infección del Tracto Urinario (ITU): 2. -Exitus: 13.

Discusión. Cada vez es más frecuente ingresar pacientes mayores de 100 años. Las causas no distan de las que presentan pacientes con edades 2 décadas menores, la mortalidad es más elevada y esperable para pacientes de estos rangos de edad. La proporción de sexos muestra un predominio de las mujeres, lo que es un reflejo de la mayor supervivencia que se observa en el sexo femenino.

Conclusiones. Los pacientes mayores de 100 años suponen el 0,40% del total de los ingresos. De forma aislada las infecciones respiratorias suponen la principal causa de ingreso en pacientes

centenarios. La mortalidad hospitalaria supone el 34% de los ingresos.

EA-39 ESTUDIO DE PACIENTES NONAGENARIOS INGRESADOS POR UN PRIMER EPISODIO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA. RESULTADOS DEL ESTUDIO PREDICE

J. Vila Santos¹, M. Fernández Ruiz¹, P. Magán Tapia², A. de Miguel Albarreal³, I. Marín León³, L. Gómez Morales⁴, B. Herrero Hueso⁴ y J. Guerra Vales¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Investigación. Epidemiología Clínica. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

³Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla. ⁴Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. Estudiar las características de sujetos mayores de 90 años con respecto a pacientes más jóvenes ingresados por un primer episodio de insuficiencia cardíaca (IC).

Material y métodos. PREDICE [PREdicción Desenlaces en Insuficiencia Cardíaca en España (FIS 07/0945; FIS 06-90243; SAS 357-06)] es un estudio multicéntrico observacional de cohorte histórico en el que participan los hospitales Virgen del Rocío y H.U. Nuestra Señora de Valme (Sevilla), y H.U. 12 de Octubre (Madrid). Incluye 600 pacientes mayores de 18 años, ingresados por un primer episodio de insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) desde enero de 2004 a diciembre de 2006. Comparamos el abordaje diagnóstico y terapéutico al alta en el grupo de nonagenarios con respecto del resto de la cohorte. Empleamos las aplicaciones SPSS (SPSS Inc., Chicago, IL) y SAS (SAS Institute Inc., Cary, NC).

Resultados. De los 600 pacientes recogidos, 33 (5,5%) tenían más de 90 años. La edad media de la población menor de 90 años fue de 72,4 años (DE 11,71), siendo el 51% varones. En los nonagenarios, 27 (82%) eran mujeres. Las comorbilidades más frecuentes en el grupo de los nonagenarios fueron: hipertensión arterial (75%), diabetes mellitus tipo 2 (18%) e infarto agudo de miocardio (18%). La situación funcional basal quedó recogida en el 43% de los pacientes. Observamos un mayor grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria en el grupo de los pacientes nonagenarios con respecto a la población joven (27,3% vs 9% p = 0,005), mayor dependencia para actividades instrumentales (33,3% vs 12% p = 0,002) y vida cama-sillón (30,3% vs 7,1% p = 0,0001). La media de estancia hospitalaria fue de 9,7 días (DE = 8,11) en los nonagenarios frente a 14,38 días (DE = 62,49). Analizamos la realización de distintas pruebas complementarias, observándose una menor realización de ecocardiograma (p = 0,0001) y coronariografía (p = 0,007) en el grupo de nonagenarios. En el momento del alta, el grupo de nonagenarios tenía menos posibilidades de recibir tratamiento con betabloqueantes (p = 0,001), ARA II (p = 0,007) y anticoagulación oral (p = 0,007). La mortalidad fue mayor en el primer mes desde el diagnóstico de ICC en el grupo de nonagenarios (15% vs 6% p = 0,038).

Discusión. En la cohorte PREDICE, existe un escaso grado de cumplimentación de las historias clínicas con respecto a la situación funcional basal y sociofamiliar, de vital importancia en los pacientes estudiados. En cualquier caso, los nonagenarios presentaban un mayor grado de dependencia funcional y comorbilidad. Es llamativo que el grupo de nonagenarios se beneficiaría con menor frecuencia de los resultados de una prueba fundamental en la ICC como es el ecocardiograma, así como de la prescripción de ciertos fármacos a pesar de estar indicados. En los nonagenarios, la mortalidad es elevada especialmente en el primer mes tras el diagnóstico.

Conclusiones. Es necesario optimizar el abordaje de los pacientes ingresados por un primer episodio de ICC, incluyendo pacientes mayores de 90 años.

EA-40 UFISS DE GERIATRÍA: ELEMENTO PARA LA ADECUACIÓN DE RECURSOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

A. Lozano¹, A. Rodríguez¹, E. Fontanals¹, I. Albertos¹, D. Farran¹, N. Parra² y F. Fernández³

¹UFISS, ²USR, ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona.

Objetivos. Describimos la actividad de una Unidad Funcional Interdisciplinar Sociosanitaria (UFISS) de Geriatría integrada en un Hospital Universitario.

Material y métodos. Estudio descriptivo observacional transversal que incluyó el análisis de la actividad realizada por la UFISS de Geriatría de un hospital universitario de Barcelona ciudad durante 2009-2010. Se registró información administrativa sobre las interconsultas (IC) solicitadas a la UFISS, datos sociodemográficos sobre los pacientes atendidos, características clínicas del proceso que motivó la IC acompañada, resultados de una batería de valoración geriátrica integral acerca de la funcionalidad, el estado cognitivo, comórbido y social de los pacientes y consumo de recursos sanitarios al alta. Se realizó un análisis de estadística descriptiva para todas las variables. Los datos se procesaron mediante SPSS 15.0.

Resultados. Durante 2009-2010, el equipo de UFISS recibió 749 IC, de las cuales, la mayoría (40,3%; 306) procedían del Servicio de Traumatología. El motivo de consulta más frecuente fue la gestión de un recurso al alta (79,7%); el tiempo de demora medio desde el ingreso del paciente en el hospital hasta la solicitud de la interconsulta fue de 6,4 (8,5) días y el tiempo medio de resolución de la IC fue de 5,5 (14,9) días. El 64,2% de pacientes atendidos era mujer, con una media de edad de 78,9 (10,9) años, Pfeiffer medio 2,9 (2,9), Barthel medio 79,4 (25,1), Norton medio 14,4 (3,1), Charlson 1,5 (1,5), cuyo motivo de ingreso hospitalario se debió principalmente a proceso ortopédico (15% por prótesis de rodilla; 7% por prótesis de cadera) o traumatológico (13,1% por fractura de fémur). Entre los motivos de ingreso médico más frecuentes, destacó el accidente vascular cerebral (9,6%) y la insuficiencia cardíaca (6,3%). La mayoría (41,4%) vivía solo/a previamente al ingreso. La UFISS se limitó a realizar exclusivamente valoración médica-geriátrica en el 41,5% de los casos; el 14,6% de las IC fueron incluidas en el programa PREALT y el 13,7%, se derivó a Hospitalización a Domicilio para continuidad asistencial. Finalmente, el 46,3% de los pacientes fue dado de alta a centro sociosanitario; el 41,1%, a domicilio y sólo el 3,1% fue exitus.

Discusión. Las personas mayores son el colectivo que realiza una mayor utilización de los servicios sanitarios (frecuentación 1,9 veces superior para ingreso hospitalario, siendo de 2,2 para los mayores de 75 años). Durante la fase aguda de la enfermedad existe mayor riesgo de dependencia y muerte existe en el anciano, especialmente en el anciano frágil. Además, si durante la hospitalización el anciano frágil no es atendido correctamente, suele producirse un consumo ineficiente de los recursos. La UFISS de Geriatría es un equipo de soporte y consultores adscrito al Servicio de Medicina Interna e interviene en la atención de los casos más complejos, en la formación y la docencia y en la conexión con las relaciones externas del resto de servicios comunitarios. Atendiendo a nuestros datos de actividad, la intervención de la UFISS ha permitido gestionar exitosamente recursos sociales y sanitarios al alta del paciente en sólo 5,5 días de media, acortando la estancia media propia de la naturaleza del proceso que motivó la IC (traumatológico y ortopédico principalmente).

Conclusiones. La Geriatría gestiona interconsultas para adecuación de recursos al alta de pacientes, mayoritariamente mujeres, de edad avanzada, pero autónomas a su ingreso hospitalario, que principalmente consultan por procesos traumatológicos y ortopédicos y que gracias a la intervención de la UFISS, se benefician de estancias medias hospitalarias acortadas.

EA-41 PREDICTORS OF MORTALITY IN ELDERLY ADMITTED TO A N INTERNAL MEDICINE WARD

M. Rebelo¹, J. Lima¹, F. Vilão¹, M. Ribeiro², J. Diniz Vieira¹
y J. Nascimento Costa¹

¹Internal Medicine, ²Clinical Pathology and Microbiology.
University Hospital of Coimbra. Coimbra (Portugal).

Objectives. The main purpose of this study was to evaluate the main factors for mortality in old people (≥ 65 years old) with bloodstream infections admitted in a Portuguese Internal Medicine Ward, during the year 2009. Our primary end-point was in-hospital mortality.

Material and methods. A retrospective study of 249 old patients with bloodstream infection was included and three groups were compared according to their age (65-74; 75-84 and ≥ 85 years). The following data was collected from each patient: age, sex, co-morbidities, signs and symptoms on admission, biological examinations and antibiotic treatment. Logistic regression was used to identify independent predictors of all causes in-hospital mortality.

Results. Of the 249 patients, 59 were between 65-74, 110 patients were between 75-84, and 80 were ≥ 85 years old. Fifty-one percent (127 patients) were women. The in-hospital mortality was 21,7% (54 patients). There were no differences among the three groups related to age, type of admission, co-morbidities and antibiotic therapy. The most frequent co-morbidities were: hypertension (45.4%), diabetes (30.7%), neurological disease (30.3%); cardiovascular disease (18.2%) and renal disease (15.9%). In our study the most common infections associated to positive blood cultures bloodstream were respiratory tract infection (48.5%) followed by the urinary tract infections (25.0%). Fifty-seven percent had Gram positive detected in blood cultures and 43% had Gram negative bacilli. The most frequent germs identified were: *E. coli* (19, 7%); *Bacillus* species (18, 2%); Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*-MRSA (15, 1%); non-MRSA (15, 1%); *Enterococcus* (10, 6%); *Pseudomonas aeruginosa* (6%) and *Streptococcus pneumoniae* (4, 5%). In a multivariate analysis the presence of *Pseudomonas* infection (odds ratio, $p = 0.029$); low body temperatures ($< 36^\circ\text{C}$, $p = 0,008$) and altered mental status ($p = 0.005$) were independent predictors of death.

Discussion. Infectious diseases are a common cause of increased morbidity and mortality among older patients and a frequent cause for medical admission in the hospitals. Bacteraemia in the elderly is a difficult diagnosis and a therapeutic challenge due to age-related alterations in immunology and their co-morbidities. Bacteraemia in the elderly has a high mortality rate. Although some studies have reported that age is an independent risk factor for mortality in settings of bacteraemia, in our study age was not shown to be associated with significantly increased rates of mortality. Fever occurs less often while alterations in mental status are more frequent. In this study, patients with *pseudomonas* infection were more likely to die. There is no set of signs or symptoms that can predict bacteraemia in the elderly.

Conclusions. A sample of 249 patients with bloodstream infections was retrospectively studied. Three different age groups were compared. There was no difference in the pathogens, source of infection or prognosis among those three groups. Three risk factors for mortality were observed: *Pseudomonas* infection ($p = 0.029$); low temperatures ($p = 0.008$) and altered mental status ($p = 0.005$). These three parameters were significantly associated with the risk of mortality by multivariate logistic regression. Low temperatures and altered consciousness in a population with background conditions associated to dementia probably result in a frequent delay in diagnosis. Therefore, an index of suspicion for a bloodstream infection in an older patient must remain high.

EA-42 IMPORTANCIA DE LA BACTERIURIA ASINTOMÁTICA EN PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

J. Robles Ruiz, A. Calvo Elipse y J. Rodríguez Calderón

Servicio de Medicina interna. Hospital San Rafael. Madrid.

Objetivos. La presencia de bacterias en la orina en paciente asintomáticos no es infrecuente y se relaciona de forma importante con la edad del paciente. Nuestro objetivo es valorar la incidencia de bacteriuria asintomática (BA) en pacientes mayores de 80 años ingresados por patología no infecciosa así como los factores asociados. También intentaremos valorar la etiología más frecuente y la presencia o no de resistencias.

Material y métodos. Pacientes ingresados a cargo del servicio de Medicina Interna con edad mayor de 80 años, sin clínica compatible con ITU. Sin tratamiento antibiótico en las 6 semanas previo a la toma de cultivo de orina. Estudio prospectivo de los pacientes antes descritos que presentan cultivo de orina positivo (1 cultivo en caso de hombre y 2 cultivos en caso de mujer). El objetivo es conseguir 100 pacientes con criterios de inclusión. Los pacientes fueron estudiados mediante tabla Excel y con estudio estadístico para variables cuantitativas con prueba de chi-cuadrado o test exacto de Fisher según número.

Resultados. El estudio ha durado 9 meses (octubre 09-junio10) para alcanzar el número de pacientes esperado. La edad media fue de 86,22 años con una proporción hombre/mujer de 36/64. Las causas fundamentales de ingreso por orden de frecuencia son: problemas cardíacos, alteración neurológica, problemas respiratorios, alteraciones digestivas, anemia, infecciones sin tratamiento previo, traumatismos y misceláneas. El cultivo fue + en el 35% de los pacientes siendo la presencia de *Escherichia coli* la bacteria más frecuentemente encontrada. Un 30% de las infecciones por *E. coli* eran resistentes a quinolonas. De los factores de riesgo conocidos para BA (sondaje previo, incontinencia, HBP; hemodiálisis; DM y alteración neurológica) solo el sondaje previo presenta valores próximos a ser estadísticamente significativos ($p: 0,08$ con RR 1,86). Los pacientes con hematuria y/o piuria (> 10 leu/campo) son candidatos a BA con valores estadísticamente significativos.

Discusión. La BA es una entidad con una alta frecuencia entre personas mayores de 80 años (35%) similar a lo publicado en la literatura médica. Es importante remarcar, que ante un paciente que acude por fiebre o clínica poco expresiva, no podemos achacar la patología a una ITU sin descartar otras posibilidades debido a la frecuencia tan alta de BA entre pacientes > 80 años. Sin duda el hecho de estar ante un paciente con sondaje previo y/o sedimento de orina patológico nos tiene que poner en mente la posibilidad de estar ante un paciente con BA. El *E. coli* es la bacteria causante fundamental con una no desdeñable resistencia a quinolonas lo que nos vuelve a plantear la necesidad de variar nuestras pautas de tratamiento antibiótico ante una ITU.

Conclusiones. La BA tiene una alta prevalencia entre pacientes mayores de 80 años. No debe diagnosticarse a la ligera de ITU en pacientes mayores sin descartar otras patologías. *E. coli* es la bacteria más frecuentemente implicada con una progresiva resistencia a quinolonas, fármaco más habitual empleado en su tratamiento.

EA-43 ¿CUÁL ES LA FUENTE DE ACTIVIDAD DE UNA UFISS DE GERIATRÍA?

A. Lozano¹, A. Rodríguez¹, E. Fontanals¹, I. Albertos¹,
D. Farran¹, N. Parra² y F. Fernández³

¹UFISS, ²USR, ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona.

Objetivos. Analizar las características diferenciales de la fuente de actividad que genera las interconsultas recibidas en una Unidad

Funcional Interdisciplinar Sociosanitaria (UFISS) de Geriátría integrada en un Hospital Universitario.

Material y métodos. Estudio transversal que analizó la actividad realizada por la UFISS de Geriátría de un hospital universitario de Barcelona ciudad durante 2009-2010. Se registró información administrativa sobre las interconsultas (IC) recibidas en UFISS, datos sociodemográficos sobre los pacientes atendidos, características clínicas del proceso que motivó la IC, resultados acerca de la funcionalidad, el estado cognitivo, comórbido y social de los pacientes y consumo de recursos sanitarios al alta. Se realizó un análisis de estadística descriptiva para todas las variables, segmentado por Servicio Hospitalario que solicitó la consulta. Los datos se procesaron mediante SPSS 15.0.

Resultados. Durante 2009-2010, el equipo de UFISS recibió 749 IC, de las cuales, 630 reunían información suficiente para incluirse en el estudio. El 66,5% de los Servicios clientes correspondía a especialidades quirúrgicas (EQ); de ellos, Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) solicitó el mayor número de IC (265). Medicina Interna (115) fue el servicio más representativo de las especialidades médicas (EM), las cuales representaban un 33,5%. EQ y EM difirieron de manera significativa ($p < 0,005$) en el tiempo medio de demora transcurrido desde el ingreso del paciente en el hospital hasta la solicitud de la IC [6,2 (6,3) días vs 8,3 (9,8)], así como en las características sociodemográficas de los pacientes que remitían [edad media en EQ de 76,4 (10,2) vs 81,8 (11,2); 45,2% mujeres vs 19,7%; 28,4% de convivientes únicos vs 12,8%], en las características clínicas [Pfeiffer medio en EQ de 2,1 (2,3) vs 3,8 (3,1); Barthel de 85,2 (19,2) vs 71,1 (29,2); Norton de 15,2 (2,7) vs 13,9 (3,3)], en el diagnóstico que motivó el ingreso (el 51,0% de los pacientes en EQ ingresaron para implantación de prótesis de rodilla o por fractura de fémur, mientras que la mayoría -39,0%- en EM lo hicieron por AVC o insuficiencia cardíaca) y en el consumo de recursos al alta (el 33,3% de los pacientes de EQ se derivaron a CSS vs 13,5% de EM). La puntuación de media de Charlson fue similar en ambos grupos [1,4 (1,5) en EQ vs 1,6 (1,4); $p = 0,622$].

Discusión. Las funciones de UFISS son: a) valoración global del paciente, b) llevar a término una detección de los problemas para definir las intervenciones necesarias, c) gestionar el recurso más adecuado y definir los objetivos terapéuticos para conseguir la mejor integración en la comunidad y d) planificar el alta y conexión con los diferentes niveles asistenciales. En los grandes hospitales, COT, Neurología, Neurocirugía y Cirugía General, a causa de las características de sus pacientes, son los que realizan mayor número de IC. Atendiendo al perfil de nuestros clientes, nuestra UFISS también proporciona servicio con mayor frecuencia a EQ, quienes contactan de manera más precoz con nosotros que las médicas y derivan al alta a un mayor porcentaje de pacientes a CSS. El consumo más elevado de este recurso al alta por EQ, se explicaría según nuestra casuística, porque los pacientes atendidos poseen una mayor capacidad de rehabilitación que los médicos (son más jóvenes, presentan menos deterioro cognitivo, menor comorbilidad y un menor riesgo de presentar úlceras por presión).

Conclusiones. La UFISS de Geriátría es demandada principalmente por EQ, quienes ante pacientes con potencial de rehabilitación, contactan de manera precoz con nosotros.

EA-44 ETIOLOGÍA DE LOS DERRAMES PLEURALES SEGÚN LA EDAD DE LOS PACIENTES

P. Hernández Ferrer, S. Bielsa Martín y J. Porcel Pérez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida.

Objetivos. Conocer la etiología de los derrames pleurales (DPs) en función de la edad de los pacientes.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de 2154 pacientes con derrame pleural sometidos a una toracocentesis diagnóstica desde 1995 hasta la actualidad en nuestro centro. La edad de los pacientes se dividió en cuartiles (menores de 50, de 51 a 69, de 70 a 78 y mayores de 79 años) y se estableció la causa del DP según criterios diagnósticos bien definidos. Se aplicó una prueba de Ji-cuadrado, con análisis posterior de los residuales ajustados.

Resultados. Las causas de DP en función de la edad de los pacientes se especifican en la tabla. Tanto la tuberculosis como el DP paraneumónico (DPP) y empiema fueron significativamente más frecuentes en pacientes menores de 50 años, mientras que en los sujetos del cuartil superior la causa más común fue la insuficiencia cardíaca. En el rango de edades comprendidas entre 70 y 78 años predominaron los DP malignos. Dentro del grupo de DPPs, aquellos que se resolvieron exclusivamente con antibioterapia (DPPs no complicados) se observaron más frecuentemente en edades avanzadas. Finalmente, en pacientes mayores de 79 años con DP maligno, el tipo de tumor primario predominante fue de origen desconocido.

Discusión. Aunque no existen series específicas al respecto, este estudio confirma la impresión clínica del predominio de la insuficiencia cardíaca y de las infecciones como causa de DP en las edades más extremas de la vida adulta.

Conclusiones. La edad es un factor clínico a tener en cuenta para establecer la causa definitiva de un DP. Ver tabla 1 (EA-46).

EA-45 ANÁLISIS CLÍNICO Y SOCIOSANITARIO DE LOS PACIENTES DERIVADOS DESDE UN HOSPITAL TERCIARIO A UN HOSPITAL DE MEDIA-LARGA ESTANCIA

M. Bonilla¹, M. Mellado¹, M. Areses¹, I. Álvarez², E. Prieto², S. Goñi¹, C. Pérez¹ y G. Tiberio¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Trabajo Social. Hospital Virgen del Camino. Pamplona/Iruña (Navarra).

Objetivos. Conocer las características clínicas y sociosanitarias de los pacientes derivados desde un hospital terciario a los centros de media larga estancia. Analizar el papel de los especialistas en medicina interna y de los trabajadores sociales en dichas derivaciones. Analizar los puntos de mejora en la atención de estos pacientes, para optimizar recursos socio sanitarios.

Material y métodos. Estudio retrospectivo observacional de los pacientes derivados desde el Hospital Virgen del Camino (HVC) al Hospital San Juan de Dios (HSJD) desde el 1 enero de 2009 al 31 de

Tabla 1 (EA-44). Etiología del derrame pleural según la edad (los datos se expresan como número y porcentaje)

	< 50 años	51-68 años	69-78 años	> 79 años	Total
Insuficiencia cardíaca	12 (2,2)	55 (9,2)	113 (23)	221 (43,4)	401 (18,6)
Otros trasudados	21 (3,8)	35 (5,8)	33 (6,8)	15 (3)	104 (4,8)
DPP	169 (30,4)	121 (20,2)	68 (13,8)	56 (11)	414 (19,2)
Tuberculosis	174 (31,3)	15 (2,5)	12 (2,4)	12 (2,4)	213 (9,9)
DP maligno	84 (15,1)	245 (41)	157 (32)	128 (25,1)	614 (28,5)
Otros exudados	96 (17,3)	127 (21,2)	108 (22)	77 (15,2)	408 (19)
Total	556	598	491	509	2154

Tabla (EA-45).

Especialidad	Nº pacientes	Edad media	Estancia media HVC y HSJD	Mortalidad	Diagnóstico
Medicina Interna	209 (68,75%)	82	17,24 y 30,8	45,45%	Pat. resp. crónica Infecciones
Traumatología	36 (11,84%)	83	15,61 y 36,31	27,78%	Deterioro general Fra. cadera
Neumología	15 (4,93%)	77	45,73 y 34,8	66,67%	Politraumatismos
Cirugía General	12 (3,95%)	80	31,83 y 36,1	41,67%	Pat. resp. crónica Postoperatorios
Neurología	10 (3,29%)	79	21,9 y 34,9	40%	Infecciones ACV Alzheimer

diciembre de 2009. La recogida de datos finalizó el 1 junio 2010. Revisión de historia clínica informatizada del Servicio Navarro de Salud, archivos del servicio de trabajo social del Hospital Virgen del Camino y del Hospital concertado San Juan de Dios.

Resultados. Se analizaron 304 pacientes (43% varones y 57% mujeres) con una edad media de 77,76 años y 83,24 años respectivamente. La demora para el traslado desde un hospital terciario hasta hospital de media larga estancia es de 0,77 días. La estancia media en el HVC es de 19,62 días. La estancia media en el HSJD es de 31,75 días.

Conclusiones. Los pacientes derivados a los hospitales de media larga estancia provienen en su mayoría de los servicios médicos, principalmente de medicina interna. La patología más prevalente es la descompensación infecciosa de patología respiratoria y cardiaca crónica. Los pacientes derivados desde servicios quirúrgicos precisan estancias más prolongadas en los centros de media larga estancia y presentan una menor mortalidad. Ver tabla (EA-45).

EA-46 ANÁLISIS DE LOS FACTORES PREDICTORES DE MORTALIDAD DE LOS PACIENTES DERIVADOS DESDE UN HOSPITAL TERCIARIO A UN HOSPITAL DE MEDIA-LARGA ESTANCIA

M. Bonilla¹, M. Mellado¹, M. Areses¹, A. de Prado¹, I. Torres¹, P. Herrero², N. Arregui² y D. Francés¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Trabajo Social. Hospital Virgen del Camino. Pamplona/Iruña (Navarra).

Objetivos. Conocer las características clínicas de los pacientes derivados desde un hospital terciario a los centros de media larga estancia. Analizar de los factores que se relacionan con la mortalidad.

Material y métodos. Estudio retrospectivo observacional de los 304 pacientes derivados desde el Hospital Virgen del Camino (HVC) al Hospital San Juan de Dios (HSJD) desde el 1 enero al 31 de diciembre de 2009. El estudio finalizó el 1 junio 2010. Se revisó la

historia clínica informatizada del Servicio Navarro de Salud, y los archivos del servicio de trabajo social del HVC y del HSJD.

Resultados. Se analizaron 304 pacientes derivados desde servicios médicos y quirúrgicos del HVC al HSJD. 43% varones (edad media 77,7 años): 57% mujeres (edad media 83,24 años). El 24,67% de estos pacientes fallecen durante la estancia en el HSJD. Edad media 83,7 años. Estancia media HVC: 22 días; estancia media en HSJD desde el traslado hasta el fallecimiento: 27,4 días. El 17,76% de los pacientes analizados fallecen tras el alta del HSJD. Edad media 83,2 años. Estancia media HVC: 17,5 días; estancia media en HSJD de 29 días. El 57,57% de los pacientes analizados permanecen vivos a 1 junio de 2010. Edad media de 78,86 años. Han permanecido en HVC 19,24 y en HSJD 34,47 días.

Conclusiones. Las infecciones agudas, la patología respiratoria crónica y el deterioro general son las principales causas de mortalidad en los pacientes que precisan traslado a hospitales de media larga estancia. Ver tabla 1 (EA-46).

EA-47 ¿INFLUYE LA SITUACIÓN FUNCIONAL EN LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN EN ANCIANOS?

P. Parra Caballero¹, A. Gullón Ojesto¹, J. Curbelo García¹, C. Sáez Béjar¹, P. Sánchez Molini¹, E. Ramírez Herráiz², N. Ruiz-Giménez Arrieta¹ y C. Suárez Fernández¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Objetivos. La prescripción inadecuada de medicamentos es un problema frecuente en la población anciana. Se han desarrollado en los últimos años múltiples herramientas para su evaluación, entre ellas los criterios STOPP-START; sin embargo, ninguna de ellas valora la situación funcional y comorbilidad de los pacientes a tratar. **Objetivo:** Determinar y analizar la relación existente entre la presencia de errores según los criterios STOPP-START en la prescripción, ya sea por interacciones farmacológicas relevantes o por omisión de tratamientos potencialmente beneficiosos, y la situación funcional y comorbilidad de nuestros pacientes.

Tabla 1 (EA-46). Diagnósticos principales que motivaron el traslado

Diagnósticos	Pacientes	Edad media (años)	Estancia HVC y HSJD (días)	%mortalidad s/total
Infecciones agudas	48 (16%)	62,5	17,8 y 27	9%
Patología respiratoria descompensada	48 (16%)	80,2	24,2 y 33,3	7%
Postoperatorio trauma	44 (14%)	83	15,6 y 34,7	4%
Pluripatologías	35 (12%)	82,2	22,3 y 34,5	5%
Deterioro general	31 (10%)	85,1	12 y 27,1	6%
Patología neurológica	29 (10%)	80,6	27,8 y 39,7	3%
Patología cardiaca descompensada	24 (8%)	84,1	11,9 y 27,4	3%
Postoperatorios	15 (5%)	76	30,9 y 38	2%

Material y métodos. Se revisaron los informes de alta hospitalaria de los pacientes mayores de 65 años que fueron realizados durante el mes de septiembre de 2009 en Medicina Interna del Hospital de La Princesa. Se evaluó la calidad de la prescripción farmacológica, según los criterios STOPP-START. Se considera criterio STOPP la prescripción inadecuada de un fármaco por interacción medicamentosa o contraindicación médica; presentar un criterio START supone la omisión de prescripción de un fármaco de elección para una determinada patología. La situación funcional se clasificó en dependientes, parcialmente dependientes e independientes para las ABVD. El grado de comorbilidad se estableció mediante el índice de Charlson abreviado.

Resultados. Se evaluaron los tratamientos de 52 pacientes; la edad media fue de 85,98 años y el 67% fueron mujeres. Se detectaron criterios STOPP en 20 pacientes y criterios START en 22. Respecto a la vida basal, el 28,8% de los pacientes fueron clasificados como dependientes, el 36,5% parcialmente dependientes y el 34,7% independientes para las ABVD. De los dependientes, en el 73% se identificó al menos un criterio START y en el 53% un criterio STOPP; dichos porcentajes descendían a un 27,7% y un 16,6% respectivamente, en el grupo de los independientes ($p = 0,011$ y $p = 0,029$ para ambas relaciones lineales). También se observó una mayor proporción de criterios STOPP-START en pacientes con mayor comorbilidad, siendo esta diferencia no significativa.

Discusión. Consideramos que la situación funcional y comorbilidad de nuestros pacientes influyen en su prescripción farmacológica. Es especialmente relevante en el caso de la vida basal, donde los pacientes dependientes tienen 7.15 veces más probabilidad de presentar un criterio START frente a los independientes, lo cual podría ser atribuible a una elección del médico prescriptor en base al riesgo-beneficio del medicamento más que a un error en la prescripción.

Conclusiones. A pesar de que los criterios STOPP-START son considerados una herramienta útil en la prescripción en ancianos, su validez debe ser objeto de debate y sigue siendo necesaria la individualización del tratamiento en nuestros pacientes.

EA-48 HIPONATREMIA EN UNA UNIDAD DE GERIATRÍA DE AGUDOS

S. Cuerpo, C. Martínez, S. di Yacovo, M. Rubio Rivas y F. Formiga

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

Objetivos. Estudio descriptivo prospectivo de los pacientes ingresados en una Unidad de agudos de Geriatría, con especial atención a la presencia de hiponatremia, sus implicaciones clínicas y su posible papel como factor pronóstico.

Material y métodos. Se recogieron durante el ingreso los datos de 140 pacientes atendidos en nuestra Unidad desde julio de 2009 a julio de 2010. Se recogió también la natremia determinada en Urgencias a su llegada al hospital.

Resultados. Durante la admisión en Urgencias, se detectó la presencia de hiponatremia en 22 pacientes (15,7%). Durante el ingreso desarrollaron hiponatremia 3 pacientes que no la presentaban en Urgencias. En 15 casos (60%) se clasificó de hipervolémica, en 6 normovolémica (24%) y en 4 hipovolémica (16%). En cuanto a las causas se atribuyó en 14 casos (56%) a insuficiencia cardíaca, 6 casos (24%) a diuréticos, 3 a vómitos o diarrea (12%) y 2 casos (8%) a síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH). Entre las causas del SIADH se encontró patología pulmonar relacionada en 1 paciente, en el otro patología neurológica; no se hallaron casos de SIADH relacionado con fármacos. La expresión clínica de esta hiponatremia pasó desapercibida en 22 pacientes (78,6%), en 3 casos (10,7%) se asoció con vómitos o náuseas y en 3 casos más (10,7%) con confusión. Los diagnósticos al alta del global

de la Unidad se debieron a patología cardiovascular en 66 pacientes (48,9%), pulmonar en 33 pacientes (24,4%), neurológica en 12 pacientes (8,9%) e infecciosa en 11 pacientes (8,1%). Un total de 20 pacientes fallecieron (14,8%). Se estudió una posible relación entre la presencia de hiponatremia en el momento de llegada a Urgencias con el pronóstico vital y con la duración de la estancia hospitalaria. No hemos encontrado diferencias significativas entre la presencia de hiponatremia y una mayor mortalidad, si bien pensamos debería este hecho ser revisado con un mayor número de pacientes. Sí hemos encontrado una diferencia estadísticamente significativa entre la presencia de hiponatremia en Urgencias y la estancia media hospitalaria ($p < 0,001$). El grupo de pacientes con hiponatremia presentó una estancia media de 18,68 días (DE 27,023), siendo en el grupo sin hiponatremia en Urgencias de 10,57 días (DE 11,634).

Discusión. La hiponatremia constituye un trastorno metabólico frecuente pero sin embargo no extensamente estudiado en población geriátrica. La etiología es variada, siendo en nuestro estudio de predominio hipervolémico debida a insuficiencia cardíaca, enfermedad cuya incidencia aumenta con la edad. Hemos encontrado poca traducción clínica en nuestros pacientes achacable directamente a la hiponatremia. Tampoco parece haber relación con una mayor mortalidad, pero sí una mayor estancia media, siendo esta última claramente significativa.

Conclusiones. La hiponatremia en población geriátrica es un trastorno metabólico frecuente, se asocia en general a insuficiencia cardíaca y también a un aumento en la estancia media hospitalaria.

EA-49 ÍNDICE DE COMORBILIDAD DE CHARLSON Y "PACIENTE PLURIPATOLÓGICO" EN PACIENTES INGRESADOS EN ESPECIALIDADES MÉDICAS

C. Rivero Rubio, B. Gutiérrez Gutiérrez, A. Montilla Burgos, M. Rico Lucena, J. Olmo, J. Guerrero Igea, M. Aguayo Canela y L. Martínez

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

Objetivos. El índice de Charlson se utiliza para evaluar la comorbilidad, considerando ausencia de comorbilidad: 0-1 puntos, comorbilidad baja: 2 puntos y alta ≥ 3 puntos. Se puede realizar una predicción de mortalidad en seguimientos cortos (< 3 años). Así índice 0 (12% de mortalidad), índice de 1-2 (26%), índice 3-4 (52%). La mayor parte de los pacientes pluripatológicos son atendidos en especialidades médicas y ello no llama demasiado la atención. Las categorías descritas como enfermedades crónicas, que se presentan como comorbilidad asociada, son trastornos atendidos por servicios médicos de manera habitual, y si se trata de reagudizaciones de alguna de estas categorías, es normal que sean estas especialidades las que atiendan a estos pacientes.

Material y métodos. Se ha realizado un estudio de corte transversal en la primera semana del mes de marzo del 2010, evaluando a los pacientes ingresados en áreas médicas del área hospitalaria Virgen Macarena (Alergología, Cardiología, Digestivo, Endocrinología, hematología, oncología, Medicina Interna, Nefrología, Neumología, Neurología, y Reumatología) Recogiendo el índice de Charlson, así como categorías clínicas y procesos definidos en el P.A.I. "Paciente Pluripatológico".

Resultados. De los 163 paciente estudiados, el porcentaje de pluripatológicos fue del 40,49% (66 pacientes) de éstos el 78,79% (52 pacientes) estaban ingresados en Medicina interna. En cuanto al índice de Charlson 39 pacientes (23,93%) el Charlson fue 0 puntos. 44 pacientes (26,99%) fue de 1 punto. 38 pacientes (23,1%) fue de 2 puntos y mayor de 3 puntos en 42 pacientes (25,77%).

Discusión. De un total de 163 pacientes tuvieron comorbilidad alta 42 pacientes (25,7%). Del total de los pacientes estudiados el

porcentaje de pluripatológicos fue de 40,9% y de estos ingresados en medicina interna el 78,8%.

Conclusiones. El 78% de los pacientes pluripatológicos analizados en este trabajo son atendidos por los servicios de medicina interna. ¿Qué ocurre con un paciente que padece insuficiencia cardíaca y que presenta como mínimo otra enfermedad crónica cuando es atendido en otro servicio? Más concretamente, qué ocurre con su insuficiencia cardíaca y con su diabetes y/o con su demencia, etc., y así hasta el 22% de los enfermos ingresados en otras especialidades. Un abordaje integral de su pluripatología, es decir, de lo que representa la edad, la falta de autonomía, la capacidad cognitiva y la fragilidad, es lo que permite intervenir sobre este colectivo de manera eficaz.

EA-50 SITUACIÓN ALIMENTICIA DE LOS PACIENTES OCTOGENARIOS INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

S. Aguilar Huergo, E. Magaz García, P. Díos Díez
y A. Muela Molinero

Servicio de Medicina Interna. Hospital de León. León.

Objetivos. Estudiar la situación funcional de los pacientes octogenarios que ingresan en un servicio de Medicina Interna.

Material y métodos. Análisis prospectivo de todos los pacientes mayores de 80 años ingresados en el servicio de Medicina Interna (Hospital Monte San Isidro) durante la primera quincena de mayo de 2010 excluyendo los enfermos oncológicos en situación terminal. Se revisaron las historias clínicas y se realizó entrevista personal a los pacientes y/o familiares, determinándose el índice de masa corporal (IMC) que se complementó con el Short Mininutritional Assessment (SMA) para investigar el grado de malnutrición en la cohorte.

Resultados. En total fueron incluidos un total de 40 pacientes, de los que un 52,3% fueron varones. La edad media de los pacientes fue de 85,9 ± 3,8 años. El IMC medio fue de 26,4 ± 4,7 kg/m²; la puntuación media del SMA fue de 9,2 ± 3 puntos. La estancia media global fue de 11,6 ± 7 días con una mortalidad del 15,9%; un mes después del alta 4 (10,8%) pacientes habían fallecido y 7 (18,9%) habían reingresado. En la tabla se muestra la mortalidad y la estancia media en función del SMA; se observó mayor tasa de mortalidad durante el ingreso y de complicaciones al alta en los pacientes con malnutrición respecto al resto de grupos.

Discusión. El estado nutricional de los pacientes constituye un factor muy importante a la hora de determinar el pronóstico de los pacientes. Nuestro estudio demuestra que los pacientes de edad más avanzada que ingresan en Medicina Interna tienen a priori unos datos antropométricos en rangos normales o en el límite superior de la normalidad, según el IMC. Sin embargo, un análisis más detallado con otras herramientas demuestra que cerca de las 2/3 partes de ellos presentan malnutrición o riesgo de ésta, con lo cual su evolución posterior será más desfavorable.

Conclusiones. El SMA constituye una herramienta útil en la práctica diaria del internista para detectar aquellos pacientes con riesgo de malnutrición, proporcionando una mayor información que la utilización del IMC de forma aislada. Ver tabla 1 (EA-50).

EA-51 ABORDAJE PREHOSPITALARIO DE LA DISNEA EN PACIENTES ANCIANOS

H. Gruner, S. Lourenco y A. Martins Baptista

Viatura Médica de Emergencia e Reanimação (VMER)-S. Urgencia. Hospital Curry Cabral. Lisboa (Portugal).

Objetivos. La disnea es un síntoma de gran gravedad, que necesita muchas veces cuidados emergentes y a lo que los pacientes ancianos, por sus características y sus múltiples patologías, son muy susceptibles. Aun así, son muy pocos los trabajos que se conocen sobre las características de la disnea en este grupo y casi ningunos los que analizan su abordaje pre-hospitalario. En este trabajo se evaluaron las diferencias en los diagnósticos, procedimientos y abordaje entre los pacientes ancianos y no ancianos atendidos en ambiente pre-hospitalario.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de los registros de observación médica de un vehículo médico de emergencia y reanimación (VMER) pré-hospitalaria de la ciudad de Lisboa, entre los meses de enero y junio de 2009. Se seleccionaron los pacientes atendidos por disnea y se dividieron los registros según la edad de los pacientes en 4 grupos: grupo A, de no ancianos (< 65 años), grupo B (65-74 años), grupo C (75 -84 años) y grupo D (> 85 años). Además de la edad se analizaron el sexo, tiempo transcurrido entre la llamada al número de emergencia y la orientación clínica final (permanencia en el domicilio o transporte al hospital), la evaluación diagnóstica de la causa de disnea, la terapia efectuada y, en caso de transporte al hospital, el uso de vigilancia médica durante el mismo o no.

Resultados. En los 6 meses considerados se registraron 443 llamadas a nuestro vehículo de emergencia, con 170 (38,4%) por motivo de disnea. Se excluyeron 6 por registro incorrectamente rellenado. La distribución de los 164 pacientes considerados fue la siguiente: grupo A 43 (24 sexo fem), grupo B 26 (14 sexo fem), grupo C 66 (39 sexo fem.) y grupo D 29 (22 sexo fem). El tiempo transcurrido desde la llamada al número de emergencia hasta la orientación clínica fue de 40 minutos. En el análisis por grupos ese tiempo fue mayor en el grupo D, con 58 minutos. En 57 pacientes se diagnosticó edema pulmonar agudo, que fue un diagnóstico muy común en el grupo C (21 pacientes) y en 24 agudización de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. El número medio de fármacos utilizados fue de 2,88 fármacos/paciente (superior en el grupo C, con 4,4). Los más utilizados fueron la hidrocortisona (79), el dinitrato de isossorbido (71), la furosemida (72) y los broncodilatadores inhalados, sin diferencia significativa entre los grupos. Un total de 118 (71,9%) pacientes fue referenciado al hospital, sin que se identificaron diferencias por grupo etario. Entre los pacientes más mayores (grupo D) fue común el transporte sin vigilancia médica, en un total de 13 (44,8%).

Conclusiones. El número de llamadas por disnea fue muy significativo, especialmente entre los pacientes ancianos. La etiología más frecuente fue el edema pulmonar agudo. El grupo de pacientes mayores de 85 años fue el que consumió más tiempo hasta la decisión clínica pero también en el que menos veces se

Tabla 1 (EA-50). Características clínicas según estratificación de grupos mediante el SMA

	Malnutrición (n = 14)	Riesgo de malnutrición (n = 11)	Estado nutricional normal (n = 15)
Días ingresados en los últimos 12 meses	25,2 ± 30,8	8,2 ± 10,4	14,8 ± 22,1
Índice de Charlson	3,7 ± 1,8	2,5 ± 1,4	3,2 ± 1,8
Estancia media	10,8 ± 9,3	15,8 ± 9,3	10,9 ± 3,5
Mortalidad	3 (21,4%)	2 (18,2%)	
Exitus/reingreso a los 30 días	4 (36,4%)	2 (22,2%)	4 (26,7%)

considero importante el transporte al hospital con vigilancia médica.

EA-52 DETERIORO NEUROLÓGICO EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

P. Dios Díez, S. Aguilar Huergo, E. Magaz García y A. Muela Molinero

Servicio de Medicina Interna. Hospital de León. León.

Objetivos. Estudiar la prevalencia de demencia y deterioro neurológico entre los enfermos ingresados en nuestro servicio de Medicina Interna.

Material y métodos. Estudio prospectivo de todos los pacientes mayores de 75 años ingresados en el servicio de Medicina Interna (Hospital Monte San Isidro) durante la primera quincena de mayo de 2010. Se excluyeron todos los enfermos oncológicos en situación terminal, los pacientes que fueron dados de alta o fallecieron durante las primeras 72 horas de ingreso y aquellos que se negaron a participar en el estudio. Se revisaron las historias clínicas y se realizó entrevista personal a los pacientes y/o familiares; a todos los pacientes se les practicó el Short Portable Mental State Questionnaire (SMSPQ) de Pfeiffer y la escala de depresión geriátrica de Yesavage (salvo aquellos con SMSPQ patológico). De igual manera se evaluaron los criterios DSM-III-R para el diagnóstico de demencia y la Confusion Assessment Method (CAM) para la detección de cuadro confusional.

Resultados. En total durante el periodo de estudio ingresaron un total de 45 pacientes, de los que 25 (55,6%) eran varones. La edad media de los pacientes ingresados fue de $84 \pm 54,5$ años. Cinco pacientes (11,1%) estaban institucionalizados en residencia geriátrica y otros 5 vivían solos sin apoyo familiar. Utilizando el SMSPQ, 14 (31,8%) pacientes presentaban deterioro cognitivo, de los que 5 (11,1%) era leve, 3 (6,6%) moderado y 6 (13,3%) grave. El grado de depresión detectado en la entrevista resultó de 8 (18,2%) (moderada) y 3 (6,6%) (grave). Un 10 (22,2%) de los pacientes cumplían los criterios DSM-III-R para demencia, objetivando un 6,7% que cumplía criterios de delirium según la escala CAM. Solamente 17 (37,8%) pacientes fueron valorados por el asistente social e informados de las distintas posibilidades de ayuda social disponibles, pero solamente en un caso se modificó la situación pasando a ingresar en residencia geriátrica inmediatamente tras el alta; al mes no se había modificado la situación social en ningún caso más. No hubo diferencias significativas en cuanto a la mortalidad, estancia media o tasa de reingresos a los 30 días en función de la graduación del SMSPQ.

Discusión. La prevalencia de demencia en la población española mayor de 65 años oscila entre el 5% y el 16%, porcentaje que aumenta hasta un 30% en los ancianos institucionalizados, constituyendo una de las patologías más habituales entre los pacientes ingresados en Medicina Interna. Los datos de nuestro estudio revelan cifras similares a las de la población general; sin embargo entre los pacientes sin deterioro neurológico existen tasas de depresión muy elevadas, en muchos casos no diagnosticadas. Asimismo resulta importante la infrutilización de los servicios socia-

les disponibles, en muchos casos relacionados con el desconocimiento de la población. De todas formas, a pesar de la información de los servicios sociales se mantiene esta infrutilización, por lo menos a corto plazo. Por otro lado, el deterioro cognitivo se ha vinculado como factor de mal pronóstico entre la población general, dato que no se ha objetivado en nuestro estudio, aunque creemos que el tamaño relativamente escaso de la muestra justifica estas discrepancias.

Conclusiones. El deterioro cognitivo es una entidad frecuente dentro de la pluripatología acompañante de los pacientes ingresados en Medicina Interna. Destaca la infrutilización de los recursos sociales como soporte de estos pacientes, en muchos casos por desconocimiento de sus familiares.

EA-53 SITUACIÓN FUNCIONAL DE LOS PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

E. Magaz García, P. Dios Díez, S. Aguilar Huergo y A. Muela Molinero

Servicio de Medicina Interna. Hospital de León. León.

Objetivos. Estudiar la situación funcional y dependencia de los pacientes ancianos que ingresan en nuestro servicio.

Material y métodos. Estudio prospectivo de todos los pacientes ingresados con edad superior a 75 años en el servicio de Medicina Interna (Hospital Monte San Isidro) durante la primera quincena de mayo de 2010. Se excluyeron todos los enfermos oncológicos en situación terminal y aquellos dados de alta o fallecidos durante las primeras 72 horas de ingreso. Se realizó entrevista personal a los pacientes y/o familiares; se calculó el índice de Barthel, así como la escala FAC de Holden y la escala de Lawton y Brody.

Resultados. La muestra estuvo formada por un total de 45 pacientes, de los que 25 (55,6%) eran varones. La edad media fue de $84,5 \pm 4,5$ años. El índice de Barthel medio fue de $66 \pm 35,27$ puntos. La puntuación media según la escala FAC de Holden fue de $3,4 \pm 1,7$ puntos. Según el índice de Lawton-Brody 17 (37,8%) eran independientes; la puntuación media de la cohorte según esta escala fue de $5,4 \pm 3,2$ puntos. Se apreciaron diferencias significativas en cuanto a una mayor estancia media y reingreso/exitus al mes en los pacientes con mayor grado de dependencia.

Discusión. Los servicios de Medicina Interna acogen con mayor frecuencia enfermos ancianos y pluripatológicos, que tienen importantes limitaciones en cuanto a su independencia funcional. Además esta mayor dependencia de los pacientes suele relacionarse con una peor evolución de los pacientes, principalmente durante su estancia hospitalaria. Nuestro estudio pone de manifiesto que la población que ingresa en nuestro servicio suele tener un grado de dependencia moderado/severo que se correlaciona con una evolución más tórpida y mayor tasa de reingresos al mes del alta hospitalaria.

Conclusiones. La situación funcional de los pacientes es un factor predictor de mortalidad en pacientes ancianos que ingresan en Medicina Interna. Además el grado de dependencia se relaciona con una peor evolución tras el alta y una importante tasa de reingresos. Ver tabla (EA-53).

Tabla (EA-53).

	Independiente (n = 16)	Dependencia moderada (n = 13)	Dependencia grave o total (n = 16)
Estancia media (días)	12,75 \pm 5,1	13,1 \pm 3,8	14,41 \pm 9,21
Mortalidad	2 (12,5%)		2 (12,5%)
Reingreso/exitus a los 30 días	3 (21,4%)	4 (30,8%)	7 (50%)

EA-54 MORTALIDAD ASOCIADA CON LA PRESENCIA DE DELIRIUM PREVALENTE DURANTE EL INGRESO Y MORTALIDAD PREMATURA AL AÑO DE SEGUIMIENTO DESPUÉS DEL ALTA

M. Cabré Roure¹, N. Arroyo García¹, C. Álvaro Rubio², E. Palomera Fanegas³ y M. Serra-Prat³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Medicina Familiar y Comunitaria, ³Unidad de Investigación. Hospital de Mataró. Mataró (Barcelona).

Objetivos. Delirium se define como una disminución aguda de la cognición y atención, y representa un problema frecuente en pacientes de edad avanzada hospitalizados con una prevalencia que oscila entre 14% al 56% y una mortalidad hospitalaria del 25% al 33%. Las consecuencias de delirio son sustanciales, e incluyen un incremento de la morbilidad y la mortalidad, declive funcional persistente, aumento de la duración de la estancia hospitalaria y los costes por día, mayores derivaciones a residencias, y mayores costes sanitarios. El objetivo de este estudio es estimar el impacto del Delirium en la mortalidad intrahospitalaria y la prematura entre los ancianos hospitalizados en una UGA en los 12 meses después del alta y estimar la fracción de un año de vida perdidos asociados a los pacientes con delirium.

Material y métodos. Estudio observacional prospectivo de una cohorte de pacientes de más de 70 años hospitalizados en una UGA. Factores de estudio: Edad, sexo, procedencia y destino, síndromes geriátricos, comorbilidades, estado cognitivo (Pfeiffer), estado funcional (Índice de Barthel), la fuerza de la mano, estado Nutricional (Mini nutricional Assessment), test de la disfagia, Índice de comorbilidad de Charlson, hemoglobina, creatinina, albúmina, colesterol total y linfocitos. Se registró la mortalidad hospitalaria y a los 12 meses después del alta.

Resultados. Se reclutaron 2.881 pacientes: 60,7% mujeres, edad media de 84,9 (6,2). Se observó delirium en el 28,8% de los casos. La mortalidad intrahospitalaria de los pacientes con delirium fue del 19,7% y del 9,7% sin delirium. La variables independientes en el análisis multivariado fueron: Delirium OR 2,11 (1,52-2,94), $p < 0,001$, Edad OR 1,03 (1,00-1,06) $p < 0,049$, Índice de comorbilidad de Charlson OR 1,19 (1,08-1,30) $p < 0,001$, Albúmina < 30 g/dl OR 1,83 (1,30-2,57) $p < 0,001$ y linfopenia < 800 /mL ($0,8 \times 10^9$ /L) OR 1,84 (1,32-2,57) $p < 0,001$. La mortalidad al año de los pacientes con delirium fue del 45,2% y del 35% sin delirium, con una media de supervivencia de los que fallecieron el primer año de 9,1 meses (4,9) en los pacientes sin delirium contra 8,0 meses (4,9) de los pacientes con delirium ($p < 0,001$). La variables independientes en el análisis multivariado fueron: la edad OR 1,07 (1,05-1,08) $p < 0,001$, Índice de comorbilidad de Charlson OR 1,34 (1,26-1,42) $p < 0,001$, Destino a residencias OR 1,66 (1,34-2,01) $p < 0,001$, Índice de Barthel preingreso < 40 OR 1,92 (1,55-2,38) $p < 0,001$ y estancia media OR 1,01 (1,00-1,03) $p < 0,022$.

Conclusiones. Los pacientes que experimentaron Delirium durante la hospitalización presentaron mayor mortalidad intrahospitalaria y al año, con una pérdida de promedio de vida de un mes con respecto a los que no presentaron delirium. En la mortalidad al año tenía más peso el estado funcional y la comorbilidad que la presencia de delirium. Aunque el delirio es una condición aguda, se asocia con múltiples secuelas a largo plazo que van más allá del ámbito hospitalario, incluyendo la mortalidad prematura.

EA-55 FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EN ANCIANOS: ¿UN PARADIGMA DE UNA NUEVA ENTIDAD CLÍNICA?

M. Caldeira, S. Karamanou, C. Dias, F. Pernetá, M. Jardim, L. Freitas, A. Caldeira y L. Brazão

Servicio de Medicina Interna. Hospital Central do Funchal. Funchal. Madeira (Portugal).

Objetivos. Sensibilización para la problemática de fiebre de origen desconocido en ancianos.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de cuatro casos clínicos. Consulta de informes de los enfermos y bibliografía del tema.

Resultados. La fiebre de origen desconocido (FOD) es una entidad clínica, definida como la presencia de fiebre ($> 38,3^{\circ}\text{C}$) sin foco aparente durante más de tres semanas. La FOD en ancianos (> 65 años) se diferencia de los adultos más jóvenes, debido a que tiene un enfoque de diagnóstico único. El espectro de síntomas es muy variado, sutil, a menudo difícil de interpretar y el curso de la enfermedad es más indolente. La patología multisistémica es la más frecuente como es el caso de la polimialgia reumática (PMR). La tuberculosis sigue siendo una causa importante de FOD. Caso 1: hombre, 69 años, antecedentes personales (AP) de tuberculosis Pulmonar. Ha tenido fiebre de cuatro meses de evolución, sudores nocturnos, pérdida de peso y mialgias proximales. Analíticamente: anemia normocítica normocrómica (N/N), hemoglobina (Hb) = 9,8 g/dL, VS = 100 mm. Diagnóstico de PMR con buena respuesta los esteroides. Caso 2: mujer de 69 años, fiebre de dos meses de desarrollo, con síntomas constitucionales y sudores nocturnos. Analíticamente: anemia N/N (Hb = 8,3 g/dL), VS = 113 mm. TC-abdominal: esplenomegalia (15 cm) y adenopatías retroperitoneales. Biopsia de ganglios linfáticos: linfoma de Hodgkin de celularidad mixta. Caso 3: mujer de 78 años, AP: prótesis mecánica mitral y endocarditis infecciosa protésica. Fiebre de dos meses de evolución, síntomas constitucionales e ictericia. Analíticamente: anemia N/N (Hb = 7,8 g/dL), LDH = 203 U/L, bilirrubina total: 4,09 mg/dL, bilirrubina indirecta 2,43 mg/dL. Ecocardiografía transtorácica: prótesis de válvula mitral con dos escapes periprotésicos. Ecocardiografía transesofágica vegetación en la válvula mitral. Reemplazo de válvula y aislamiento de un Staphylococcus coagulasa negativo en hemocultivos y en un segundo tiempo operatorio. Se efectuó el diagnóstico de endocarditis infecciosa. Después de 6 semanas de tratamiento antibiótico, la paciente murió de neumonía nosocomial.

Conclusiones. FOD en el anciano es generalmente el resultado de presentaciones clínicas atípicas de una enfermedad común. Si el propio FOD ya constituye un enigma para el internista en el anciano es, sin duda, un gran desafío para el Internista.

EA-56 SEGUIMIENTO TELEFÓNICO EN ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA: CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO

N. Pérez Fernández¹, A. Berroeta Iribarren¹, M. Ibarguren Pinilla¹, K. Leizaola Arregi¹, U. Errasti Amiano¹, E. Zubillaga Azpiroz¹, J. Vivanco Martínez¹ y G. Zubillaga Garmendia²

¹Servicio de Medicina Interna, ²UPV-EHU. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea. Donostia-San Sebastián (Guipúzcoa).

Objetivos. 1. Comprobar y promocionar la cumplimentación de las recomendaciones al alta de pacientes EPOC dados de alta de un hospital terciario en los últimos 6 meses. 2. Facilitar la comunicación desde el Hospital con los pacientes y contestar a sus preguntas.

Material y métodos. Obtenemos del CMBD del Hospital todas las altas de Reagudización de EPOC de los últimos 6 meses (266 pacientes). Se llama a los pacientes cada 15 días, durante 3 meses (6 "visitas telefónicas" a cada uno). Se constatan en una Base de Datos Excel los siguientes parámetros: edad, sexo, IMC, número de ingresos en los 6 meses previos, oxígeno domiciliario -si/no- e historia de ICC. En cada consulta se recogía la información con respecto a los 15 días previos sobre: ejercicio, (más de 30 minutos al día 1 punto, no actividad 0 puntos, -puntuación máxima de 6-), tratamiento crónico y cambios en el mismo, número de ciclos antibióticos y número de reingresos. Se enumeraron los fallecimientos. Se excluyen 128 pacientes por las siguientes razones: No es posible establecer contacto con 84; 19 fallecidos antes del inicio; 7 en seguimiento en otro centro hospitalario; 5 repetidos en la base de

datos; 5 no desean participar; 8 ingresados al inicio del estudio de los cuales, 5 en planta médica (2 por EPOC, 3 otros motivos), 2 en UVI, 1 en Residencia de Crónicos. Se incluyen 138 pacientes.

Resultados. La media de edad fue de 72 años (DE 11) siendo 103 (76,64%) hombres. El IMC medio fue de 26 kg/m² (DE 7). Necesitaban oxígeno domiciliario 43 enfermos (31,46%) habiendo sido diagnosticados de insuficiencia cardiaca congestiva previamente 41 (29,71%). Respecto al ejercicio, al final del estudio, caminaban un mínimo de 30 minutos diarios 96 (69,57%) pacientes. El tratamiento más empleado fue la combinación de β -2 agonistas de larga duración + anticolinérgicos + corticoides inhalados y el siguiente β -2 agonistas de larga duración + anticolinérgicos. Se prescribieron 115 ciclos de antibióticos entre 65 (47,10%) pacientes: 37 (26,81%) pacientes recibieron un único ciclo, 14 (10,14%) dos ciclos, 11 (7,97%) tres ciclos, 1 (0,72%) cinco ciclos y 2 (1,45%) seis ciclos. Setenta y tres (52,90%) no recibieron antibióticos en todo el seguimiento. Fallecieron 3 (2,17%) pacientes.

Discusión. La adherencia al tratamiento es un problema en la práctica clínica y razón de fracaso terapéutico. Con el seguimiento telefónico se pretende insistir en el buen cumplimiento. La falta de actividad física en la serie es evidente para lo que podríamos encontrar dos razones: una, que el esfuerzo de los médicos se dirige más a las medidas farmacológicas no insistiendo en las medidas higiénico-dietéticas o, segundo, que un porcentaje importante de los pacientes eran enfermos evolucionados los cuales tienen importantes limitaciones para la actividad.

Conclusiones. 1) En los pacientes seguidos telefónicamente se confirma el cumplimiento de la medicación prescrita. 2) En contraste con el buen cumplimiento del tratamiento farmacológico hemos evidenciado una falta de cumplimiento de las medidas higiénico-dietéticas, viendo que más de un tercio no realiza ejercicio. 3) El 47% precisó antibióticos prescritos de forma ambulatoria, algunos de ellos varios ciclos, por recaídas. 4) Destacar el importante número de pérdidas debido a la imposibilidad de contacto telefónico sugiriendo un déficit en la recogida de los datos de contacto en las Bases de Datos del Hospital.

EA-57

DEMENCIA COMO FACTOR PREDICTOR DE MORTALIDAD EN PACIENTES NONAGENARIOS

A. Castro Gordon¹, R. Barba², M. Fernández López¹, B. Matía Hernando¹, J. Canora¹, J. Marco³, S. Plaza⁴ y A. Zapatero¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada. Fuenlabrada (Madrid). ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina. Madrid. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid).

Objetivos. El envejecimiento se asocia con un aumento casi exponencial en la prevalencia e incidencia de la demencia, siendo esta enfermedad un factor de riesgo de mortalidad. Pese a que dicho diagnóstico está generalmente infranotificado en los informes de alta de nuestros pacientes, decidimos valorar si la aparición de dicho diagnóstico en el informe se asociaba a mayor riesgo de fallecer durante el ingreso.

Material y métodos. Se analizaron todos los pacientes mayores de 90 años dados de alta en Medicina Interna (MI) de nuestro país durante los años 2005-7, según los datos registrados en el Conjunto Mínimo Básico de Datos, identificando aquellos que tuvieran un diagnóstico de demencia registrado en su historia (CIE-9-MC: 290.00-290.99). Se hizo un modelo de regresión logística con el fin de ver el efecto de la demencia sobre el riesgo de fallecer en estos pacientes.

Resultados. Analizamos 90.679 pacientes con edad igual o superior a 90 años, el 67% de los cuales eran mujeres. Un 15% tenía registrado el diagnóstico de demencia en el CMDB. Un 22% de los

pacientes falleció durante el ingreso. La presencia de demencia se asoció a un riesgo superior de fallecer en el análisis univariado (21,7% vs 25,9%; OR 1,26 IC95% 1,21-1,31 p < 0,001). En el análisis de regresión logística, en el que se ajustaron los posibles confusores de mortalidad (edad, sexo, presencia de cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, enfermedad cerebrovascular, enfermedad tumoral, institucionalización previa, índice de comorbilidad) se confirmó que los pacientes con demencia tenían un 38% más de riesgo de fallecer en el ingreso que los pacientes sin demencia (OR 1,38 IC95% 1,27-1,52).

Discusión. La presencia de demencia en edades avanzadas de la edad es un potente predictor de mortalidad en pacientes que ingresan en un servicio de Medicina Interna. Por estudios de prevalencia de demencia en nonagenarios realizados en nuestro país, nos parece que no se notifica de forma adecuada en el informe de alta, a pesar de su importante papel pronóstico de mortalidad durante el ingreso. Diversos estudios han demostrado la potencia predictiva de los factores de dependencia, dato que por desgracia no se registra en las bases de datos administrativas.

EA-58

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL PACIENTE ANCIANO ATENDIDO EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

N. Jové Vidal, J. Ramos Lázaro, B. Batalla Insenser, C. Chico Chumillas, J. Ferro Alem, J. Hernández Umaña, V. Reverter Barrachina y M. Torres Salinas

Servicio de Medicina Interna. Fundació Hospital de l'Esperit Sant. Barcelona.

Objetivos. Analizar las características epidemiológicas de pacientes ancianos > 75 años, ingresados en una unidad de hospitalización a domicilio de un hospital comarcal del área metropolitana de Barcelona.

Material y métodos. Análisis retrospectivo y longitudinal de 105 pacientes > 75 años, que han ingresado en nuestra unidad de hospitalización a domicilio de enero a junio de 2009 y de noviembre 2009 a enero 2010 (nuestra unidad ha permanecido cerrada desde julio hasta octubre 2009).

Resultados. Representaron el 43% del total de pacientes atendidos por nuestra unidad durante el período de tiempo analizado. El 58% fueron varones, con una edad media de 81,6 \pm 5,73 años, el 77% procedían de la planta de MDI, el 21% de urgencias y el resto de otros servicios. El 68% tenían al ingreso un Barthel > 80 y el 9,5% < 45. El Índice Charlson medio ha sido de 6,21 \pm 1,89 puntos. El 55% tenía como cuidador principal en el domicilio al cónyuge, el 34,3% a los hijos, el 5,7% un cuidador a sueldo y el 4,8% a otros. Los días totales de ingreso han sido 8,41 \pm 3,22 repartidos entre: 3,33 \pm 2,37 días en el hospital y 5,08 \pm 2,59 días en el domicilio. Entre las enfermedades de base que presentaban destaca: 45% EPOC, 15,4% hipertensión arterial, 12,5% asma crónica, 4,8% cardiopatía hipertensiva, 3,8% bronquiectasias, 2,9% IC, 2,9% ACxFA crónica, 1,9% diabetes mellitus, 1% insuficiencia respiratoria crónica y 9,6% otras. Los diagnósticos principales al alta fueron: 23% EPOC exacerbado, 21,2% neumonía extrahospitalaria, 19,2% infección respiratoria, 14,4% IC descompensada, 11,5% asma bronquial exacerbada, 3,8% ACxFA rápida, 2,9% Insuficiencia respiratoria crónica agudizada, 1% insuficiencia respiratoria aguda, 1,9% hipertensión arterial con cardiopatía hipertensiva y 1% bronquiectasias. El 98% recibieron tratamiento oral, el 76% nebulizado, el 10,5% antibiótico parenteral, el 17,1% oxigenoterapia y el 45% otros. El 95,2% no presentó complicaciones y el 99% evolucionó favorablemente siendo dados de alta.

Discusión. Los pacientes > 75 años atendidos en nuestra unidad de HD son predominantemente varones, con una edad media de

81,6 años, que proceden principalmente de la planta de hospitalización de MDI, con un Charlson medio de 6,21 puntos, con un Barthel > 80 en el 68% de los casos, tienen como principal cuidador al cónyuge, con una estancia media total de 8,41 días y de 5,08 días en el domicilio, cuya principal enfermedad de base es la EPOC así como el diagnóstico principal al alta, que han recibido predominantemente tratamiento oral y broncodilatadores nebulizados y que el 95% no han tenido complicaciones y han sido dados de alta.

Conclusiones. 1. Los pacientes ancianos con cuidador en domicilio representan casi la mitad de los pacientes atendidos en nuestra unidad con un predominio de varones. 2. La patología de base más frecuente, al igual que en la sala de Hospitalización convencional, es la EPOC exacerbada, precisando la mayoría, tratamiento broncodilatador nebulizado. 3. Prácticamente no presentaron complicaciones durante el ingreso y evolucionaron favorablemente. 4. Los pacientes ancianos pueden ser ingresados en una Unidad de Hospitalización a Domicilio sin que ello suponga una disminución de la calidad asistencial recibida.

EA-59 INSUFICIENCIA RENAL OCULTA EN MEDICINA INTERNA

J. Fraile González, T. Blanco Moya, B. Mora Hernández, A. Torres do Rego, M. Gómez Antúnez, B. Pinilla Llorente, L. Álvarez-Sala Walther y A. Muñio Míguez

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

Objetivos. El objetivo de nuestro estudio es estimar la prevalencia de insuficiencia renal oculta (IRO) en una unidad de hospitalización de Medicina Interna general de un hospital de tercer nivel e identificar factores asociados a IRO para optimizar el manejo de estos pacientes.

Material y métodos. Se estudiaron 120 pacientes hospitalizados de forma consecutiva en una Unidad de Medicina Interna General. De éstos, se incluyeron en el estudio los que cumplían los siguientes criterios: edad entre 50-85 años, creatinina sérica estable con cifras inferiores a 1,2 mg/dL en mujeres y 1,3 mg/dL en hombres en al menos dos determinaciones en días diferentes. Se calculó el filtrado glomerular (FG) mediante la fórmula de MDRD-4 (Modification of Diet in Renal Disease), considerando IRO si el FG estimado es ≤ 60 ml/min/1,73 m². En el estudio estadístico se realizó un análisis de regresión logística utilizando como variable dependiente la presencia de IRO, para determinar con qué variables se asocia. Se registraron los fármacos nefrotóxicos incluidos en el tratamiento habitual de estos pacientes.

Resultados. De los 120 pacientes revisados, 50 cumplían los criterios de inclusión definidos. La media de edad de los pacientes incluidos en el estudio fue de 75,2 años con un 46% de varones. La prevalencia de IRO según los valores de la MDRD-4 fue del 18%. Presentaban IRO el 27% de las mujeres estudiadas y el 9% de los varones. El grupo con IRO comparado con el grupo con creatinina normal y FG estimado mayor de 60, se caracterizó por ser de más edad (79,2 \pm 4,9 años vs 74,8 \pm 9,2 años), mayor proporción de mujeres (78% vs 49%) y por la asociación con tratamiento nefrotóxico crónico (p = 0,013). No se encontraron diferencias en la prevalencia de hipertensión, diabetes, dislipemia u otros antecedentes de enfermedad. Un número importante de pacientes recibieron tratamiento durante el ingreso para el que se recomienda ajuste de dosis según función renal.

Discusión. La insuficiencia renal crónica es una entidad infradiagnosticada dado que habitualmente se utilizan los niveles de creatinina sérica como método de estimación de la función renal. Sin embargo, éstos pueden permanecer dentro de un rango normal incluso cuando la función renal está muy afectada. La IRO se define

como la presencia de cifras normales de creatinina junto con un aclaramiento inferior a 60 ml/min/1,73 m².

Conclusiones. Nuestros resultados van a favor de la utilización de fórmulas de estimación del filtrado glomerular en la práctica clínica habitual (MDRD-4) para el adecuado manejo del paciente entre 50 y 85 años, especialmente mujeres, y la correcta prescripción de fármacos que evite toxicidad indeseada.

EA-60 ANEMIA EN LA FRACTURA DE FÉMUR

A. Serrado Iglesias¹, J. Torres Martínez¹, N. López Andrés², J. Cancio Trujillo³, J. Afonso Argiles³ y J. Viles Valentí¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Hepatología. Hospital Municipal de Badalona. Badalona (Barcelona). ³Geriatría. Centre Sociosanitari El Carme. Badalona (Barcelona).

Objetivos. La fractura osteoporótica de cadera es un problema sanitario de especial envergadura por incidir en población pluripatológica y de edad avanzada. Desde abril de 2009, en nuestro centro existe un internista de referencia que realiza una valoración de estos pacientes. Considerando la anemia como factor que frecuentemente complica el postoperatorio y demora la rehabilitación, desde enero de 2010 se realiza una intervención dirigida para el tratamiento de la anemia en estos pacientes.

Material y métodos. Se describe nuestra experiencia durante 6 meses (enero-junio de 2010) con valoración de 42 pacientes. Se recogen variables demográficas, del proceso traumatológico así como hemoglobina /hematocrito: al ingreso, 24 h postintervención, 4-6 semanas postalta. Se valora el tratamiento para la anemia que han recibido los pacientes durante el ingreso y al alta.

Resultados. Se incluyó un total de 42 pacientes, 88% mujeres, con una edad media de 83 años (65-95). Escalas al ingreso: Barthel 78 \pm 27, Pfeiffer 3,6 \pm 3, Charlson 1,8 \pm 0,9. Tipo de fractura: 58,5% extracapsular, 41,5% intracapsular. Tipo de intervención: 51,2% osteosíntesis, 48,8% artroplastia. Estancia media: 12 \pm 7 días, días preintervención 1,5 \pm 2. Valores analíticos al ingreso: hemoglobina 12,3 \pm 1,7 g/dl, hematocrito 37,9 \pm 4,8%. Valores analíticos poscirugía: hemoglobina ≤ 8 g/dl 37,5%. Hemoglobina 8-10 g/dl 42,5%. Hemoglobina > 10 g/dl 20%. Tratamiento de la anemia durante el ingreso: transfusión 35%, Fe oral 37,1%, Fe e.v. 28,6%. Dosis media de sacarosa: 400 mg. Ningún caso de efectos adversos. La prescripción de Fe oral al alta se ha incrementado según nuestros propios datos del año anterior de 10% (2,9-16,6) a 57% (42,2-72,1). Intervalo de confianza 95%, lo cual resulta estadísticamente significativo. Asimismo, si revisamos los hemogramas de control comparando los pacientes que han recibido Fe e.v. con los que no lo han recibido el incremento de hemoglobina (10,3 g/dl a 11 g/dl) y el incremento de hematocrito (32,7% a 36,5%) resultan estadísticamente significativos (p < 0,05).

Discusión. La presencia y el grado de anemia postoperatoria se han relacionado en el paciente anciano con fractura de fémur con un peor pronóstico vital y funcional. La transfusión de sangre alométrica ejerce un efecto inmunomodulador negativo que podría comportar aumento de la infección nosocomial, la estancia hospitalaria e incluso la mortalidad. El Fe e.v. es una alternativa que podría mejorar la biodisponibilidad del Fe ante la hemorragia quirúrgica y recuperar con mayor prontitud dichas pérdidas en el postoperatorio. Su uso todavía es controvertido y no está clara la dosis a administrar en estos pacientes.

Conclusiones. La intervención dirigida al tratamiento de la anemia perioperatoria en el anciano con fractura de cadera ha implementado de forma significativa el uso de Fe e.v. durante el ingreso y de Fe oral al alta.

EA-61 INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS HOSPITALIZADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. González Gómez, E. Gaspar García, M. González García,
R. Morales Gómez, J. Sequeira Lopes da Silva, O. González Casas,
L. Nevado López-Alegria y D. Magro Ledesma

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Badajoz.

Objetivos. Conocer qué proporción de pacientes hospitalizados en nuestro servicio son pluripatológicos en función de unos criterios establecidos, así como las características diferenciales epidemiológicas y clínicas de dichos pacientes.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo. La población de estudio fueron los 524 pacientes dados de alta durante el mes de enero de 2010 en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Perpetuo Socorro de Badajoz, utilizando los informes de alta. Para definir al paciente pluripatológico (PPP) se utilizó la definición funcional del Proceso Asistencial Integrado de Atención al PPP de la Consejería de Sanidad de la Junta de Andalucía, que considera PPP al que cumple al menos 2 de las 7 categorías en las que se agrupan las enfermedades crónicas más prevalentes.

Resultados. Analizamos 248 pacientes (47,33% del total) que fueron considerados PPP, con una edad media de 77,79 años (rango 28-97). De ellos, 112 eran mujeres (45,2%) y 136 eran hombres (54,8%). La estancia media fue de 8,11 días. La media de categorías de pluripatología por paciente fue 2,54; la categoría más prevalente fue la A (enfermedades cardiológicas, 63,3%), seguida de la F (enfermedad vascular periférica o diabetes mellitus con repercusión, 56,9%) y la C (enfermedades respiratorias, 48,4%); siendo menos frecuente la categoría G (enfermedades onco-hematológicas, 14,5%) y la D (enfermedades digestivas, 6,5%). La categoría C era más prevalente en hombres (60,3%, frente a 33,9% de mujeres), mientras que la categoría A lo era en las mujeres (70,5% frente a 57,4% de hombres). La mayoría de los pacientes procedían del Servicio de Urgencias (98,4%) y residían en su domicilio (88,7%), mientras que sólo el 9,7% estaban institucionalizados en una residencia sociosanitaria, sin diferencias significativas por sexo. 157 pacientes (63,3%) ya habían ingresado previamente. A casi todos se les realizó pruebas analíticas (99,6%) y radiológicas (91,9%). El consumo de fármacos era elevado, con una media de 8,71 fármacos por paciente, siendo los más utilizados los IECAs, ARA II, diuréticos e hipolipemiantes. La media de diagnósticos al alta fue de 2,45 por paciente. Las principales causas que motivaron el ingreso fueron enfermedades infecciosas (64 pacientes, de los cuales 24 mujeres y 40 hombres), cardiovasculares (58 pacientes, 35 mujeres y 23 hombres) y respiratorias (56 pacientes, 17 mujeres y 39 hombres). La mortalidad fue del 23%, siendo la edad media de los pacientes fallecidos de 81,83 años.

Discusión. La incidencia de PPP en los Servicios de Medicina Interna va aumentando de forma progresiva, motivado entre otras razones por el envejecimiento de la población. Esto genera una importante carga de trabajo así como gran consumo de recursos sanitarios y elevado gasto farmacológico, como se refleja en nuestros resultados, los cuales son muy similares a los publicados en la literatura en los últimos años.

Conclusiones. Un alto porcentaje de los pacientes que ingresan en Medicina Interna son PPP, teniendo éstos una edad avanzada, con un consumo de fármacos elevado. Predominan las enfermedades cardiovasculares y respiratorias, motivando su ingreso en gran medida las causas infecciosas.

EA-62 INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS EN ANCIANOS

J. Curbelo García¹, A. Gullón Ojesto¹, P. Parra Caballero¹,
C. Saéz Béjar¹, P. Sánchez Molini¹, E. Ramírez Herráiz²,
N. Ruiz-Giménez Arrieta¹ y C. Suárez Fernández¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Farmacia.
Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Objetivos. Las interacciones farmacológicas son frecuentes en la práctica clínica, y constituyen una causa importante de morbilidad e ingresos hospitalarios. A pesar de su relevancia, la información epidemiológica de las interacciones farmacológicas en la clínica es escasa. **Objetivo:** describir cuantitativa y cualitativamente las principales interacciones farmacológicas detectadas en el informe de alta hospitalaria de un servicio de Medicina Interna en pacientes mayores de 65 años. Establecer la posible asociación entre la frecuencia de interacciones farmacológicas y la vida basal y comorbilidad de los sujetos que la padecen.

Material y métodos. Se revisaron los informes de alta hospitalaria de pacientes mayores de 65 años dados de alta en septiembre de 2009 en el servicio de Medicina Interna del Hospital de La Princesa. Se identificaron las interacciones mediante el programa Stockley, base del Consejo Oficial de Farmacéuticos y guía de interacciones de fármacos del 2008 de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. La vida basal de cada individuo fue recogida del informe de alta hospitalaria, clasificándose en dependiente, parcialmente dependiente e independiente para las actividades básicas. La comorbilidad se evaluó mediante la escala de Charlson abreviada.

Resultados. Se revisaron un total de 52 informes de alta, detectándose 18 interacciones en 14 pacientes; en 10 de ellos se detectó una (19,2%), mientras que en 4 enfermos se detectaron dos (7,75%). De todas las interacciones, el 21% fueron clasificadas como leves, el 54% moderadas y el 25% graves. Las interacciones más frecuentes fueron omeprazol-vitamina B12 oral y sales de calcio-bisfosfonatos (3 casos cada una), seguidas de digital-diurético no ahorrador de potasio, diurético-salmeterol y anticoagulantes orales-omeprazol (2 pacientes en cada una); todas ellas fueron clasificadas como de riesgo moderado. Respecto a la relación entre la existencia de interacciones y la vida basal, un 28,6% de los pacientes dependientes para actividades básicas de vida diaria presentaban alguna interacción farmacológica, mientras que dicho porcentaje era de un 27,7% para los parcialmente dependientes y de un 29,4% para aquellos independientes. En lo referente a la comorbilidad, existía alguna interacción en un 37,5% de los sujetos con alto grado, y un 18,1% en los sujetos con ausencia de comorbilidad ($p > 0,05$).

Discusión. Los presentes hallazgos muestran la elevada frecuencia de interacciones medicamentosas en nuestros pacientes; no obstante, a pesar de haberse detectado interacciones farmacológicas en casi 1 de cada 4 pacientes, la gran mayoría no pueden considerarse relevantes, e incluso alguna de ellas, como es el caso de digoxina-diurético no ahorrador de potasio, podrían ser electivas. En nuestro estudio el grado de interacción farmacológica no se relacionó estadísticamente con la vida basal ni el grado de comorbilidad de los sujetos.

Conclusiones. Las interacciones medicamentosas son frecuentes en la práctica clínica, si bien su relevancia en muchos casos es escasa.

EA-63 CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN EN LOS ANCIANOS

A. Gullón Ojesto¹, P. Parra Caballero¹, J. Curbelo García¹,
C. Sáez Béjar¹, P. Sánchez Molini¹, E. Ramírez Herráiz²,
N. Ruiz-Giménez Arrieta¹ y C. Suárez Fernández¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Farmacia.
Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Objetivos. La prescripción inadecuada de fármacos es un problema frecuente en los ancianos, tanto por el mayor riesgo de reaccio-

nes adversas a medicamentos como por omisión de fármacos indicados en determinados escenarios clínicos. Objetivo: evaluación de la calidad de la prescripción farmacológica al alta hospitalaria en pacientes ancianos atendidos en un Servicio de Medicina Interna.

Material y métodos. Se revisaron los informes de alta hospitalaria de los pacientes mayores de 65 años que fueron realizados durante el mes de septiembre de 2009 en el servicio de Medicina Interna del Hospital de La Princesa. La evaluación de la calidad de la prescripción farmacológica se realizó mediante la revisión sistemática de los criterios STOPP-START (Screening Tools of Older Person's potentially inappropriate Prescriptions/Screening Tool to Alert doctors to the Right Treatment) en los tratamientos prescritos en los informe de alta hospitalaria. Se considera criterio STOPP la prescripción inadecuada de un fármaco por interacción medicamentosa o contraindicación médica; presentar un criterio START supone la omisión de prescripción de un fármaco de elección para una determinada patología.

Resultados. Se evaluaron los tratamientos de 52 pacientes; la edad media fue de 85,98 años (DE 7,53) y el 67% fueron mujeres. La media del número de fármacos al ingreso fue de 5,75, mientras que al alta ascendía a 7,33; la media de nuevos medicamentos prescritos fue de 3,43. Se detectaron criterios STOPP en 20 pacientes (38,5%), y criterios START en 22 (42,3%). Los principales criterios STOPP identificados son la prescripción de neurolépticos como hipnóticos (8), opiáceos en presencia de demencia (2) y benzodiacepinas de forma crónica. Los tres criterios START más frecuentemente detectados fueron la no utilización de metformina en pacientes con DM tipo 2 sin insuficiencia renal (5), anticoagulantes orales en fibrilación auricular (5) y ácido acetil-salicílico en prevención secundaria cardiovascular (3).

Discusión. Cuatro de cada diez pacientes estudiados toman algún fármaco potencialmente inapropiado, ya sea por interacción medicamento-medicamento o medicamento-enfermedad de relevancia clínica, lo cual podría constituir un objetivo de mejora en la prescripción. No obstante, pese a que un elevado porcentaje de pacientes presentan criterios START, cabe tomar este dato con precaución, ya que se trata habitualmente de fármacos en los que es necesaria la valoración del riesgo-beneficio de forma individualizada, teniendo en cuenta tanto la polifarmacia como la pluripatología, así como el estado funcional de los ancianos, objetivo a valorar en otros estudios.

Conclusiones. Aunque se considera que los criterios STOPP-START son una herramienta útil en la prescripción en ancianos, estimamos oportuno establecer su validez en función de las características individuales de cada uno de nuestros pacientes.

EA-64 DEPENDENCIA FÍSICA Y COMORBILIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN MEDICINA INTERNA

C. Fernández-Roldán, D. Vinuesa García, M. Moreno Higuera, L. Ruiz Rivera, A. Ruiz Sancho, A. Peña Monje, F. Anguita Santos y J. Cantero Hinojosa

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Objetivos. Conocer el grado de dependencia física (DF) de los pacientes ingresados en Medicina Interna (MI) y su relación con las diferentes comorbilidades que presentan.

Material y métodos. Estudio transversal, descriptivo realizado en dos períodos de tiempo: octubre-diciembre de 2006 y enero-junio de 2010. Se recogieron datos epidemiológicos y clínicos de los pacientes ingresados en MI y se valoró en todos ellos el grado de DF utilizando el Índice de Barthel (IB). Se excluyeron los pacientes ingresados en las secciones de Infecciosas y Sistémicas. La recogida de datos se realizó mediante un cuestionario elaborado por el equipo investigador. Se realizó un análisis descriptivo con frecuencias

absolutas y relativas, medias y desviaciones típicas. Se hizo además un análisis de regresión lineal simple y correlaciones bivariadas de Pearson. Los datos se analizaron mediante el programa estadístico SPSS 15.0.

Resultados. Se incluyeron un total de 144 pacientes. La edad media fue de 76,9 ± 10,9 años, el 52,4% eran mujeres y pertenecían a un ambiente rural el 52,1%. Un 88,2% eran pluripatológicos, siendo las patologías más frecuentes: HTA (84,9%), insuficiencia cardíaca (73,4%), FA (45,7%), DM (45,3%), deterioro cognitivo (40,3%), EPOC (39,7%), e ictus (18,1%). Un 17,4% estaban institucionalizados y un 77,1% presentaban algún tipo de limitación física. La media de puntuación según el IB fue 54,31 ± 35,32 y el tiempo medio de DF de 3,7 ± 7,58 años. El nivel de DF según el IB fue: total 22,4%, grave 13,3%, moderado 14,7% y leve 49,7%. Se encontró significación estadística entre el grado de DF y la institucionalización, la limitación física, el ictus y el deterioro cognitivo ($p < 0,001$). El análisis mediante correlación de Pearson encontró significación estadística entre el IB, la edad del paciente y tiempo de DF ($p < 0,001$).

Discusión. La mayoría de los pacientes ingresados en MI tienen una edad avanzada y son pluripatológicos. Esto condiciona un grado importante de limitación y dependencia física, como indican los resultados de nuestro estudio y también reflejan otros autores en diferentes series publicadas en la literatura, destacando sobre todo un elevado porcentaje de pacientes con dependencia física grave o total (35,7%). Las patologías más invalidantes y que asocian un mayor grado de dependencia son, como eran de esperar, el deterioro cognitivo y el ictus. Aunque el IB está ampliamente reconocido en residencias de ancianos y centros geriátricos, su implantación y recogida sistemática en hospitales de agudos no están totalmente establecidas. Esta medida sería interesante, pues la evaluación del grado de dependencia es básica para valorar los recursos necesarios y cuidados que precisan nuestros pacientes, tanto durante el ingreso, como posteriormente al alta. Además se ha propuesto como un factor que influye en el pronóstico.

Conclusiones. Un porcentaje muy elevado de nuestros pacientes son pluripatológicos lo que condiciona una importante limitación física. La dependencia física se relaciona sobre todo con el antecedente de ictus y/o deterioro cognitivo que son las patologías que con mayor frecuencia condicionan limitación física e institucionalización.

EA-65 PERFIL DEL CUIDADOR PRINCIPAL INFORMAL DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. Moreno Higuera, D. Vinuesa García, C. Fernández-Roldán, G. Urbano García, M. Vega Ruiz, R. Gálvez López, M. García Morales y A. Ruiz Sancho

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Objetivos. Conocer el porcentaje de pacientes ingresados en Medicina Interna (MI) que tienen cuidador principal informal (CPI) estable y recoger datos que nos permitan delimitar el perfil de la persona cuidadora. Identificar su nivel de sobrecarga y el riesgo de claudicación.

Material y métodos. Estudio transversal, descriptivo, realizado durante dos períodos de tiempo: octubre-diciembre de 2006 y enero-junio de 2010. Mediante entrevista clínica se identificó al CPI cuando existía y se recogieron variables sociodemográficas relacionadas con éste. La recogida de datos se realizó mediante un cuestionario elaborado por el equipo investigador. Se excluyeron las personas que realizaban labores de cuidado como actividad profesional y cobraban un salario por ello. Tampoco se incluyeron los cuidadores profesionales de los pacientes institucionalizados. Para valorar el nivel de sobrecarga se utilizó la escala de Zarit (EZ). Se

realizó un análisis descriptivo con frecuencias absolutas y relativas, medias y desviaciones típicas. Los datos se analizaron mediante el programa estadístico SPSS 15.0.

Resultados. Se incluyeron 144 pacientes y 70 tenían CPI (53,4%). La edad media del CPI fue de $55,5 \pm 12,8$ años, la gran mayoría eran mujeres (84,3%) y pertenecían a un ambiente rural (52,9%). El grado parental más frecuente fue el de hija (55,7%) seguido del cónyuge (25,7%). El 58,6% tenía sólo estudios primarios y un 34,3% trabajaba además fuera del domicilio. Hasta un 55,7% tenía otro familiar a su cargo y un 62,8% dedicaba entre 12-24 horas a su cuidado. Un 41,8% recibía algún tipo de ayuda social. El 48,6% era CPI único y tenía ayuda de un hermano el 34,3%, no existiendo en un 65,7% períodos de descanso establecido. Un 70,6% llevaba al cuidado de su familiar entre 0-5 años y un 14,7% entre 5 y 10 años. La media de puntos en la EZ fue de $36,99 \pm 18,64$. Presentaban algún tipo de sobrecarga el 29% de los CPI (11,6% leve y 17,4% intenso).

Discusión. El aumento de la esperanza de vida condiciona un mayor número de pacientes con importantes limitaciones y necesidades, que los servicios sanitarios y/o sociales no pueden cubrir. Esto genera importantes cambios en la estructura familiar apareciendo la figura del CPI. En nuestro estudio es una mujer de mediana edad, hija del paciente, sin estudios o con estudios primarios, que recibe ayuda de otros familiares y con varios años a su cuidado. Este perfil coincide con otros estudios realizados y representa a una mujer que todavía hoy asume en nuestra sociedad funciones consideradas socioculturalmente propias de su sexo. Hasta un 17,4% presentan un nivel de sobrecarga intenso, algo menor al reflejado en otras series. Cuidar a personas mayores, sobre todo con discapacidad, supone un gran esfuerzo que afecta al propio bienestar y a la relación con la persona que se cuida, pudiendo aparecer claudicación familiar y alteraciones en la salud física y emocional, que algunos autores han definido como "síndrome del cuidador". Sin embargo, el apoyo social observado sigue siendo insuficiente y la gran mayoría de CPI reconoce necesitar más ayuda para seguir desempeñando esa actividad.

Conclusiones. El perfil del CPI corresponde a mujeres, de mediana edad y con un bajo nivel de estudios. La mayoría reciben poca ayuda y tienen además otros familiares a su cargo, por lo que presentan un alto riesgo de claudicación, razón por la que es necesario establecer medidas para el soporte y la atención a los cuidadores.

EA-66

RELACIÓN ENTRE LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRINCIPAL INFORMAL Y EL PACIENTE DEPENDIENTE EN MEDICINA INTERNA

M. Moreno Higuera, D. Vinuesa García, C. Fernández-Roldán, M. Vega Ruiz, G. Urbano García, I. Saucedo Villanueva, D. Sánchez Rico y J. Cantero Hinojosa

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Objetivos. Conocer si el nivel de sobrecarga del cuidador principal informal (CPI) está relacionado con la dependencia del paciente ingresado en Medicina Interna (MI). Describir los efectos que el hecho de cuidar ocasiona en la salud y en la calidad de vida del CPI.

Material y métodos. Estudio transversal y descriptivo realizado en dos períodos: octubre-diciembre de 2006 y enero-junio de 2010. Se recogieron datos epidemiológicos y clínicos de pacientes ingresados en MI y del CPI cuando lo había. La recogida de datos se realizó mediante un cuestionario elaborado por el equipo investigador. Se excluyeron los pacientes ingresados en las secciones de Infecciosas y Sistémicas. Para valorar el nivel de dependencia se utilizó el Índice de Barthel (IB). Para valorar el nivel de sobrecarga se utilizó la escala de Zarit (EZ). Se realizó un análisis mediante t de Student para muestras independientes y correlaciones bivariadas de Pear-

son. Los datos se analizaron mediante el programa estadístico SPSS 15.0.

Resultados. Se incluyeron 144 pacientes con una edad media de $76,9 \pm 10,9$ años, el 52,4% eran mujeres y el 47,6% varones. Presentaban pluripatología un 88,2%, deterioro cognitivo un 40,3%, y limitación física un 77,1%. La media de puntuación del IB fue $54,31 \pm 35,32$ y el tiempo medio de dependencia $3,7 \pm 7,58$ años, estando institucionalizados el 17,4%. 70 pacientes tenían CPI, con una edad media de $55,5 \pm 12,8$ años, la mayoría mujeres (84,3%) pertenecientes a ambiente rural (52,9%). El 78,4% de los CPI o no referían estudios o sólo tenían estudios primarios. Un 34,3% trabajaba fuera del domicilio, un 55,7% tenía otro familiar a su cargo y un 62,8% dedicaba entre 12-24 horas a su cuidado. El 57,1% padecían alguna enfermedad cuya aparición y/o empeoramiento atribuía al cuidado de su familiar (25,7% y 49,3% respectivamente). La media de puntos en la EZ fue de $36,99 \pm 18,64$. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la sobrecarga del CPI y el deterioro cognitivo ($p = 0,042$), horas que dedica al cuidado del paciente ($p = 0,009$) y años de cuidado ($p = 0,021$).

Discusión. El envejecimiento de la población supone un incremento de pacientes con dependencia, siendo el deterioro cognitivo y la demencia las patologías que más impacto causan en el CPI y la familia. Además, existe un elevado porcentaje de pacientes con limitación física que generan una sobrecarga importante en el CPI, sobre todo relacionada con los años de dependencia del paciente y el tiempo de dedicación que emplea en el cuidado de su familiar, aspecto que coincide con otros estudios publicados en la literatura. Esto puede provocar la claudicación del CPI plasmada en problemas de salud y, por tanto, la institucionalización del paciente, datos que apoyan la necesidad de que los profesionales elaboren un plan de cuidados para detectar precozmente la aparición del "síndrome del cuidador" y prevenirlo en la medida de lo posible.

Conclusiones. Existe una importante sobrecarga del CPI de pacientes dependientes, sobre todo en relación con determinadas patologías como el deterioro cognitivo y con el tiempo de dedicación al familiar.

EA-67

EVOLUCIÓN DEL PERFIL DEL CUIDADOR INFORMAL Y DEL PACIENTE INGRESADO EN MEDICINA INTERNA EN RELACIÓN A LA LEY DE DEPENDENCIA

C. Fernández-Roldán, D. Vinuesa García, M. Moreno Higuera, L. Ruiz Rivera, C. López Robles, A. Peña Monje, A. Ruiz Sancho y J. Cantero Hinojosa

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Objetivos. Comparar los perfiles del cuidador principal informal (CPI) y de los pacientes ingresados en Medicina Interna (MI); evaluar su nivel de sobrecarga y dependencia física (DF), antes y después de la entrada en vigor de la Ley de Dependencia.

Material y métodos. Estudio transversal, descriptivo, realizado en dos períodos de tiempo: octubre-diciembre de 2006 y enero-junio de 2010. La recogida de datos se realizó mediante un cuestionario elaborado por el equipo investigador con las variables socio-demográficas a estudiar. Se utilizó la escala de Zarit (EZ) y el Índice de Barthel (IB) para medir la sobrecarga del CPI y la DF del paciente respectivamente. El análisis de los datos se realizó con el programa SPSS 15.0, realizando comparación de medias y porcentajes (t de Student y Chi cuadrado), antes y después de la entrada en vigor de la Ley de Dependencia.

Resultados. Con respecto al paciente, no encontramos diferencias significativas en la edad, presencia de pluripatología, ni en el porcentaje de pacientes institucionalizados. Aparecieron diferencias en la presencia de limitación física (69,2% en primer período vs 85% en segundo, $p = 0,012$), y en el grado de dependencia medido

por el IB ($66,4 \pm 31,7$ vs $44,6 \pm 34,78$, $p = 0,0001$). El porcentaje de pacientes con CPI fue del 42,3% y del 60% en el primer y segundo período ($p = 0,003$). Referente al perfil del cuidador, las edades medias en el primer y segundo período fueron $51,36 \pm 10,5$ y $57,4 \pm 13,4$ ($p = 0,068$). El porcentaje de CPI varones ha pasado del 9,1% al 18,8%, pero la diferencia observada no es estadísticamente significativa. No hay diferencias en la distribución según el nivel de estudios del CPI. Tampoco se encuentran diferencias en el número de cuidadores que afirman dedicar las 24h al cuidado del familiar. El 41,8% de los CPI recibían algún tipo de ayuda social en el primer período, frente al 47,4% del segundo, aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p = 0,10$). El nivel de sobrecarga del CPI pasó del $34,5 \pm 18,5$ en el primer período, al $38,3 \pm 18,7$ en el segundo ($p = 0,454$).

Discusión. El mayor grado de dependencia de nuestros pacientes y el aumento en el porcentaje de pacientes con limitación física, podría explicarse por el envejecimiento mismo de la población atendida en nuestro hospital, siendo lógico por tanto que haya crecido también el número de pacientes que precisan de CPI. No encontramos diferencias estadísticamente significativas ni en el grado de sobrecarga del cuidador ni en el porcentaje de personas que reciben ayudas sociales. Hay voces discordantes en referencia a la cobertura y utilidad de las ayudas otorgadas por la Ley de Dependencia, el tipo de ayuda que se percibe, la presteza con la que se aplican y si son suficientes.

Conclusiones. Aunque se aprecia un leve aumento en los CPI varones, sigue siendo un rol que desempeña fundamentalmente una mujer, de edad media y con bajo nivel de estudios. La entrada en vigor de la Ley de Dependencia no ha conseguido disminuir el grado de sobrecarga que presentan los cuidadores de los pacientes ingresados en MI. Ayudas monetarias en época de crisis económica pueden no ser la mejor medida para mitigar la sobrecarga del cuidador.

EA-68 MENINGITIS IN THE ELDERLY. A STUDY ON THE DIFFERENCES

I. Araujo¹, D. Alfaiate², D. Fernandes², C. Silva², S. Peres²,
I. Antunes², F. Borges² y K. Mansinho²

¹Serviço de Medicina III. Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental. Hospital São Francisco Xavier. Lisboa (Portugal). ²Serviço de Infecçiology e Medicina Tropical. Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental. Hospital Egas Moniz. Lisboa (Portugal).

Objectives. Background: After the introduction of effective vaccination and the emergence of resistant bacterial strains, epidemiology of meningitis has changed, becoming more prevalent in older adults with high mortality rates despite the available antibiotic therapies. The initial lack of typical symptoms may be responsible for delay in diagnosis, the presence of comorbidities and the differences on the prevalent agents are some of the specifications of meningitis in the elderly. Aim: To compare meningitis characteristics on patients under and over 65 years old.

Material and methods. We retrospectively studied patients admitted on an Infectious Diseases Ward during a four year period, with the diagnosis of meningitis. Risk factors, signs and symptoms, laboratorial and microbiological results and empirical treatment were analyzed. HIV patients were excluded.

Results. Thirty eight patients were included - 11 (28.9%) with 65 years old or over (elderly). Concerning risk factors for meningitis there were no statistically significant differences between the groups. Regarding clinical presentation, fewer elderly had headache (27.3% vs 81.5%) and vomits (27.3% vs 48.1%) but more had fever (100% vs 77.8%) and altered mental status (100% vs 48.1%). Time period between the beginning of symptoms and the diagnosis was higher in the elderly (4.4 vs 2.3 days). Purulent meningitis was

prevalent on the elderly (72.7%) and lymphocytic meningitis was prevalent on the younger adults (51.9%). In 54.5% of the elderly patients it was possible to identify the agent (all of which were bacteria) comparing to 40.7% on the other group. Pneumococcus was still the isolate more prevalent among the elderly and this age group was the only one where Gram negative bacilli were isolated. Previous administration of antibiotic may be responsible for the lower yield of positivity of culture - 45.5% of the elderly had had a previous administration vs 30.8% of the younger adults. Although all the elderly patients had indication for CT scan before lumbar puncture, just nine undergone this CNS examination. Initiation of antibiotic therapy was delayed for more than six hours in almost three quarters of the patients, on both groups. More elderly patients made concomitant treatment with corticosteroids (45.5% vs 29.6%). Long term complications were more prevalent among the elderly (44.4%) than among the younger adults (22.2%). In-hospital mortality was only found in this age group (18.2%) as well as health-care associated meningitis (18.2%). Length of stay was also higher in this group: $51.7 (\pm 55.9)$ vs $13.4 (\pm 8.2)$ days. Risk stratification was higher for the elderly - all had moderate to high risk whereas almost half of the younger adults had low risk.

Conclusions. Meningitis tends to be more severe in the elderly, with a worse prognosis. This may be due to the atypical clinical presentation which delays diagnosis and to the more aggressive agents isolated on cultures. A higher yield for the diagnosis is needed for older patients for lack of antibiotic treatment will inevitably lead to a worse outcome.

EA-69 FRACTURA DE FÉMUR E INGRESO EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS. CARACTERÍSTICAS Y MORTALIDAD AL AÑO

G. Muñoz, M. Mañas, J. Caño, P. González, C. Estrada y P. Almagro
Servicio de Medicina Interna. Hospital Mutua de Terrassa. Barcelona.

Objetivos. Comparar las características y la mortalidad al año de los pacientes ancianos que ingresan en traumatología por fractura de fémur (FF) respecto a los pacientes que ingresan por patología médica en una unidad de geriatría de agudos (UGA).

Material y métodos. Estudio comparativo prospectivo de todos los pacientes hospitalizados por FF de más de 75 años y los ingresados en UGA del Hospital Mutua de Terrassa desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2008. Se recogieron datos demográficos (edad y sexo) y la presencia de deterioro cognitivo, depresión, malnutrición y cuadro confusional previos al ingreso y en el momento del alta. Se utilizó la escala de Pfeiffer para determinar el deterioro cognitivo y la de Barthel para valorar el grado de dependencia funcional antes y después del ingreso. Se recogió mortalidad intrahospitalaria, procedencia de los pacientes, situación social y destino al alta. Se valoró la mortalidad al año desde el día del alta. Para el análisis de supervivencia se utilizó un modelo de regresión logística de Cox y curvas de Kaplan-Meier.

Resultados. 455 casos ingresaron en traumatología por FF y en UGA durante el año 2008. De éstos, 54 correspondieron a reingresos, por lo que fueron excluidos para el análisis y 3 se consideraron casos no válidos. En total se analizaron 398 casos, de los cuales, 213 (53%) correspondieron a FF y 185 (46%) a UGA. El porcentaje de mujeres fue del 79% en FF y del 62% en UGA ($p < 0,01$) y la edad media fue de 85,5 años en ambos grupos. Las características en cuanto a síndromes geriátricos se exponen en la tabla. Al alta, el 22% de FF vs el 6% UGA, $p < 0,01$, se derivó a un centro sociosanitario. El total de exitus durante el período analizado fue de 139. Fallecieron 54 (39%) de FF y 85 (61%) de UGA. El análisis de supervivencia mostró una mayor mortalidad en los pacientes de UGA respecto a FF ($p < 0,01$; OR: 1,97; IC95%:1,4-2,7), en los pacientes con

peor Barthel al ingreso ($p < 0,01$; OR 0,92; IC95%: 0,97-0,99); y en los pacientes con diagnóstico de deterioro cognitivo al ingreso ($p < 0,01$; OR 0,98; IC95% 0,98-0,99). El resto de variables no mostraron diferencias estadísticamente significativas. Tras ajustar el análisis multivariante, la mortalidad fue mayor en los pacientes hospitalizados en UGA y en los que presentaban peor Barthel previo.

Conclusiones. Los pacientes que ingresan por FF tienen mayor número de síndromes geriátricos que los pacientes de UGA. Sin embargo, los pacientes que tienen mayor mortalidad al año son los que ingresan en UGA y los que tienen un mayor grado de dependencia.

Tabla 1 (EA-69). Presencia de síndromes geriátricos FF vs UGA

	FF (%)	UGA (%)	p
Deterioro cognitivo previo	28	9	< 0,01
Sd. confusional previo	16	0,5	< 0,01
Sd. confusional alta	42	11	< 0,01
Barthel previo-alta	37	23	< 0,01
Mortalidad IH	3	7	0,04

EA-70 ANEMIA DE TRASTORNO EN PACIENTES INGRESADOS CON CRITERIOS DE PLURIPATOLOGÍA

R. Dolz Aspas, C. Fonseca López, J. Caballero Castro, J. Vicario Bermúdez, A. Fernández Alamán y P. Gracia Sánchez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Obispo Polanco. Teruel.

Objetivos. La anemia de trastorno crónico se ha identificado como un factor de riesgo de descompensación de patologías crónicas como la insuficiencia cardiaca y la enfermedad pulmonar crónica, y en consecuencia, un aumento en número y frecuencia de ingresos hospitalarios e incluso una mayor mortalidad. Riesgos que se reducen en un porcentaje importante con la corrección de incluso 1 g/dl de hemoglobina. **Objetivo principal:** determinar la prevalencia de anemia de trastorno crónico en pacientes ingresados con pluripatología, así como su distribución en las diferentes categorías clínicas.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de 310 historias clínicas de una muestra aleatoria de 1.983 pacientes ingresados durante un año en el Servicio de Medicina Interna. Utilizamos el paquete estadístico SPSS 10.0.

Resultados. Hasta un 57% de los 165 pacientes con pluripatología presentaron cierto grado de anemia. De los cuales un 40% es de trastorno crónico (ATC) y 20% secundario a insuficiencia renal crónica. (IRC). De los 81 pacientes con Categoría A 46% presentan anemia, de los cuales un 34% (16) es de trastorno crónico y 14 un 30% por IRC. De los 67 pacientes con categoría B 49 (73%) presentaron anemia. 16 (34,7%) ATC y 15 (30%) IRC. 46 de los 91 pacientes con categoría C tenían anemia, un 50,5%. 21 (45,7%) ATC y 11 (24%) IRC. Un 50% de los 22 pacientes con categoría D con anemia. 1 (9%) IRC y 4 (36%) ATC. El 50,6% de los pacientes con Categoría E. 9 (27,3%) por IRC y 14 (42%). el 51,5% de los 33 pacientes con categoría F con anemia, 5 (29,4%) por IRC y 7 (42%) ATC. Hasta un 93%, 27 de los 29 pacientes con categoría G. 3 (11%) por IRC y 8 (29%) ATC. No existen diferencias significativas en la estancia media de los pacientes con y sin anemia de trastorno crónico en la muestra analizada.

Discusión. Un elevado porcentaje de pacientes con pluripatología presentan anemia de trastorno crónico. Dado que la anemia de trastorno crónico puede modificar la evolución de las diferentes patologías en este tipo de pacientes, consideramos de interés conocer su prevalencia.

Conclusiones. Los pacientes pluripatológicos presentan una elevada incidencia de anemia de trastorno crónico que puede modificar su evolución aunque no encontramos una diferencia significativa

en la estancia media de los pacientes hospitalizados analizados.

EA-71 ESTUDIO DE LA INCIDENCIA DE ANEMIA EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

R. Dolz Aspas, C. Fonseca López, J. Caballero Castro, J. Vicario Bermúdez, A. Fernández Alamán, L. Pereyra Grustán y P. Gracia Sánchez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Obispo Polanco. Teruel.

Objetivos. La incidencia global de pacientes pluripatológicos es de 39% de los ingresos mensuales, la gran mayoría en el servicio de medicina interna. La anemia es un factor que modifica en este tipo de pacientes con una elevada comorbilidad, su evolución clínica, con implicación en episodios de descompensación e incluso morbimortalidad. Por ello hemos querido conocer la incidencia y tipos de anemia que presentan este tipo de pacientes.

Material y métodos. Analizamos 310 historias de una muestra aleatoria de pacientes hospitalizados. Determinamos los pacientes que cumplen criterios de paciente pluripatológico en los cuales se valora la presencia de anemia y sus diferentes tipos.

Resultados. Encontramos que el 57% de los 165 pacientes analizados con pluripatología presentaron anemia, con un leve predominio del sexo masculino (55,3%) frente al sexo femenino (54,7%) La principal causa de anemia en este grupo de pacientes es la anemia de procesos crónicos (40%) teniendo una distribución similar para ambos sexos. la insuficiencia renal crónica es la causa de anemia en un 20% de los casos, con un predominio en ellos varones (63%) frente a las mujeres (47%). La anemia por sangrado, de origen agudo o crónico ocupa el tercer lugar (15,9%), procesos hematológicos (8,5%), ferropenia (6,3%), secundarias a proceso neoplásico (6,3%) y un 1% por déficit vitamínico (1%).

Discusión. Encontramos un elevado porcentaje de pacientes con anemia entre los pacientes ingresados con pluripatología. Anemia en su mayoría secundaria a mal manejo de los depósitos de hierro que se da en la anemia de trastornos crónicos, así como la anemia secundaria a insuficiencia renal crónica que presentan los pacientes junto a otras patologías de carácter crónico.

Conclusiones. La anemia es un proceso frecuente en los pacientes con pluripatología, se encuentra hasta en un 57% de los casos. La anemia de proceso crónico es la más prevalente. (40%) junto con la anemia secundaria a insuficiencia renal crónica.

EA-72 SEGURIDAD DE UNA PAUTA DE INSULINA GLARGINA EN ANCIANOS DIABÉTICOS INGRESADOS EN EL HOSPITAL

C. Pacho, M. Turbau, C. Cáceres, M. Brítez, J. Mascaró y D. Ruiz

Servicio de Medicina Interna. Fundación de Gestión Sanitaria de I' Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Objetivos. El objetivo de este estudio es conocer el perfil de seguridad de la insulino terapia en la práctica clínica diaria en ancianos ingresados por patología médica aguda y los factores asociados de hipoglicemia.

Material y métodos. Se trata de un estudio de casos y controles realizado en un hospital de agudos en ancianos diagnosticados de DM tipo 2 que ingresaron por patología médica aguda, siendo excluidos aquellos en situación terminal. Se compararon aquellos que siguieron una pauta de bolus basal de insulina glargina frente a los que fueron tratados con una pauta de insulina NPH. Para evaluar la asociación con la variable final (pacientes con hipoglicemia) se realizó un análisis univariante ajustado por edad, sexo

e índice de Charlson y posteriormente un análisis multivariante de regresión logística por pasos 'atrás' de las variables significativas.

Resultados. Se analizaron 160 ancianos (85 tratados con insulina glargina y 75 tratados con insulina intermedia) con una edad media de 81,2 años, 52,9% mujeres, con un índice de Charlson de 2,3, un APACHE de 10,5 y un índice de Barthel medio previo al ingreso de 72,1. No hubo diferencias entre los dos grupos respecto a edad, sexo, gravedad y fragilidad. La incidencia de hipoglicemias fue del 2,3% en el grupo de IG frente al 52% en el de NPH ($p = 0,003$). No hubo ninguna hipoglicemia grave. La mortalidad fue del 8% en el grupo de IG frente al 14% en el de NPH ($p = 0,517$). La comorbilidad fue significativamente ($p = 0,012$) mayor en el grupo tratado con IG (2,4) frente al tratado con NPH (1,7). El análisis univariante ajustado mostró que el índice de Charlson (OR 1,39 IC95% 0,99-1,96), el número de fármacos durante el ingreso (OR 0,75 IC95% 0,59-0,95), la presencia de delirium (OR 41,49 IC95% 4,30-399,8). En el modelo multivariante entraron el APACHE (OR 0,79 IC95% 0,64-0,98), el índice de Charlson (OR 1,92 IC95% 1,13-3,25), el número de fármacos durante el ingreso (OR 0,77 IC95% 0,60-0,98) y el delirium (OR 20,85 IC95% 3,18-135,94). El área bajo la curva ROC fue de 0,86 IC95% 0,76-0,96 $p = 0,0002$.

Discusión. El desarrollo de hipoglicemia asociado al uso de insulina es la principal reacción adversa al tratamiento con insulina. La hipoglicemia en ancianos puede empeorar la función cognitiva. Si bien el delirium es el principal factor que en nuestro estudio se asocia a hipoglicemia por el diseño del estudio es difícil establecer una relación de causalidad. Factores como la gravedad y la comorbilidad se asocian a hipoglicemia, en cambio el tipo de insulina no parece tener relación como en un reciente metanálisis ha sido descrito (CMAJ. 2009;180(4):385-97). No obstante, la comodidad en los ancianos ingresados cuando deben realizarse exploraciones complementarias aboga a su uso.

Conclusiones. El uso de IG en ancianos con DM ingresados en el hospital es seguro. La pauta de IG produce menos hipoglicemias que la pauta de NPH, sin embargo los factores que se asocian a las hipoglicemias tienen que ver con la comorbilidad, la gravedad del paciente al ingreso y la presencia de delirium.

EA-73 EFICACIA DE LAS INFILTRACIONES EN PACIENTES MAYORES EN ATENCIÓN PRIMARIA

J. Gomà Sellart¹, D. Camprubi Casellas¹ y L. Gomà Artigas

¹ICS. ABS Baix Berguedà. Olvan (Barcelona). ²URV. Facultad de Medicina. Reus (Tarragona).

Objetivos. Describir la evolución del dolor y de la impotencia funcional en la patología articular y periarticular tras infiltrar con corticoide y anestésico local, en pacientes geriátricos.

Material y métodos. Diseño descriptivo transversal. Pacientes de una consulta rural mayores de 65 años, que acudieran por dolor articular o periarticular con impotencia funcional de la extremidad afecta. Excluimos a los pacientes con intolerancia o alergia a corticoides o anestésicos locales, a los que no querían ser infiltrados, los que tomaban anticoagulantes. Período desde 1 de agosto de 2009 a 31 marzo de 2010. Intervención: Se infiltró con triamcinolona acetato y mepivacaína hidrocloreto al 3% sin adrenalina. El dolor se midió por la Escala Visual Analógica, donde 0 era ausencia de dolor y 10 máximo dolor, antes de la intervención, 15 días después y a los 3 meses. Se anotaron los efectos secundarios. A todos los pacientes se les informó del procedimiento y se les hizo firmar un consentimiento.

Resultados. Se infiltró un total de 48 personas de edades comprendidas entre 65 y 90 años, de los que el 62,5% eran mujeres (30) y el 37,5% varones (18). La patología más frecuente fue la patología del hombro 41,6% (20), seguida por la rodilla 31,2% (15) de los cua-

les a 5 se les practicó artrocentesis, bursitis peritrocantérea 10,4% (5), rizartrosis 8,3% (4). Todos al inicio presentaban una escala visual analógica (EVA) entre 7 y 10, siendo el 10 el más frecuente con un total de 16 pacientes. A los 15 días, sólo 7 pacientes no habían mejorado (14,4%) a estos se les practicó una nueva infiltración y 5 mejoraron, los 41 pacientes restantes presentaban una EVA entre 0 y 3 (85,6%). A los tres meses sólo 4 de ellos volvió a tener dolor. Los efectos secundarios fueron leves, hematoma en el lugar de la punción 7, rash cutáneo 2. La funcionalidad mejoró al mejorar el dolor.

Discusión. La eficacia de las infiltraciones con corticoides y anestésico local ha sido demostrada para el tratamiento de la afección articular y periarticular en diversos trabajos. Los resultados obtenidos son concordantes con estos trabajos pues la mejoría de los pacientes es clara y esta mejoría se mantenía en su mayor parte a los tres meses. Los efectos secundarios son escasos y leves. Aunque es una muestra pequeña, los resultados son importantes, especialmente en esta población, pues evita la ingesta de antiinflamatorios (AINE) y la consecuente protección gástrica, dato importante, dada la gran cantidad de consumo de fármacos y comorbilidad que existe en estos pacientes.

Conclusiones. La mayoría de los pacientes a los tres meses casi no tenían dolor y habían mejorado la impotencia funcional. Por lo que a pesar de las limitaciones de este trabajo, creemos que la infiltración con corticoides y anestésico local es una buena alternativa para el tratamiento de estos pacientes de edad avanzada.

EA-74 FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD HOSPITALARIA EN ANCIANOS CON ANEMIA

C. Pacho, M. Turbau, M. Lamarca, J. Martín, G. López, J. Mascaró y D. Ruiz

Servicio de Medicina Interna. Fundación de Gestión Sanitaria. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Objetivos. Evaluar la mortalidad y características de los pacientes con anemia que ingresan en una Unidad de Geriátrica.

Material y métodos. Estudio observacional prospectivo de todos los paciente ingresados entre diciembre 2009-junio 2010 en una Unidad Geriátrica de Agudos con criterios OMS de anemia al ingreso. Se registraron datos sobre comorbilidad, etiología y tratamiento. Se compararon grupos de fallecidos y supervivientes. Se realizó un análisis univariante ajustado para edad y sexo. Las variables significativas se introdujeron en un modelo de regresión logística múltiple por pasos "atrás".

Resultados. Se han evaluado 288 paciente ingresados en la UGA, de los que 145 (50,3%) presentaban anemia al ingreso. La edad media fue de $85,3 \pm 6,8$ años y el 52,4% fueron mujeres. El 69% procedían de domicilio. La comorbilidad asociada más frecuente fue la hipertensión arterial (77,2%) y la cardiopatía (49%). El 22,1% tenían depresión. El índice de Barthel medio fue $56,4 \pm 35,5$ y la estancia media de $12,5 \pm 8,9$ días. Fallecieron 31 pacientes (21,3%). La cifra media de Hb fue de $102,6 \pm 16,5$. Tenían una anemia multifactorial 65 (44,8%), por enfermedad crónica 26 (17,9%) y ferropénica 20 (13,8%). En el momento del ingreso la anemia ya era conocida en 69 pacientes (47,6%) pero en un 68,75% de éstos, se completó el estudio etiológico. En 76 (52,4%) la anemia fue diagnóstica de novo. Entre los fármacos al ingreso, un 43,8% tomaban ácido acetilsalicílico, 24,1% AINES y un 51% inhibidores de la bomba de protones. Se trataron con ferrotterapia oral 45 (32,6%), ferrotterapia ev. 33 (24,6%), cobalamina 21 (15,8%), 17 (11,7%) con EPO y se transfundieron 28 (19,3%). No se registraron reacciones adversas a la administración de ferrotterapia endovenosa ni de EPO. En el análisis univariante ajustado las variables asociadas con la mortalidad hospitalaria fueron la edad (OR 0,97; $p = 0,0003$), I. de Barthel

(OR 0,97; $p = 0,001$), el filtrado glomerular (OR 0,96; $p = 0,003$), la proteína C reactiva-PCR- (OR 1,11; $p = 0,003$), el tratamiento con hierro oral (OR 0,22; $p = 0,02$), albúmina (OR 0,89; $p = 0,01$) y la Hb (OR 0,97; $p = 0,02$). El modelo multivariante identificó la PCR (OR 1,01; $p = 0,003$) y el índice de Barthel (OR 0,97; $p = 0,009$). El área bajo la curva fue de 0,80 ($p = 0,0003$).

Discusión. Entre la gran incidencia de la anemia en nuestros pacientes existe un alto porcentaje de diagnósticos de novo a tener en cuenta. La etiología más frecuente es la multifactorial pero no es despreciable el porcentaje de anemia por déficits -ya reflejado en el multicéntrico NHANES III-. La administración tanto de hierro ev. como de EPO se ha mostrado segura a pesar de la controversia generada por el estudio TREAT, por lo que creemos conveniente su inicio durante el ingreso, si está indicado. Nuestros resultados se suman a la evidencia de que la función física en el anciano es el principal factor de mortalidad independientemente del diagnóstico, y además se encuentra que un parámetro indirecto de inflamación sistémica, la PCR, se asocia a mayor mortalidad.

Conclusiones. La anemia, predominantemente multifactorial, es muy prevalente en los pacientes que ingresan en una UGA, siendo la mitad un diagnóstico de novo. La administración de hierro endovenoso y EPO es segura. La función física y el grado de inflamación sistémica son los factores asociados a mortalidad hospitalaria de éstos.

EA-75 ESTUDIO DE UNA COHORTE DE PACIENTES MULTIINGRESADORES

J. Escribano Stablé, A. Mora Rufete, M. Montesinos Aldeguer, A. Aquilino, A. Llamas, D. Vicente Navarro, O. Torregrosa Suau y A. Martín Hidalgo

Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Elche. Elche/Elix (Alicante).

Objetivos. Conocer las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes multiingresadores en un departamento de salud para establecer una estrategia de atención a enfermos crónicos. Analizar los factores predictores de reingreso y mortalidad.

Material y métodos. Diseñamos un estudio observacional retrospectivo donde se incluyeron todos los pacientes multiingresadores en los servicios médicos durante el año 2009. Se emplearon las historias clínicas para la recogida de datos. Definimos paciente multiingresador como aquel que había ingresado al menos en tres ocasiones por el mismo motivo. Se consideró paciente pluripatológico aquel con dos o más categorías del PAI de la Junta de Andalucía del año 2007. Establecimos como paciente terminal, los que cumplían criterios de terminalidad de la NHO. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 17.0.

Resultados. Incluimos 59 pacientes, 35 hombres y 24 mujeres. La edad media fue de 72,4 años (DE 11,4). La mediana de ingresos por paciente fue de 5 (RIC 4-6). El 87,5% de los pacientes residía en su domicilio y un 10,7% en residencia de ancianos. Sólo el 32% de los pacientes eran independientes para las para actividades básicas de la vida diaria. Las patologías de base encontradas fueron: anemias crónicas (45%), neoplasias (39%), insuficiencia renal crónica (37,3%), enfermedades osteoarticulares crónicas (32%), EPOC (32%), insuficiencia cardiaca congestiva (28,8%), cardiopatía isquémica crónica (27%). Un 59,6% de los pacientes eran pluripatológicos. El 28% de los sujetos incluidos eran pacientes terminales al inicio del intervalo de tiempo estudiado. 21 pacientes (35,6%) fallecieron en relación con alguna complicación médica (15 de estos pacientes cumplía criterios de terminalidad). Los pacientes de nuestro estudio tuvieron una estancia media hospitalaria de 7,46 días. El tiempo medio transcurrido entre cada ingreso fue de 25 días. La patología más frecuente como diagnós-

tico de reingreso fue la reagudización de EPOC (17%), seguido de infección respiratoria (11%) y la insuficiencia cardiaca descompensada (10,5%). El servicio destinatario de reingreso más frecuente fue Medicina Interna (19%). Se observó una asociación significativa entre el diagnóstico y el número de reingresos ($p = 0,041$). Si bien el número de reingresos no se asoció significativamente con exitus ($p = 0,296$), el riesgo de exitus fue un 45% menor en los pacientes con menos de 4 reingresos (razón de ventaja = 0,55). Observamos una asociación estadísticamente significativa entre cumplir criterios de terminalidad y desenlace fatal, con una OR de 6,406 (IC95%: 3,06-13,56) ($p < 0,0001$). No apreciamos asociación significativa entre pluripatología, polifarmacia y exitus.

Discusión. Esta cohorte se caracteriza por una alta prevalencia de pluripatología, dependencia para sus actividades básicas y mortalidad. Las patologías cardiorrespiratorias fueron las que motivaron mayor número de reingresos, siendo Medicina Interna el servicio de destino más frecuente. Cumplir criterios de terminalidad se asoció de forma significativa con mayor riesgo de fallecimiento. Encontramos una relación no significativa entre el número de ingresos y la probabilidad de fallecimiento.

Conclusiones. Este estudio ha permitido conocer el perfil de los multiingresadores en este departamento de salud, las enfermedades más prevalentes que las condicionan y sus causas de reingreso y mortalidad.

EA-76 SÍNDROME DE ABUSO Y MALTRATO DEL ANCIANO. PROPUESTA DE UNA ESCALA PARA SU DETECCIÓN EN MEDICINA INTERNA. ANÁLISIS DE LOS FACTORES ASOCIADOS. ESTUDIO PRELIMINAR

J. Cantero Hinojosa¹, D. Sánchez Rico¹, M. Menduña Guillén¹, H. Husein El-Ahmed², J. Badiola González¹ y R. Gálvez López¹

¹Servicio de Medicina interna, ²Servicio de Dermatología. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Objetivos. El envejecimiento poblacional y los cambios sociodemográficos y laborales actuales suponen una mayor vulnerabilidad de los ancianos a padecer Síndrome de Abuso/Maltrato (SAM). Pretendemos proponer una escala constituida por variables objetivas para la detección precoz del abuso en el paciente anciano y conocer la prevalencia del mismo en nuestro medio y sus factores asociados.

Material y métodos. Se estudian prospectivamente un total de 200 pacientes de edades superiores a 65 años, ingresados en Medicina Interna (Unidad de Pluripatológicos) en el último año. A su ingreso se les aplica una escala para detectar la posible existencia de SAM (variable resultado). Esta escala recogen variables exploratorias clínicas, un cuestionario breve para pasarlo al cuidador y variables antropométricas y analíticas (estas últimas referentes al grado de nutrición e hidratación). Como variables asociadas o covariables se analizan: edad y género del paciente, cuidador y género del mismo, relación con el anciano, años de cuidado, presencia de comorbilidades, presencia de deterioro cognitivo en el anciano, grado de polifarmacia, institucionalización y tipo. El estudio estadístico consistió en la construcción de un modelo de regresión lineal múltiple binario mediante la inclusión por el método enter de todas las variables predictoras estudiadas.

Resultados. El porcentaje de SAM detectado estuvo en el 8,5% de los pacientes asistidos en Medicina Interna. Ninguna patología se asoció a mayor OR de maltrato. La institucionalización y sobre todo la presencia de deterioro cognitivo se asoció a mayor riesgo de sufrir este síndrome ($p = 0,00$).

Discusión. La prevalencia del SAM en nuestro medio es similar a los descritos por otros autores utilizando otras escalas. En cualquier caso desconocemos si esta prevalencia es representativa de la de

este cuadro a nivel poblacional. Es necesario realizar un estudio de homología y variación de la escala con fines a su difusión e inclusión en la valoración global del paciente pluripatológico.

Conclusiones. El SAM es una situación importante a considerar en la valoración integral de los pacientes atendidos en las unidades de pluripatológicos de Medicina Interna.

EA-77 PERFIL DE LOS NONAGENARIOS INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

J. Vega¹, G. García¹, C. Albaladejo¹, I. Hernández¹, T. Sánchez¹, J. Ródenas², E. Peñalver¹ y M. Artero¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Documentación Clínica. Complejo Universitario Santa María del Rosell. Cartagena (Murcia).

Objetivos. Describir las características clínicas y la evolución de los pacientes mayores de 90 años ingresados en un Servicio de Medicina Interna.

Material y métodos. Estudio descriptivo y retrospectivo realizado en el Servicio de Medicina Interna (4.200 ingresos/año). El período de estudio comprende desde enero-09 a diciembre-09, incluyendo a 211 pacientes de 90 años o más. Se han analizado datos relativos a motivo de ingreso, comorbilidad, fármacos, diagnóstico, estancia y destino al alta.

Resultados. De los 211 pacientes estudiados, el 60,6% eran mujeres y la media de edad fue de 92,3 años (rango 90-100). El 81,5% procedían de domicilio, estando institucionalizados el 17%. El motivo de ingreso más frecuente fue la disnea (29,3%) seguido del deterioro funcional (21,8%) y la fiebre (12,7%). El 96% de nuestros pacientes presentaba al menos una patología subyacente, alcanzándose un índice de comorbilidad de Charlson de 3,06, siendo la HTA (63,9%), seguida de la demencia (28,9%) los procesos más frecuentes. La media de fármacos por paciente al ingreso fue de 5,5 (rango 0-16), siendo los más utilizados los F cardiovasculares (63,9%), seguidos de los diuréticos (45,4%), psicofármacos (10,9%) y antiagregantes (10,4%). Los diagnósticos más frecuentes fueron problemas respiratorios (27,9%), incluyendo infección respiratoria (11,3%), neumonía (11,3%) e insuficiencia respiratoria (5,2%), seguidos de la descompensación de IC (10,9%) y de las infecciones urinarias (7,58%). El 25% de los pacientes presentó alguna complicación intrahospitalaria, siendo la infección la más frecuente (4,2%) y dentro de éstas la neumonía nosocomial (0,9%, 2 pacientes). La estancia media fue de 10,7 días, falleciendo un 22,2% de los ingresados, siendo el 50,2% alta a domicilio y 25,1% institucionalizado.

Discusión. La edad de los pacientes ingresados en los Servicios de Medicina Interna no ha dejado de aumentar en los últimos años. Este aumento se debe al mayor porcentaje de ancianos que atendemos, suponiendo los nonagenarios un número no despreciable, en nuestro caso un 5,02% de los ingresos en un año. Al igual que lo publicado por otros autores, las enfermedades que motivaron el ingreso con mayor frecuencia fueron las respiratorias y las cardiovasculares. Además, casi la totalidad de ellos tenían más de una enfermedad asociada, con índice de comorbilidad de Charlson en torno a tres. Cabe destacar la polifarmacia en estos pacientes, con una media de 5,5 fármacos. Importante resaltar el bajo porcentaje de complicaciones intrahospitalarias, presentándose en nuestro caso en un 25% del total de pacientes, siendo la infección la complicación más frecuente pero sólo detectada en un 4% del total. La estancia media (10,9 días) es similar a la descrita en otros estudios, así como la mortalidad intrahospitalaria.

Conclusiones. Los nonagenarios que ingresan en nuestro Servicio de Medicina Interna lo hacen fundamentalmente por reagudizaciones de su enfermedad de base (respiratoria, cardiovascular) y tienen una comorbilidad moderada. Destaca el alto consumo de fár-

macos, sobre todo cardiovasculares. Pese a la elevada edad de los pacientes estudiados, se presentaron pocas complicaciones intrahospitalarias.

EA-78 IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS AL ALTA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL GENERAL

M. Esteban Moreno, G. López Lloret, G. Parra García, P. Sánchez López, M. Martínez Cortés, S. Domingo Roa, C. Maldonado Úbeda y L. Díez García

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

Objetivos. Los criterios de inclusión de pacientes pluripatológicos son una herramienta robusta que permite la identificación de una población de pacientes frágiles, con elevada comorbilidad, que se benefician de una atención integral y multiprofesional. El objetivo del estudio fue conocer si los pacientes dados de alta en un servicio de Medicina Interna eran identificados como pacientes pluripatológicos (PP) correctamente. Conocer si en esta población se está identificando el cuidador principal.

Material y métodos. Estudio observacional, transversal, retrospectivo de una muestra aleatoria de 234 informes de alta de un Servicio de Medicina Interna realizados entre enero y diciembre de 2009. El cálculo muestral se realizó sobre un universo de 2.668 altas, un nivel de confianza del 95,5%, un error estimado del 5% y una población estimada de PP del 20%. El criterio de PP fue el empleado en el "Proceso de Atención al Paciente pluripatológico", editado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, que exige la presencia de enfermedades crónicas incluidas en dos o más de diversas categorías clínicas. Se realizó una revisión exhaustiva de los informes para comprobar si realmente los pacientes tenían criterios de PP. Se comprobó posteriormente si el facultativo que redactó el informe había identificado al paciente como PP y si dicha identificación era correcta. Los datos se analizaron con el paquete estadístico SSPS 18.0.

Resultados. La edad media de los 234 pacientes seleccionados fue de 73 años \pm 12. La distribución por sexos fue: 97 varones (41,5%) y 137 mujeres (58,5%). La estancia media fue de 11 \pm 2 días. Se caracterizaron como PP a 119 pacientes (51%). De ellos sólo 57 pacientes (47,9%) estaban identificados como tales en el informe de alta. Entre los pacientes que no reunían criterios de PP (115: 49%), 12 pacientes (10,4%) habían sido clasificados como PP y 103 (89,6%) estaban bien identificados como no PP (tabla). Por tanto la identificación como PP al redactar el informe tuvo una sensibilidad del 48%; una especificidad del 89,5%, un valor predictivo positivo del 82,6% y un valor predictivo negativo del 62,4%.

Conclusiones. Existe un importante margen de mejora en la identificación de los pacientes PP en nuestro medio, pues sólo el 68,4% de los pacientes estaban correctamente identificados (PP/no PP) en el informe de alta. La mayoría de los pacientes diagnosticados como PP en el informe de alta lo están correctamente (cumplen los criterios de inclusión); sin embargo algo más de la mitad de los pacientes PP no fueron identificados como tales en el informe de alta.

Tabla 1 (EA-78).

	Pacientes PP	Pacientes no PP	Total
Identificación como PP	57	12	69
No identificación como PP	62	103	165
	119	115	234

EA-79 PREVALENCIA Y PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES ANCIANOS CON ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA Y DIABETES. ESTUDIO ADAN

C. Escobar¹, I. Blanes², A. Ruiz³, D. Vinuesa³, M. Montero⁴, M. Rodríguez⁵, G. Barbera⁶ y L. Manzano⁷

¹Servicio de Cardiología. Hospital Infanta Sofía. Madrid. ²Servicio de Cirugía Vascular. Hospital de Manises. Valencia. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Córdoba. ⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de La Laguna (Tenerife). ⁶Departamento Médico Sanofi-Aventis. ⁷Unidad de Insuficiencia Cardíaca y Riesgo Vascular. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos. La enfermedad arterial periférica (EAP) está estrechamente asociada con la edad y la presencia de diabetes. El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia y el perfil clínico de los pacientes ancianos con EAP atendidos en el ámbito de la medicina interna.

Material y métodos. Se realizó un estudio transversal, multicéntrico, que en el que se incluyeron pacientes de ambos sexos, con más de 70 años de edad, y un diagnóstico establecido de diabetes mellitus. Se consideró que el paciente presentaba EAP si tenía antecedentes de revascularización o amputación de miembros inferiores debido a isquemia, o un índice tobillo brazo (ITB) < 0,9 o > 1,3.

Resultados. Se reclutaron un total de 649 pacientes (47,3% varones) con una edad media de 79,3 ± 5,9 años. El tiempo medio de evolución de la diabetes fue 13,4 ± 9,1 años, y el 51,8% presentaron complicaciones relacionadas con la diabetes. De éstos, el 68,4% tenía nefropatía diabética, el 47,7% neuropatía diabética y el 44,3% retinopatía diabética. El factor de riesgo más frecuente fue la hipertensión arterial (87,3%). La prevalencia global de EAP fue del 59,6%. En cuanto a los pacientes con historia de EAP, el 2,7% tenía antecedentes de amputación, el 1,8% de revascularización quirúrgica y el 0,9% de revascularización percutánea. Con respecto a los síntomas de EAP, el 41,2% de los pacientes se encontraba asintomático, el 49,9% tenía clínica típica de EAP, y el 8,9% presentaba clínica atípica. Los predictores de presentar un ITB patológico fueron el sexo masculino, el hábito tabáquico, la dislipemia, los antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura, el sedentarismo, las complicaciones relacionadas con la diabetes, así como presentar enfermedad cardiovascular o cerebrovascular previas.

Conclusiones. La prevalencia de EAP es muy alta en la población anciana con diabetes atendida en medicina interna. El ITB es una herramienta que permite aumentar el diagnóstico de EAP, y optimizar las medidas terapéuticas.

EA-80 CONTROL DE FACTORES DE RIESGO DE LA POBLACIÓN ANCIANA CON DIABETES DE ACUERDO CON LA PRESENCIA DE ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA EN ESPAÑA. DATOS DEL ESTUDIO ADAN

C. Escobar¹, I. Blanes², A. Ruiz³, D. Vinuesa³, M. Montero⁴, M. Rodríguez⁵, G. Barbera⁶ y L. Manzano⁷

¹Servicio de Cardiología. Hospital Infanta Sofía. Madrid. ²Servicio de Cirugía Vascular. Hospital de Manises. Valencia. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital De Especialidades San Cecilio. Granada. ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de La Laguna (Tenerife). ⁶Sanofi Aventis. ⁷Unidad de Insuficiencia Cardíaca y Riesgo Vascular. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos. La enfermedad arterial periférica (EAP) es muy frecuente en los pacientes ancianos con diabetes. El objetivo de este

estudio fue determinar el control de los diferentes factores de riesgo cardiovascular de acuerdo con la presencia de EAP, en pacientes atendidos en el ámbito de la Atención Especializada (Medicina Interna, Cirugía Vascular, Geriátrica y Neurología).

Material y métodos. Se realizó un estudio transversal, multicéntrico, en el que se incluyeron pacientes de ambos sexos, con más de 70 años de edad y un diagnóstico establecido de diabetes mellitus. Se consideró que el paciente presentaba EAP si tenía antecedentes de revascularización o amputación de miembros inferiores debido a isquemia, o un índice tobillo brazo (ITB) < 0,9 o > 1,3. Se estableció como control de presión arterial (PA) < 130/80 mmHg, de colesterol LDL < 100 mg/dL, y de control glucémico una HbA1c < 7,0%.

Resultados. Se incluyeron un total de 1.462 pacientes (59,1% varones) con una edad media de 78,05 ± 5,62 años. El tiempo medio de evolución de la diabetes fue de 13,24 ± 8,97 años, y el 50,62% tenía complicaciones relacionadas con la diabetes. El factor de riesgo más frecuente fue la hipertensión arterial (80,37%). La prevalencia global de EAP fue del 71%. En cuanto al tratamiento, el 90,29% de los pacientes tomaba antidiabéticos (49,17% insulina, 38,94% biguanidas, 28,26% sulfonilureas, 8,8% otros), el 77,15% antihipertensivos (53,37% diuréticos, 46,37% IECAs, 30,32% ARA II, 24,29% calcioantagonistas y el 22,34% beta bloqueantes), el 72,44% antiagregantes (79,41% ácido acetilsalicílico, 17,75% clopidogrel) y el 56,77% hipolipemiantes (95,30% estatinas, 6,99% fibratos y 3,61% ezetimiba). Aunque el control de los diferentes factores de riesgo cardiovascular fue muy pobre en toda la muestra, éste fue todavía peor en los pacientes con EAP respecto a los que no la padecían (PA: 12,7% frente a 22,5%, p < 0,001; colesterol LDL 35,8% frente a 42,1%, p = 0,02; HbA1c: 45,0% frente a 51,2%, p = 0,026).

Conclusiones. La prevalencia de EAP es muy frecuente en la población anciana con diabetes. Aunque el control de factores de riesgo es muy pobre en la población anciana y diabética, el control es aún peor en los pacientes con EAP.

EA-81 CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS EN UN HOSPITAL GENERAL

S. Domingo Roa, P. Sánchez López, C. Maldonado Úbeda, M. Esteban Moreno, G. Parra García, M. Martínez Cortés, G. López Lloret y L. Díez García

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

Objetivos. La definición de pacientes pluripatológicos (PP) según los criterios del Proceso de Atención al paciente pluripatológico de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, ha permitido identificar una población de pacientes frágiles, con elevada comorbilidad, que precisan una atención integral y multiprofesional específica. El objetivo del estudio fue conocer el impacto que representan los PP en la casuística de Medicina Interna de un hospital general y caracterizar su comorbilidad.

Material y métodos. Estudio observacional, transversal, retrospectivo realizado en una muestra aleatoria de 234 informes de alta de un Servicio de Medicina Interna realizados entre enero y diciembre de 2.009. El cálculo muestral se realizó sobre un universo de 2.668 altas, un nivel de confianza del 95,5%, un error estimado del 5% y una población estimada de PP del 20%. El criterio de PP fue el empleado en el "Proceso de Atención al Paciente pluripatológico", editado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Se analizaron variables como sexo, edad, días de estancia hospitalaria, distribución por categorías, destino al alta e identificación de la cuidadora principal. Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS 18.0.

Resultados. Se identificaron 119 pacientes como PP que representan el 50,8% de las altas estudiadas. La edad media de los mis-

mos fue de 73 ± 8 años. La distribución por sexos fue: V/M: 41%/59%. La estancia media en el ingreso estudiado fue de 11 ± 9 días. El número de categorías diagnósticas fue de 2 en 73 pacientes (60,5%), de 3 en 25 (21%); de 4 en 12 (10,1%) y de 5 en 5 (9%). Por orden de frecuencia, la distribución por categorías fue: Categoría A (ICC/cardiopatía isquémica): 74 pacientes (62%); categoría E (enf. neurológica): 47 (39,5%); categoría C (enf. respiratoria crónica): 45 (37,8%); categoría B (vasculitis/enf. renal): 42 (35,5%); categoría F (arteriopatía/diabetes): 39 (32,8%); categoría G (anemia/neoplasia): 35 (29,4%); categoría H (enf. osteoarticular): 22 (18,5%) y categoría D (EID/hepatopatía): 9 (7,9%). Los diagnósticos asociados más frecuentes fueron: insuficiencia cardíaca: 50 (42%); enf. respiratoria crónica: 45 (37,8%); cardiopatía isquémica: 38 (31,9%); enf. renal crónica: 36 (30,2%); diabetes, 34 (28%). Al alta se remitieron 94 pacientes (79%) a su domicilio, 9 (7,6%) a una residencia geriátrica y 4 (3,4%) a otro hospital de cuidados intermedios. El cuidador fue identificado en 49 pacientes (44,5%) siendo una hija el 60%, el cónyuge el 26%, otros familiares 4% y un cuidador remunerado 10%.

Conclusiones. La mitad de las altas de un servicio de medicina interna de un hospital general corresponde a PP. Las enfermedades cardíacas, neurológicas, respiratorias y renales suponen la mayoría de las categorías de inclusión y la insuficiencia cardíaca, enf. respiratoria crónica y cardiopatía isquémica son los diagnósticos más frecuentes. La mayoría de las cuidadoras son las hijas y cónyuges de los PP.

Gestión clínica

G-2

¿ESTÁN ADECUADAMENTE CONTEMPLADAS LAS RECOMENDACIONES DIETÉTICAS EN LOS INFORMES DE ALTA DE HOSPITALIZACIÓN?

F. Marcos Sánchez, A. Vizuete Calero, I. Albo Castaño, S. Martín Barba, M. Vázquez Ronda, S. Omatos Mangado, A. Gallegos Polonio y E. Núñez Cuerda

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

Objetivos. El informe clínico de alta es un instrumento de comunicación entre el médico que lo redacta y múltiples receptores: el paciente, sus familiares, el médico de Atención Primaria, el médico que lo ha realizado, el Servicio donde ha estado ingresado, otros especialistas médicos del área sanitaria y de otras, facultativos del área de Urgencias, codificadores clínicos, personal de enfermería, trabajadores sociales, evaluadores de calidad asistencial, autoridades sanitarias o judiciales, etc. Deben cumplimentarse todas las variables incluidas en el conjunto mínimo básico de datos (CMBD). Debe ser fácil de entender. Las recomendaciones dietéticas al alta, no suelen ser adecuadamente contempladas. Nuestro estudio consistía en valorar la corrección y precisión de las recomendaciones dietéticas del informe de alta.

Material y métodos. Estudio observacional retrospectivo, realizado en un Servicio de Medicina Interna de un hospital del grupo 2. Se analizaron 118 informes de alta correlativos, excluyendo los exitus y los pacientes que hubieran sido trasladados desde la Unidad de Vigilancia Intensiva. Se analiza la información emitida en el informe de alta con respecto a las recomendaciones dietéticas. Se consideró que debían incluir recomendaciones dietéticas los pacientes que tuvieran consignado como diagnóstico principal o secundario los

siguientes: Obesidad, desnutrición, diabetes mellitus, hepatopatía, insuficiencia renal crónica, alcoholismo, diarreas agudas o crónicas, deshidratación y fracaso renal agudo, intolerancia digestiva, hemorragia digestiva y neoplasias.

Resultados. De los 118 pacientes analizados, tenían consignado algún diagnóstico de los referidos 62 pacientes (52,5%). Estaban consignadas recomendaciones dietéticas en 45 casos (72,5%) y no se indicaba ninguna recomendación en 17 pacientes (27,4%). Analizando estos 17 pacientes, los diagnósticos que hubieran requerido emitir algunas recomendaciones dietéticas eran: diabetes mellitus en 5 casos (29,4%), obesidad en 2 casos (11,7%), alcoholismo, hepatopatía, insuficiencia renal crónica, neoplasia e intolerancia digestiva, en dos casos cada una.

Discusión. La prescripción de fármacos en los informes de alta de hospitalización debe utilizar pautas precisas y fáciles de entender. Es importante precisar el nombre del fármaco, la dosis, pauta, normas de empleo y duración. Cuando se indican un número elevado de fármacos (más de 8), se deben indicar de modo expreso los fármacos imprescindibles. Las recomendaciones dietéticas suelen considerarse de menor interés en los informes de alta, pero en absoluto debería ser así. En nuestro estudio en el 27% de los informes de alta no se indicaban recomendaciones dietéticas, pese a que tenían que haberse emitido, probablemente al considerar que el paciente y sus familiares las conocían perfectamente de anteriores ingresos (diabetes mellitus, neoplasia, alcoholismo, hepatopatía, insuficiencia renal crónica).

Conclusiones. Debemos cumplimentar de un modo más adecuado las recomendaciones dietéticas en los informes de alta de hospitalización y considerar que dichas medidas tienen similar interés e importancia que las prescripciones farmacológicas.

G-3

ESTUDIO CLÍNICO-FINANCIERO DE UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE MEDICINA INTERNA

J. Gil Madre, C. Yera Bergua, J. Rodríguez López, F. Cuadra García Tenorio y J. Pucho Paniagua

Unidad de Corta Estancia. Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo.

Objetivos. Las Unidades de Corta Estancia (UCE) ya constituyen una modalidad asistencial suficientemente consolidada. Sin embargo, hay escasa información sobre resultados económicos o relación "coste-beneficio-oportunidad". Esta información puede ser relevante en épocas de dificultad presupuestaria. Nuestro objetivo es detallar los costes de una UCE en 12 meses y compararlo con los de la media del SNS para una misma casuística.

Material y métodos. A partir del CMBD del año 2008, para la UCE de Medicina Interna del C H de Toledo se han valorado los 20 GRDs más frecuentes y calculado para cada uno: Estancia Media, Coste Total, Coste medio por proceso, Coste por Estancia. Para esos mismos 20 GRDs se han extraído de las Estadísticas de Referencia Estatal de GRDs publicados por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Política Social los mismos datos, pero correspondientes al conjunto del SNS y se han comparado.

Resultados. En 2008 nuestra UCE tuvo 1.055 ingresos, con EM: 4,34 días. Los ingresos por los 20 GRDs más frecuentes fueron 601 (57% del total). Los costes totales de la Unidad en ese año fueron 1.698.315 €, de ellos los atribuidos a los 20 GRDs frecuentes fueron 871.055 € (51% del total). El coste medio por "proceso frecuente" fue 1.449€ y el coste medio por estancia para esos mismos procesos 386€. Las estancias medias fueron menores en todos los casos en UCE que en SNS. Los costes totales para esos "procesos frecuentes" en el SNS ascendieron a 1.006.096.206 €, con un coste medio por "proceso frecuente" de 3.078 €. El ahorro estimado que supuso el ingreso de los pacientes en la UCE ascendió a

685.482 €, con un ahorro porcentual de 52,9%. La media de coste por estancia para los "procesos frecuentes" en la UCE fue de 386,1€/día, mientras que en el SNS fue de 379,22 €/día. Los comportamientos no fueron uniformes: en 12 GRDs fueron menores en nuestra UCE, y en los otros 8 superiores.

Discusión. Se comparan los costes para los 20 GRD más comunes de nuestra UCE con el conjunto del SNS los mismos GRD. Estos representan un 57% del total de altas. Para cada uno se calculó la "estancia media", "coste total por proceso", y "coste por estancia". Los datos más relevantes extraídos de tal comparativa son los siguientes: Para todos los 20 GRDs, las estancias medias fueron menores que en el SNS. A ello contribuyen sin duda una optimización de la gestión de tiempos y tareas, y un perfil de casuística más favorable. Los costes por proceso observados, fueron también todos ellos menores en nuestra UCE. Las diferencias fueron muy considerables, posiblemente por menor gravedad y/o pluripatología, pero también por un perfil coste-efectividad más favorable. Finalmente, en los costes por estancia, no se aprecian diferencias. Por tanto el ahorro es atribuible a un menor número de estancias mientras que la "densidad asistencial" de las estancias en UCE es la misma que la de una planta convencional. En resumen, y según nuestros datos las UCE son dispositivos altamente eficientes desde el punto de vista económico.

Conclusiones. 1) Para los 20 GRDs más comunes de UCE, las estancias medias fueron menores que la media del SNS 2) Nuestros costes por GRD son muy inferiores a la media del SNS para la totalidad de los procesos valorados 3) Los costes medios por estancia sin embargo han sido similares a los de la media del SNS 4) El ahorro se explica por tanto por el menor número de estancias generadas para los GRD valorados. 5) Las UCE de Medicina Interna desde el punto de vista económico-financiero pueden ser altamente eficientes.

G-04

ANÁLISIS DE LAS INTERCONSULTAS DE ÁREAS QUIRÚRGICAS A MEDICINA INTERNA

L. López, R. Oropesa, S. Escrivà, C. Planells y J. Tugués

Servicio de Medicina Interna. Hospital Can Misses. Eivissa (Illes Balears).

Objetivos. Conocer las características de las consultas realizadas por servicios quirúrgicos a un servicio de Medicina Interna.

Material y métodos. Estudio descriptivo de las características de las consultas realizadas desde áreas quirúrgicas al Servicio de Medicina interna de nuestro hospital (177 camas) desde enero 2009 a diciembre 2009.

Resultados. Se realizaron un total de 153 consultas, de las cuales el 81% provenían de áreas quirúrgicas (123). Del total de las consultas se duplicaron el 22% de los casos (27 pacientes). El número de consultas por semana fue de 2,36. El mayor número provenían de los servicios de Cirugía (33%), Traumatología (30%), y Urología (25%). Si analizamos estos tres servicios: se realizaron 3,4 consultas por cada 100 ingresos de servicios quirúrgicos durante este período. La edad media de nuestros pacientes fue de 68,8 años. La estancia media hospitalaria en los pacientes quirúrgicos en los que se realizaba consulta fue de 20,5 días frente a 6,59 días del resto de pacientes quirúrgicos. El 84% de los pacientes evolucionaron satisfactoriamente con un porcentaje de traslados al Sº de Medicina Interna del 10% y un 3% de fallecimientos.

Conclusiones. Las consultas de los servicios quirúrgicos a un servicio de Medicina Interna provienen en su mayoría de las áreas de Cirugía, Traumatología y Urología. Este grupo de pacientes supone una importante carga de trabajo, caracterizada por su complejidad lo que conlleva una mayor estancia hospitalaria.

G-05

ASISTENCIA REGLADA A LAS CONSULTAS DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS

L. López, S. Escrivà, C. Planells, R. Oropesa y J. Tugués

Servicio de Medicina Interna. Hospital Can Misses. Eivissa (Illes Balears).

Objetivos. Determinar el efecto de la valoración reglada de las consultas desde Servicios Quirúrgicos a Medicina Interna.

Material y métodos. Estudio prospectivo de las consultas realizadas desde Servicios de Traumatología, Cirugía y Urología durante 2 meses (marzo y abril 2010) valoradas por un único facultativo. El grupo control estaba formado por las consultas realizadas desde estos servicios en el mismo período del año anterior. Se analizó el número de consultas duplicadas, la estancia media y la mortalidad.

Resultados. Se realizaron un total de 18 consultas con una edad media de 66,3 años. Eran valoradas en un período inferior a 24 horas, sin que se duplicara la misma en ninguno de los casos. El motivo de consulta más frecuente fue la disnea, el síndrome confusional y las arritmias. Por servicios se realizaron 5 consultas desde Cirugía (3,06 por cada 100 ingresos), 6 desde Traumatología (3,5 por cada 100 ingresos) y 7 desde Urología (7,14 por cada 100 ingresos). El tiempo de seguimiento durante el ingreso fue en el 50% de los casos \geq 3 días, con una media de 2,5 días. La estancia total de nuestros casos se redujo de 15,6 días a 16,6 días en el año previo. La evolución fue satisfactoria en todos los casos. Al alta 3 casos (17%) se siguieron en consultas externas de Medicina Interna.

Discusión. Pese al reducido número de pacientes así como el corto período de estudio, existe una tendencia a una reducción en la estancia media. La valoración continua por un mismo facultativo favorece la comunicación con las áreas quirúrgicas, así como la optimización del tratamiento y por tanto una posible mejora en su evolución médica.

G-6

INDICADORES DE MORTALIDAD OBTENIDOS EN EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN MÉDICA, NORMALIZADO UNE ISO 9001:2008

J. Castiella Herrero, J. Lajusticia Aisa, F. Sanjuán Portugal, M. Vallejo García y J. Naya Manchado

Unidad de Medicina. Fundación Hospital Calahorra. Calahorra (La Rioja).

Objetivos. Desde el año 2002 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. La mortalidad hospitalaria es un indicador crítico que se recoge mensualmente, se analiza por GRD y se revisan las que aparecen en pacientes con GRD de baja complejidad ($Pr < 1$) o en GRDs con una mortalidad $< 0,5\%$. Nuestro objetivo es tener una mortalidad $< 7,5\%$. Se muestran los datos más relevantes del indicador mortalidad bruta en la unidad, mortalidad ajustada y por GRDs durante los años 2006 a 2009.

Material y métodos. Análisis de la mortalidad bruta y ajustada (o esperable) a la complejidad (Iametrics® lasist S.A.) en 5.780 altas (43,4% mujeres), con 72 años de edad media (70,3 en el 2006 y 73 en el 2009), codificadas al 100% según la CIE-9-MC (AP-GRD versión 23). Análisis de la mortalidad entre los GRDs más frecuentes de la Unidad. Como benchmarking, se analiza la mortalidad de los servicios de Medicina Interna del SNS (grupo de GC de la SEMI: Zapatero Gaviria et al. Med Clin (Barc), 2010;134 (1):6-12).

Resultados. Hubo un 6,9% de fallecimientos ($n = 397$; 9,5% en el Grupo de GC de la SEMI), edad media de 81,2 años (79,6 en hombres y 83 en mujeres; $p = 0,0027$). La mortalidad esperada según la

complejidad fue del 10,54% (n = 609 pacientes), con un índice de mortalidad ajustada por riesgo (IMAR) de 0,65. El exitus fue más frecuente en las mujeres (7,5% vs 6,4%, p = 0,06). Su estancia media fue de 7,35 días (6,3 en resto, p = 0,009) y su peso medio de 2,82 (1,80 en resto, p < 0,05). Un 5,8% de los fallecimientos (n = 23) tuvieron 0 estancias, un 32,5% (n = 129) menos de 3 estancias. No hubo diferencias de mortalidad según día de la semana de ingreso. Se han observado 4 fallecimientos entre pacientes cuyo GRD tenía un peso relativo < 1. Los indicadores en los 5 GRDs más frecuentes de la Unidad se muestran en la tabla.

Conclusiones. La mortalidad observada en nuestra Unidad de Hospitalización es del 7%, muy por debajo de la esperada según la complejidad de la casuística atendida (IMAR < 1). Es más frecuente entre las mujeres (son más ancianas). La mortalidad se ha incrementado de forma progresiva, posiblemente por el aumento de la edad. Los pacientes fallecidos corresponden a GRDs de elevada complejidad y no observamos diferencias por el día de la semana de ingreso.

Tabla 1 (G-6). Indicadores de mortalidad en los 5 GRD más frecuentes

GRD	% de mortalidad	IMAR	Contribución	% mortalidad en benchmarking
541	10,1	0,68	- 36	16,2
544	9,1	0,47	- 27	17,5
014	6,1	0,63	- 26	9,8
087	6,1	0,62	- 14	11,4
127	2,9	0,49	- 7	6,5

G-7

REINGRESOS OBSERVADOS EN EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN MÉDICA, NORMALIZADO UNE ISO 9001:2008

J. Castiella Herrero, M. Vallejo García, F. Sanjuán Portugal, J. Naya Manchado y J. Lajusticia Aisa

Unidad de Medicina. Fundación Hospital Calahorra. Calahorra (La Rioja).

Objetivos. Desde el año 2002 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. Se define reingreso bruto como todo episodio de hospitalización no programado antes de 30 días de un ingreso previo, y depurado cuando acontece en la misma Categoría Diagnóstica Mayor (CDM) de alta o relacionada. El objetivo para este indicador en el 2009 era inferior al 8,5% en reingresos brutos y al 7,5% en depurados. Se muestran los datos más relevantes del indicador reingresos hospitalarios en una Unidad de Medicina Interna durante los años 2006 a 2009, analizados de forma global y por GRDs.

Material y métodos. Análisis de los reingresos brutos, depurados y el índice de reingresos ajustados al riesgo (IRAR) en 5.780 altas (43,4% mujeres), con 72 años de edad media (70,3 en el 2006 y 73 en el 2009), codificadas al 100% según la CIE-9-MC (AP-GRD 23). Análisis de los reingresos entre los 5 GRDs más frecuentes. Como estándar de comparación se usa la norma de lasist. El análisis del indicador se ha obtenido de los programas que analizan el CMBD y la codificación Infoqual® e Iametrics® (Iasist SA).

Resultados. En el período de análisis, hubo un 8,5% de reingresos brutos que consumieron el 10,6% de las estancias, con una EM de 7,3 días (5,9 en aquellos con un solo ingreso, p < 0,05), una edad de 73,8 años (69,1 en aquellos con un solo ingreso, p < 0,05), una mortalidad del 9,9% (8,5% en aquellos con un solo ingreso, p < 0,05) y un Pm de 2,04 (1,74 en aquellos con un solo ingreso). Hubo un 5,6%

de reingresos depurados, en la misma CDM o relacionada. El índice de reingresos ajustado al riesgo (IRAR) fue de 0,73, lo que supuso un ahorro de 124 reingresos. En la tabla se muestran los reingresos en los 5 GRDs más frecuentes de la unidad.

Conclusiones. La tasa de reingresos bruta se mantiene en un 8,5%, pero baja al 5,6% cuando se analizan los reingresos en la misma CDM o relacionada, lo que nos indica una buena gestión en el proceso de hospitalización médica. Los reingresos tienen significativamente una mayor edad, mayor mortalidad, mayor complejidad y mayor estancia media, que aquellos con un solo ingreso, y por tanto un mayor consumo de recursos sanitarios. Es preciso buscar áreas de mejora para intentar reducirlos, sobre todo en patologías crónicas.

Tabla 1 (G-7). Reingresos observados e IRAR en los 5 GRD más frecuentes

GRD	Nº pacientes	% reingresos	IRAR	Contribución
541	705	11,6	0,53	- 40
544	518	13,0	0,7	- 21
014	508	5,75	0,78	- 5
087	379	14,8	0,63	- 28
127	205	15,5	0,93	- 2

G-8

CÓMO MEJORAR LA SEGURIDAD DE NUESTROS PACIENTES: CREACIÓN DE UNA "UNIDAD FUNCIONAL ESPECÍFICA DE GESTIÓN DE RIESGOS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE" EN LA FUNDACIÓN HOSPITAL CALAHORRA

J. Castiella Herrero¹, V. Musitu Pérez³, C. Lerín Baldero³, P. Peñalba Segura² y F. Sanjuán Portugal¹

¹Unidad de Medicina, ³Unidad de Gestión de Riesgos en Seguridad del Paciente, ²Unidad Económico Financiera. Fundación Hospital Calahorra. Calahorra (La Rioja).

Objetivos. Objetivo general: garantizar una atención sanitaria segura y de máxima calidad al paciente hospitalizado en la Fundación Hospital Calahorra, conforme a nuestra misión, mediante la creación de una Unidad Funcional Específica de Gestión de Riesgos en Seguridad del Paciente (UFEGRS) en la Fundación Hospital Calahorra. Objetivos específicos: 1) Implantar y desarrollar los objetivos estratégicos propuestos por la misma para el 2010/ 2011; 2) Fomentar la cultura no punitiva de gestión del error e incorporar rutinas de gestión de riesgos entre los profesionales sanitarios y no sanitarios; y 3) Hacer partícipes a profesionales, pacientes y familiares de estos objetivos.

Material y métodos. Se ha centrado en cuatro pilares: 1) en el 2006, se crean grupos de trabajo para identificar áreas de seguridad: caídas y fugas, reacciones adversas a medicamentos, infección de vía central y periférica, hemoderivados y recién nacido/lactante. De cada área se hizo un análisis modal de causas y efectos (AMFE), detectándose áreas de mejora que fueron priorizadas y comunicadas al equipo directivo. En los años 2009-10, se incorporan maltrato a personas mayores, intimidación, infección nosocomial, úlcera por presión y hemodiálisis. Se forman nuevos equipos y se incorpora la metodología Lean; 2) Encuestas de satisfacción y de cultura de seguridad a pacientes y profesionales, 3) Acciones formativas en materia de seguridad del paciente, 4) Despliegue mediante presentaciones del proyecto dentro de los equipos de procesos, hospital y ámbito nacional.

Resultados. En el área de fugas y caídas se identificaron 30 acciones de mejora, resumidas en la validación de procedimientos, adecuación del aparataje, revisión de dispositivos de seguridad y formulario de comunicación; en el área de seguridad farmacológica:

10 acciones de mejora concretadas en la prescripción y dispensación electrónica, sistemas de dispensación automática de medicación y actualización de protocolos; en el área de hemoderivados: 7 acciones de mejora, concretadas en la elaboración de un proceso integrado en el mapa de la organización, que incluye la identificación inequívoca del paciente y el registro y análisis de reacciones adversas centinelas. El 81,1% de los profesionales afirman trabajar en una unidad segura para el paciente; el 65,3% estaría dispuesto a trabajar en materia de seguridad; el 40,3% conoce las estrategias de la organización en materia de seguridad; el 93,2% de los pacientes dice sentirse seguro; el 89% considera respetada su intimidad y el 88% considera que los cuidados y tratamientos aplicados son seguros. En el año 2009 se crea la Unidad Funcional Específica de Gestión de Riesgos en materia de Seguridad en la FHC, con fondos del Ministerio de Sanidad y Consumo. En el 2010 se integra la seguridad del paciente en el Mapa de procesos de la organización y se incluyen indicadores críticos de procesos relacionados con las áreas de seguridad identificadas.

Conclusiones. Desde el 2006, nuestro hospital y nuestra Unidad viene trabajando para identificar áreas de seguridad para el paciente, detectando riesgos, proponiendo acciones de mejora, analizando indicadores relacionados con la seguridad e implementados protocolos y procedimientos. Finalmente se ha creado una Unidad Funcional de Gestión de Riesgo, integrada en el mapa de procesos como una estructura horizontal a lo largo de la organización. Queda mucho camino por recorrer, y para ello es básico implicar a las personas e informar a los pacientes y sus familiares.

G-9 VALORACIÓN DE SESIÓN FORMATIVA PARA MEJORAR HÁBITOS DE PRESCRIPCIÓN

M. Galindo Andúgar¹, M. Sánchez Ruiz de Gordo²,
A. Escalera Zalvide¹, M. Franco Huerta¹, J. Castellanos Monedero¹,
R. Espinosa Aunión³, R. Cicuéndez Trilla¹ y L. Rodríguez Rojas¹

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

Objetivos. Evaluar la satisfacción percibida por los asistentes a una sesión impartida por Farmacia Hospitalaria en el Servicio de Medicina Interna del Hospital General La Mancha-Centro (Alcázar de San Juan).

Material y métodos. En mayo de 2010 se realizó en el Servicio de Medicina Interna una sesión sobre Inhibidores de la Bomba de Protones (IBPs). La sesión se dividió en tres bloques: prescripción-indicación de IBPs, reacciones adversas relacionadas con el uso de IBPs e interacción de IBPs con clopidogrel. Se eligió este tema por el aumento progresivo de la prescripción de este grupo de fármacos, por su reciente aparición de nuevas reacciones adversas e interacción con clopidogrel. Se diseñó una encuesta con el fin de evaluar el grado de satisfacción de los asistentes a la sesión respecto al interés general de la misma, aportación de datos desconocidos sobre el tema, repercusión de la información recibida respecto al uso de IBPs, conocimiento personal del fármaco en su medio habitual de trabajo y el formato de la sesión. La encuesta se ofreció, de manera voluntaria y anónima, a todos los asistentes que acudieron a la sesión.

Resultados. La encuesta fue cumplimentada por 16 facultativos (internistas, geriatras y farmacéuticos). El interés de la sesión se puntuó desde 1 (nada interesante) hasta 5 (muy interesante); 13 personas dieron una puntuación de 5 (81,25%) y 3 lo puntuaron con 4 (18,75%). Se preguntó si durante la charla se habían aportado datos nuevos (ninguno, algunos, bastantes). Respecto a la prescripción-indicación de IBPs 6 personas (37,5%) contestaron "bastantes", 9 (56,25%) consideraron "algunos" y 1 (6,25%) "ninguno". En cuanto a las reacciones adversas a 10 personas (62,5%) les aportó "bastan-

tes" datos nuevos y a 6 "algunos" (37,5%). Finalmente, respecto a la interacción con clopidogrel 11 personas (68,78%) refirieron que aportó "bastantes" datos y para 5 personas (31,25%) aportó "algunos". La mitad de los asistentes indicaron que la repercusión de la sesión en cuanto al uso de IBPs causó cambios destacables en su prescripción, y la otra mitad apuntaron pequeños cambios. En cuanto al conocimiento sobre las indicaciones, efectos secundarios e interacciones en su medio habitual de trabajo se puntuó desde 1 (muy mejorable) hasta 5 (excelente); 5 personas puntuaron 2 (31,25%), 7 puntuaron 3 (43,75%), 2 personas opinaron que muy bueno (12,5%) y 2 personas lo consideraron excelente (12,5%). Finalmente el formato de la sesión fue muy bueno para 11 (68,78%) y adecuado para el resto (31,2%).

Discusión. Un porcentaje alto de especialistas consideraron muy interesante la sesión y a la mayoría les aportó datos que no conocían sobre el tema. Para todos los asistentes repercutió en sus hábitos de prescripción de este grupo de fármacos mediante pequeños o grandes cambios. El formato agradó a todas las personas que acudieron a la sesión.

Conclusiones. Los resultados de la encuesta reflejan la buena aceptación de las sesiones multidisciplinarias sobre temas controvertidos, y pueden influir en una mejora del trabajo diario habitual. Las encuestas de satisfacción son una herramienta para evaluar una percepción positiva, necesarias para mejorar la calidad de este tipo de actividades formativas y orientarlas hacia las necesidades del profesional de la salud.

G-11 UTILIZACIÓN DE LA ASISTENCIA HOSPITALARIA EN DÍAS FESTIVOS POR PACIENTES EN SITUACIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS

C. Vicente Martín¹, J. Marco Martínez², S. Plaza Canteli¹,
G. Flox Benítez¹, J. Castro Urda³ y C. Sobrino Calzada¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Digestivo. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid). ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos. En el último año de vida de las enfermedades avanzadas en situación terminal (SEAT) hay problemas cambiantes y complejos cuyo manejo requiere un equipo multidisciplinar de cuidados paliativos (CP) disponible incluso fuera del horario laboral. Queremos describir la demanda asistencial de pacientes en CP en días festivos y si existe algún subgrupo de pacientes donde la demanda en festivos esté aumentada.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes en CP que ingresan por urgencias entre 04/02/2002 y 31/12/2009 en un hospital de segundo nivel. Como festivo se definió el sábado, el domingo y aquellos días con actividad asistencial reducida a la atención urgente sin actividad específica de CP y los prefestivos a partir de las 14:51 h en adelante. Con arreglo a esta clasificación arbitraria, se cuantificó 1.508 días laborables y 1.369 festivos (444 prefestivos). Se calculó la tasa de ingresos (TI) por festivo y laborable de cada variable. La actividad global se comparó con la del servicio de Medicina Interna (MI). Entre 2008 y 2009 se valoraron los ingresos en festivos por disnea, alteración del nivel de conciencia o delirium (DLR), dolor, metástasis e índice de Karnofsky (IK) \leq 50. Los contrastes de hipótesis se realizaron mediante chi cuadrado y la odds de prevalencia (OR). Se consideró significativa una $p < 0,05$

Resultados. Se identifican un total de 3.063 episodios de 1.495 pacientes con una edad media de 68,9 años (DE 13,29). Durante el período del estudio la tasa de ingresos para pacientes en CP en festivos fue 37% vs 36% para los pacientes de MI ($p > 0,252$). No se encontró mayor frecuencia de ingresos en festivos que en laborables por patología en CP ($p > 0,778$). De las asistencias en festivos, se producían 1,24 episodios más en urgencias (IC95%: 1,062-1,46)

que los que acudían a urgencias y requerían hospitalización (p 0,007). En MI la TI en festivos fue 36% tanto en urgencias como los que precisan hospitalización (p 0,974). Los pacientes en agonía (39,3% vs 36,7%), con disnea (35,3% vs 32,5%), DLR (35% vs 33,1%) y/o dolor (34,3% vs 33,8%) tenían más asistencias en festivos que los que no presentaban estas características aunque sin significación estadística. También acudían más en festivos, si bien no alcanzaban significación estadística, los pacientes oncológicos que no tenían metástasis (45,6% vs 32,9% con metástasis) y con IK > 50% (35,1%).

Discusión. En nuestros resultados los pacientes en CP consultan más en festivos que los pacientes de MI así como por determinados síntomas. Las jornadas festivas son el 31,15% del estudio, descontando los prefestivos (15,43%) lo que supone un tiempo considerable en que el paciente de paliativos está al descubierto en lo que respecta a la atención por personal correctamente entrenado para su cuidado y expuesto a prácticas no totalmente precisas o a ingresos inadecuados.

Conclusiones. Creemos que estos datos subrayan la necesidad de organizar la atención sanitaria de estos pacientes durante estos periodos, fundamentalmente en el servicio de urgencias. La alternativa, quizás más factible desde el punto de vista económico, sería implementar formación específica que cubra los problemas que más frecuentemente presentan estos pacientes a los especialistas y personal sanitario que va a tener que realizar la primera asistencia de estos pacientes.

G-12

¿ES ÚTIL EL INFORME DE MORTALIDAD PARA CONOCER LA COMPLEJIDAD DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA? POSIBILIDADES DE MEJORA

D. Narankiewicz, I. Márquez Gómez, L. Valiente de Santis, F. Salgado Ordóñez, A. Villalobos Sánchez y R. Gómez Huelgas

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

Objetivos. Describir la calidad de la información recogida en los informes de mortalidad de nuestro servicio. Plantear medidas de mejora en su caso.

Material y métodos. Se analizan todos los informes de mortalidad redactados de pacientes fallecidos en el año 2008 en el Servicio de Medicina Interna del Hospital General del Complejo Hospitalario "Carlos Haya". Estándares de calidad principales: nombre, apellidos, nº de historia, género, edad, fecha de ingreso y de alta, motivo de ingreso y de alta, diagnóstico principal y secundarios e identificación del médico responsable. Estándares de calidad accesorios: antecedentes personales, enfermedad actual, exploración física, curso clínico, causa fundamental e inmediata de la muerte. Las variables que se analizan son la experiencia profesional del médico firmante y patología causante del exitus.

Resultados. En 2008 hubo 126 fallecimientos de un total de 1.554 ingresos en nuestro servicio (8,1%). Se pudieron analizar 108 infor-

mes (85,7%). El grado de cumplimentación de los estándares principales y secundarios se recoge en las tablas 1 y 2. Se observa una baja cumplimentación en lo que se refiere a diagnóstico principal, secundario, así como exploración física, pruebas complementarias y curso clínico. Estas carencias afectan sobre todo al grupo de facultativos con experiencia entre 5 y 10 años.

Discusión. Observamos heterogeneidad en los datos recogidos en los informes de mortalidad de nuestro servicio. Los principales déficits se observan en lo que se refiere a los campos de curso clínico, diagnóstico, sobre todo secundario. Estos hechos reducen el índice de complejidad los pacientes fallecidos en nuestro servicio. Es preciso aumentar la concienciación en los clínicos acerca de la importancia de realizar informes de mortalidad completos y utilizar instrumentos que disminuyan la sobrecarga burocrática.

Conclusiones. Actualmente el informe de mortalidad no es una herramienta útil para analizar la complejidad de los pacientes que fallecen en nuestro servicio. Hay grandes posibilidades de mejora en este sentido, como utilizar una plantilla con campos predefinidos y la historia clínica digital. Ver tabla 1 (G-12) y Tabla 2 (G-12).

TAG-13

VOLVER A TRABAJAR DESPUÉS DE UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO. NUESTRA EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE REHABILITACIÓN CARDÍACA

L. Madrigal Cortés, C. Moreno de Eguía, T. Calero Campos, J. Ribas Comas, F. Rodríguez del Ama y B. Broch Alemany

Unidad de Rehabilitación Cardíaca Laboral. Hospital Clínica Fremap Prevención y Rehabilitación. Sevilla.

Objetivos. Conocer el porcentaje de pacientes que se reincorporaron a su actividad laboral tras la realización de un programa de rehabilitación cardíaca.

Material y métodos. Se estudiaron retrospectivamente los pacientes que realizaron la rehabilitación cardíaca en nuestro hospital entre los años 2003 y 2009. Valorando si la cardiopatía isquémica fue considerada accidente de trabajo o enfermedad común y el número de pacientes que se reincorporaron a su trabajo habitual o bien fueron incapacitados para el mismo.

Resultados. Cada vez más se considera la cardiopatía isquémica como accidente de trabajo, por lo que en nuestro hospital se creó una Unidad de Rehabilitación Cardíaca Laboral, que está integrada por un equipo multidisciplinar compuesto por un cardiólogo, un médico del deporte, un rehabilitador, un psicólogo, un médico de atención primaria, una enfermera y un internista. Desde su puesta en marcha en el 2003, 111 pacientes han realizado el programa de rehabilitación cardíaca en nuestro hospital durante 3 meses, con 3 sesiones de ejercicio físico semanal de 90 minutos, junto con sesiones educativas y de apoyo psicológico. La edad media era de 56 años, siendo sólo 2 mujeres las que realizaron el programa. Todos los pacientes incluidos habían tenido una cardiopatía isquémica y estaban en activo previamente. La cardiopatía isquémica fue con-

Tabla 1 (G-12). Estándares de calidad principales

	Nomb	NºH ^a	Género	Edad	F ingre	F alta	Mot Ing	Mot alta	Dxo prin	Dxo secun	Firma
n	108	108	108	101	108	107	92	105	56	40	108
%	100	100	100	93,5	100	99	85	97	52	37	100

Tabla 2 (G-12). Estándares de calidad accesorios

	Ant. personales	Pruebas complem	Exp. física	Curso Clínico	Causa fundamen	Causa Inmediata
n	88	50	54	84	106	94
%	81	46	50	76	96	89

siderada accidente de trabajo en el 62% de los casos, y de estos se reincorporaron al trabajo 34, presentando 35 una incapacidad laboral. En el 38% de los pacientes se consideró la cardiopatía isquémica como contingencia común, reincorporándose a su trabajo 23 y con incapacidad laboral posterior 18.

Discusión. Los programas de rehabilitación cardiaca están constituidos por un conjunto de medidas multidisciplinares que, coordinadamente, intentan mejorar la capacidad física del enfermo cardiopata, normalizar su situación psicológica, elevar su conocimiento sobre la enfermedad que padece, controlar los FRCV y reintegrar a los pacientes a su actividad y a su entorno en iguales o mejores condiciones que antes de la enfermedad. En España sólo entre el 2-3% de los pacientes que han sufrido un infarto recibe rehabilitación cardíaca. Uno de los aspectos importantes de la rehabilitación cardiaca es la más temprana reincorporación laboral. Las cifras publicadas en España sobre la reincorporación laboral oscila entre el 30 al 60%.

Conclusiones. En nuestro trabajo no hemos encontrado diferencias significativas respecto a lo publicado en la literatura sobre el porcentaje de pacientes que se reincorporaron a su trabajo habitual. Tampoco encontramos diferencias entre los casos considerados accidente de trabajo o contingencia común. La vuelta al trabajo tras un infarto agudo de miocardio no siempre es fácil, está influida por múltiples factores, muchos de los cuales actúan negativamente, dificultando la reincorporación, todo esto conlleva importantes pérdidas económicas.

G-14 FRACTURA DE CADERA: MOTIVO DE INTERCONSULTA TRAS 72 HORAS DE INGRESO

J. Miramontes González¹, D. Pescador Hernández², J. Herráez¹, A. Romero Alegria¹, A. García Mingo¹ y A. Sánchez Rodríguez¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Traumatología. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.

Objetivos. Conocer las causas que motivan las interconsultas desde el Servicio de Traumatología tras la intervención quirúrgica, independientemente del tipo de prótesis u otro procedimiento, al que se somete al paciente.

Material y métodos. Se realiza un análisis retrospectivo en el que se evalúan las interconsultas durante un período de 12 meses. Se descartan las realizadas previamente a la intervención. Analizamos las historias clínicas con los diagnósticos y las conductas terapéuticas derivadas de los mismos. Se recogen los datos de edad y sexo de los pacientes analizados.

Resultados. La media de edad de los pacientes resultó de 84,2 años, don un claro predominio del sexo femenino (87%). el principal motivo de interconsulta fue la necesidad de control de los factores de riesgo vascular clásicos (HTA, DM 2) que se descompensaron durante la estancia hospitalaria, el control de arritmias y su tratamiento (frecuencia e hipocoagulación) representaron un número importante (38%). La infección, no relacionada con la herida quirúrgica, ha sido el segundo motivo de aviso (27%). Los cuadros de Insuficiencia Cardíaca, tanto agudización como nuevo diagnóstico, tras la intervención han supuesto otra de las causas (14%) La presencia de un evento coronario o de un ictus ha sido otra de los motivos de aviso (9%) y por último una miscelánea que comprende causas como el ajuste de tratamientos, dolor de tórax no coronario, náuseas con intolerancia oral, reacciones alérgicas cutáneas. En muchos pacientes se han solapado las distintas necesidades o motivos de interconsulta.

Discusión. La necesidad de numerosas interconsultas desde un Servicio de Traumatología para la atención de los pacientes con fractura de cadera, dada la elevada comorbilidad que presentan estos pacientes, ha llevado a muchos centros a rediseñar la estruc-

tura de estos servicios con la incorporación de un Internista de forma permanente en sus plantillas con la consiguiente mejora en la atención del paciente y descenso de morbi-mortalidad, así como los días de estancia media.

Conclusiones. La incorporación, de forma continuada, de especialistas en M. Interna a los servicios de traumatología supone una de las claves en la mejora de la atención de estos servicios. Este hecho es de especial relevancia en patologías como la fractura de cadera en las que la elevada comorbilidad que presentan estos pacientes lleva a una alta demanda de atención desde el especialista médico. Mejorando la atención al paciente y reduciendo las estancias medias.

G-15 ESTUDIO DE LOS COSTES HOSPITALARIOS DE LOS 6 PRIMEROS PROCESOS DE UN SERVICIO DE MEDICINA

F. Marcos Sánchez, M. Izusqui Mendoza, S. Martín Barba, A. Muñoz Ruiz, E. Núñez Cuerda, A. Vizúete Calero, A. Gallegos Polonio y S. Casallo Blanco

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

Objetivos. La información recibida de la Dirección de Gestión, con respecto a los costes económicos imputables a los procesos que padecen los pacientes que están ingresados en los centros hospitalarios ha adquirido una gran relevancia. La crisis económica actual ha enfatizado aún más dicha información. Ya no se puede seguir trabajando a espaldas de los datos de gestión económica, sino empleando adecuadamente dicha información para tratar de optimizar costes. Las actuaciones encaminadas a la creación de protocolos o guías clínicas que permitan optimizar la duración de las estancias de los procesos que generen mayor número de estancias o sobre aquellas patologías que generen un mayor coste por estancia, puede reducir considerablemente el coste hospitalario.

Material y métodos. En un servicio de Medicina Interna de un hospital del grupo 2 se realizaron 1.467 altas en el año 2009. Analizamos los seis GRD que motivaron más altas y el coste económico imputado a cada uno de ellos.

Resultados. Los seis procesos que generaron mayor número de altas fueron los siguientes: 1. GRD Nº 541: Neumonía simple y otros trastornos respiratorios exceptuando bronquitis& asma con complicación mayor, con un total de 157 casos; con un coste por estancia de 567 euros y un coste total de los procesos de 861.482 euros. 2. GRD Nº 127: Insuficiencia cardiaca y shock, con 136 casos, con un coste por estancia de 475 euros y un coste total de los procesos de 462.543 euros. 3. GRD Nº 544: Insuficiencia cardiaca congestiva y arritmia cardiaca con complicación mayor, con un total de 91 casos, con un coste por estancia de 883,5 euros y un coste total de los procesos de 722.667 euros. 4. GRD Nº 101: Otros diagnósticos del aparato respiratorio con complicaciones, con un total de 48 casos, con un coste por estancia de 291,8 euros y un coste total de los procesos de 109.143 euros. 5. GRD Nº 569: Trastornos del riñón y del tracto urinario, excepto insuficiencia renal, con complicación mayor, 34 casos, con un coste por estancia de 358 euros y un coste total de los procesos de 133.646 euros. 6. GRD Nº 321: Infecciones del riñón y del tracto urinario, de edad superior a 17 años y sin complicaciones, con 27 casos, con un coste por estancia de 262 euros y un coste total de los procesos de 41.512 euros. Durante el año 2009, el coste total de todos los procesos atendidos en hospitalización por el Servicio de Medicina Interna fue de 5.815.000 euros, el coste medio por estancia de 498 euros, el coste medio por proceso de 4.389 euros y el peso de 1,9.

Discusión. El conocer el coste de los procesos que atendemos con mayor frecuencia es altamente relevante, puesto que si planteamos estrategias para optimizar reduciendo la estancia media de dichos procesos, podremos obtener importantísimos ahorros de cos-

tes. En nuestro servicio tenemos protocolizados entre otros procesos la neumonía, la insuficiencia cardíaca y la infección urinaria, incluidas en los seis primeros procesos de hospitalización, aunque el nivel de cumplimiento estricto de dichos protocolos es claramente mejorable.

Conclusiones. Únicamente 6 procesos, generaron 493 altas, sobre un total de 1.467, por lo tanto más del 33%. Optimizando la duración de la estancia hospitalaria de dichos procesos podremos conseguir importantes ahorros económicos.

G-16 ANÁLISIS DE COSTES EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN MÉDICA QUE SE GESTIONA POR PROCESOS NORMALIZADOS UNE ISO 9001:2008

J. Castiella Herrero¹, I. Blanco Betorz², Y. Santolaya Ruíz², P. Peñalba Segura², F. Sanjuán Portugal¹ y V. Musitu Pérez¹

¹Unidad de Medicina Interna, ²Dirección Económico-Financiera. Fundación Hospital Calahorra. Calahorra (La Rioja).

Objetivos. La Fundación Hospital Calahorra (FHC) da cobertura especializada a 75.000 habitantes de La Rioja Baja. No dispone de UCI. Desde el año 2002 la hospitalización médica de la FHC utiliza la gestión por procesos normalizados (UNE ISO 9001:2008) como una herramienta alternativa a la hospitalización tradicional. La eficiencia económico-financiera debe ser un factor clave presente en todos los cuadros de mandos integrales de todos los hospitales. Esta eficiencia hay que desplegarla a las Unidades Asistenciales. El objetivo es conocer la estructura de costes y analizar el coste (en euros) de cada estancia, de cada paciente individual y de cada uno de los cinco GRDs más frecuentes en nuestra Unidad de Hospitalización durante en el año 2009

Material y métodos. Hasta el año 2008, en la FHC solo era posible hacer un análisis de coste por servicio (GFH). En el 2009, se inicia una mejora de las herramientas informáticas y de la integración de la información que permite hacer un desglose de todos los costes de la hospitalización, asignándolos a servicios, procesos (GRDs) y pacientes. En el caso de la Unidad de Hospitalización Médica, dichos costes se agrupan en: coste de planta (incluye personal, infraestructuras, amortizaciones, luz, agua, teléfono, lavandería, etc.), coste de hospitalización (incluye tiempos médicos), quirófanos, anestesia, gasto farmacéutico, laboratorio, anatomía patológica, radiología, consultas (incluye técnicas como endoscopias, etc.), alimentación y urgencias (médico de guardia). Como patrón de comparación de utilizan los costes por GRD del SNS del 2008, para hospitales con menos de 200 camas (<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/cmbd.htm>)

Resultados. En el 2009, se han dado 1.455 altas, que han generado 8.615 estancias, con una estancia media bruta de 5,9 días (5,7 de estancia depurada), con un peso medio de 2,044. El coste total ha sido de 3,956 millones de euros. El coste medio de cada paciente ha sido de 2.719,24 euros y el coste medio de cada estancia de 459,26 euros. Por cada unidad de peso relativo, el coste es de 1.329,96 euros. En la tabla se muestran los costes de los 5 GRDs más frecuentes de la unidad.

Conclusiones. El análisis de costes y de la eficiencia clínica es una de las "patas del banco" que soporta el gobierno clínico.

Creemos de sumo interés que los médicos estén permanentemente informados de los mismos, y donde y como se generan, y se le dote de las competencias necesarias para participar en su gestión, y de las herramientas para tratar de mejorarlos. Ver tabla 1 (G-16).

TG-17 PREVALENCIA DE LA NOTIFICACIÓN DE DESNUTRICIÓN EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA ESPAÑOLES (TRIENIO 2005-2007). PERFIL DEL PACIENTE CON ESTE DIAGNÓSTICO E IMPLICACIONES PRONÓSTICAS

J. Marco Martínez¹, R. Barba Martín², A. Zapatero Gaviria³, S. Plaza Canteli⁴, J. Canora Lebrato³, G. García de Cassasola² y J. Losa⁵

¹Unidad de Interconsultas Médicas. Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ²Dirección Médica. Hospital Infanta Leonor. Madrid. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada. Madrid. ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid). ⁵Unidad de Infecciosas. Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón (Madrid).

Objetivos. La desnutrición afecta a una gran proporción de los pacientes hospitalizados. Su detección es indispensable para poner en marcha planes de soporte específicos y su notificación es relevante para que los sistemas de gestión clínica tengan en cuenta el coste real del paciente. Describir la frecuencia de notificación de desnutrición en los informes de alta de los servicios de Medicina Interna (MI) españoles entre 2005-2007 y valorar los factores asociados con este diagnóstico así como sus implicaciones pronósticas.

Material y métodos. Se revisaron los datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los hospitales españoles (Ministerio de Sanidad y Consumo). Para la codificación de los diagnósticos se usó la 5ª ed de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª Revisión Modificación Clínica (CIE-9-MC). Se identificaron los pacientes que tenían un diagnóstico principal o secundario de desnutrición (CIE-9-MC: 260-263.9).

Resultados. Se analizaron 1.567.659 pacientes de los que 21.804 (1,4% de la serie) tenían el diagnóstico de desnutrición. Los pacientes con este diagnóstico tenían más edad (72,4 vs 70,8 años), mayor comorbilidad (Charlson > 2: 28% vs 23,5%), predominaban los varones (54,7% vs 53,4%) y estaban más institucionalizados (3,9% vs 1,9%) que la población no desnutrida ingresada en MI. Las patologías que se asociaron a desnutrición fueron: demencia, cáncer, infección por VIH e insuficiencia renal crónica. La mortalidad (19,5% vs 9,8%), la estancia hospitalaria (18,1% vs 9,8%), el coste por proceso (5.228,46 vs 3.537,8 €) y el peso del paciente (2,6 vs 1,1) también fueron superiores (p < 0,001 para todas las comparaciones).

Discusión. La notificación de la desnutrición en los Servicios de MI españoles es extremadamente baja, muy por debajo de la prevalencia descrita en hospitalizados que alcanza entre el 20% y el 30% de las series consultadas (hasta el 80% en series oncológicas). Este diagnóstico se asocia a un incremento considerable de la morbilidad, mortalidad y costes de hospitalización, por lo que su codifica-

Tabla 1 (G-16).

GRD	Número de pacientes (2009)	Coste medio del GRD	Coste estancia del GRD	Coste del SNS (2008)
541	227	2.765,7	430,0	4.836,5
544	139	2.637,6	432,3	5.525,6
014	96	2.404,1	440,4	3.657,3
127	50	1.597,9	422,0	3.198,3
540	47	3.236,6	410,0	6.859,5

ción en los sistemas de información debe plantearse como un objetivo prioritario de mejora.

G-18 ADECUACIÓN DEL INGRESO HOSPITALARIO EN PACIENTES CON NAC SEGÚN LAS DIFERENTES ESCALAS

N. Balibrea, M. Forniés, S. Colomina, S. Pérez, M. Pacheco, C. Pérez Barba y R. Pascual

Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Salud. Elda (Alicante).

Objetivos. Determinar si existe una adecuación en los ingresos hospitalarios de acuerdo con las diferentes escalas de severidad y pronósticas. Determinar si la escala inicial se correlaciona con la evolución clínica. Conocer si pacientes con factores de riesgo no recogidos en las escalas se comportan de manera diferente de aquellos que no tienen dichos factores de riesgo.

Material y métodos. Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Se incluyeron a los pacientes mayores de 14 años con el diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad (NAC) y empiema ingresados en el Hospital Virgen de la Salud desde enero 2007 hasta diciembre 2008. Se elaboró una ficha de datos que incluía variables demográficas, epidemiológicas, comorbilidad, datos clínicos, bioquímicos, microbiológicos, radiológicos y tratamiento, días de estancia, evolución y adecuación o no a las escalas CURB-65, FINE, PSI y criterios IDSA/ATS 2007 de gravedad de la NAC.

Resultados. Se incluyeron 63 pacientes. 51 (83%) fueron hombres y 12 (19%) mujeres. Edad media de 54 años. 66,7% se encontraban en clases de bajo riesgo tanto en la escala de FINE como en la de CURB-65. El 84,1% de los pacientes curaron, frente al 12,7% que falleció. Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la mortalidad de los diferentes grupos de riesgo dándose gran parte de los éxitos y estancias hospitalarias más prolongadas en los grupos de más riesgo. Siguiendo los criterios IDSA/ATS 2007 de gravedad de la NAC se recomendaba el ingreso en UCI de 25 pacientes (39,7%) de los 63 pacientes estudiados. Tan sólo 10 ingresaron en este servicio. De los 25 pacientes, 9 ingresaron en UCI y 9 en Medicina Interna. Además los pacientes en los que se recomendaba ingreso en UCI presentaron estancias hospitalarias más prolongadas y mayor mortalidad existiendo diferencias estadísticamente significativas con respecto a los pacientes en los que no se recomendaba su ingreso en UCI. Las variables EPOC, tabaco y alcohol no se asociaron con severidad en ninguna de las escalas. La vacunación de la gripe se asoció con los grupos de bajo riesgo en la escala de FINE pero no en el resto de las escalas.

Discusión. Las escalas pronósticas y de gravedad no son herramientas utilizadas en la práctica clínica diaria en nuestro medio. Algunas como la de FINE son engorrosas debido al gran número de parámetros a valorar, pero otras como la CURB-65 son sencillas, fácilmente aplicables a la cabecera del enfermo y proporcionan gran información pronóstica como lo avala la concordancia entre las puntuaciones y la evolución y estancias hospitalarias de los pacientes estudiados. Sin embargo, la neumonía es un proceso dinámico y un número significativo de pacientes que no cumplen criterios de gravedad en el momento de ingresar en el hospital pueden, desarrollar una enfermedad grave en los días posteriores, por lo que sería necesario identificar factores pronósticos que se asocien ya precozmente a un riesgo elevado de evolución hacia formas graves de la enfermedad.

Conclusiones. Las escalas de severidad y pronósticas están infrutilizadas en nuestro medio a pesar de la buena correlación que presentan con la evolución clínica. Se debería favorecer su uso, sobre todo de las más sencillas tanto para evitar ingresos innecesarios como para indicar el ingreso en UCI en los pacientes más graves.

G-20 CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL ALTA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. IMPACTO DE UNA MEDIDA DE INTERVENCIÓN

C. Rodríguez Leal¹, M. Sánchez Gili², B. Sánchez Sauce¹, L. Téllez González¹, M. Monforte Gómez¹, A. Gómez Pedrero², M. Pérez Encinas² e I. González Anglada¹

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

Objetivos. La conciliación de la medicación es el acto de adecuar la medicación que toma un paciente durante el cambio de nivel asistencial. Se estudió la tasa de conciliación en un Servicio de Medicina Interna (SMI) al alta, sus factores predictivos y la potencial influencia sobre la ella de una sesión informativa sobre los errores más comunes en el SMI del Hospital Universitario Fundación de Alcorcón (HUFA).

Material y métodos. Se revisó consecutivamente 198 informes de alta de pacientes atendidos en el SMI del HUFA, durante los meses de febrero y marzo de 2010, excluyendo los éxitos, mediante una aplicación informática de la Historia Clínica Electrónica del HUFA. Se recogió las variables edad, fecha de ingreso, alta, patologías que integran el índice de Charlson, número de fármacos al ingreso y alta; y errores de conciliación al alta. Se realizó una sesión informativa al SMI a mediados de enero de 2010 con los resultados de la Conciliación en 2009. El análisis se realizó mediante el programa SPSS 15.0 (Chi cuadrado, regresión logística y t de Student).

Resultados. De los 198 pacientes, el 52,5% eran mujeres, el 24,4% estaban institucionalizados, firmó un residente en el 31,3% y se redactó en viernes a domingo el 26,8%. Un 94,4% procedían de ingresos urgentes. La edad media fue 76,95 ± 15,33. Presentaban al ingreso una media de 6,06 ± 4,1 fármacos, y al alta 7,83 ± 4,04. Un 85,9% recibieron 4 o más fármacos al alta (polimedicados). El índice de Charlson medio fue de 2,7 ± 2,35. La estancia media fue de 8,24 ± 15,1. Al alta se realizó una conciliación adecuada en el 72,7% de los casos. Los hipolipemiantes e hipouricemiantes fueron los menos conciliados (5,5% de sus prescripciones), de hecho su adecuación fue mala en patologías vasculares. Fueron seguidos por los analgésicos no antiinflamatorios (3,5%) y los gastroprotectores (3,5%). El error más común fue no diseñar un tratamiento que abarcara todas las patologías del paciente (9,6% de los casos), seguido de las ausencias de detalle de continuación de tratamiento (8,1%) y cese de tratamiento (8,1%). Se realizó inferencia estadística entre la conciliación al alta y diferentes factores: edad, sexo, institucionalizado, firma de residente en el informe, tipo de ingreso, polimedicación, redacción en fin de semana, y mes del alta: no encontrándose diferencias estadísticamente significativas. En cuanto al índice de Charlson, se encontró diferencias estadísticamente significativas entre el grupo bien conciliado (2,52) y mal conciliado (3,19), p < 0,001, IC95% para la diferencia de medias 0,37-1,03. Al comparar los resultados del año 2009 (n = 97, tasa de conciliación 36,1%) con los del 2010, se encontró diferencias estadísticamente significativas, con una mejora en la conciliación tras la sesión informativa: RRR de no conciliación del 0,58 (IC95% 0,4-0,76) y una RAR de 0,37 (IC95% 0,256-0,484), p < 0,001 para ambas.

Discusión. La pluripatología del paciente es un factor predictivo de mala conciliación, siendo el resto de factores estudiados no significativos. La realización de sesión informativa a los médicos con la exposición de los errores de conciliación más comunes ha hecho mejorar significativamente el grado de conciliación al alta de los tratamientos.

Conclusiones. La pluripatología del paciente es un factor negativo para una adecuada conciliación de la medicación al alta. El conocimiento de éste y otros factores de mala conciliación hace mejorar de forma significativa la misma.

G-21 NOTIFICACIONES DE ERRORES DE MEDICACIÓN EN MEDICINA INTERNA

O. López Berastegui¹, E. Durán García², L. Echarri Martínez²,
L. Esteva Jiménez², T. Blanco Moya¹, F. de la Calle Prieto¹,
M. Gómez Antúnez¹ y A. Muiño Mínguez¹

¹Servicio de Medicina Interna 2^a, ²Farmacia. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos. Analizar las notificaciones voluntarias de errores de medicación (EM) en Medicina Interna.

Material y métodos. Se ha implementado un programa de notificación de errores en un área de Medicina Interna. Se caracteriza por facilitar la disponibilidad de un formulario accesible desde la intranet del hospital que permite anonimato, confidencialidad y recoge de forma estandarizada los datos relevantes para el análisis de EM. Para lograr la participación de los profesionales y crear una cultura de notificación, se impartieron sesiones formativas para todo el personal (médicos, enfermeras, auxiliares) sobre seguridad del paciente, tipos de errores de medicación y manejo del formulario. Se estudian las notificaciones de EM registradas en un departamento de Medicina Interna durante un período inicial de 18 meses.

Resultados. Se notificaron 48 EM. El formato de la orden de tratamiento era prescripción informatizada en el 83% de los casos. La medicación no se llegó a administrar en 37 (77%). La etapa del proceso donde ocurrió el error fue: El 78% en la prescripción, 4% en la transcripción, 4% en la validación y en la administración 8%. Los tipos de error más frecuentes fueron: selección inadecuada del medicamento (no indicado, contraindicado, historia de alergia) en 19, error en la dosis 12. Las causas más habituales a las que se atribuyó el error fueron: Problemas en la interpretación de la prescripción (ambigua, ilegible, uso de abreviaturas, unidades no convencionales) en 15, falta de conocimientos en 15, falta de cumplimiento de los procedimientos de trabajo establecidos en 10. Cuando no llega al paciente el error, éste fue detectado en el 50% de los casos en el proceso de validación del tratamiento por el Servicio de Farmacia. En los casos en los que sí llega al paciente, las consecuencias fueron: ausencia de daño en 4, necesidad de monitorización en 5 y daño temporal en 1. Los grupos farmacológicos implicados con más frecuencia en los EM fueron: antiinfecciosos, soluciones para perfusión, antitrombóticos y antiasmáticos.

Discusión. El aumento de EM se atribuye, entre otros factores, a la creciente complejidad de los procedimientos terapéuticos, elevada disponibilidad de medicamentos, y la segmentación de la asistencia sanitaria. Se ha descrito que los EM motivan un 5% de los ingresos hospitalarios. Conocer dónde están los riesgos es clave para minimizarlos, por lo que es fundamental detectar donde se producen los errores. El método más básico es un programa voluntario de notificación.

Conclusiones. El elevado número de fármacos por paciente y su variedad hacen que en Medicina Interna sea especialmente necesario implantar estrategias que apoyen el uso seguro de medicamentos. La disponibilidad de prescripción electrónica asistida se evidencia en nuestra experiencia como una de las herramientas más eficaces para evitar que los EM alcancen a los pacientes.

G-22 CALIDAD PERCIBIDA EN MEDICINA INTERNA

J. Fraile González¹, A. Iriarte Barros², J. Cabrera Aguilar¹,
O. López Berastegui¹, E. Ntofi¹, A. Camacho Aroca²,
T. Távora López² y A. Muiño Mínguez¹

¹Servicio de Medicina Interna 2.ª, ²Atención al Paciente. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos. Estudio de la calidad percibida por pacientes y familiares en un Departamento de Medicina Interna (DMI) por el estudio

de reclamaciones y agradecimientos en un hospital universitario de tercer nivel.

Material y métodos. Estudio descriptivo de las comunicaciones al DMI presentadas por escrito en la Unidad de Atención al Paciente durante el año 2009. Se registraron las reclamaciones y los agradecimientos presentados por escrito en la Unidad de Atención al paciente por pacientes o sus familiares atendidos por el DMI. El hospital cuenta con 1.500 camas y el DMI 134 (8,9%). El hospital atendió 64.571 ingresos en unidades de hospitalización y el DMI 7.689. El DMI atendió 10746 consultas externas.

Resultados. Durante el año de estudio el DMI recibió un total de 58 reclamaciones, el 2,14% del total del hospital. Los motivos más frecuentes fueron demora en la asistencia (mayoritariamente en consultas externas) 24, disconformidad con el alta hospitalaria 17, desacuerdo con la organización y normas 3, extravío de documentación u objetos 3, información clínica 3. Los escritos de agradecimiento fueron en mismo período de 20, el 6,3% del total del hospital.

Discusión. El análisis de las reclamaciones puede ser una herramienta útil para la detección de insatisfacción y facilitar el enfoque de las acciones de mejora futuras. Mejorar la satisfacción de los usuarios y acompañantes con el proceso de atención que reciben, incluyendo todos los ámbitos de actuación es un objetivo fundamental al promover la cultura de la calidad dentro de la organización, teniendo en cuenta la perspectiva del usuario. Analizar y dar a conocer las reclamaciones de los usuarios puede ser una herramienta para sensibilizarnos sobre la importancia de la opinión del usuario en la mejora de la calidad.

Conclusiones. Aunque las reclamaciones presentadas fueron muy pocas, aportan información sobre áreas de mejora que inciden en la calidad percibida. La agilidad en las citaciones en consulta y mejorar las habilidades comunicativas en el alta hospitalaria pueden ser actuaciones de interés.

G-23 CARACTERÍSTICAS DE LAS BACTERIEMIAS RECOGIDAS EN UN HOSPITAL DE 2.º NIVEL TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA INFORMÁTICO

M. Franco Huerta¹, L. Fernández-Espartero Gómez¹,
J. Castellanos Monedero¹, A. Escalera Zalvide¹,
M. Galindo Andugar¹, M. Huertas Vaquero², M. Asensio Egea²
y R. Carranza González²

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

Objetivos. Describir las características de las bacteriemias recogidas en un hospital 2º nivel. Utilidad de programa de detección precoz para la modificación de antibioterapia empírica.

Material y métodos. Realizamos un estudio prospectivo descriptivo de las bacteriemias recogidas en nuestro hospital, excluyendo los servicios de Pediatría y Cuidados Intensivos, en el período de tiempo de desde abril hasta junio de 2010. Analizamos variables epidemiológicas, clínicas y microbiológicas, así como cambios en pauta antibiótica. Para facilitar la recogida de datos y el seguimiento de las bacteriemias se desarrolló un programa en formato Access denominado INTERCON v 9.0 (desarrollado por nuestra unidad) que permite la recogida de dichas variables, así como la creación de informes que se entregan al facultativo responsable (incluyendo las recomendaciones) y se incluyen en la historia clínica. Para el análisis estadístico se empleó el programa SPSS 15.0.

Resultados. En el período del estudio se han recogido un total de 32 bacteriemias en 32 pacientes. La edad media de los pacientes con bacteriemia fue de 72,37 años. El 59,37% de los pacientes fueron varones. La mayoría de los avisos fueron intrahospitalarios el 34% de los mismos pertenecían al servicio de Medicina Interna. 6 (18%) pacientes habían sido dados de alta desde urgencias tras la

toma de hemocultivos. El (13) 40% de los aislamientos fueron *Staphylococcus coagulasa* negativos (SCN), seguido de *Escherichia coli* con un (8) 25% (*E. coli* BLEE tan solo una de ellas). Los SCN estaban asociados a infecciones por catéter 61% (periféricos 6, central 2), en el resto fueron consideradas como contaminantes tras valoración de la situación clínica. La infección por *Escherichia coli* más frecuente fue la infección de vía biliar, 50%, seguida de infección del tracto urinario con 25%. Realizamos 6 avisos domiciliarios que correspondían en su mayoría a infecciones urinarias 5 (83%) por bacilo gram negativo. En todos los casos la pauta antibiótica no precisó modificaciones. De los 32 avisos de bacteriemias se aconsejó al médico responsable cambio de tratamiento en el 40% de las ocasiones.

Discusión. La correcta relación entre especialidades médico-quirúrgicas y el servicio de microbiología esta dificultada por la infraestructura hospitalaria creando demora en los avisos microbiológicos, esta demora influye en las pautas antibióticas. En algunos hospitales están diseñados sistemas de comunicación entre estos servicios. Con la implantación en nuestro hospital del sistema anteriormente descrito el servicio de Medicina Interna actúa como nexo entre microbiología y el facultativo responsable del paciente con bacteriemia.

Conclusiones. Las bacteriemias más frecuentes en nuestro medio hospitalario se deben a infección de catéter e infección del tracto urinario. Las bacterias aisladas con más frecuencia son *Staphylococcus coagulasa* negativos y *Escherichia coli*. En el 40% de los avisos se precisó cambio de tratamiento antibiótico.

G-24 CREACIÓN DE UN PROGRAMA INFORMÁTICO PARA LA RECOGIDA DE BACTERIEMIAS INTRAHOSPITALARIAS

M. Franco Huerta¹, L. Fernández-Espartero Gómez¹, J. Castellanos Monedero¹, A. Escalera Zalvide¹, M. Galindo Andugar¹, M. Huertas Vaquero², M. Asensio Egea² y R. Carranza González²

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

Objetivos. El inicio del tratamiento antibiótico dirigido en las bacteriemias suele demorarse hasta la identificación definitiva de la bacteria, en nuestro hospital la media de días hasta la comunicación definitiva del germen es de 5 días. El objetivo es establecer unas líneas de actuación comunes con Microbiología para crear un sistema de aviso precoz de las bacteriemias detectadas en nuestro hospital, así como asesoramiento antibiótico, para facilitar la toma de decisiones terapéuticas

Material y métodos. Se estableció una comunicación directa de lunes a viernes (no existe microbiólogo de guardia los fines de semana), en las que una persona del servicio de Medicina Interna se personaba en el servicio de Microbiología y se le comunicaban todas las bacteriemias detectadas ese día. A continuación ese internista se encargaba de localizar al paciente ingresado y a su médico responsable para informarle; en días posteriores (habitualmente 24h después) se entregaba el informe final con el aislamiento definitivo y el antibiograma. En el caso de pacientes ambulatorios, se ponía en contacto telefónicamente para saber la evolución y el tratamiento instaurado, aconsejando al paciente en caso de considerarlo oportuno. Para facilitar la recogida de datos y el seguimiento se desarrolló un programa en formato Access denominado INTERCON v9.0 (desarrollado por nuestra unidad) que permite la recogida y análisis de variables clínicas y microbiológicas (antecedentes personales, enfermedad actual, tinción de gram, microorganismo aislado y antibiograma, tratamiento antibiótico empírico), así como la creación de informes que se entregan al facultativo responsable (incluyendo las recomendaciones) y se incluyen en la historia clínica.

Resultados. La iniciativa fue bien recibida en conjunto por el personal sanitario del hospital, ya que se consiguió disminuir el tiempo en conocer las bacteriemias entre los facultativos. Además se aportó consejos generales sobre manejo (pruebas diagnósticas, etc.) y específicos sobre el tratamiento antibiótico. Los pacientes con los que se contactó por teléfono consideraron muy positiva la información y el interés demostrado.

Discusión. Aunque inicialmente se tenían reservas sobre esta iniciativa, en la práctica no hubo problemas en su implantación, siendo bien valorada al actuar como intermediarios entre microbiología y el resto de servicios, incluyendo a Medicina Interna. El hecho de que los resultados de las bacteriemias estén disponibles a última hora de la mañana hacía que dicha información llegara con cierta frecuencia con un día de retraso.

Conclusiones. La comunicación de Interna con Microbiología es fundamental, especialmente en hospitales como el nuestro en los que aún no hay una sección especializada en enfermedades infecciosas. El informe diseñado con este fin ha demostrado ser una herramienta de gran utilidad.

G-25 PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES POR LAS QUE SE REALIZA INTERCONSULTA A UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. Franco Huerta¹, L. Rodríguez Rojas¹, J. Castellanos Monedero¹, A. Escalera Zalvide¹, M. Galindo Andugar¹, C. García Llorente², A. Martín Castillo¹ y M. Martínez Gabarrón¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Cirugía General. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

Objetivos. Realizar una descripción de las patologías más frecuentes por la que el Servicio de Medicina Interna del Hospital La Mancha Centro es interconsultado.

Material y métodos. Nuestro servicio tiene un sistema parcialmente informatizado por el cual se puede tener acceso a pruebas de laboratorio, radiológicas e informes previos, sin embargo no nos permite contestar las interconsultas en formato digital. Por esta situación hemos creado un programa de interconsultas en formato Access denominado INTERCON v 9.0 (desarrollado por nuestra unidad) que nos permite la recogida de los pacientes y contestar las interconsultas con informes en soporte digital y en papel. Este programa se ha implantado en enero de 2010. Realizamos un estudio retrospectivo observacional de los tres primeros meses de trabajo con este nuevo programa.

Resultados. Se han recogido en este período 59 pacientes. La forma de contacto más frecuentemente empleada por los otros servicios para contactar con el nuestro es mediante el volante de interconsultas, con un 64,4% de las interconsultas realizadas. El servicio que más consulta es el de Cirugía General con un 54% de las interconsultas. La edad media de los pacientes atendidos fue de 70,63 años. La patología por la que más se nos consultó fue la infecciosa (40% de los casos). El 40,7% de los pacientes cumplían criterios de pluripatología. Se incluyeron a diario una media de 1,9 pacientes nuevos. La media de días de seguimiento que precisaron nuestra intervención fue de 2,87 días.

Discusión. El servicio de Medicina Interna desarrolla un papel importante mediante el sistema de interconsultas en la ayuda al resto de servicios, sobre todo en aquellos pacientes que son pluripatológicos. Tal y como se refleja en nuestros resultados, los servicios quirúrgicos son los que más interconsultas realizan. El seguimiento de estos pacientes durante su estancia en el servicio interconsultor por un grupo de médicos adscritos a esta sección de interconsultas y el programa diseñado a tal fin permite una mejora en el manejo de estos pacientes.

Conclusiones. El trabajo de Medicina Interna como apoyo a la asistencia médica en pacientes ingresados es fundamental, espe-

cialmente entre los servicios quirúrgicos con pacientes pluripatológicos a su cargo.

G-26 DESARROLLO DE UN PROGRAMA INFORMÁTICO PARA MEJORAR LA RELACIÓN MEDICOQUIRÚRGICA EN LAS INTERCONSULTAS

M. Franco Huerta¹, L. Rodríguez Rojas¹, J. Castellanos Monedero¹, A. Escalera Zalvide¹, M. Galindo Andugar¹, J. Pedro Conal², A. Martín Castillo¹ y L. Fernández-Espartero Gómez¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Cirugía General. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

Objetivos. Mejorar el sistema de Interconsultas entre Medicina Interna y las especialidades quirúrgicas, apoyándonos en una herramienta informática.

Material y métodos. Se ha diseñado un programa informático en sistema Access denominado INTERCON v9.0 (desarrollado por nuestra unidad) que permite la recogida de diferentes variables, entre las que se incluyen antecedentes personales, motivo de ingreso, análisis, aislamientos microbiológicos, pruebas complementarias, tratamiento antibiótico.

Resultados. El programa informático permite gestionar los pacientes que están en seguimiento, la realización de informes clínicos de ingreso, informes clínicos de alta y generar un informe diario de la evolución de los pacientes para reflejar las actitudes diarias que se toman en torno a los pacientes. Todos estos informes se imprimen y se incluyen en la historia clínica del paciente.

Discusión. En la actualidad las especialidades quirúrgicas precisan la ayuda de las especialidades médicas y en especial la de Medicina Interna. Esta relación medico quirúrgica se encuentra dificultada por varios aspectos de la práctica médica: las especialidades quirúrgicas realizan el pase de planta a distintas horas de las médicas, se fijan en aspectos propios de su especialidad, no hay un soporte físico donde dejar plasmadas cada una de las opiniones. Toda esta relación también se ve dificultada en aquellos hospitales que carecen sistemas informáticos entre otros motivos por la dificultad en interpretar la letra de otros facultativos.

Conclusiones. Con esta herramienta informática se ha mejorado la relación médico-quirúrgica; una de sus principales ventajas es incluir dentro de la historia física un informe digitalizado que evita los errores de interpretación y mejora la relación medico quirúrgica.

G-27 ÚLCERAS POR DECÚBITO EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA

J. Miramontes González¹, D. Pescador Hernández², E. Puerto Pérez¹, J. Martín Oterino¹, E. Helena Sorando³ y A. Sánchez Rodríguez¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Traumatología, ³Servicio de Cirugía Plástica. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.

Objetivos. La fractura de cadera ha aumentado su prevalencia conforme se ha aumentado la expectativa de vida y se han situado dentro de las causas más frecuentes de ingreso hospitalario. En España se producen 33.000 casos nuevos al año, lo que representa una incidencia del 0,08%. La alta morbilidad de estas fracturas ocasiona más de 2.000 estancias hospitalarias diarias y un coste indirecto superior a 150 millones de euros al año. Uno de los problemas que presenta esta patología son las complicaciones que surgen por la gran pérdida de movilidad por parte de estos pacientes,

el descenso de la deambulación y el encamamiento prolongado ocasionan en esta patología lesiones cutáneas por presión que ocasiona prolongación de la estancia media y otras complicaciones como son las infecciones.

Material y métodos. Se analizaron retrospectivamente los pacientes que han sido intervenidos en el servicio de Traumatología y las complicaciones que se atienden de forma conjunta por M. Interna durante el período de 2007, registrando el número de pacientes con úlceras por decúbito, junto con datos epidemiológicos básicos.

Resultados. Se registraron un total de 156 fracturas de cadera intervenidas de las cuales 64% eran extracapsulares (trocanteréas) y el 36% eran del cuello femoral. Las de la región trocanterea presentaron en 9 casos (9,5%) úlceras por decúbito y 2 casos (3,5%) en las fracturas del cuello de fémur. La media de edad fue 83 años (DE 10,5), el 27,31% eran hombres y el 72,69% mujeres. Con una estancia media de 12,11 días y un 1,14% de exitus.

Discusión. La presencia de úlceras por decúbito en pacientes que han sido intervenidos quirúrgicamente de fracturas de cadera es un hecho conocido. El alto coste que rodea esta patología va en aumento. Es necesario por tanto el conocimiento, manejo y prevención de las complicaciones que presentan estos pacientes con el fin de mejorar la atención que se les ofrece y la mejora del uso de recursos.

Conclusiones. 1. Las úlceras por decúbito son más frecuentes en las fracturas pertrocanteréas, debido al tiempo de descarga de la extremidad intervenida que obliga esta fractura. 2. Debido al gran volumen de esta patología y al gasto sanitario que genera esta complicación (cifrado en 4.065,17 euros por paciente por el Ministerio de Sanidad y Consumo) lo que implica la necesidad de prestar mayor atención en la prevención de esta complicación con protocolos establecidos y con educación a las familias en estos cuidados preventivos.

G-28 CONSIDERACIONES SOBRE LA PRESCRIPCIÓN POR DOE Y POR EFG EN NUESTRO COMPLEJO ASISTENCIAL

M. Chimento Viñas¹, P. García Carbó¹, E. Martínez Velado¹, P. Sánchez Junquera¹, A. de la Vega Lanciego¹, C. Gil Valiño², J. Soto Delgado¹ y F. Martín Cordero¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Farmacia. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora.

Objetivos. Conocer y analizar los datos sobre la prescripción farmacéutica realizada por denominación oficial española (DOE) y por especialidad farmacéutica genérica (EFG) en distintos Servicios de nuestro Complejo Asistencial.

Material y métodos. Estudio observacional. Se solicitaron al Servicio de Farmacia los datos de prescripción farmacéutica por DOE y por EFG realizada en nuestro Complejo Asistencial durante los meses de enero, febrero, marzo y abril de 2010 en las siguientes especialidades médicas: Digestivo, Cardiología, Endocrinología y Nutrición, Medicina Interna, Nefrología, Neumología y Neurología y en las siguientes especialidades quirúrgicas: Cirugía General, Traumatología, Urología, Oftalmología, ORL y Obstetricia y Ginecología. Se analizaron los datos obtenidos y se realizó una reflexión sobre los mismos.

Resultados. Ver tabla.

Discusión. En los Servicios quirúrgicos se objetiva una menor prescripción de fármacos tanto por DOE como por EFG. Especialmente baja en los Servicios de Traumatología, ORL Oftalmología y Ginecología y muy alejada de las recomendaciones actuales. En los Servicios médicos superan el 16% de prescripción tanto por DOE como por EFG: Digestivo, Medicina Interna y Neumología. Desconocemos las razones por las que en la mayoría de los Servicios quirúrgicos y, dentro de los médicos, Nefrología y, especialmente, Endo-

Tabla 1 (G-28). Resultados

Servicios médicos	DOE	EFG	Servicios QCOS	DOE	EFG
Digestivo	16,27%	17,20%	Traumatología	3,73%	3,93%
Cardiología	14,50%	14,70%	Urología	12,93%	13,46%
Endocrinología	7,36%	6,85%	ORL	3,83%	5,53%
Medicina Interna	17,19%	17,09%	Cirugía General	16,45%	16,97%
Nefrología	9,45%	9,79%	Oftalmología	4,16%	2,47%
Neumología	21,48%	16,79%	Ginecología	4,56%	5,28%
Neurología	15,13%	14,78%			

crinología, existe tan escaso hábito de prescripción por DOE y por EFG. Ante las cifras de la tabla de resultados habría que plantear una seria reflexión sobre nuestros hábitos de prescripción y encontrar respuesta a nuestra actitud sobre los mismos: ¿será por inercia de prescripción? ¿Será por desconocimiento de los principios activos? ¿será por dudas sobre la eficacia de los genéricos? ¿Será por falta de responsabilidad ante el uso racional del gasto farmacéutico?...

Conclusiones. 1. Se objetiva una escasa prescripción por DOE y por EFG tanto en los Servicios médicos como en los quirúrgicos. 2. En la mayoría de los Servicios quirúrgicos, el porcentaje es llamativamente bajo. Ver tabla 1 (G-28).

G-29

LA E-INTERCONSULTA: UN MODELO DE COORDINACIÓN EFICIENTE ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

P. Comas Casanova¹, A. Mínguez Sanz¹, D. Arnau Fernández¹, I. Romeo Castillejo¹, G. Mereish Tartros¹, V. Estrada Pujol², M. García² y G. Oliva Figueras¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital d'Igualada. Igualada (Barcelona). ²Servicio de Atención Primaria de l'Anoia. Igualada (Barcelona).

Objetivos. Las listas de espera de la Atención Especializada (AE) dificultan la atención adecuada de las derivaciones de la Atención Primaria (AP), que en ocasiones son innecesarias o pueden optimizarse con un buen apoyo al médico de familia por parte de los especialistas hospitalarios. **Objetivos:** uso de la interconsulta a través del correo electrónico (e-interconsulta) para orientar casos clínicos concretos en el ámbito de la Medicina Interna, disminuir los tiempos de espera por la toma de decisiones clínicas y aumentar la capacidad resolutoria de la AP evitando derivaciones convencionales.

Material y métodos. Envío por e-mail del motivo de consulta con la información clínica y número de historia hospitalaria o CIP. Incorporación de ficheros adjuntos en los casos necesarios. Dirección inicial única de correo electrónico y posterior diversificación por especialidades. Asignación de las interconsultas entre tres internistas y participación puntual de especialistas. Análisis del caso clínico a partir de la información recibida en la e-interconsulta y la disponible en la HC electrónica hospitalaria. Respuesta razonada precoz (menos de 4 días). Gestión de derivaciones en casos prioritarios. Registro y análisis estadístico descriptivo.

Resultados. Experiencia recogida desde abril de 2009 hasta junio de 2010. Número de e-interconsultas 176. Participación 8 ABS y 36 (65%) médicos de familia. Promedio de interconsultas por médico: 4,8 (DE 5,2). Adecuación: 159 (90%). Tipo: diagnóstica 38%, manejo 55%, otros 7%. Ámbitos: Cardiología 50%, Medicina Interna 19%, Digestología 13%, Hematología 5%, Neurología 4%, Otros 9%. Motivos: alteraciones electrocardiográficas 16%, cardiopatías 13%, arritmias 13%, anticoagulación/antiagregación 6%, etc. Intervalo de respuesta: media 1,6 d (DE 1,2 d). Rendimiento (n = 155 adec.): resolución 20 (13%), consejo diagnóstico 32 (21%), consejo terapéutico 30 (19%), c. diagnóstico y terapéutico 18 (12%), pauta segui-

miento 22 (14%), derivación 25 (16%), otros 8 (5%). Encuesta (datos del equipo hospitalario): satisfacción moderada 40%, elevada 20%, muy elevada 40%. Impacto económico: ahorro considerando las e-interconsultas adecuadas como potencialmente derivables (n = 134): 7.906 euros; sobrecoste de las e-interconsultas derivadas y no adecuadas (n = 42): 252 euros. Rendimiento neto: ahorro de 7.654 euros.

Discusión. Un porcentaje elevado de médicos de familia ha utilizado este método de coordinación. La demanda se ha ajustado mayoritariamente (90%) a los criterios predeterminados y se ha referido preferentemente al ámbito cardiológico (50%). El intervalo de respuesta ha sido corto (1,6 d) y muy inferior a la lista de espera convencional de la AE. Asimismo se ha obtenido un elevado rendimiento clínico: en la mayoría de los casos se ha proporcionado un consejo diagnóstico y/o terapéutico que ha evitado la derivación inmediata, con el consiguiente impacto económico por disminución potencial de costes. El grado de satisfacción de los profesionales es elevado, lo cual facilita la continuidad del modelo.

Conclusiones. Buena aceptación y difusión del modelo. Demanda adecuada y preferentemente enfocada al ámbito cardiológico. Capacidad de respuesta ágil y con elevado rendimiento clínico. Impacto económico relevante. En resumen: la e-interconsulta constituye un modelo muy eficiente para incrementar la capacidad resolutoria de la AP, lo cual favorece la coordinación entre niveles asistenciales y mejora la calidad asistencial.

G-30

FUNCIONAMIENTO Y CARACTERÍSTICAS DE UNA CONSULTA RÁPIDA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

C. Aranda Cosgaya, M. Delgado Yagüe, J. Losa García, R. Hervás Gómez, M. Velasco Arribas, L. Moreno Núñez, B. Sánchez Sauce y B. Comeche Fernández

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

Objetivos. En el 2007 la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital puso en marcha una consulta de atención rápida para el estudio de pacientes con sospecha o confirmación de patología infecciosa. Hasta la fecha no se han publicado estudios de una consulta de este tipo. Los objetivos del estudio son: valorar las características, el grado de cumplimiento de los objetivos marcados y el perfil de los pacientes estudiados en esta consulta.

Material y métodos. Se incluyeron a los pacientes cuya primera visita se realizó entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del 2009 que tuvieran un diagnóstico final. Se recogieron una serie de datos demográficos, relativos a la consulta, y clínicos. Los principales objetivos marcados para la consulta, que fueron evaluados, eran: la atención precoz, el apoyo a Urgencias y la alta capacidad de resolución (2 visitas/paciente e índice Nuevo/Revisión > 1). Para las variables cualitativas se calcularon proporciones (chi-cuadrado); para las variables cuantitativas se calcularon la media y desviación estándar (t-Student). Los análisis estadísticos se realizaron con el sistema SPSS 17.0.

Resultados. En el período indicado hubo un total de 85 días de consulta (2 semanales salvo períodos vacacionales en los que se reducía a una). En total se vieron 353 pacientes (4,15 pacientes por día), de los cuales 218 fueron "nuevos" y, por tanto, incluidos en el estudio. El índice Nuevos/Revisiones fue de 1,62. El 92,7% eran derivados desde la Urgencia (n = 202). Cada paciente fue visto una media de 1,72 veces en la consulta (DE \pm 0,77). En el 88,1% de los pacientes (192 casos) se cumplió el objetivo de alta resolución (máximo de 2 visitas). La edad media fue de 41,7 años (DE \pm 16,9), con un rango amplio (18-92 años). El 77,5% de los pacientes eran de nacionalidad española. Los de nacionalidad extranjera perdían proporcionalmente más el seguimiento (40% de las pérdidas) y eran más jóvenes que los españoles (edad media de 35,4 vs 43,5). La demora media de los pacientes fue de 16,8 días (DE \pm 11,5). Los picos máximos de demora se produjeron tras los períodos vacacionales de Semana Santa y verano (se superaron los 21 y 24 días, respectivamente). El seguimiento medio de los que fueron vistos 2 o más veces (n = 125) fue de 46,9 días (\pm 35,1). En cuanto a la derivación posterior, el 58,7% eran dados de alta para control por su médico de Atención Primaria y hubo un 8,3% de pérdidas de seguimiento (8,3%). En 3 casos (1,4%) fue necesaria la hospitalización. Los motivos de consulta se agruparon en 13 categorías, siendo los más frecuentes: el "síndrome febril sin foco" (n = 75 casos; 34,4% del total), "control de neumonía" (n = 30; 13,8%), las "infecciones del tracto urinario" (n = 19; 8,7%), las "uretritis y otras ETS" (n = 17; 7,8%) y las "gastroenteritis/diarrea" (n = 15; 6,9%). Previamente a la consulta, un 52,8% de los pacientes habían recibido un tratamiento activo (sobre todo antibióticos en el 44,9%); sólo el 26,1% lo recibían tras el diagnóstico definitivo en la consulta. Los cultivos se extraían más antes (72,5 vs 18,3%) y las serologías se solicitaban más desde la consulta (19,7 vs 75,2%, respectivamente). Se registró el valor de los leucocitos y PCR de las analíticas extraídas en urgencias y en la consulta. Ambos valores fueron significativamente menores en la segunda que en la primera, siendo, por tanto, unos adecuados marcadores evolutivos de la infección.

Conclusiones. Se han cumplido todos los objetivos marcados inicialmente para la consulta, siendo la demora media para la primera visita el principal dato a mejorar. Gracias a esta evaluación se ha podido realizar un ajuste de la relación semanal entre "nuevos" y "revisiones" que permita disminuir esta demora, pasando de la relación 6/6 previa a otra de 8/5. El motivo de consulta más frecuente fue la "fiebre sin foco". Esta consulta supone un importante apoyo a la Urgencia, con una alta capacidad de resolución y supone una reducción de la sobrecarga del resto de consultas monográficas de infecciosas y podría suponerlo también para la Hospitalización.

G-31 PRESCRIPCIÓN CON RECETA EN NUESTRO COMPLEJO ASISTENCIAL

M. Chimenó Viñas¹, E. Martínez Velado¹, P. Sánchez Junquera¹, A. de la Vega Lanciego¹, P. García Carbó¹, C. Gil Valiño², J. Soto Delgado¹ y L. Arribas Pérez¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Farmacia. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora.

Objetivos. Conocer y analizar la prescripción farmacéutica con receta realizada en el Complejo Asistencial de Zamora (CAZA)

durante el año 2009 en distintos Servicios médicos y quirúrgicos y compararla con el global de prescripción del CAZA.

Material y métodos. Estudio observacional. Se solicitaron al Servicio de Farmacia del CAZA los datos sobre la prescripción farmacéutica con receta realizada durante el año 2009. Se analizaron los cinco principios activos más frecuentemente prescritos en los Servicios de Medicina Interna, Digestivo, Nefrología, Neumología, Cirugía General, Traumatología, Urgencias y en todo el complejo Asistencial en su conjunto.

Resultados. Ver tabla 1 (G-31).

Discusión. El principio activo más prescrito en el CAZA durante el año 2009 fue el omeprazol seguido de amoxicilina e inhibidores de la betalactamasa. El omeprazol ocupa el primer lugar en el orden de prescripción en los Servicios de Medicina Interna y Nefrología y el segundo en Neumología y Cirugía General. En Traumatología y Digestivo, dentro de los cinco principios activos más prescritos no está el omeprazol, pero en este último si están otros tres inhibidores de la bomba de protones (IBP): esomeprazol, pantoprazol y lansoprazol. De la prescripción de Neumología destaca que aunque no hay indicación de uso de IBP con los corticoides el omeprazol es el segundo principio activo más frecuentemente prescrito después del deflazacort. Los cinco principios activos más prescritos en el Servicio de Cirugía coinciden con los del Complejo Asistencial aunque en distinto orden de frecuencia de prescripción. De los AINES, el ibuprofeno es el más prescrito. El paracetamol figura entre los cinco primeros en Medicina Interna, Nefrología, Cirugía General, Urgencias.

Conclusiones. 1. El principio activo más prescrito durante el año 2009 en nuestro Complejo Asistencial fue el omeprazol. Habría que reflexionar sobre si se está haciendo un uso racional del mismo. 2. El Servicio de Digestivo prescribe más otros inhibidores de la bomba de protones. 3. Los cinco principios activos más frecuentemente prescritos en el Complejo coinciden con los del Servicio de Cirugía pero en distinto orden de prescripción.

G-32 RESULTADOS ASISTENCIALES DE UNA CONSULTORÍA DE MEDICINA INTERNA EN ATENCIÓN PRIMARIA

E. Casariego Vales¹, M. Basanta González², M. López Díaz¹, N. Domínguez Pin¹, J. Cerqueiro González¹, M. Rivas Bande¹, B. Pombo Vide¹ y C. González Louzao¹

¹Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo. ²Servicio de Atención Primaria. Gerencia Atención Primaria. Lugo.

Objetivos. Determinar si una consultoría presencial de internistas en Centros de Salud permite resolver problemas clínicos de carácter no urgente que habitualmente generan la solicitud de una interconsulta a una especialidad médica.

Material y métodos. Estudio sobre los resultados de un programa de consultoría de Medicina Interna en 14 Centros de Salud, seleccionados aleatoriamente entre los del Área de Lugo. El programa incluye: contacto permanente por correo electrónico y teléfono (consultar y remitir Urgencias) y una visita mensual de al menos 60 minutos. Este estudio analiza los resultados de esta última acción donde se realizan labores de consultoría con los facultativos de los

Tabla 1 (G-31). Principios activos por orden de prescripción

M. Interna	Digestivo	Nefrología	Neumología	Cirugía General	Traumatología	Urgencias	C. A.
Omepraz	Esomepra	Omepraz	Deflazac	Amoxi. e inh	Celecoxib	Amoxi. e inh	Omepraz
Furosem	Amoxicil.	Atorvast	Omepraz	Omepraz	Bemipari	Paraceta	Amoxi. e inh.
AAS	Pantopra	Paraceta	Formoter	Ibuprofe	Etoricoxi	Ibuprofe	Paraceta
Amoxi. e inh	Claritrom	AAS	Tiotropio	Paraceta	Metamiz	Dexketop	Ibuprofe
Paraceta	Lansopra	Furosem	Salmeter	Metamiz	Tramadol	Omepraz	Metamiz

centros, incluyendo: consultar casos, realizar preguntas relacionadas con pacientes, visitas compartidas o actividades docentes conjuntas. No se aceptan otras actividades. El programa se inició en 2008; los primeros meses se consideraron de preparación y el estudio analiza los 12 meses siguientes. De los archivos del Centro recogimos las interconsultas realizadas desde todos los Centros del Área a especialidades médicas durante ese período y durante al año previo a la fase preparatoria.

Resultados. De los 14 Centros, en 3 (21,4%) no fue posible implantar el programa. En los 11 restantes se efectuaron un total de 91 visitas. La asistencia fue de, al menos, el 66% de los facultativos en más del 85% de las sesiones. Se analizaron 691 consultas clínicas correspondientes a 631 pacientes (promedio 7,6 [DE 3,9] consultas/sesión) y 345 preguntas (3,8 [2,6]), se realizaron 43 vistas compartidas (0,4 [0,7]) y 21 actividades docentes (en el 23,1% de las sesiones). Con respecto a las consultas 531 (76,8%) se resolvieron en la propia sesión, en 123 (17,8%) el internista citó al paciente en su consulta y en 14 (2%) en la de otro internista. Únicamente 26 pacientes (3,7%) se derivaron a otra especialidad, habitualmente quirúrgica (20; 2,9%). Con respecto a las preguntas, 259 (75,1%) se resolvieron en la propia sesión, 54 (15,6%) con posterioridad y 32 (9%) tras consultar con otro médico. Un paciente se citó en la consulta. Con respecto al año previo, el número de interconsultas dirigidas a especialidades médicas se ha reducido un 8% en los Centros visitados mientras, en el mismo período, en los Centros no visitados se ha incrementado un 7%.

Conclusiones. La consultoría por internistas en centros de salud permite resolver, de manera sencilla y rápida, la mayoría de las consultas planteadas, y reduce de manera importante la solicitud de interconsultas.

G-33

EL "BUSCA". UNA HERRAMIENTA DE TRABAJO POR DESCUBRIR

A. Benavente Fernández¹, P. Mengibar Vellejo², G. Jiménez Lozano², J. Gutiérrez Moreno¹ y A. Ramos Jiménez¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Neumología. Hospital General Básico de Baza. Baza (Granada).

Objetivos. Describir las potencialidades de los "búsquedas" actuales y futuros para la actividad asistencial urgente en Medicina Interna.

Material y métodos. Descripción de aplicaciones médicas, útiles en el campo de la asistencia urgente en Medicina Interna, de los smartphones o móviles-PDA.

Resultados. Ofrecen todo el potencial de Windows office, para texto libre, donde desarrollar protocolos locales, apuntes, etc. Ofrecen todo el potencial de Adobe Reader. Formato habitual de múltiples guías clínicas de las distintas sociedades médicas. Programas específicos: Vademecum: Medimecum. Calculadora médica: Epocrates, Archimedes. Guía antimicrobiana: Sanford.

Discusión. El sistema de localización "busca" ha sido sustituido por teléfonos móviles, con lo cual puede dejar de ser una simple herramienta de localización para convertirse, en caso de adquirir móviles-PDA, en un potencial aliado para el desarrollo de la actividad asistencial de urgencias en Medicina Interna y otras especialidades. Los móviles-PDA permiten desarrollar Microsoft office (Word), Adobe Reader y aplicaciones médicas específicas; calculadoras, vademecums, etc., lo cual permite consultar guías clínicas, procedimientos locales, protocolos, tratamientos, etc. Esta toma mayor relevancia en Hospitales pequeños, donde distintos especialistas no internistas, realizan guardias de Medicina Interna, lo que aportaría confianza y seguridad al médico de guardia (permite consultar dudas y afianzar tratamientos, por ej. dosis de fármacos en insuficiencia renal, embarazadas, etc.). Igualmente ayudaría a homogeneizar la asistencia médica prestada de urgencias por los

distintos facultativos, al disponer en el mismo busca de información de relevancia diagnóstico-terapéutica. Huelga decir el beneficio derivado de la ganancia de tiempo al poder consultar las dudas en el momento y lugar que surgen, eliminando la consulta de libros ubicados, según la ley de Murphy en el ala opuesta a donde se encuentra uno en el momento en que lo necesita. No es menos estimable la posible reducción de peso de los bolsillos de algunos residentes.

Conclusiones. 1. Los móviles-PDA pueden cambiar un simple sistema de localización, "busca", por una completa herramienta de trabajo que permite obtener información relevante en el momento y lugar adecuados, aportando homogenización, confianza y seguridad en la asistencia urgente en Medicina Interna. 2. Consideramos suficientes y a su vez imprescindible, disponer de una calculadora médica, un vademecum, una guía antimicrobiana y resúmenes muy abreviados, en office mobile (doc), de las guías de práctica clínica más útiles de urgencias de Medicina Interna.

G-34

INDICADORES DE CALIDAD EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS

P. González-Ruano Pérez, M. Ramírez Lapausa, J. Pascual Pareja, J. Vidal Pérez, O. López Mesonero y A. Noguerado Asensio

Servicio de Medicina Interna. Unidad de Aislamiento. Hospital Cantoblanco. Madrid.

Objetivos. Evaluar el cumplimiento de los estándares de calidad mediante indicadores, en el diagnóstico y tratamiento de pacientes con tuberculosis.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de los pacientes ingresados en la Unidad de Aislamiento del servicio de Medicina Interna del Hospital de Cantoblanco-La Paz, durante los años 2007 y 2008. El manejo de los pacientes se realiza mediante protocolo-vía clínica adaptada a nuestro medio y actualizada bianualmente. Se han seguido los estándares internacionales indicados por la OMS, modificadas por las guías canadienses de tuberculosis y adaptadas a nuestro medio. Se distinguen 4 niveles: a) diagnóstico (realización de anamnesis, exploración, Rx tórax, BK y cultivo y antibiograma, serología VIH), b) tratamiento (directamente observado (TDO) intra y extrahospitalario, 4 fármacos iniciales HRZE y 2 de mantenimiento HR, excepto en los casos resistentes que se realice según antibiograma, control de efectos adversos (clínica y analítica), control clínico en consulta; BK, cultivo de esputo y Rx tórax al finalizar el tratamiento), c) salud pública (estudio de contactos y declaración EDO, y d) asistenciales (informe de alta hospitalaria y al finalizar el proceso).

Resultados. De 254 pacientes ingresados en el período de estudio, 97 no fueron evaluables por: 41 no tuberculosis, 30 traslado a otro centro, 15 perdidos en seguimiento, 4 por alta voluntaria, 4 falta historia clínica, 2 muerte y 1 pendiente de finalizar tratamiento. De los 157 evaluables, se cumplió el 100% en los índices de diagnóstico y control de efectos adversos, cerca del 100% en petición de serología VIH (98,7%), informe de alta hospitalaria (99,4%) y seguimiento clínico (99,4%). El resto de índices fueron: Declaración salud pública 94,9%, Rx final 94,11%, Informe final 80,12%, control cultivo al finalizar tratamiento 59,70% y TDO extrahospitalario 37,17%. Estudio de contactos 92,90% (realizado 33,33% y recomendado 59,57%).

Discusión. La calidad de los cuidados puede ser medida por indicadores o estándares, los cuales pueden ser definidos retrospectivamente como elementos medibles de la práctica diaria para los cuales hay evidencia o consenso de que pueden ser usados y así llevar a cambios. Los indicadores elegidos deben reflejar aspectos clave del cuidado médico que tengan impacto sobre los resultados de los pacientes. El beneficio clínico de aplicar indicadores es que ellos proporcionan perspicacia dentro del cuidado habitual. Pero lo

más importante es que ellos revelan deficiencias que necesitan ser corregidas para alcanzar los mejores resultados en los pacientes. El propósito de los Estándares Internacionales de tuberculosis, es describir un nivel ampliamente aceptado de cuidados de alta calidad en el manejo de los pacientes con o sospecha de tuberculosis. Los principios básicos son las mismas en todo el mundo: un diagnóstico rápido y seguro, un régimen de tratamiento de probada eficacia con soporte y supervisión, monitorizar la respuesta al tratamiento y finalmente asumir la responsabilidad en salud pública.

Conclusiones. En este estudio se objetiva un buen nivel de cumplimiento de los estándares de calidad en el cuidado de pacientes con tuberculosis. Sin embargo, existen claramente áreas de mejora, sobre todo en el tratamiento directamente observado extrahospitalario, el control microbiológico final y la realización de estudio de contactos.

G-35 EVALUACIÓN DEL INFORME DE ALTA

A. Álvarez-Uría Miyares, D. Galiana Martín, M. Cienfuegos Basanta, R. Fernández Regueiro, G. López-Colina Pérez, L. Montes Gil, M. Ballesteros Solares y J. Morís de la Tassa

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

Objetivos. El informe de alta es un documento básico en la atención de los pacientes y la Sociedad Española de Medicina Interna, en colaboración con otras sociedades científicas ha publicado recientemente un documento de consenso que recoge las recomendaciones para su elaboración. Nuestro objetivo fue evaluar la elaboración de los informes de alta en nuestro servicio conforme a las buenas prácticas para conocer puntos fuertes y débiles e identificar áreas de mejora.

Material y métodos. Se revisó, de forma retrospectiva, una muestra aleatoria de informes de alta del Servicio de Medicina Interna del Hospital de Cabueñes elaborados durante el primer trimestre de 2010 y se confrontó con las recomendaciones del Grupo de Consenso. El Hospital de Cabueñes es un hospital, referencia en el Área Sanitaria V del Principado de Asturias y atiende una población estimada de 300.000 personas. Durante el período de estudio el número de altas fue de 1.044. Los datos se tabularon en una base de datos y se analizaron mediante el programa SPSS, ver 15.0.

Resultados. Se revisaron un total de 102 informes. Los datos administrativos se cumplimentaron adecuadamente. El sexo y la edad del paciente no se recogían de forma constante (51% y 81% respectivamente), los datos sociales convivientes y grado de autonomía aparecen en el 83,5% y 63%. El tratamiento previo, si bien se recoge en el 94% de los IA, no está detallado más que en el 22%. El motivo de ingreso aparece en el 100% y la anamnesis por aparatos únicamente en el 17,6%. La presión arterial aparece en el 93,1%, la temperatura en el 77,5%, la frecuencia cardiaca en el 65% y la respiratoria en el 11%, la talla y el peso no se recogen en ninguno. El 95% tenía un resumen razonado de la hospitalización y solamente en el 39% constaba la situación basal al alta. Las recomendaciones sobre el régimen de vida se detallan en el 35%, dieta en el 63%, y en el 64% aparece "resto del tratamiento igual"; se detectaron discordancias en el tratamiento habitual y el del alta en el 32%. Se remitió al paciente para seguimiento a su Médico de Atención Primaria en el 75,5%. En ninguno de ellos se hacía referencia a la existencia de un informe de enfermería que especificara los cuidados. En el 100% se identificaba al facultativo responsable del alta.

Discusión. La importancia de elaborar un informe de alta detallado que contenga los aparatados necesarios para garantizar la continuidad asistencial está fuera de toda duda. A pesar de ello, hay información relevante que no está bien reflejada, especialmente la

relacionada con la situación del paciente al alta y las recomendaciones terapéuticas.

Conclusiones. La cumplimentación del informe de alta en nuestro servicio, aunque es adecuada, tiene áreas de mejora con vistas a un mejor cumplimiento de sus destinatarios. Los datos sociales se recogen en una proporción elevada. La situación basal al alta deberá especificarse en todos los informes, especialmente en los pacientes crónicos. Por las implicaciones posteriores y para evitar riesgos a los pacientes, los tratamientos deberán especificar todos y cada uno de los fármacos, y para cada uno, dosis, vía de administración e intervalo. Hay que trabajar para integrar toda la información asistencial del cada paciente, de enfermería y médica, en el mismo documento. Una lista de comprobación nos permitirá evaluar la calidad del informe antes de hacerlo definitivo.

G-36 GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES Y LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE PLURIPATOLOGÍA DE GUADALAJARA (UAPP)

A. Pereira Juliá¹, J. Machín Lázaro¹, E. Martín Echevarría¹, B. Martínez Lasheras¹, L. Abejón López¹, A. Barcena², M. Díez de Andrés³ y M. Rodríguez Zapata⁴

¹Servicio de Pluripatología-Medicina Interna (UAPP), ²Gerencia de AP de Guadalajara, ³CS Cervantes, ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara.

Objetivos. Conocer la satisfacción de tanto de los profesionales de atención primaria como de los pacientes con este nuevo sistema de colaboración.

Material y métodos. El trabajo de campo se realizó entre septiembre y octubre de 2009. Para los profesionales, se emplearon cuestionarios autoadministrados, con una tasa de respuesta del 59,3% (n = 32). Para los usuarios de esta unidad en el último año (119), se empleó una encuesta semiestructurada telefónica, con una tasa de respuesta del 50% (n = 60).

Resultados. En lo que se refiere a los profesionales, estos se encontraban muy satisfechos con el programa de la Unidad y con la información recibida por parte del internista en un 100%. El 87,5% encontraba al internista muy accesible. El 12,5% restante lo encontraba accesible. El 63% de los médicos establecían contacto con su internista de referencia frecuentemente (más de 1 vez cada 15 días). Cuando se les preguntaba sobre la modalidad de participación, el 100% establecieron contacto tanto como para una duda puntual como para enviar a un paciente para un estudio ambulatorio. Además, el 68% de ellos, además usó el programa para programar un ingreso. El 100% realizó el contacto a través del teléfono, y un 30% lo realizó además a través de las sesiones presenciales. El 68% de los médicos de atención primaria acudía a las sesiones presenciales, y un 31% alguna vez. En cuanto a los pacientes, un 95% se encuentran muy satisfechos globalmente, gracias a la percepción de ausencia de demora, mejor coordinación entre la atención especializada y la atención primaria, por el tiempo dedicado del especialista, y porque se solían resolver sus problemas. Todo esto hace que la mayoría recomendaría el uso de la unidad (88,3%), y ampliaría este programa a otras especialidades (76%). Cuando se les preguntaba sobre los aspectos a mejorar destacaban: las infraestructuras (81%), el aumento del personal (15%) y la mejor comunicación entre ambas especialidades (8%).

Discusión. Con este estudio hemos podido comprobar que tanto los pacientes como los profesionales sanitarios se encuentran muy satisfechos con la esta Unidad, aunque aún hay algunos aspectos que mejorar.

Conclusiones. La Unidad de Pluripatología del Hospital de Guadalajara nuestro hospital se creó con la idea de colaborar, coordinar y acercar la atención primaria a la atención especializada. Y tras este estudio podemos comprobar que se ha logrado.

G-37 RESULTADOS DEL PRIMER AÑO DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN (MIDIR) EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

G. Eroles Vega¹, C. Romero Pérez¹, C. Vicente Martín¹, E. Escobar Martín¹, A. Mecina Gutiérrez², D. Joya Seijo¹ y P. del Valle Loarte¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid). ²Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

Objetivos. Evaluación de la actividad de MIDIR en el primer año de funcionamiento.

Material y métodos. Datos de pacientes atendidos en el período 29/1/2009 a 28/1/2010. Almacenamiento de datos en base Access. Análisis descriptivo, expresando las variables cuantitativas en mediana (Me) y rango intercuantílico (RIQ) o media (X) y desviación estándar (DE) y las cualitativas en valor absoluto y porcentaje (%).

Resultados. Horario de trabajo: 15 horas/semana; 3 horas/día. Nº médicos asignados: 5 (a tiempo parcial: 3 horas/semana). Pacientes valorados: 160; estudiados en MIDIR: 132 (82,5). Edad: 57,5 (19) años. Varones: 66 (55). Con pluripatología: 22 (16,7). Ratio 2ª/1ª consultas: 1 (1-2). Tiempos: de respuesta 6 (4-7) días, de diagnóstico: 9 (1-24) y de seguimiento: 21 (7-36). Motivos de referencia: síntomas digestivos 58 (43,9) pacientes, anemia 22 (16,7), fiebre 13 (9,8), s. constitucional 12 (9,1). Tipo de diagnóstico realizado: certeza 85 (64,4) pacientes, exclusión de enfermedad grave 30 (22,7), de probabilidad 17 (12,9). Patología diagnosticada: digestiva en 68 (30,1) pacientes, oncológica en 28 (11,5), hematológica en (pred. anemias): 24 (10,6), infecciosa en 23 (10,2), sin patología en 2 (0,8). Destino de pacientes: Atención Primaria 50 (37,9) pacientes, consulta de Medicina Interna 27 (20,5), otras consultas 46 (34,8), alta voluntaria 6 (4,5), exitus 3 (2,3). Beneficios de MIDIR: ingreso evitado 71 (53,8) pacientes, reducción tiempo diagnóstico 27 (20,5), ahorro en consultas externas 11 (9,1), ahorro nulo/fracaso 23 (17,4) (ingreso antes de completar estudio: 11 pacientes, alta voluntaria: 6, > 3 consultas sucesivas: 3, exitus: 3).

Conclusiones. 1. La consulta MIDIR es un método eficaz de diagnóstico rápido en pacientes con patologías graves (sobre todo, neoplasias). 2. Representa una medida de ahorro en ingresos hospitalarios y en consultas externas. 3. Para un correcto funcionamiento se debe realizar un cribado previo de los pacientes que van a ser estudiados 4. Por último, se requiere que la citación, realización y recepción de resultados de las pruebas se realice con rapidez. Ver tabla 1 (G-37).

Tabla 1 (G-37). Pruebas diagnósticas realizadas

	Nº pruebas	Pruebas/paciente	Descartar diagnóstico (%)	Confirmar diagnóstico (%)	Valor diagnóstico nulo (%)
Ecografía	40	0,3	15 (37,5)	20 (40)	5 (12,5)
TAC	56	0,4	24 (42,9)	28 (50)	4 (7,1)
Otros estudios Rx	29	0,2	16 (55,2)	3 (10,3)	10 (34,5)
Endoscopia digestiva	68	0,5	22 (32,4)	42 (61,8)	4 (5,8)
PAAF/Biopsia	47	0,35	4 (8,5)	40 (85,1)	3 (6,4)
Analíticas	1145	8,7	429 (37,5)	123 810,7)	593 (51,8)

Tabla 1 (G-38).

		AP	Dx red	Dx último	EA
Ámbito	Médico	Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No
Urgencias	Residente	23,8/76,19	11,94/88,06	13,23/86,75	74,51/25,49
	FEA Urgencias	38,46/61,54	8,82/91,18		71,43/28,57
	FEA M. Interna	18,75/81,25			77,78/22,22
		p = 0,030	p = 0,000	p = 0,913	
Planta	Residente	18,18/81,82	27,78/72,22		82,35/17,65
	FEA M. Interna	26,99/73,01	8,96/91,04		83,50/16,50
		p = 0,943	p = 0,490	p = 0,913	p = 0,000

G-38 EL USO DEL COPIA-PEGA EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA EN MEDICINA INTERNA: ¿VENTAJA O INCONVENIENTE?

R. Martín Díaz, E. Madroñal Cerezo, J. Ortiz Sánchez, R. Calderón Hernaiz, J. Satué Bartolomé, J. Canora Lebrato, A. Pérez Martín y A. Zapatero Gaviria

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

Objetivos. La introducción de la historia clínica electrónica ha supuesto cambios importantes en la práctica clínica diaria. Por un lado ha permitido un acceso rápido a la historia clínica exhaustiva del paciente; pero por otro lado se han descrito algunos inconvenientes potenciales, siendo uno de ellos el copia-pegar o "copy-paste", consistente en la copia íntegra de los datos de procesos previos del paciente. Nuestro objetivo fue valorar la presencia del "copy-paste" en las historias clínicas realizadas en urgencias y en medicina interna (planta), así como las diferencias en la presencia de copia según el responsable de la realización de la historia.

Material y métodos. Se realizó un estudio transversal prospectivo de todos los pacientes ingresados en medicina interna durante 3 días no consecutivos del mes de mayo del 2010, valorando las historias de urgencias y planta. Se analizaron variables demográficas del paciente (edad y sexo), el responsable de la realización de la historia clínica y la presencia de copia de datos en ella reflejados respecto a los antecedentes personales (AP) y la enfermedad actual (EA), la presencia de diagnósticos redundantes (Dx red) y la constancia del diagnóstico del último proceso (Dx último).

Resultados. Nuestra muestra constó de 197 individuos, con una edad media de 69,89 ± 19,36 años, siendo el 53,5% mujeres y el 46,2% varones. Los resultados se muestran en la tabla (en %, siendo "sí" = copiados, "no" = no copiados).

Conclusiones. En el contexto de la historia clínica electrónica, un elevado porcentaje de las historias clínicas realizadas contiene datos copiados íntegramente de procesos previos. Este porcentaje es mayor en los antecedentes personales de las historias de urgencias, y en el apartado de la enfermedad actual en planta. Esta práctica supone asumir los datos obtenidos por otro profesional, lo cual podría conducir a errores encadenados. Por tanto, es preciso insistir en la necesidad de revisar con detenimiento la historia previa, y contrastar los datos contenidos en ella con el paciente y familiares, para que las historias clínicas sean lo más fiables posibles. Ver tabla 1 (G-38).

G-40 ANÁLISIS DE ACTIVIDAD DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL SAN PEDRO DURANTE EL PERÍODO 2005-2009

S. García Guerrero, J. Mosquera Lozano, R. Daroca Pérez, C. García Lamigueiro, E. Ruiz de la Cuesta Martín, T. Elías Sánchez, M. Núñez Murga y E. Mozos de la Fuente

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

Objetivos. Analizar las características clínico-epidemiológicas más importantes de los pacientes dados de ingresados en el servicio de Medicina Interna del Hospital San Pedro de Logroño en los últimos 5 años.

Material y métodos. El Hospital San Pedro, es un centro asistencial de nivel terciario -hospital de referencia de nuestra Comunidad Autónoma-, que cuenta con 595 camas. A través de la historia clínica informatizada, se analizaron todos los pacientes dados de alta en Medicina Interna entre el 1 de enero de 2005 y el 31 de diciembre de 2009. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, estancia media, mortalidad y procesos clínicos de ingreso clasificados mediante GDR, junto con su complejidad medida a través del peso.

Resultados. Durante el período 2005-2009 ingresaron en el hospital 118.294 pacientes, de los cuales 10.329 correspondieron al servicio de Medicina Interna, lo que representa un 8,73%. El 57,4% de los pacientes eran varones. La edad media fue de 76 años. Un 83% de los pacientes estudiados eran mayores de 65 años, porcentaje que igualmente se ha incrementado durante el período estudiado (80,5% y 87,4% el primer y el último año estudiado). La estancia media fue de 8,47 días sin modificaciones significativas a lo largo de este tiempo. A lo largo de los 5 años analizados fallecieron 890 pacientes que corresponden al 9,35% del total de ingresos, objetivándose una reducción discreta en el porcentaje de mortalidad en el servicio. La mortalidad va aumentando en función de la edad, de tal modo que el 54,6% de los fallecimientos se producen en el rango de edad que abarca de los 80 a los 90 años. Los GRD más frecuentes fueron los que afectan al aparato respiratorio que suponen el 21%, seguido de los cardiológicos con un 14,5%. Entre los dos representan el 35,5% de la carga asistencial. Menos frecuentes, aunque también importantes, son los procesos hematológicos (3,1%) y la diabetes mellitus (2,15%). Por último están los procesos nefro-urrológicos con un 1,12%. El peso medio fue 1,75 que ha aumentado a lo largo del estudio (1,69 y 1,77 al inicio y final del período de estudio).

Discusión. Los internistas atendemos aproximadamente al 9% de la población hospitalizada en Logroño. La edad media de los pacientes es superior a la de registrada a nivel nacional, mientras que la estancia media y la mortalidad son inferiores. Respecto a los GRD más frecuentes hay concordancia con los datos nacionales, siendo los más frecuentes los relacionados con los procesos cardiológicos y respiratorios. En los últimos años han aparecido nuevas formas de asistencia sanitaria como unidades de corta estancia y hospitalización domiciliaria, y disponemos de un centro de larga estancia para convalecencia, lo que favorece la disminución de la estancia media y mortalidad. Hay que tener en cuenta que es difícil comparar datos entre los distintos hospitales, sobre todo por la diferencia de tamaño.

Conclusiones. 1. El Servicio de MI atiende al 8,73% de los pacientes ingresados en nuestro hospital. 2. Los pacientes atendidos mayoritariamente son mayores de 65 años. 3. La mortalidad ha disminuido durante el período estudiado. 4.- Los procesos más frecuentes son los cardiorrespiratorios, incrementándose el grado de complejidad de los pacientes atendidos.

G-42 FERROTERAPIA INTRAVENOSA EN UN HOSPITAL DE DÍA MÉDICO: ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y PROPUESTAS DE MEJORA EN EL USO DE MEDICAMENTOS

D. González-Jiménez¹, J. Varela Aguilar², P. Baños Martín³, C. Vélez Guzón³, C. Cosano Sojo³, M. Díaz Torres¹, S. Romero Carmona³ y J. López Chozas¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²CIBER Epidemiología y Salud Pública, ³Servicio de Enfermería UCAMI. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. El hierro intravenoso (HI) es una alternativa terapéutica eficaz y segura para corregir el déficit de hierro en situaciones especiales intentando evitar la transfusión de hemoderivados. Habitualmente se administra como hierro sacarosa pero ahora disponemos de una presentación de hierro carboximaltosa que permite administrar dosis más elevadas en menos tiempo pero con un coste superior. Por esto hemos revisado la utilización del HI en el Hospital de Día Médico (HDM) en un intento de optimizar el uso adecuado de medicamentos. El objetivo del estudio fue realizar un análisis descriptivo de la utilización de HI en un HDM y efectuar propuestas de mejora en el uso de estos fármacos y en la gestión de la unidad.

Material y métodos. Analizamos la administración de HI en forma de hierro sacarosa en el HDM en los primeros 12 meses de funcionamiento de la unidad. Evaluamos el número de pacientes y sesiones así como la dosificación administrada (200 mg o 100 mg por sesión). Se establecieron unos criterios teóricos para transferir pacientes tratados con hierro sacarosa a carboximaltosa y calcular el número de pacientes para esta nueva presentación farmacéutica. Estos criterios fueron: a) Déficit de hierro superior a 500 mg, como criterio mayor; b) Necesidad de traslados en ambulancia; c) Elevada dependencia de familiares para traslado a HDM; d) Pacientes con limitación de accesos venosos (prediálisis, linfedema por vaciamiento ganglionar, quimioterapia); e) Necesidad de corregir el déficit de hierro de forma rápida (sangrado activo, cirugía programada no demorable, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca).

Resultados. Se realizaron 2.049 sesiones de administración de HI correspondientes a 429 pacientes (media 4,8 sesiones/paciente). Este procedimiento terapéutico representó el 40% de toda la actividad del HDM. La distribución de la dosificación se recoge en la tabla. Con los criterios propuestos estimamos que el 30% de los pacientes podrían tratarse con hierro carboximaltosa frente al 70% que se mantendría con sacarosa.

Discusión. Los pacientes tratados con hierro sacarosa en el HDM tienen una elevada frecuentación, lo que implica, en ocasiones, un alto consumo de recursos y unos costes (directos e indirectos) elevados. La transferencia de tratamientos de hierro sacarosa a carboximaltosa con unos criterios preestablecidos podría mejorar el consumo de recursos y el rendimiento del HDM.

Tabla 1 (G-42).

	De 200 mg	De 100 mg	Total
Procedimientos hierro IV	1.330	719	2.049
Pacientes (n)	297	132	429
Media sesiones/pte.	4,5	5,4	4,8
Dosis media hierro por paciente (mg)	895	544	787

G-43 UNIDAD DE DÍA Y CONSULTA DE ATENCIÓN INMEDIATA (UCAI) EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. UNA ALTERNATIVA A LA ASISTENCIA CONVENCIONAL

A. Fuertes Martín, L. Moralejo Alonso, S. Inés Revuelta,
V. Velasco Tirado, P. Corredera Hernández
y J. Laso Guzmán

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

Objetivos. La Unidad y Consulta de Atención Inmediata (UCAI) se creó con un objetivo fundamental: disminuir los ingresos hospitalarios en pacientes que requieren un diagnóstico no demorable, en los que su situación clínica permite una atención ambulatoria y disminuir los ingresos de pacientes pluripatológicos (PPP). Todo ello en un contexto de continuidad asistencial con Atención Primaria (AP) y simplificación al máximo de la burocracia.

Material y métodos. La UCAI es atendida por tres internistas y dos enfermeras. La infraestructura consta de dos consultorios y una Unidad de Día dotada con tres sillones y material clínico. Los pacientes son remitidos desde AP mediante petición directa a la UCAI, vía teléfono móvil; también pueden derivarse desde el S. de Urgencias y desde otras unidades hospitalarias. La sistemática habitual con los pacientes incluye recepción y toma de constantes en enfermería y consulta médica; además se realizan exploraciones básicas (analítica, ECG...) y si es preciso exploraciones o terapias más complejas. Para exploraciones especiales (radiología, endoscopias...) existe un acuerdo con los Servicios que las realizan, para que la demora sea la misma de los pacientes ingresados. Al alta el enfermo recibe un informe y se envía otro al médico que lo derivó. La actividad de la UCAI es rescatada por el S. de Citaciones a posteriori.

Resultados. A los dos años de actividad se han realizado 1.363 primeras consultas médicas y 2.844 sucesivas. El 56,5% de pacientes fueron derivados desde el S. de Urgencias, el 30,8% de AP y el 7,04% de otras consultas. El intervalo de tiempo desde el contacto del médico que derivó al paciente hasta la consulta fue de 2,4 días de media. Los motivos de consulta más habituales fueron anemia, síndrome constitucional, dolor abdominal y fiebre. Los diagnósticos más frecuentes fueron (CIE-10): enfs. del aparato digestivo (25,7%), neoplasias (17,97%), enfs. osteomusculares (9,4%) y enfs. infecciosas (8,9%). El destino al alta fue: AP (57,8%), Cirugía (7,4%), otras consultas hospitalarias (21,1%) e ingresos (6,3%). El total de consultas atendidas en el área de enfermería fue 5.695, que incluyen terapias y técnicas diagnósticas especiales.

Discusión. La UCAI representa un intento de adaptación de la atención sanitaria en Medicina Interna a las actuales demandas sociales. Evitar en lo posible los ingresos hospitalarios, reduce iatrogenia y coste económico de la atención y mejora la satisfacción del paciente. En los dos años de trabajo hemos establecido además, una relación fluida con AP que permite mantener la deseada continuidad asistencial. Entre los resultados obtenidos cabe destacar la mínima demora en primeras consultas (2,4 días de media), al estar gestionadas por los profesionales; el alto número de diagnósticos de neoplasia, lo que puede indicar la adecuación de las derivaciones a nuestra Unidad, y la escasa necesidad de ingreso de nuestros pacientes (6,3%).

Conclusiones. La UCAI constituye un modelo asistencial eficaz para la atención a pacientes con patologías graves que no requieren ingreso para su estudio y la atención a pacientes pluripatológicos, que precisan controles y medicaciones que se pueden ofrecer sin necesidad de ingreso. La posibilidad de contacto rápido y directo entre los niveles asistenciales, eleva la eficacia de la atención y la satisfacción de profesionales y usuarios.

G-44 INDICADORES DE SEGURIDAD: FRACTURA DE CADERA EN UN PACIENTE INGRESADO EN MEDICINA INTERNA

J. Ortiz Sánchez¹, R. Barba², E. Madroñal Cerezo¹, J. Losa³,
J. Canora¹, J. Marco⁴ S. Plaza⁵ y A. Zapatero¹

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

Objetivos. Los pacientes ingresados en los centros hospitalarios sufren en ocasiones caídas que les condicionan fracturas. Cuando se trata de pacientes ancianos o pluripatológicos, esto es más probable que ocurra. Uno de los indicadores de seguridad de las agencias de seguridad Agency for Healthcare Quality and Research (AHRQ) y la Health Care Quality Indicators de la OCDE es la fractura de cadera postoperatoria. Pero además entre las estrategias de seguridad del MSC se establece la reducción de las fracturas de cadera en pacientes ingresados. Conocer la incidencia de este problema en pacientes atendidos en Medicina Interna tiene mucho interés.

Material y métodos. Se analizaron todas las altas hospitalarias realizadas en MI durante los años 2006-2008, seleccionándose aquellas en las que en el diagnóstico secundario tuvieran un código CIE-9-MC de fractura de cadera 820.0-820.9, y excluyéndose los pacientes con fractura de cadera en el diagnóstico principal, las altas con diagnóstico principal de de epilepsia, ACV, PCR, trauma, delirio, daño cerebral anóxico; las altas con diagnóstico principal de cáncer metastásico linfático, óseo y las altas del CDM 8 (Enfermedades y trastornos del sistema musculoesquelético o tejido conectivo) o 14 (Embarazo, parto y puerperio). Es una adaptación del indicador de seguridad del AHRQ PSI08, versión 2009.

Resultados. Se analizaron 1.571.175 altas realizadas por servicios de MI durante el período indicado que cumplían los criterios de inclusión. Durante el período analizado 881 pacientes sufrieron una fractura de cadera durante la hospitalización (0,1%). Este porcentaje se ha mantenido estable durante los tres años de estudio (265 casos en 2006, 0,1%; 277 en 2007, 0,1%; 339 en 2008, 0,1%). Los pacientes que se fracturaron eran significativamente mayores (81,8 (10,1) vs 71,0 (17,3), mujeres (58,2% vs 46,8%), estaban ingresados muchos más días (19,6 (24,2) vs 9,7 (11,1), y tenían con más frecuencia demencia (13,1% vs 5,9%).

Discusión. Casi uno de cada 1000 pacientes ingresados en MI sufre una fractura de cadera dentro del hospital. Se trata de pacientes ancianos y en muchos casos con demencia. El conocimiento de este indicador conduce a tomar medidas de seguridad y protección para evitar caídas y las complicaciones derivadas de las mismas.

G-45 AUDITORÍA INTERNA DE LA CALIDAD DE LOS INFORMES DE ALTA EN UN HOSPITAL CON HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

J. Casas¹, C. Rosado¹, C. Pastor¹, G. García de Casasola¹,
M. Luján², A. Karoni³, J. Fraile⁴ y R. Barba¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Urología, ³Servicio de Cardiología, ⁴Servicio de Cirugía General. Hospital Infanta Cristina. Madrid.

Objetivos. El informe clínico es el documento emitido por el médico responsable acerca de la atención prestada a un paciente, en el mismo se refleja, al final del proceso de atención, un resumen del historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico principal y los secundarios y el tratamiento recomendado. En España el contenido básico del informe de alta hospitalaria, así

como la obligatoriedad de su realización, está regulado mediante leyes y normas 1) Ley 41/2002 Reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, 2) Ley 14/12986 General de Sanidad, 3) Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal; y 4) Orden Ministerial 6 de septiembre de 1984 reguladora del Informe de Alta, y existe en el momento actual un proyecto que actualizará y regulará estos contenidos, consensado con diferentes sociedades científicas.

Material y métodos. El hospital Infanta Cristina tiene Historia Clínica Informática (HCI) desde su apertura en 2008. Los informes de alta se hacen a partir de una plantilla preestablecida que carga los datos de la HCI que se decidan, tanto los demográficos del paciente, como datos del médico, servicio, y datos clínicos y analíticos. Además el médico puede modificar, añadir o eliminar los datos que crea necesarios sobre dicha plantilla. Basándonos en la normativa existente los miembros de la comisión de historias clínicas revisamos un muestreo al azar de informes de alta realizados en nuestro centro en el año 2008 y en el 2009 con el fin de determinar si cumplían dicha normativa. Los errores identificados en el 2008 se comunicaron a los informáticos y a los médicos con el fin de subsanar los problemas. Comparamos los resultados de calidad de ambos períodos diferenciando aquellos cuya mejoría dependiera de informática (plantilla de informe) y la que dependiera de los médicos.

Resultados. Se revisaron 73 informes de altas de especialidades médicas y quirúrgicas en el año 2008 y 195 en el año 2010. Los porcentajes de cumplimiento de cada uno de los ítems en 2008 y 2009 se exponen a continuación: Legibles 100%→100%; Identificado hospital 100%→100%; Datos filiación y dirección 100%→100%; Fecha nacimiento 87%→86%; Identificación servicio 85%→100%; Identificación médico 98%→100%; Motivo ingreso 98%→100%; Motivo alta 55%→56,7%; Exploración física 87%→83%; Pruebas complementarias 85%→83%; Resumen 82%→83%; Diagnóstico principal 99%→98%; Diagnóstico secundario 85%→69%; Procedimiento quirúrgico 98%→77%; Procedimientos no qx 72%→60%; Tratamiento 89%→89,7%.

Discusión. La calidad global de los informes es razonablemente buena en nuestro hospital, alcanzando casi el 100% en aquellos aspectos que dependen de la plantilla del informe en el año 2009. Los aspectos que dependen de la elaboración del informe por parte del médico son algo peores, y no han mejorado en este período de tiempo. Es preciso cerrar los aspectos informáticos definitivamente y centrarse en el trabajo de concienciación/formación del médico para llegar unos estándares de calidad todavía superiores.

G-46 VALORACIÓN SUBJETIVA DE LA CALIDAD DE LOS INFORMES DE ALTA CLÍNICA EN UN HOSPITAL INFORMATIZADO

C. Rosado¹, J. Casas¹, M. Sanchez², C. Moreno³, A. Torrejón³, C. Pastor¹, J. Gil⁴ y R. Barba¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Control de Gestión, ³Dirección de Enfermería, ⁴Sistemas de Información. Hospital Infanta Cristina. Madrid.

Objetivos. En España el contenido básico del informe de alta hospitalaria, así como la obligatoriedad de su realización, está regulado mediante leyes y normas. Sin embargo la 'calidad' del informe puede ir más allá de los aspectos formales de dichas normas. La Comisión de Historias Clínicas del Hospital Infanta Cristina de Madrid decidió como objetivo del año 2009 valorar la calidad de los informes y ver qué opinamos los médicos de los informes de alta

que nosotros mismos realizamos o qué opina el personal de enfermería o de otros estamentos.

Material y métodos. Los miembros de la comisión de historias Clínicas del Hospital Infanta Cristina revisaron 195 informes de alta hospitalaria realizados en nuestro centro en el año 2009, identificando si tenían el contenido adecuado y puntuando subjetivamente la calidad de dicho informe. La puntuación oscilaba entre 0-10 puntos. Se analizaron los resultados globales y en función de la profesión del miembro de la comisión. De los 13 analizadores había 1 enfermera, 1 codificadora, 1 control de gestión, 1 abogado, 1 informático y 8 médicos (2 cirujanos, 4 internistas, 1 cardiólogo, 1 preventivista).

Resultados. La puntuación media de los informes fue de 7,30 con una nota máxima de 10 y una mínima de 4. Los informes mejor puntuados fueron los del servicio de Cirugía general (7,8 puntos de media), mientras que los de Medicina Interna estuvieron en la media (7,3). Los informes de obstetricia (puntuación de 6,8) y en especial los de traumatología (5,8) tuvieron una puntuación claramente inferior a la media. Los médicos puntuaron significativamente más alto que los no médicos (7,48 vs 7,06; p = 0,04), y dentro de los médicos los de especialidades médicas más alto que los quirúrgicos (7,75 vs 7,10; p = 0,01). Cuando el preventivista se contabilizaba como no asistencial, la diferencia entre asistenciales y no asistenciales era aún más marcada (7,56 vs 7,04; p = 0,01). La letrado (6,28) y la codificadora (6,66) fueron los que dieron una puntuación más baja a los informes.

Discusión. Los médicos asistenciales, especialmente los de las áreas médicas, tenemos una impresión más favorable de los informes de alta que realizamos que los no-médicos. Teniendo en cuenta que el informe, además de a otros profesionales, también va dirigido a pacientes, familiares, enfermeras, codificadores etc., tiene gran interés conocer la opinión de estos individuos con el fin de mejorar nuestros informes de alta.

G-47 ¿TENEMOS EN CUENTA LAS INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS EN PACIENTES TRATADOS CON ACENOCUMAROL?

E. Madroñal Cerezo, R. Martín Díaz, J. Ortiz Sánchez, D. Rojas Velásquez, A. Pérez Martín, J. Marrero Francés, J. Satué Bartolomé y A. Zapatero Gavía

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

Objetivos. Analizar el número de pacientes que reciben tratamiento con acenocumarol y otros fármacos que producen interacción farmacológica.

Material y métodos. Se realizó un estudio descriptivo transversal analizando las pautas de prescripción de todos los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Fuenlabrada, eligiendo para el análisis 3 días aleatorizados del mes de mayo de 2010. Se seleccionaron fármacos que pueden provocar alteraciones en el rango de anticoagulación sin tener en cuenta la clasificación de riesgo de la interacción.

Resultados. Se analizaron en total 197 pacientes, de los cuales 53 (26,9% del total) tenían pautado acenocumarol. El 68% eran varones con una edad media de 77,72 años (DE 12,5; rango 45-98) y el 31% mujeres con una edad media de 76,25 años (DE 13,2; rango 46-89). De estos pacientes, 45 (85% de los que toman acenocumarol) tenían prescrito además al menos un fármaco que interacciona con el metabolismo del acenocumarol. Se analizaron en total 10 fármacos con interacción farmacológica demostrada.

El fármaco más frecuentemente pautado fue con diferencia omeprazol, en 44 pacientes (83% de los pacientes que toman sintrom).

Discusión. El acenocumarol es un anticoagulante utilizado frecuentemente como tratamiento/prevenición de enfermedad tromboembólica. Existen numerosas interacciones entre las cumarinas y otros fármacos potenciando o inhibiendo su acción mediante alteración en la absorción, inhibición o inducción del sistema enzimático metabolizante o disminución de la disponibilidad de vitamina K. La clasificación de riesgos de interacción farmacológica divide los medicamentos en cinco categorías (A, B, C, D, X) según la evidencia científica demostrada, de manera que la categoría A hace referencia a ausencia de interacciones demostradas, B fármacos seguros con escasa o sin interacciones, C fármacos con interacción demostrada, por lo que requieren monitorización del acenocumarol, D fármacos con gran interacción por lo que se recomienda evitar su uso y X fármacos totalmente contraindicados.

Conclusiones. Casi un tercio de los pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna tienen pautado acenocumarol y de estos, más de dos tercios tienen prescrito además, al menos un fármaco que interacciona con su metabolismo. La clasificación de riesgo para el uso conjunto de omeprazol con acenocumarol es de nivel C, que significa que se requiere una monitorización del nivel de anticoagulación más estrecha; a pesar de ello, la mayoría de los pacientes ingresados tenían pautado omeprazol, en lugar de otros IBP con un nivel de riesgo inferior.

G-48 INCOMPARENCIAS EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL

R. Barba, J. Casas, C. Rosado, S. Muñoz Albarrán, P. Cubo, J. Martínez Consuegra, J. Pérez Quero y M. de Guzmán García Monge

Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina. Madrid.

Objetivos. Las incomparencias en consulta son un problema de difícil gestión en los centros públicos y dependen de muchos factores, entre los que destacan la demora en el tiempo de cita, los "olvidos", y las citas en varias especialidades para el mismo problema. Nos propusimos analizar las incomparencias de nuestro centro y detectar los factores que se asocian a mayor riesgo.

Material y métodos. Análisis de todas las primeras citas pedidas desde Atención Primaria en el año 2009 a las consultas de Medicina Interna del Hospital Infanta Cristina. Se valoró el porcentaje global de incomparencias y si la demora en la cita tenía influencia en la incomparencia.

Resultados. Durante el año 2009 se citaron desde primaria a las Consultas de Medicina Interna 583 pacientes, de los cuales 552 se citaron una sola vez, 31 se citaron dos veces, y 4 se citaron 3 veces. La tasa de incomparencias fue del 13,43%. De los 31 pacientes que se citaron dos veces 22 no vino ninguno de las dos. La espera media para ser visto en consulta fue de 19 días, aunque los pacientes que no acudieron tenían una espera media hasta la consulta a la que no acudieron, significativamente superior de los que si vinieron (24,5 días vs 18,14; $p < 0,001$). Considerando como tiempo máximo de espera 30 días, aquellos pacientes que fueron citados en menos de 30 días tuvieron una tasa de incomparencias menor que los que fueron citados en más de 30 días (11,7% vs 20,0%; $p < 0,001$). El riesgo de no acudir a la consulta fue un 89% superior en los pacientes citados más allá de 30 días que en los que se citaron antes (OR 1,89 IC95% 1,13-3,1).

Discusión. Uno de cada siete pacientes citados desde una consulta de atención primaria en Medicina Interna no acude a la consulta,

incluso cuando la espera media es inferior a lo considerado estándar (menos de un mes). Se comprueba que aquellos a los que se cita más allá de 30 días tienen un riesgo de incomparencia que casi duplica en de los individuos que son vistos antes de 30 días. En algunos casos esto puede estar explicado por la "resolución" de la patología, o porque el paciente ha utilizado una vía alternativa de acceso a la consulta como acudir a urgencias. Con el fin de reducir las incomparencias se ha puesto en marcha un plan de 'recordatorio' de consultas en nuestro centro, con envíos de SMS a los pacientes.

G-49 PROBLEMAS EN LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA DE MEDICAMENTOS

E. Madroñal Cerezo, J. Ortiz Sánchez, R. Martín Díaz, R. Calderón Hernaiz, J. Canora Lebrato, S. Gonzalo Pascua y A. Zapatero Gaviña

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

Objetivos. Analizar la prescripción de fármacos no incluidos en la guía farmacológica del hospital.

Material y métodos. Se realizó un estudio descriptivo transversal analizando las pautas de prescripción de todos los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna eligiendo para el análisis 3 días aleatorizados del mes de mayo de 2010. De las líneas farmacológicas estudiadas se incluyeron las líneas con fármacos no guía, que son aquellos no disponibles en el hospital y que por tanto el paciente debe traerlos de su domicilio. También se analizaron las prescripciones de fármacos realizadas en el apartado de Prescripción no farmacológica.

Resultados. Se analizaron en total 197 pacientes, de los cuales el 53,3% eran varones, con una edad media de 72,62 años (DE 19,76; rango 17-98 años) y el 46,2% mujeres con una edad media de 67,51 años (DE 17,22; rango 24-92 años). El número medio de líneas farmacológicas prescritas por paciente fue de 12,68 líneas farmacológicas (DE 6,2; rango 0-41). Tenían prescrita medicación no guía 92 pacientes (46,7%), con un número total de 213 líneas de prescripción. El número medio de estos fármacos no guía en el grupo total de estudio fue 1,08 por paciente (DE 1,6; rango 0-12). Se determinó también el número de pacientes que tenían pautados medicamentos en líneas de prescripción no farmacológica, observando que 57 pacientes (29%) tenían prescrito al menos 1 fármaco y 7 pacientes (3,5%) tenían 2 o más fármacos prescritos. Se analizó el tipo de fármaco más frecuentemente prescrito mediante la indicación de no guía y prescripción no farmacológica, encontrando que el grupo de fármacos cardiorrespiratorios (predominantemente antihipertensivos) era el más numeroso con un 30,6% de las prescripciones, seguido de los antidiabéticos (insulinas y antidiabéticos orales) con un 28%, y en tercer lugar psicofármacos, antidemencia y antiparkinsonismo con un 15,4%.

Discusión. La historia clínica electrónica facilita la disminución de los errores farmacológicos por disponer de un sistema de selección de fármacos, con su posología y pautas de prescripción habituales, que están predefinidas según el vademécum del hospital. Sin embargo, existen fármacos de uso frecuente no disponibles en el hospital, prescritos mediante prescripción no guía (que obliga al paciente a traer el medicamento de su domicilio) o en el apartado de prescripción no farmacológica, lo que dificulta la adecuada administración del tratamiento pautado, ya que deja bajo la responsabilidad del paciente y su familia la administración de tratamientos con repercusión clínica importante.

Conclusiones. Casi la mitad de los pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna tienen pautados medicamentos de for-

ma no adecuada en la historia clínica electrónica. Los fármacos que no se ajustan a la prescripción de forma correcta son fundamentalmente antihipertensivos y antidiabéticos (incluidos insulinas). Este hecho puede dificultar la adecuada administración del tratamiento pautado.

G-50 INDICADORES DE SEGURIDAD: ÚLCERA POR PRESIÓN EN PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

R. Barba¹, A. Zapatero², J. Marco³, S. Plaza⁴, J. Losa⁵, J. Canora², G. García de Casasola¹ y C. Rosado¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina. Madrid.

²Servicio de Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada.

Fuenlabrada (Madrid). ³Servicio de Medicina Interna.

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

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

Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón (Madrid).

Objetivos. En el análisis de las complicaciones relacionadas con la atención hospitalaria, distintas agencias internacionales (Agency for Healthcare Quality and Research (AHRQ) y la Health Care Quality Indicators de la OCDE), han incluido una serie de complicaciones, que no siempre deben ser entendidas en su totalidad como potencialmente iatrogénicas, pero que tienen mucha importancia para promover la calidad y la seguridad clínica. Todas las iniciativas recientes relacionadas con la evaluación de los Sistemas de salud están basadas en la utilización de sistemas de información disponibles. Entre ellos el único que recoge de forma sistemática y exhaustiva la actividad sanitaria del conjunto de los proveedores de un país es el CMBD al alta hospitalaria. La mayoría de estos indicadores no estaban ideados para pacientes médicos. Sin embargo, el 15% de las altas hospitalarias que se dan en nuestro país son dadas por internistas, por lo que tiene sentido conocer los indicadores de seguridad en estos servicios, para hacernos una idea de la situación actual y poder valorar en un futuro estrategias de mejora.

Material y métodos. Se analizaron todas las altas hospitalarias realizadas en MI durante los años 2006-2008. Se seleccionaron los pacientes que presentaran una úlcera por decúbito como complicación del ingreso hospitalario (CIE-9MC: 707.0-707.09). Para ello se excluyeron las estancias menores de 5 días, los pacientes con diagnóstico principal de úlcera y los que presentaran una hemiplejía. Equivale al indicador de seguridad del AHRQ PSI03, versión 2009. Se compararon los pacientes con y sin úlcera que cumplían los criterios de inclusión. Se comparó el resultado con las tasas establecidas por el SNS para nuestro país en los años 2003-04.

Resultados. Se analizaron 1.043.217 altas realizadas por servicios de MI durante el período indicado, que cumplieran los criterios de inclusión. El porcentaje de pacientes con úlcera fue de 2,3% (23.967 casos). La tasa cruda establecidas por el SNS en los años 2003-04 fue de 0,59% para el conjunto de todas las especialidades. Las principales características de los pacientes con úlcera fueron una edad media superior a la de los pacientes sin úlcera (80,31 vs 72,62), mayor tasa de úlcera en mujeres (57% vs 47%), estancia media muy superior (21,56 vs 13,34), más prevalencia de demencia (27,9% vs 5,8%), diabetes (34,4% vs 28,4%) y una mortalidad (24,0% vs 8,0%) muy superior.

Discusión. Un 2,3% de los pacientes ingresados en MI tienen una úlcera por decúbito como complicación del ingreso, tasa cuatro veces superior a la calculada para el global de la población. Los pacientes con úlcera son mayores, tienen estancias medias mucho más prolongadas, son más complejos y tienen una mortalidad y tasa de demencia muy superior. Dado el perfil de los pacientes que atendemos en MI, pluripatológicos y complejos, la tasa de úlceras esti-

mas para nuestros servicios tiene que ser muy superior a la global.

G-51 INDICADORES DE SEGURIDAD: GRD DE BAJA MORTALIDAD

S. Nistal¹, R. Barba², J. Losa¹, J. Marco³, J. Canora⁴, S. Plaza⁵, J. Ortiz⁴ y A. Zapatero⁴

¹Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón.

Alcorcón (Madrid). ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta

Cristina. Madrid. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico

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

Fuenlabrada. Fuenlabrada (Madrid). ⁵Servicio de Medicina

Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid).

Objetivos. En el análisis de la mortalidad hospitalaria tiene interés analizar la mortalidad en aquellos procesos en los que es excepcional que ocurra, los llamados "GRD de baja mortalidad", que son aquellos procesos con una mortalidad inferior al 0,5% basado en el caculo del total de la mortalidad de la serie en el año de estudio. Este indicador se han considerado de especial interés dentro de la seguridad del paciente, en proyectos internacionales de referencia (Agency for Healthcare Quality and Research (AHRQ) y Health Quality Indicators Project OCDE), por lo que el grupo de Gestión decidió analizar este indicador en nuestros servicios, para hacernos una idea de la situación actual y poder valorar en un futuro estrategias de mejora.

Material y métodos. Se analizaron todas las altas hospitalarias realizadas en MI durante los años 2006-2008. Se seleccionaron los pacientes ingresados por un GRD definido como GRD de baja mortalidad, (mortalidad global es inferior al 0,5%). Se tomaron con referencia los GRD de baja mortalidad de la norma estatal de nuestro país del año 2008. Se excluyeron pacientes menores de 17 años, pacientes traumatológicos, con cáncer en inmunocomprometidos. Equivale al indicador de seguridad del AHRQ PSI02, versión 2009.

Resultados. Se analizaron 1.673.188 altas realizadas por servicios de MI durante el período indicado. 122.271 pacientes mayores de 17 años, no inmunocomprometidos, con cáncer o trauma, fueron dados de alta en este período con un GRD de los definidos a priori como de baja mortalidad. De estos un total de 1.919 pacientes falleció durante el ingreso (1,9%). Los pacientes con GRD de baja mortalidad que fallecen tienen una estancia media muy prolongada (11,3 vs 6,8), una edad media muy superior (80,0 vs 69,7), un Charlson superior (2,6 vs 1,3; Charlson > 2 40,2% vs 14,5%) a los pacientes con GRD de baja mortalidad que sobreviven. Los GRD con una mortalidad por encima del 0,5% fueron: 428 trastornos de personalidad y control de impulsos (0,81%); 426 neurosis depresivas (0,82%); 141 síncope y colapso con cc (0,84%); 323 cálculos urinarios con cc, y/o litotripsia extracorpórea por (0,92%); 97 bronquitis y asma edad > 17 sin cc (0,97%); 427 neurosis excepto depresiva (1,11%); 369 trastornos menstruales y otros problemas de aparato genital (1,40%); 432 otros diagnósticos de trastorno mental (1,90%); 140 angina de pecho (2,04%); 96 bronquitis y asma edad > 17 con cc (2,19%); 359 proc sobre útero y anejos por cain situ y proceso no maligno (3,23%); 431 trastornos mentales de la infancia (4,68%); 425 reacción de adaptación aguda y disfunción psicosocial (4,82%); 358 proc sobre útero y anejos por cain situ y proceso no maligno (5,00%); 430 psicosis (5,65%); 366 neoplasia maligna, aparato genital femenino, con cc (37,89%).

Discusión. Los pacientes con GRD de baja mortalidad que fallecen durante el ingreso son mayores, tienen estancias medias prolongadas y un índice de comorbilidad elevado. Es probable que en muchos casos sean en realidad codificaciones mal realizadas. El conocimiento de estos índices puede ayudar a revisar las historias clínicas y a mejorar la calidad de los registros de alta.

G-52 FACTORES CLINICODEMOGRÁFICOS QUE INFLUYEN EN LAS FUGAS DE UN SERVICIO DE URGENCIAS

C. Netto¹, J. Sobrino¹, A. Smithson¹, A. Culla², M. Adrian¹, N. Jové², C. Bruno¹ y F. Nonell²

¹Servicio de Urgencias, ²Servicio de Medicina Interna. Fundació Hospital de l'Esperit Sant. Barcelona.

Objetivos. La Fundación Hospital del Espíritu Santo es un hospital comarcal situado en Santa Coloma de Gramenet y limitrofe con los barrios de Llefia en Badalona, de Bon Pastor en Barcelona y con Sant Adrià del Besós, con un área de influencia de 215.323 habitantes. El objetivo de este estudio es analizar los factores que influyen en las fugas de los pacientes que acuden a un servicio de urgencias hospitalario.

Material y métodos. Estudio prospectivo de una cohorte de pacientes que han acudido al servicio de urgencias durante un período de 5 meses, desde el 1 de enero al 31 de mayo de 2010 y que se fugaron antes de ser visitados. Se han analizado las siguientes variables: edad, sexo, nacionalidad, municipio de procedencia, día y hora de entrada en urgencias, derivación desde otro nivel asistencial, nivel de triaje y especialidad según motivo de consulta (medicina, cirugía, traumatología).

Resultados. De las 21.598 visitas en el servicio de urgencias, 767 (3,6%) han sido fugas antes de la visita médica, de los cuales 57,5% son hombres ($p < 0,001$). En el análisis univariado se asociaron a un mayor riesgo de fugas las siguientes variables: franja de edad de 20 a 40 años (OR 6,6 IC 4,10-10,90; $p < 0,001$), procedencia de África (OR 1,9 IC 1,52-2,40 $p < 0,001$), América (OR 1,4 IC 1,09-1,84 $p = 0,008$), Europa Oriental (OR 1,66 IC 1,04-2,67 $p = 0,033$), lugar de residencia en un municipio diferente a Santa Coloma de Gramenet (OR 1,3 IC 1,13-1,52 $p < 0,001$), clasificación en niveles 4-5 de triaje (OR 1,62 IC 1,38-1,90 $p < 0,001$), pacientes cuyo destino de triaje es una especialidad quirúrgica (OR 1,31 IC 1,13-1,51 $p < 0,001$), acudir al servicio de urgencias en día laborable (OR 1,29 IC 1,09-1,53; $p = 0,003$), franja horaria entre las 22:00-0:00h (OR 4,22 IC 2,70-6,59 $p < 0,001$) y en global acudir entre las 14:00-02:00h (OR 1,71 IC 1,48-2,09 $p < 0,001$). En el análisis multivariado se mantienen como factores de riesgo independientes: el género, la edad, el nivel de triaje, la especialidad quirúrgica, el día de la semana y la franja horaria.

Conclusiones. El perfil del paciente con más riesgo de fuga del servicio de urgencias sería: hombre, menor de 50 años, de nacionalidad extranjera, que no reside en Santa Coloma de Gramenet, clasificado como nivel de urgencia 4-5, tributario de valoración por especialidad quirúrgica y que acude al servicio los días laborables en la franja horaria de tarde-noche. Por las características clínicas (nivel de urgencia) probablemente se trataría de un paciente tributario de ser atendido en un nivel asistencial de menor complejidad que un servicio de urgencias hospitalario y por tanto, creemos que este tipo de fugas no supone un empeoramiento de los indicadores de calidad asistencial y seguridad clínica de nuestro servicio.

G-53 ANÁLISIS DE LOS FACTORES INTRÍNSECOS QUE INFLUYEN EN LAS FUGAS DE LOS PACIENTES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

C. Netto¹, J. Sobrino¹, L. Fornés¹, X. Ramos², A. Martínez¹, G. de la Red², W. Staitie¹ y B. Batalla²

¹Servicio de Urgencias, ²Servicio de Medicina Interna. Fundació Hospital de l'Esperit Sant. Barcelona.

Objetivos. Analizar los factores intrínsecos de un servicio de urgencias que influyen en las fugas de los pacientes antes de ser visitados y analizar si existe correlación entre estos factores y las fugas.

Material y métodos. Análisis prospectivo durante un período de 4 meses, de 1 de febrero a 31 de mayo de 2010, del número de fugas diarias totales y por especialidades (medicina, cirugía y traumatología), en relación al número de urgencias diarias, al número de ingresos, así como a la realización de intervenciones quirúrgicas urgentes, descubiertas en las diferentes especialidades y a la presencia o ausencia de médicos especialistas en formación en urgencias.

Resultados. Durante el período estudiado, ha habido una media diaria de 181,51 \pm 18 urgencias totales (27 \pm 6 de cirugía general, 91 \pm 11 de medicina, 63 \pm 10 de traumatología) con 6,34 \pm 4 fugas/día y 11,74 \pm 4 ingresos/día. En cirugía general, un tercio de los días se realizó 1 intervención quirúrgica urgente y en el 16,7%, 2 o más intervenciones quirúrgicas urgentes. En traumatología, en el 37,5% de los días se ha realizado 1 intervención y 2 o más intervenciones en el 10%. El 85% de los días no se produjo ninguna descubierta en el servicio. Existe correlación estadísticamente significativa entre el número de fugas y el número de visitas a urgencias tanto en el global ($r = 0,41$ $p < 0,001$) como por especialidades (medicina $r = 0,44$ $p < 0,001$; cirugía $r = 0,42$ $p < 0,001$; traumatología $r = 0,28$ $p = 0,002$), pero al correlacionar el porcentaje de fugas respecto al número de urgencias con el número de éstas, sólo existe correlación estadísticamente significativa global ($r = 0,24$ $p = 0,006$) y en las especialidades de medicina ($r = 0,34$ $p < 0,001$) y cirugía ($r = 0,27$ $p = 0,003$). Existe correlación estadísticamente significativa entre el número de ingresos y las fugas ($r = 0,30$ $p = 0,001$). Al analizar las fugas con las intervenciones quirúrgicas urgentes, existen diferencias en los casos en los que se produce más de una intervención, aunque sólo en cirugía general son estadísticamente significativas (0,85 \pm 1,08 vs 2,00 \pm 1,83; $p = 0,001$). La existencia de descubiertas tiene una correlación muy pequeña pero significativa con las fugas en el caso de las especialidades de medicina ($r = 0,19$ $p = 0,038$) y de cirugía general ($r = 0,27$ $p = 0,002$). La presencia de médicos especialistas en formación en el servicio tiene una correlación inversa pero ésta no es estadísticamente significativa.

Conclusiones. Las fugas están directamente relacionadas con el número de urgencias diarias, pero al analizar por especialidades y por porcentajes de fugas no lo están en todas las especialidades. También existe una relación entre el número de ingresos y las fugas. El número de intervenciones en cirugía general tiene una correlación directa con el número de fugas de la especialidad. La presencia o ausencia de médicos especialistas en formación no influyen en las fugas. Las descubiertas en medicina y cirugía general sí que influyen en las fugas de dichas especialidades.

G-54 PROCEDIMIENTOS INVASIVOS EN PACIENTES CON NEOPLASIAS INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

E. Madroñal¹, R. Barba², S. Plaza³, J. Canora¹, J. Marco⁴, J. Losa⁵, G. García de Casasola² y A. Zapatero¹

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

²Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina. Madrid.

³Servicio de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid). ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ⁵Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón (Madrid).

Objetivos. Los pacientes con neoplasia necesitan en ocasiones la realización de procedimientos invasivos con el fin de "paliar" los síntomas de su enfermedad. En los últimos años el número de estos procedimientos, que evita las intervenciones quirúrgicas y puede ayudar en la calidad de vida de los pacientes ha ido en aumento, y cada vez son más los pacientes que se benefician de ellos. Decidimos describir en número y las características de los pacientes con neoplasia que ingresan en un servicio de Medicina Interna (MI) y a los que sometemos a un procedimiento invasivo.

Material y métodos. Se incluyeron en el análisis todos los pacientes ingresados en MI los años 2006-8 en nuestro país con un diagnóstico de cáncer. Se definieron como procedimientos invasivos: Prótesis esofágica (CIE-9-MC: 42.81), Prótesis biliar (51.99), Prótesis colónicas (46.99), Nefrostomía (55.02; 55.03), Drenaje biliar externo (51.98), Gastrostomía percutánea (43.11), Inserción catéter peritoneal (54.91) Filtro vena cava (38.7), Pleurodesis (34.92), Tubo de tórax (34.04).

Resultados. Durante los tres años fueron dados de alta 177.159 pacientes con diagnóstico de neoplasia, 66% de los cuales eran varones y con una edad media de 72,9 años. El 24% de los pacientes fallece durante el ingreso. Un 21,3% tenían metástasis. Se realizó al menos un procedimiento durante el ingreso a 7.300 pacientes (4,1%). Prótesis esofágica (247, 0,1%), prótesis biliar (142, 0,1%), prótesis colónicas (68, 0,03%), nefrostomía (298; 0,2%), drenaje biliar externo (215, 0,1%), gastrostomía percutánea (345; 0,2%), inserción catéter peritoneal (4.353; 2,5%), filtro vena cava (84; 0,03%), pleurodesis (437; 0,2%), tubo de tórax (1.460; 0,8%). Se hicieron más procedimientos en mujeres (5,3%) que en varones (3,5%), y a pacientes con metástasis (5,1% vs 3,8%). Los pacientes sometidos a procedimientos fallecieron más durante el ingreso que los que no fueron sometidos a los mismos (29,4% vs 23,7%). Los pacientes sometidos a procedimientos tenían un riesgo de fallecer superior a los que no eran sometidos, incluso tras ajustar por otros factores como edad, sexo, presencia de metástasis (OR 1,33 IC95% 1,26-1,40).

Discusión. Uno de cada 25 pacientes ingresados en MI con una neoplasia se somete a un procedimiento invasivo, especialmente las mujeres y pacientes con enfermedad metastásica. Ser sometido a uno de estos procedimientos aumenta el riesgo de fallecer, lo que podría indicarnos bien que se trata de pacientes mucho más graves, bien que el propio procedimiento ha podido contribuir a precipitar el fallecimiento. Si bien estas técnicas suponen un avance para los pacientes es preciso reflexionar y profundizar en el hecho de que uno de cada tres pacientes con cáncer a los que hacemos un procedimiento invasivo no sobrevive a ese ingreso.

G-55 MORTALIDAD PRECOZ DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A URGENCIAS

P. Parra Caballero¹, J. Curbelo García¹, A. Gullón Ojesto¹, N. Ruiz-Giménez Arrieta¹, R. Caminero Pérez², C. del Arco Galán² y C. Suárez Fernández¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Urgencias. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Objetivos. Describir la mortalidad precoz (< 24 horas) de los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de La Princesa, y analizar el proceso asistencial y las características clínico-epidemiológicas de los pacientes que fallecen en dicho período, así como lo inesperado del desenlace.

Material y métodos. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de los 160 pacientes fallecidos en las primeras 24 horas tras su llegada al Servicio de Urgencias durante el año 2009, mediante la revisión de informes de exitus, para recoger las principales variables epidemiológicas, demográficas, clínicas y asistenciales. Se consideró fallecimiento previsible al ocurrido en un enfermo que padecía una enfermedad neoplásica avanzada o que a su llegada al servicio de urgencias presentaba FC < 50 lpm o > 150 lpm, PAS < 90 mmHg, frecuencia respiratoria < 10 rpm o > 30 rpm y/o disminución del nivel de conciencia (GCS < 10) sin presentar respuesta al tratamiento oportuno. La adecuación de la ubicación fue considerada inadecuada si la muerte se producía en el área general de Urgencias tras más de 12 horas de su llegada, o siempre que se hubiera solicitado el

ingreso hospitalario y éste no se hubiera realizado antes del exitus, siendo adecuada siempre que tuviera lugar en planta de Hospitalización o en área de Urgencias tras menos de 12 horas de su llegada. La vida basal se estableció mediante la escala de Karnofsky.

Resultados. El total de pacientes atendidos en Urgencias durante el año 2009 fue de 90.712, siendo la tasa de mortalidad precoz de un 0,17%. La edad media de los pacientes fue de 77 años, y el 55% eran mujeres. Un 80% tenían alguna comorbilidad, y el 50% tenían un índice de Karnofsky mayor de 50. La principal causa de muerte fue la cardiovascular (45% de los casos), seguida de procesos respiratorios y neoplásicos. Se realizaron maniobras de RCP en un tercio de los pacientes, el 75% de las cuales se efectuaron en pacientes con buena vida basal. De los pacientes fallecidos en el área de Urgencias o Cuidados Intensivos (65% del total) la mayoría tuvieron lugar en las primeras 12 horas; de los exitus ocurridos en planta de hospitalización (35%), casi todos fallecieron pasadas las primeras 12 horas. El fallecimiento fue previsible en un 90% de los enfermos, de los cuales el 33% se encontraban en fase terminal de su enfermedad; de estos últimos el 50% recibieron tratamiento paliativo en Urgencias.

Discusión. En nuestro estudio, la tasa de mortalidad de Urgencias fue baja. El paciente que fallece en las primeras 24 horas desde su llegada suele ser un enfermo de edad avanzada con mala situación funcional e importante comorbilidad. Las principales causas de muerte fueron las cardiovasculares, respiratorias y neoplásicas, siendo esperable en la mayoría de los casos el desenlace precoz. En la mayoría de ocasiones se consideró adecuada la ubicación del paciente en el momento de producirse su fallecimiento y la intervención terapéutica, aunque no se prescribió tratamiento paliativo a la mitad de los pacientes en fase terminal de su enfermedad.

Conclusiones. Consideramos que la atención médica precoz prestada a nuestros pacientes ha sido correcta; sin embargo, se debe mejorar la calidad de la asistencia para maximizar las medidas de confort de los pacientes en los que se prevé una limitación del esfuerzo terapéutico.

G-56 MOTIVO DE INGRESO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES SISTÉMICAS EN UNA UNIDAD ESPECIALIZADA DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

C. González Pulido, E. Chinchilla Palomares, R. González León, E. Montero Mateos, A. León Guisado, F. García Hernández, M. Castillo Palma y J. Sánchez Román

Servicio de Medicina Interna (Unidad de Colagenosis e Hipertensión Pulmonar). Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. Análisis retrospectivo de motivos de ingreso, de una cohorte de pacientes con sospecha o enfermedad sistémica (EES) confirmada en un área especializada (con 18 camas) de un servicio de Medicina Interna (MI).

Material y métodos. Se analizaron los datos registrados en una base de datos de la Unidad de Colagenosis e Hipertensión Pulmonar (HP) perteneciente al Servicio de MI entre enero del 2000 y mayo del 2010.

Resultados. Se registraron 6.505 ingresos que se dividieron en tres grupos: 1) Pacientes con diagnóstico confirmado o con sospecha de enfermedad sistémica (EES): 2915 ingresos (de un total de 846 pacientes; 623 mujeres). 2) Pacientes con diagnóstico o sospecha de HP sin EES subyacente: 251 ingresos (87 pac.; 67 mujeres). 3) Resto de pacientes con enfermedades tributarias de manejo por MI: 3.590 ingresos (3.427 pac.; 1.837 mujeres). Dentro del grupo de EES los motivos de ingresos más frecuentes fueron: 1º) Para tratamiento: 1025. 2º) Fiebre/Cuadro constitucional: 416. 3º) Dolor 310. 4º) Disnea 282. 5º) Alteraciones cutáneo/mucosas: 187 (126 lesiones cutáneas/aftas; 61 lesiones isquémicas). 6º) Alteraciones neuroló-

gicas/psiquiátricas: 196 7º) Edema/anasarca: 143. 8º) Alteraciones digestivas: 120. 9º) Oculares: 53. 10º). Alteraciones hematológicas: 42. Las EESS más frecuentes fueron: lupus eritematoso sistémico (LES): 1042 ingresos; 306 pac.); esclerodermia (ES) 530 (90 pac.); dermatopolimiositis (DM/PM) 247 (74 pac.); vasculitis 430 (133 paci.); uveítis 44 (39 pac.), otras (sarcoidosis 15, artritis reumatoide 33, artropatías 17, fibrosis pulmonar 16, etc.). Al dividir este grupo en 2 periodos observamos que desde enero de 2000 a abril del 2005 hubo 1791 ingresos. Los motivos más frecuentes fueron el tratamiento, programado, fundamentalmente prostanoides y ciclofosfamida (815), fiebre/afectación general (194), y dolor (150). Desde mayo de 2005 a mayo de 2010 hubo 1121 ingresos (527 pac.). Los motivos más frecuente fueron fiebre/alteración general (231 ingresos), disnea (189) y dolor (183). El ingreso para tratamiento (fundamentalmente antiTNF o antiCD20) quedo relegado a un 4º lugar (172).

Discusión. Del total de ingresos de enero de 2000 a mayo de 2010, 44,8% eran pacientes con sospecha o EESS confirmada con predominio femenino (73,6%) y media de 3,4 ingresos/persona. El motivo más frecuente fue el tratamiento programado (35,1%) si bien al diferenciar 2 periodos, observamos que hasta 2005 continúa siéndolo (45,5%; 4 ingresos/persona) pero, desde mediados de 2005 hasta 2010, deja de serlo y predominan los ingresos por debut/reagudización de EESS con disminución clara del número de ingresos/persona (2,1). El cambio depende de la utilización progresiva del Hospital de Día (UD) con un número superior a 500 actos en el último año para la administración de tratamiento (inmunosupresores, prostanoides o biológicos).

Conclusiones. Las nuevas terapias han disminuido la necesidad de ingreso por reagudización de EESS que, en nuestra cohorte, ha significado una reducción del 50% de ingresos. Asimismo, la creación de una UD dentro del Servicio de MI ha contribuido a disminuir la necesidad de ingresos programados para infusión de terapias con inmunosupresores y fármacos biológicos en pacientes clínicamente estables. Esto conlleva la consiguiente reducción en costes por pacientes ingresados y una mayor disponibilidad para ocupación hospitalaria por pacientes que precisen atención médica especializada para estudio o descompensación de su EESS.

G-57 LATE PRESENTERS, UNNOTICED PRESENTERS AND UNSUSPICIOUS PRESENTERS: HEALTH AND ECONOMIC IMPACTS OF ANTICIPATED HIV DIAGNOSIS

H. MG Martins¹, R. Pazos² y C. Carvalho³

¹Servicio de Medicina Interna 1, ²Servicio de Infecciología. Hospital Fernando Fonseca. Amadora (Portugal). ³Servicio Infecciología. Hospital Garcia d'Orta. Almada (Portugal).

Objectives. Late presentation and late diagnosis of HIV infected patients means worse health outcomes and longer periods of infection transmission for many people. Strategies for earlier diagnosis remain distinct in both sides of the Atlantic, few studies have tried to estimate the results of different system strategies towards anticipating HIV diagnosis.

Material and methods. A review of patient health care trajectories of a group of HIV-debut cases between the periods of January 2000 to March 2009 served as basis for a clinical appraisal and economic analysis of three scenarios: A - real; B- if CDC testing recommendations had been in place since end 2001, C - European recommendations for HIV testing. Scenarios were compared regarding cost generation, reduction of further HIV infection, and incremental cost-efficiency ratio.

Results. Three groups of debut patients were discernable: A) real late presenters (16%), B) "unnoticed presenters" who could/should be tested earlier (44%), and C) "unsuspicious presenters"

(40%), with whom only comprehensive HIV opt-out screening strategies would have had the capacity to anticipate HIV diagnosis. Scenario B costs twice as much as Scenario A but may have meant a reduction of 61 HIV-infected individuals at a cost of about 7000€/person while scenario C is less costly but presented a potential to prevent only 7 new infections at a cost two-and-half times higher.

Discussion. Healthcare organizations should be alert for these three types of HIV debut patients. Comprehensive opt-out strategies are more costly but have the potential to save lives and reduce infection transmission significantly.

Conclusions. A mixed screening/early testing strategy may be advantageous in some EU institutions.

G-58 ANÁLISIS DE QUEJAS Y RECLAMACIONES DIRIGIDAS AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. OTRA FORMA DE EVALUACIÓN

A. Martín Quirós, C. Navarro San Francisco, S. Caro Bragado, G. Salgueiro, N. Iniesta Arandia, M. Rodríguez Dávila, A. Lorenzo Hernández y C. Fernández Capitán

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos. Conocer las causas que llevan a los pacientes a presentar reclamaciones en nuestro servicio con el objetivo de mejorar la calidad asistencial.

Material y métodos. Análisis descriptivo retrospectivo de los documentos oficiales dirigidos a Medicina Interna, tramitados a través del Servicio de Atención al Paciente de nuestro Hospital entre enero 2009 y abril de 2010. Se analizaron aquellos que correspondían a reclamaciones o quejas, descartando los agradecimientos.

Resultados. En el período de tiempo analizado, ingresaron en nuestro servicio un total de 4.260 pacientes. Se recibieron 33 reclamaciones (0,8%). De ellas, 19 (58%) iban dirigidas a otros servicios, no estando implicado directamente el nuestro. De las 14 reclamaciones (0,3%) dirigidas a Medicina Interna, 12 (85,7%) fueron dirigidas al personal facultativo y 2 (14,3%) al resto del equipo asistencial. Los motivos de reclamación fueron: disconformidad con el trato recibido 6 (42,9%), error o negligencia 4 (28,6%), falta de información 1 (7,1%), otros 2 (14,3%) y en un caso no pudo interpretarse. La reclamación fue realizada por: el propio paciente 5 (35%), su pareja 1 (7,1%), sus hijos 2 (14,3%) y otros familiares 6 (42,9%). La mediana de tiempo transcurrido entre el alta del paciente y la fecha de su reclamación es de 10 días. De todas las reclamaciones realizadas, 5 (35,7%) fueron tramitadas de forma legal. La respuesta, que se realizó en el 100% de los casos, se produjo siempre dentro de las primeras 48 horas, tras recibir la notificación en el servicio.

Discusión. En la práctica clínica diaria, tenemos la percepción de que con frecuencia los pacientes no están conformes con los diferentes aspectos de la atención recibida durante su hospitalización. Sin embargo, un número muy reducido de esas quejas se plasma de manera escrita y a través de los cauces establecidos para ello. En muchas de las ocasiones las quejas realizadas oficialmente no se relacionan en realidad con el servicio al que son dirigidas.

Conclusiones. El número de reclamaciones recibidas por nuestro servicio es muy escaso, probablemente debido a que en nuestro medio, la tramitación oficial de las mismas es un modo poco utilizado por los pacientes para manifestar las quejas. La falta de reclamaciones por escrito nos priva de una herramienta valiosa que podría ayudarnos a identificar los puntos de mejora en nuestra atención al enfermo.

G-59 IMPACTO DE LA UNIDAD DE PLURIPATOLOGÍA EN LAS DERIVACIONES A LOS ESPECIALISTAS (UAPP)

A. Pereira Juliá¹, J. Machín Lázaro¹, E. Martín Echevarría¹,
B. Martínez Lasheras¹, P. Chacón Testor¹, A. Barcena²,
M. Rodríguez Zapata³ y M. Díez¹

¹Unidad de Pluripatología de Medicina Interna UAPP. ²Gerencia de AP de Guadalajara. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara.

Objetivos. Evaluar el impacto de la Unidad en la derivación a otras especialidades desde los Centros de Salud.

Material y métodos. Se han comparado las tasas de derivaciones realizadas a las especialidades de endocrinología, digestivo, neumología, reumatología, cardiología y nefrología antes (2005) y después (2008) de implantar esta unidad. Para ello, se compararon 2 centros de salud en los que se instauró (uno urbano -C.S. Cervantes- y otro rural -C.S. Alcolea) con otros centros de características similares en los que no se implantó (tres urbanos -Promedio Grupo- y uno rural -C.S. Budia).

Resultados. En el centro urbano en el que se implantó la unidad (C.S. Cervantes) se produjo un descenso de las derivaciones de -1,1 derivaciones/1000 TSI (IC95% de -7 a -5), comparado con el incremento promedio experimentado por otros tres centros urbanos de 8,6 derivaciones/1000 TSI (IC de 8 a 13). En el centro rural que dispuso de la unidad (C.S. Alcolea) las derivaciones disminuyeron 16,5 derivaciones/1000 TSI (IC de -34 a 1) mientras que en el otro centro rural que no disponía de contacto con la unidad (C.S. Budia) aumentaron 19,7 (IC de -2 a 42). En el centro urbano disminuyeron sobre todo las derivaciones a las especialidades de Reumatología y Nefrología. Sin embargo en el centro rural ocurrió en las especialidades de Digestivo y Cardiología.

Discusión. La Unidad de Pluripatología de nuestro servicio se creó con la idea de colaborar, coordinar y acercar la atención primaria con la atención especializada, para evitar esperas y derivaciones innecesarias. Con este estudio hemos podido verificar que se ha conseguido unos de los objetivos principales de la Unidad que es disminuir las derivaciones a las especialidades. Según los datos obtenidos, éstas se han mantenido estables o han disminuido en los centros en los que se ha instaurado, mientras que en el resto de centros las derivaciones han aumentado. El impacto en las tasas de derivaciones es distinto en centros urbanos o rurales, también cuando se analiza por especialidades.

G-60 CALIDAD DE CUIDADOS ASOCIADA A LA PERSONALIZACIÓN EN UNIDADES MÉDICAS

M. Orozco Cozar¹, M. Márquez Borrego¹, R. García Juárez⁴,
T. Martín Contreras¹, S. López Alonso² y R. Caro Quesada³

¹Servicio de Infecciosos. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. ²CS Miguel. ³Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío. Sevilla. ⁴Cuidados Medicoquirúrgicos. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).

Objetivos. Conocer la relación entre el grado de personalización y la calidad de cuidados enfermeros (medida en términos de satisfacción, calidad percibida y resultados institucionales).

Material y métodos. Estudio descriptivo, transversal, que incluyó a 447 pacientes, realizado en dos hospitales del Servicio Andaluz de Salud durante los años 2007-2008. Concretamente las unidades de neurología del H. Virgen del Rocío (Sevilla) y de M. Interna del H. Puerta del Mar (Cádiz). Los pacientes se seleccionaron mediante técnicas de muestreo sistemática consecutiva. V. Sociodemográficas (Sexo, edad, Nivel de estudios), V. de Control: Autonomía al ingreso-alta (Índice I. Barthel modif. por Granger et al), Estado cognitivo (T.

Pfeiffer), Diagnóstico médico. V. Independiente: Índice de Personalización de Cuidados (IPC) Cuestionario autoadministrado, estructurado en tres bloques de preguntas, 7 dirigidas al paciente, 2 al médico responsable y 3 sobre registros enfermeros, se entrega al alta del paciente. Sus ítems corresponden a las funciones descriptoras del modelo. V. De Resultado: Relación de confianza, Satisfacción con los cuidados (LOPSS 12 modificado), Reingresos, Reclamaciones, Estancia, Caídas, Aparición o empeoramiento de UPP. Se realizó análisis descriptivo de variables sociodemográficas y de Control, análisis bivalente y multivariantes entre la variable principal y las v. de resultado.

Resultados. Se incluyeron 447 sujetos: 228 (H1) y 219 (H2). U. Neurología del HUVR: 56,6% mujeres y 43,4% hombres. Movilidad al ingreso, media: 25,56; al alta: 33,25. Autonomía al ingreso, media: 54,98; al alta: 71,9. Deterioro cognitivo, 13,66%. Se identificaron 42 GRDs diferentes, el 56,1% tenían Dx. Médico ICTUS. El 25,9% de los IPC fueron cumplimentados por cuidadores. U. Infecciosos del HUPM: 53,4% mujeres y 46,6% hombres. Movilidad al ingreso, media: 29,28; al alta: 35,9. Autonomía al ingreso, media: 63,32; al alta 77,05. Deterioro cognitivo en el 17,8%. Se identificaron hasta 96 GRDs diferentes. El 25,6% de los IPC fueron cumplimentados por cuidadores. El grado de personalización, la media fue de $7,97 \pm 3,11$. Este valor es mayor según aumenta la estancia del paciente. El análisis bivalente muestra asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre el grado de personalización y las variables de resultados: percepción de confianza del paciente, Ítems del cuestionario LOPSS referidos a conocimientos y habilidades de comunicación de la enfermera y recuperación de autonomía del paciente (sólo en casos de ICTUS en la muestra de pacientes del hospital Virgen del Rocío). No se observó asociación con otras variables. Respecto a la estancia, el elevado número de GRDs estudiado hace imposible establecer relación. Respecto a la variable "aparición o empeoramiento de UPP", no se valoró ante el bajo número de pacientes que presentaba riesgo de Upp (escala Braden)

Discusión. Las funciones realizadas por la enfermera al personalizar la atención aumentan la satisfacción del paciente con el cuidado recibido y su confianza en el profesional, y contribuye a una mejora en la recuperación del nivel de autonomía en los casos diagnosticados de ictus.

G-61 CAUSAS DE DISCORDANCIA ENTRE LA ESTANCIA ESPERADA Y LA REAL EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

C. Santiago Díaz, C. Gil Anguita, A. Fernández Mirabell,
J. Serrano Martínez, J. Ramírez Taboada, P. Conde Baena,
N. Navarrete Navarrete y J. Jiménez Alonso

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

Objetivos. Principal: comparar la estancia prevista al ingreso y la estancia real. Secundarios: 1) Cuantificar el grado de discordancia en el total de pacientes incluidos en el estudio y la media de días en qué se diferencian la estancia prevista respecto a la real. 2) Identificar los subgrupos de pacientes en función de sus antecedentes personales y motivos de ingreso en los cuales existe mayor concordancia vs. discordancia.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes (N = 337) que cumplieran los criterios de inclusión del estudio durante los 4 primeros meses del año 2010 en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Virgen de las Nieves (HUVN). Se consideró corta estancia (CE) aquellos con duración ≤ 10 días y larga estancia (LE) > 10 días. Variables analizadas: motivo/s de ingreso (MI), antecedentes personales, portadores permanentes de sondajes, ingresos previos en el último año, complicaciones durante el ingreso y destino al alta (domicilio, residencia, hospital

de pacientes crónicos/paliativos, traslado a otro servicio o exitus). Se asumió un error alfa del 5% con una $p < 0,05$ para la significación estadística. El análisis estadístico de los datos se llevó a cabo con el programa SPSS v.15.0.1.

Resultados. 210 de los 337 pacientes fueron asignados a CE y 127 a LE. Los principales MI fueron IC descompensada, infección respiratoria, sepsis. La coincidencia entre estancia real y prevista fue del 57%. De los previstos como CE la concordancia fue del 74% mientras que los asignados a LE fue del 34%. Si excluimos en el grupo de LE los exitus y las altas a hospital de crónicos/paliativos la coincidencia entre estancia prevista y real aumenta a un 41%; por el contrario en los pacientes de CE se reduce a un 71%. No hubo diferencias significativas en el porcentaje de exitus (14% en CE vs 23% en LE, $p = 0,136$). Los exitus durante los primeros 10 días de ingreso fueron de un 15% en los pacientes previstos como de CE y de un 28% en los de LE ($p = 0,114$).

Discusión. En más de la mitad de los pacientes hubo coincidencia en la estancia prevista. Mientras que la concordancia entre la estancia prevista y la real en los pacientes asignados como de CE fue de casi 3 de cada 4 pacientes ingresados, en los que se consideraron como de LE fue sólo de un tercio. Si se excluyen los exitus en este grupo la tasa de coincidencia aumenta; aunque la proporción de exitus en ambos grupos no es estadísticamente significativa ($p = 0,136$) sí lo es clínicamente ya que en el grupo de LE es claramente mayor que en el de CE (23% frente a 14%) siendo su tamaño considerablemente menor ($n = 127$ frente $n = 210$). Esto podría explicarse a un posible sesgo de selección por parte del especialista en Medicina Interna en el momento del ingreso. Aquellos pacientes que acuden con un cuadro potencialmente más grave, mayor patología concomitante se asignan a LE debiéndose asumir su mayor riesgo de exitus o complicaciones. Esta hipótesis se refuerza al comparar los fallecimientos durante los 10 primeros días, siendo de 15% en CE y de 28% en LE ($p = 0,114$).

Conclusiones. La coincidencia entre la estancia renal y estimada de nuestros pacientes es del 57%, siendo mayor en los pacientes con estancia prevista igual o inferior a 10 días.

G-62 REPERCUSIÓN DE UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA SOBRE LA HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL

M. Martínez Lasheras, A. Costa Cerdá, E. Martín Echevarría, D. Bernal Bello, A. Pereira, M. Torralba de Suso, J. Machín Lázaro y M. Rodríguez Zapata

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara.

Objetivos. Nuestro objetivo es analizar en qué medida ha afectado beneficiosamente en nuestro hospital la apertura de una unidad de corta estancia.

Material y métodos. Se han revisado los datos de información asistencial de nuestro hospital desde 1994 y se ha analizado la repercusión desde la apertura de la unidad de corta estancia en 2006.

Resultados. En la tabla describimos en cada año el número de pacientes atendidos y la estancia media. En los últimos 5 años la estancia media es con y sin UCE. El año 2010 incluye sólo hasta el mes de mayo.

Discusión. Los datos aportados desvelan como en los primeros años aunque el número de pacientes era menor la estancia media era elevada. Posteriormente se fueron mejorando los datos, pero es a partir de la apertura de la unidad de corta estancia cuando se obtiene la menor estancia media. En concreto nuestra unidad disminuye en un día la estancia media global de la hospitalización.

Conclusiones. La presión asistencial sobre la hospitalización convencional es un problema acuciante en la actualidad. Por ello comenzaron a implantarse alternativas como las unidades de corta estancia, las unidades de colaboración directa con la Atención Primaria y la hospitalización en domicilio. En nuestro caso comenzamos con una unidad médica de corta estancia contando con 10 camas, dos adjuntos de planta y uno de consulta. Según los datos aportados gracias a esta unidad y de forma mantenida durante 5 años hemos conseguido disminuir en un día la estancia media de la hospitalización. Ver tabla 1 (G-62).

G-63 ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRÚRGICO POR MEDICINA INTERNA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL COMARCAL

M. González Benítez, M. Grana Costa, M. Maíz Jiménez, B. Escolano Fernández, M. Barón Ramos, M. Godoy Guerrero, G. Uribarri Sánchez y A. Ruiz Cantero

Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga).

Objetivos. Analizar la asistencia a pacientes quirúrgicos valorados de forma sistemática por el internista en un hospital comarcal y conocer el porcentaje de pacientes pluripatológicos atendidos y la posible influencia de esta característica en otras variables.

Material y métodos. Se analizó la actividad de un internista en las plantas quirúrgicas de un hospital comarcal de 150 camas, en horario de mañana de lunes a viernes, desde el 01/02/2009 al 30/06/2009. Se atendió de forma sistemática a todos los pacientes mayores de 70 años ingresados en Traumatología, Cirugía General y Urología y el resto de interconsultas que se recibieron en el período de estudio. Se analizaron el número de pacientes atendidos, edad, sexo, Servicio de ingreso, motivo de ingreso, días de seguimiento, número de problemas atendidos, mortalidad y criterios de pluripatología. Se realizó un estudio descriptivo, resumiendo las variables cuantitativas mediante medias y desviación estándar y las cualitativas en frecuencias y porcentajes. Las variables se compararon mediante Chi-cuadrado y t de Student.

Resultados. Fueron atendidos 169 pacientes (74 mujeres, 95 hombres), con una edad media de 76,44;9,03 años. La distribución por servicios fue: Cirugía General 68 (40,2%), Traumatología 65 (38,5%), Urología 36 (21,3%). Los motivos de ingreso fueron: fractura de cadera (42, 24,9%), cirugía vesical (30, 17,8%), cirugía biliar (24, 14,2%), cirugía de colon (24, 14,2%), gonartrosis (23, 13,6%),

Tabla 1 (G-62).

Planta Año	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Ptes	802	909	847	930	1073	1080	1045	1505	1424
E. media	15,38	15,31	15,21	14,62	12,93	11,51	11,12	10,6	11,27
Planta Año	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
Ptes	1.416	1.705	1.864	2.211	2.718	3.009	2.622	1.300	
E. Media	10,38	9,99	9,45						
Sin UCE				8,86	8,74	8,28	8,43	8,4	
Con UCE				7,71	7,43	7,32	7,46	7,06	

cirugía de próstata (6, 3,6%), otros (20, 11,9%). La media de días de seguimiento fue 8,56 y fueron atendidos una media de 2,12 problemas por paciente, generando un total de 1.446 asistencias (9,64 pacientes por día). Se atendió a 46 (27,2%) pacientes quirúrgicos pluripatológicos (29 hombres, 17 mujeres), que presentaban las siguientes diferencias con respecto a los no pluripatológicos: mayor edad (79,43 años frente a 75,37, $p = 0,009$), más días de seguimiento (11,67 frente a 7,39, $p = 0,002$), mayor número de problemas atendidos por paciente (3,17 frente a 1,73, $p < 0,001$) y mayor mortalidad (15,2% frente a 2,4%, $p = 0,002$). Se atendieron 6 interconsultas de otros servicios (ORL y Ginecología).

Discusión. La atención a pacientes quirúrgicos genera una importante carga de trabajo para el internista, detectándose un elevado porcentaje de pacientes pluripatológicos. Los problemas médicos durante el ingreso de pacientes quirúrgicos son manejados de forma más eficaz y con mayor prontitud si existe un internista dedicado a su asistencia, permitiendo atender dichos problemas antes de que aparezcan complicaciones. Esto es especialmente importante en el caso de los pacientes pluripatológicos, cuya complejidad requiere la visión global y experiencia clínica del internista para un adecuado tratamiento.

Conclusiones. La valoración sistemática de pacientes quirúrgicos por el internista permite mejorar la calidad de la asistencia de estos pacientes. Esta actividad beneficia especialmente a los pacientes pluripatológicos, que presentan más complicaciones y mayor mortalidad y necesitan un seguimiento más prolongado.

G-64

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON ALTA DEMORADA POR MOTIVOS NO MÉDICOS Y ANÁLISIS COMPARATIVO CON EL GLOBAL DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

D. Mendoza Giraldo, A. Navarro Rodríguez, A. Sánchez Quijano, R. Asencio Marchante, M. García Gutiérrez y E. Lissen Otero

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. Investigar la frecuencia con la que se producen altas hospitalarias con demora por razones no médicas en el ámbito de un servicio de medicina interna de un hospital de tercer nivel y evaluar la pérdida de días útiles de hospitalización que ello conlleva. Conocer las características clínicas diferenciales de estos pacientes con respecto al total de los pacientes ingresados en Medicina interna.

Material y métodos. Estudio observacional, abierto y prospectivo. Se incluyeron todos los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Virgen del Rocío cuya alta se demoró por motivos no médicos entre el 1 de febrero de 2008 y el 31 de enero de 2009. Se recogieron la fecha del ingreso, la fecha del alta médica (establecida según criterio del clínico responsable) y la fecha del alta hospitalaria real. Se registró el tiempo transcurrido entre ambas, las causas determinantes de la estancia indebida generada y el destino del paciente al alta. Se registraron las características clínicas de estos pacientes y se compararon con las del global de pacientes ingresados en Medicina Interna durante el mismo período. Se realizó un análisis estadístico posterior con el paquete SPSS 18.0.

Resultados. De los 4.637 ingresos que se produjeron en el área participante, en 172 (3,68%) el alta se vio demorada por motivos no médicos con una mediana de demora de 6 días (rango 1-78 días), 170 (98,8%) por problemas relacionados con el ámbito socio-familiar y 2 casos (1,2%) por problemas con el servicio encargado del traslado de los pacientes. El 50,3% eran varones y el 49,4% mujeres. La edad media fue de 75,74 \pm 12,65 años, mayor que la del total de

los pacientes ingresados en Medicina Interna 70,33 \pm 15,74 ($p < 0,05$). Los motivos de ingreso más frecuentes fueron disnea (24,4%), déficit neurológico motor (13,4%), disminución del nivel de conciencia (10,5%), deterioro del estado general (9,9%) y síndrome febril (9,3%). Destacar un 1,2% (2 pacientes) en los que el motivo de ingreso fue exclusivamente la problemática social. La frecuencia de los diferentes diagnósticos principales difiere de la observada en el global de pacientes ingresados en Medicina Interna, siendo mayor en enfermedad cerebrovascular aguda (16,9% vs 5,6%; $p < 0,05$) y problemas relacionados con la ingesta de sustancias tóxicas (6,39% vs 2,62%; $p = 0,008$) y menor en síndrome coronario agudo (4,6% vs 10,10%; $p = 0,016$), no encontrándose diferencias en neoplasias, EPOC reagudizado, insuficiencia cardiaca descompensada e infección respiratoria. 27 (15,7%) de los pacientes falleció en espera del recurso solicitado, siendo una complicación nosocomial la causa del exitus en 5 de ellos.

Conclusiones. Un porcentaje considerable de las altas en Medicina Interna se demoró por problemática sociofamiliar, lo que genera un aumento de la estancia media. Encontramos una mayor prevalencia de enfermedad cerebrovascular y de problemas relacionados con la ingesta de sustancias tóxicas con respecto al global de pacientes ingresados en Medicina Interna. En cuanto al resto de diagnósticos, no se encontraron diferencias. Un porcentaje elevado de pacientes falleció en espera del recurso solicitado, 18% de ellos por alguna complicación derivada de su permanencia en el Hospital.

G-65

INFLUENCIA DE LOS FACTORES SOCIOFAMILIARES EN LAS ALTAS DEMORADAS POR MOTIVOS NO MÉDICOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

D. Mendoza Giraldo, M. García Gutiérrez, A. Navarro Rodríguez, R. Asencio Marchante, A. Sánchez Quijano y E. Lissen Otero

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. Conocer la frecuencia con la que se producen altas hospitalarias con demora por razones no médicas en un servicio de medicina interna de un hospital de tercer nivel y evaluar la pérdida de días útiles de hospitalización que ello conlleva. Conocer las razones de la demora y el destino al alta de dichos pacientes, así como la concordancia entre la solicitud inicial y el destino final.

Material y métodos. Estudio observacional, abierto y prospectivo de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Virgen del Rocío entre el 1 de febrero de 2008 y el 31 de enero de 2009 cuyo alta se demoró por motivos no médicos. Se recogieron la fecha del ingreso y la fecha del alta médica, establecida según criterio del clínico responsable. Se registró el tiempo transcurrido entre el "alta médica" y el "alta real", las causas determinantes de la estancia indebida generada, así como el destino del paciente al alta y la concordancia entre éste y la solicitud inicial o destino previsible. Se realizó un análisis descriptivo con el paquete estadístico SPSS 18.0.

Resultados. De los 4.637 ingresos que se produjeron en el área participante, en 172 (3,68%) el alta se vio demorada por motivos no médicos con una mediana de demora de 6 días (rango 1-78 días). De ellos, en 170 (98,8%) de los casos se debió a problemas relacionados con el ámbito socio-familiar: 51,2% por incapacidad de los familiares para cuidar por imposibilidad de conciliar los cuidados con la vida laboral, 20,9% por carencia de familiares o red de apoyo social, 12,8% por tener un domicilio inadecuado para las necesidades del paciente, 5,8% por ausencia de preparación al alta en cuanto al adiestramiento en el manejo de los

cuidados del paciente y 4,7% por carencia de domicilio. En 2 casos (1,2%) la demora se debió a problemas con el servicio encargado del traslado de los pacientes. El 91,8% fue valorado por la Unidad de Trabajo Social. Los destinos al alta fueron: domicilio sin ayuda (24,4%), con ayuda privada (11%), residencia privada (16,9%), unidad de respiro familiar (10,5%), hospital de cuidados mínimos (8,7%) y otros. 27 (15,7%) de los pacientes cuya alta se vio demorada falleció en espera del recurso solicitado. El destino final concordaba en todos los casos con el inicialmente previsto sólo en el supuesto inicial de destino al domicilio sin ayuda. En el caso de ayuda a domicilio privada un 70% de los pacientes que previamente la habían solicitado la obtuvo frente a un 11,1% de ayuda pública, similar a los que vieron concedida su solicitud de residencia privada (63,6%) frente a los que habían solicitado una pública (16,7%). Sólo un 30% de los pacientes cuyo destino previsible era un centro de acogida, al alta fue remitido al mismo. El 54,5% de los que solicitaron plaza en Hospital de Cuidados Mínimos la obtuvieron.

Conclusiones. Un porcentaje considerable de los pacientes que ingresaron en Medicina Interna vio demorada su alta por un problema de tipo sociofamiliar, lo que genera un aumento de la estancia media. Los motivos principales son la incapacidad de los familiares para cuidar por imposibilidad de conciliar los cuidados con la vida laboral y la carencia de familiares o red de apoyo social. Hay una importante discordancia entre la solicitud de recursos y la obtención de los mismos.

G-66

REDUCCIÓN DEL IMPACTO ECONÓMICO DE LA PANDEMIA DE GRIPE A EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL GENERAL

L. Noblia Gigena¹, O. Araújo Loperena¹, E. Martín Mojarro², P. Uneken², R. Ramírez Montesinos¹, C. Creus Gras¹, M. Carulla Aresté³ y E. Pedrol Clotet¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Medicina Familiar y Comunitaria, ³Técnico de Salud. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona.

Objetivos. Como consecuencia de la pandemia de gripe A, se creó un dispositivo especial de atención al paciente afectado mediante la apertura de una nueva consulta específica, a cargo de un internista con dedicación exclusiva. Se analiza el impacto económico que supuso el desarrollo de esta consulta específica.

Material y métodos. Estudio retrospectivo, transversal, de todos los pacientes asistidos en la consulta de gripe A durante la pandemia 2009-10. Se han recogido variables epidemiológicas, microbiológicas y clínicas. Se ha realizado el análisis estadístico con el paquete SPSS v.16. Se consideran los costes de acuerdo a los datos proporcionados por la dirección hospitalaria, y se han valorado los costes de: asistencia en consulta (primera y segunda visita), asistencia en el servicio de urgencias, hospitalización, estudios realizados (radiológico, analítico, microbiológico), material hospitalario específico (protección de barrera) y tratamiento prescrito (antiviral y antibiótico). Se ha atribuido a la consulta de gripe A el coste derivado de la asistencia, de las pruebas complementarias realizadas y del tratamiento prescrito. En la valoración del ahorro consideramos el gasto obviado por el número de pacientes en los que se evitó el ingreso hospitalario.

Resultados. Se han analizado 109 pacientes, con una edad media de 39,62 años (17-79); el 51,4% eran mujeres. Los servicios de procedencia de los pacientes fueron urgencias (70,6%), medicina interna (22%) y atención primaria (5%). De los pacientes, 67 no tenían criterios de ingreso, 26 procedían de la hospitalización previa (medicina interna y obstetricia) y en los 16 restantes la asistencia en la consulta especializada evitó su ingreso. En 73

pacientes se realizó una sola visita, 29 pacientes requirieron 2 visitas, y 7 entre 3 y 5 visitas. En 77 casos no se realizó ningún estudio de imagen complementario, en 30 ocasiones se realizó una radiografía de tórax y en 2 un TC de tórax. En 92 pacientes no se realizó analítica y a 15 se hizo una extracción. Desde la consulta no se realizó ningún estudio microbiológico de confirmación de enfermedad aunque 34 presentaron un frotis orofaríngeo positivo para H1N1. Respecto al tratamiento antiviral, 60 pacientes lo realizaron con oseltamivir durante 5 días; la terapia combinada (oseltamivir oral + zanamivir inhalado) se realizó en 2 pacientes. Respecto al tratamiento antibiótico en 56 casos se prescribió levofloxacino, en 12 ceftriaxona, y en otros tres casos combinaciones de dos antibióticos.

Discusión. El gasto en visitas en la consulta específica de gripe A representó 8.900 €; se gastaron 480 € en radiografías de tórax y 506 € en TC torácica. El coste de la analítica representó 280 €, y el coste del tratamiento completo (antiviral y antibiótico) 5.141,85 €. Por tanto, el coste global de la asistencia se calcula en 15.277,85 €. Por cada enfermo que ingresa en el hospital se genera un gasto de 291 € al día. Si la estancia media ha sido de 5 días, el evitar el ingreso en 16 pacientes, supone un ahorro de 23.280 €, que junto a los 1.633,6 € por ahorro en material hospitalario específico, representa un total de 24.136,6 €. Por tanto, el ahorro neto que representó la atención en consulta específica de gripe A se calcula en 9.635,75 €.

Conclusiones. El desarrollo de una consulta específica de gripe A ha resultado ser una medida coste-efectiva en el control de la enfermedad.

G-67

PASOS A SEGUIR PARA UNA GESTIÓN EFICAZ DE PACIENTES CON METÁSTASIS A ESTUDIO

A. Tejera Concepción, P. Laynez Cerdeña, J. Escobedo Palau, J. Medina García, M. Soriano, C. Rubio Rodríguez, A. Torres Vega y D. Gudiño

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos. Elaborar un protocolo, guía y finalmente vía clínica, para agilizar el diagnóstico y tratamiento de pacientes con metástasis a estudio que acudan al Servicio de Medicina Interna.

Material y métodos. Revisión de la literatura médica para establecer pautas eficaces para la elaboración de una vía clínica con el acuerdo y colaboración de todos los servicios implicados: Oncología Médica, Oncología Radioterápica, Digestivo, Cirugía General y Digestiva, Neurocirugía, Otorrinolaringología, Anatomía Patológica y Radiología.

Resultados. Protocolo de actuación sencillo, para el manejo rápido y coste-eficaz de estos pacientes.

Discusión. En nuestro hospital no existen vías clínicas para pacientes con metástasis a estudio, y la mayoría son ingresados desde Urgencias o desde la Consulta Externa de Medicina Interna para poder llegar de forma relativamente rápida a un diagnóstico y aplicar un tratamiento adecuado. Aun así la media de estancia hospitalaria para llegar únicamente a un diagnóstico es de unos 15 días. El paciente que en la mayor parte de los casos tiene un buen estado general, ocupa una cama hospitalaria por la ineficacia organizativa del sistema y como alternativa existe una lista de espera para pruebas complementarias de 3 a 6 meses, que sentencia al paciente con cáncer a una muerte segura.

Conclusiones. Resulta necesario establecer un protocolo de actuación claro, conciso y eficaz que aúne a todos los componentes de un Servicio de Medicina Interna que atiendan a pacientes con

metástasis a estudio. La existencia de una vía clínica además agilizaría el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes y evitaría su ingreso, siendo coste-eficaz para el hospital y mucho más confortable para el paciente.

Insuficiencia cardíaca

IC-1

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DE LA DISNEA CARDÍACA CON LA DETERMINACIÓN DEL BNP EN URGENCIAS

J. Blanch Falp, B. García Mackay, C. Gris Ambrós, E. Zúñiga Cedo, M. Mestres García, J. Torné Cachot y J. Baucells Azcona

Servicio de Medicina Interna. Hospital Residencia Sant Camil. Sant Pere de Ribes (Barcelona).

Objetivos. Determinar la utilidad del péptido natriurético cerebral (BNP) en pacientes que acuden al Servicio de Urgencias por disnea en un Hospital Comarcal.

Material y métodos. Se incluyeron en forma consecutiva todos los pacientes que acudieron a Urgencias por disnea durante el periodo de estudio. Como Gold Standard se utilizó el criterio de dos especialistas en forma ciega, basado en la clínica, las pruebas complementarias y la respuesta al tratamiento. Se realizó un análisis univariado, bivariado y multivariado. La evaluación del BNP se hizo como variable cuantitativa (curva ROC) y en forma dicotómica.

Resultados. Se incluyeron 94 pacientes con una edad media de 74 años, siendo el 61% mujeres. El 50% tenían antecedentes de cardiopatía y el 49% de neumopatía crónica. El diagnóstico fue de insuficiencia cardíaca (IC) en el 31,9%, EPOC / asma en el 30,9%, hiperreactividad bronquial en el 13,8% y otros en el 23,4%. De los casos con IC el 26,7% tenía antecedentes de neumopatía crónica. El 56,7% de los pacientes con IC tenían un MDRD < 50 ml/min/1,73 m², frente al 18,8% de los pacientes sin IC (p 0,000). La media de BNP fue superior en los pacientes con IC 864 vs 115 pg/ml (p 0,000). De los 30 pacientes con IC 5 fallecieron, siendo mayor la media de BNP en estos 1.347 vs 767. El área bajo la curva (ABC) ROC fue de 0,97, siendo el mejor punto de corte de 415 con una sensibilidad (S) del 80% y una especificidad (E) del 100%. La valoración dicotómica del BNP con distintos puntos de corte, mostró que un valor superior o inferior a 400 tenía una S del 80%, E del 98%, valor predictivo positivo (VPP) del 96%, valor predictivo negativo (VPN) del 91%, razón de verosimilitud positiva (RV+) de 51, razón de verosimilitud negativa (RV-) de 0,20 y con un Índice de Youden de 0,8. Por encima de 500 el VPP era del 100% y por debajo de 100 el VPN era del 100%. En el análisis multivariado la única variable que se relacionó con un BNP > 400 fue la IC, no siendo significativas la edad, el sexo o el MDRD. En el grupo de pacientes sin IC la media de BNP con MDRD < 50 fue de 141 vs 108 si el MDRD > 50 (p 0,323).

Discusión. Nuestros resultados son similares a los de otros estudios. El BNP es una herramienta útil en el diagnóstico de IC descompensada en Urgencias, especialmente en situaciones dudosas. En ningún caso puede sustituir al diagnóstico clínico. Se ha descrito su utilidad como parámetro de respuesta al tratamiento, aspecto que no hemos valorado en nuestro estudio y también su valor pronóstico, en nuestro caso y pese a ser una muestra pequeña, la cifra de BNP fue superior en los pacientes con IC que fallecieron. En nuestro estudio no se ha demostrado que la cifra de BNP se influya por la edad, sexo o insuficiencia renal, por el contrario la IC se relaciona con cifras de BNP más elevadas y de MDRD < 50.

Conclusiones. 1. La probabilidad de que un paciente con disnea en Urgencias tenga IC con una cifra de BNP mayor de 400 es del 96%, siendo del 100% si es > 500. 2. La probabilidad de no tener IC si la cifra de BNP es menor de 400 es del 91% y del 100% si es < 100.

IC-2

HEPATITIS ISQUÉMICA: ESTUDIO DE 19 CASOS DIAGNOSTICADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

J. Noval Menéndez, M. Campoamor Serrano, D. Galiana Martín, A. Álvarez-Uría Miyares, L. Montes Gil y M. Ballesteros Solares

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

Objetivos. Estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados de Hepatitis isquémica en nuestro centro desde el año 2001 a 2009, analizando los factores etiológicos asociados, los datos clínicos y analíticos característicos y su evolución.

Material y métodos. Revisión de las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de Hepatitis isquémica en base a los siguientes criterios diagnósticos: signos clínicos de afectación cardíaca, circulatoria o respiratoria; elevación brusca y transitoria de transaminasas; exclusión de otras causas de necrosis celular hepática: víricas y tóxicas; sin precisar confirmación histológica.

Resultados. Se encontraron 19 pacientes, 10 varones y 9 mujeres con una edad media de 79,1 años (50-97 años). Los factores etiológicos asociados fueron: insuficiencia cardíaca en 16: 11 con ICC descompensada y 5 con IC aguda; insuficiencia ventilatoria restrictiva e insuficiencia respiratoria crónica agudizada en 1; neoplasia pulmonar estadio IV en 1; TEPA masivo en 1. Los 16 pacientes con IC presentaban una Cardiopatía valvular 6, isquémica 5, degenerativa 3 y 2 desconocida. Tenían disfunción sistólica severa 5, 4 leve-moderada, 5 disfunción diastólica y en 2 no se realizó estudio ecocardiográfico. Su grado funcional era: NYHA I (2); NYHA II (8), y NYHA III (6), y 6 tenían hipertensión pulmonar. Las alteraciones analíticas a destacar fueron (valores medios): ALT 1.711 U/L (538-3.111); AST 1.858 U/L (335-3.540); LDH 3.496 U/L (1.131-11.218); ALT/LDH 0,61 (0,1-1,44); bilirrubina 2,21 mg/dl (0,6-2,26); creatinina 2,26 mg/dl (0,7-4,5); glucosa 118 mg/dl; tasa de protrombina 36,5% (11-64). Evolución: 11 pacientes fallecieron en el ingreso o en el primer mes tras la hospitalización y en 8 fue favorable.

Discusión. La hepatitis isquémica se ha asociado a distintos factores etiológicos: IC, shock de cualquier origen, insuficiencia respiratoria crónica, TEPA masivo, taponamiento cardíaco, aneurisma disecante, oclusión arteria hepática. El cociente ALT/LDH < 1,5 implica una sensibilidad de 94% y una especificidad del 84% de ser una hepatitis isquémica o tóxica y no viral. El manejo terapéutico se realiza en relación a la corrección hemodinámica y del factor desencadenante. Nuestros pacientes asocian los factores etiológicos descritos, presentan alteraciones analíticas características y hemos encontrado un pronóstico muy desfavorable.

Conclusiones. La hepatitis isquémica/hipóxica no es una patología tan infrecuente en pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca. Probablemente esté infradiagnosticada o infranotificada: clínicamente asintomática, identificada por alteraciones analíticas. La Historia clínica y las alteraciones de las PFH (LDH; ALT/LDH, etc.) facilitan el diagnóstico diferencial con otras hepatitis agudas (tóxicas, víricas). -Presentan un mal pronóstico a corto y medio plazo: edad, comorbilidad, independiente de la severidad de la cardiopatía previa. El tratamiento consiste sobre todo en la corrección hemodinámica y del factor descompensante (infección, arritmia, etc.) lo más rápidamente posible para disminuir el período de isquemia que evite daño irreversible cardíaco, renal, hepático, encefálico, etc.

IC-3 FACTORES PRONÓSTICOS DE MORTALIDAD AL AÑO EN PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA

I. Chivite¹, L. Ceresuela¹, I. Vega¹, P. Armario¹
y M. Martín Baranera²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Epidemiología.
Hospital General de l'Hospitalet. Barcelona.

Objetivos. Determinar los factores de mortalidad al año entre los paciente ingresados por insuficiencia cardiaca en un servicio de medicina interna.

Material y métodos. Se incluyen de forma prospectiva los pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca en nuestro servicio, desde enero 2007 hasta junio 2009. De cada paciente se registra: edad, sexo, Charlson, Barthel, etiología de la insuficiencia cardiaca (IC), grado funcional de la NYHA, presión arterial y frecuencia cardiaca al ingreso, parámetros analíticos, ECG (tipo de ritmo, presencia de bloqueo rama, hipertrofia ventricular o sobrecarga), ecocardiográficos (fracción de eyección, tamaño aurícula en mm), tratamiento al alta (IECA/ARAI, betabloqueantes, anticoagulantes orales). Al año se realizó seguimiento en consulta o de forma telefónica.

Resultados. Se incluyen 200 pacientes, edad media de 79 años (DE 8,2), fueron mujeres 114 casos (67%). El Barthel medio fue de 82,7 DE 20; Charlson 3,7 DE 1,7. El 30% de los paciente se encontraban en NYHA III/IV; la etiología fue hipertensiva 48%, isquémica en 35%, valvular 10% de casos. Presentaban anemia el 57% casos, Filtrado glomerular < 60 ml/min 64% de casos, fibrilación auricular 55% casos. Se dispuso de ecocardiograma en 152 casos. En el 46% de los pacientes la FE > 50%. Recibían iECAs o ARAII 91%, betabloqueante 55% y el 71% de pacientes con fibrilación auricular se anticoagularon. Al año fallecieron 60 pacientes (30%). El análisis bivariable mostró diferencias significativas en: Edad (fallecidos 81,4 años DE 7,1 vs no fallecidos 78 años DE 8,5) p 0,007, Barthel al ingreso (fallecidos 74,7 DE 24,9 vs no fallecidos 86,2 DE 17,8) p 0,001, Charlson (fallecidos 4,2 DE 1,6, no fallecidos 3,5 DE 1,6) p 0,003, NYHA I/II mortalidad 20% vs NYHA III/IV mortalidad 53% p 0,0005; etiología insuficiencia cardiaca (mortalidad en cardiopatía hipertensiva 20,8%, isquémica 37,1%, valvular 42,9%) p 0,006; Presión arterial sistólica al ingreso (fallecido 141,6 mmHg DE 27,6 vs no fallecido 151 mmHg DE 31,4); Presión diastólica al ingreso (fallecidos 75,3 mmHg DE 15,7 vs no fallecidos 81,8 mmHg DE 17,5); Hemoglobina (fallecidos 115,1 g/dl DE 19,2 vs no fallecidos 121,8 g/dl DE 20,1); Filtrado glomerular estimado (fallecidos 47, ml/min DE 19 vs no fallecidos 58,4ml/min DE 22,4). Los pacientes con fibrilación auricular no anticoagulados presentaron mayor la tasa de mortalidad p 0,001. Tras realizar el análisis multivariante los factores que se asociaban a mayor mortalidad fueron: Clase funcional NYHA III/IV OR 2,81 IC95% (1,3-6,07) p 0,0086; Etiología de la insuficiencia cardiaca: cardiopatía hipertensiva OR 1, isquémica OR 1,7, valvular OR 4,27 IC95% (1,41-12,94) p 0,0327; Charlson > 2 OR 2,96 IC95% (1,09-8,08); Hemoglobina OR 0,98 IC95% (0,96-1) p 0,051; no recibir anticoagulantes en paciente con fibrilación auricular OR 2,8 IC95% (1,05-7,49) p 0,039.

Discusión. Nuestro paciente tipo presenta edad media avanzada, predominantemente mujer, elevada comorbilidad y limitación funcional. La mortalidad al año fue elevada pese a una prescripción de iECAs y betabloqueantes bastante similar a la de otros registros de IC. Llama la atención que factores ecocardiográficos como fracción de eyección o tamaño auricular no indican peor pronóstico ni siquiera en análisis bivariante.

Conclusiones. La mortalidad al año en este grupo fue del 30%. Los factores que mostraron significación estadística para mortalidad fueron: La etiología de la insuficiencia cardiaca, la clase funcional NYHA III/IV; la elevada comorbilidad; anemia y no recibir anticoagulante en pacientes con fibrilación auricular.

IC-4 CARDIOMIOPATÍA CIRRÓTICA Y SU EVOLUCIÓN TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO. PAPEL DEL PÉPTIDO NATRIURÉTICO CEREBRAL

V. Garcés Horna¹, M. Herrero Torrús¹, G. Hojas Gascón²,
C. Fernández del Prado³, I. Pascual⁴, C. Llimiñana⁵, M. Simón⁶
y V. Bernal Monterde⁷

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Anestesiología,
³Servicio de Cardiología, ⁴Servicio de Digestivo. Hospital Clínico
Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. ⁵Servicio de Cardiología.
Hospital Ramón y Cajal. Madrid. ⁶Servicio de Bioquímica,
⁷Servicio de Digestivo. Hospital General San Jorge. Huesca.

Objetivos. La cirrosis hepática (CH) se asocia con alteraciones cardiacas conocidas como cardiomiopatía cirrótica. Nuestro objetivo fue evaluar su evolución después del trasplante hepático (TH).

Material y métodos. Estudio prospectivo. 43 pacientes con CH. Se analizaron datos clínicos, ecocardiográficos, hemodinámicos y niveles del péptido natriurético cerebral (BNP) antes y 6 meses después del TH.

Resultados. Pre-TH, un 56% de los pacientes presentaban síndrome hiperdinámico (índice cardiaco > 4 L/min/m²). De ellos, 18 (77%) tenían insuficiencia cardiaca (IC) de alto gasto cardiaco (PCP > 12 mmHg). 8 (19%) presentaban hipertrofia ventricular izda (índice masa ventricular izdo (IMVI) > 122-149 g/m²). Al menos 14 (33%) cumplían algún criterio de IC diastólica. Un 15% tenía niveles de BNP > 100 pg/ml (compatibles con IC). Estos niveles se relacionaban con el índice cardiaco pre-TH. La prevalencia de factores de riesgo cardiovascular se incrementó significativamente post-TH. Los pacientes con HTA post-TH tenían niveles más elevados de BNP que aquellos sin HTA (105 ± 96 vs 63 ± 45; p > 0,05). Post-TH, el IMVI disminuyó significativamente (113 ± 41 vs 99 ± 28 g/m²; p < 0,05). 26% tenían niveles patológicos de BNP post-TH y la función diastólica se deterioró significativamente (ratio E/A 1,079 ± 0,33 vs 0,836 ± 0,299; p = 0,002). El índice TEI, marcador global de función cardiaca, también empeoró (0,258 ± 0,08 vs 0,33 ± 0,15; p = 0,019). La curva ROC del BNP para el diagnóstico de hipertrofia ventricular izda fue 0,875 (IC95%: 0,713-1,037; p = 0,018) y para IC diastólica 0,825 (IC95%: 0,645-1,005). 6 (14%) pacientes fallecieron durante el primer año, 2 de ellos de causa cardiovascular. Ambos pacientes presentaban niveles patológicos de BNP pre-TH y estos niveles empeoraron post-TH.

Conclusiones. En la cirrosis, la función diastólica y los niveles de BNP empeoran después del TH. Los niveles elevados de BNP podrían ser un marcador diagnóstico y pronóstico de eventos cardiovasculares e IC diastólica después del TH.

Tabla 1 (IC-4).

	Pacientes (%)	IC < 2,8	IC normal	IC > 4,2
N	43	10	19	14
Edad (años)	55 ± 9	60 ± 6	54 ± 9	51 ± 12
Sexo (hombres)	30 (70)	11	15	4
Etio (OH/VHC/ Otras)	19/11/13	2/8/4	9/2/8	8/1/1
Clase child	4/15/24	2/5/7	2/7/10	0/3/7
Índice MELD	15 ± 5	13 ± 4	15 ± 6	19 ± 4
Ascitis	31 (72)	10	14	7
EH	25 (58)	9	10	6
PBE	11 (27)	4	5	2
SHR	2 (7)	1	1	0
HDA varicosa	9 (23)	1	4	4
HOC	9 (21)	6	3	0

IC-5 INSUFICIENCIA CARDÍACA Y FIBRILACIÓN AURICULAR: RELACIÓN ENTRE ELLAS Y LOS REINGRESOS

E. Rodríguez Beltrán, A. Antolí Royo, O. Abdallaoui, L. Andreu Urioste, E. Ferreira Pasos, M. Budiño Sánchez, C. Sánchez Sánchez y J. Barragán Casas

Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Ávila. Ávila.

Objetivos. Estudiar los pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca (IC) en nuestra área sanitaria durante los años 2005 y 2009. Valorar la relación entre la IC, la fibrilación auricular (FA) y los reingresos.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de episodios de pacientes con diagnóstico de IC en el Complejo Asistencial de Ávila en los años 2005 y 2009.

Resultados. En el año 2005 y 2009 los episodios de ingreso por IC fueron 1079 y 1255 que correspondieron a 806 y 971 pacientes respectivamente, de los cuales reingresaron 177 (22%) y 189 (19,5%) en 247 (22,9%) y 284 (22,6%) ocasiones. Los pacientes con IC tenían FA en 291 (26,9%) y 403 (32,1%) frente a 515 y 568 que no la presentaban. Los pacientes con IC que reingresaron presentaban FA en 115/177 (65%) y 100/189 (53%) casos.

Conclusiones. El porcentaje de pacientes que reingresan por IC se mantiene estable en 19,5-22% con similar porcentaje de episodios de reingreso (22,9-22,6%). La FA tiene una prevalencia del 36,1-42,8% en los pacientes ingresados por IC. La FA no provocó mayor número de reingresos. Ver tabla 1 (IC-5) y tabla 2 (IC-5)

IC-7 SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA

M. Serrano Fuentes, A. Conde Martel, J. Rodríguez Fernández, J. Ruiz Hernández, A. Álvarez Omar, I. Oliva Alfonso, M. Arkuch Saade y P. Betancor León

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

Objetivos. Conocer la prevalencia de síndrome metabólico (SM) en pacientes hospitalizados por insuficiencia cardiaca en un servicio de Medicina Interna y su relación con variables clínicas, analíticas, estancia y mortalidad.

Material y métodos. Se estudiaron de forma prospectiva a 282 pacientes consecutivos que ingresaron en el Servicio de Medicina

Interna con el diagnóstico de insuficiencia cardiaca. Se recogieron las características demográficas, antecedentes personales, capacidad funcional evaluada mediante la escala de la Cruz Roja, IMC, perímetro de cintura, hemoglobina (Hb), creatinina, perfil lipídico, VSG y pro-BNP. Además se recogió la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI), la estancia y mortalidad. Se utilizó la definición de síndrome metabólico del NCEP-ATP III. Se analizaron las diferencias entre los pacientes con y sin síndrome metabólico. La relación entre variables cualitativas mediante el test de Chi cuadrado y la relación entre variables cualitativas y cuantitativas mediante el test t-Student o el test U de Mann Whitney.

Resultados. De los 282 pacientes estudiados 145 (51,4%) eran mujeres y 137 (48,6%) varones. La edad media fue de 77,1 años, (DE: 10,6). La prevalencia de síndrome metabólico fue de un 75,2% (IC95%: 69,6-80,1%). Su presencia se asoció de forma significativa al sexo femenino (86,9% vs 62,8% de varones; $p < 0,001$) y a una peor capacidad funcional según la escala de la Cruz Roja (puntuación 2,0 vs 1,4; $p = 0,003$). No se observó diferencia en la edad media de los pacientes en función de la presencia o no de síndrome metabólico. Se observó asociación entre síndrome metabólico y una mayor FEVI (50,2% vs 41%; $p = 0,004$), de forma que un porcentaje superior de pacientes con síndrome metabólico mostraron FE preservada (69,4% vs 48,6%; $p = 0,002$). La presencia de síndrome metabólico se asoció con mayores valores de VSG 45 vs 35, ($p = 0,005$), pero no a otras alteraciones analíticas. No se observó asociación con la estancia, ni con la mortalidad.

Discusión. Se observa una alta prevalencia de SM, con más frecuencia en mujeres, lo cual se podría explicar por la frecuente pluripatología, avanzada edad y predominio del sexo femenino de los pacientes que ingresan con insuficiencia cardiaca en los servicios de Medicina Interna. En cuanto a la función ventricular, un mayor porcentaje de pacientes con síndrome metabólico presentó FE preservada, hecho que también relacionamos con la mayor prevalencia de disfunción diastólica en los pacientes con insuficiencia cardiaca valorados en los servicios de Medicina Interna. La asociación encontrada entre SM y mayores valores de VSG, se podría justificar por el estado inflamatorio que condiciona el propio SM y que podría ser uno de los mediadores que explicarían la ya conocida relación entre SM e Insuficiencia Cardiaca. Como ya ha sido mencionado en otros estudios, no encontramos relación entre SM y mayor estancia hospitalaria. Tampoco se observaron diferencias entre la mortalidad intrahospitalaria en los dos grupos hecho que no corroboran los otros estudios y para lo cual sería interesante contar con investigaciones futuras.

Conclusiones. El síndrome metabólico es muy frecuente en pacientes hospitalizados en medicina interna por insuficiencia cardiaca

Tabla 1 (IC-5). Relación entre reingresos por IC y presencia o no de FA

Año	2005	2005	2005	2005	2005	2010	2010	2010	2010	2010
Nº reingresos	2	3	4	5	6	2	3	4	5	6
Con FA	41	12	5	3	1	53	24	9	3	0
Sin FA	88	22	3	1	1	70	22	6	1	1

Tabla 2 (IC-5). Relación de pacientes y episodios con IC y FA

Años	2005	2009
IC: Nº episodios	1.079	1.255
IC: Nº pacientes	806	971
IC+FA	291/806 (36,1%)	403/971 (41,8%)
IC sin FA	515/806 (63,9%)	568/971 (58,2%)
Reingresos: total episodios	247/1.079 (22,9%)	284/1.255 (22,7%)
Reingresos: total pacientes	177/806 (22%)	189/971 (19,5%)
Reingresos: pacientes + FA	62/177 (35%)	89/189 (47,1%)
Reingresos: pacientes sin FA	115/177 (65%)	100/189 (52,9%)

ca. Se asocia al sexo femenino, a un peor estado funcional y a la presencia de función sistólica conservada. Su presencia no influye en el pronóstico.

IC-8 ACTITUD PALIATIVA ANTE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA TERMINAL

S. Romero Salado, M. Escobar Llompарт, A. García Egido,
J. Bernal Bermúdez, P. Jiménez Aguilar, J. Andrey Guerrero
y F. Gómez Rodríguez

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real.
Puerto Real (Cádiz).*

Objetivos. Se plantea cada vez más la necesidad de saber cómo actuar, cómo tratar a estos pacientes. En esos días se dispara la disnea, estados de agitación, de malestar y dolor inespecífico que crean gran ansiedad al paciente y a la propia familia. El objetivo que nos propusimos fue analizar la actuación en esos últimos días de los pacientes diagnosticados de insuficiencia cardíaca avanzada (ICA) comparada antes y después de actualización del tema.

Material y métodos. Revisión-análisis de los pacientes fallecidos con el diagnóstico de ICA como causa principal en el Servicio de Medicina Interna de un Hospital comarcal durante dos periodos: 1º período de 6 meses (noviembre 2007-abril 2008) y 2º período (noviembre 2008-abril 2009) tras actualización del tema. Se elaboró un protocolo de recogida de datos donde se incluyeron el tratamiento específico que venían realizando, la sintomatología presente en los últimos días y el inicio de maniobras de resucitación pulmonar (RCP). Se analizaron los datos de manera descriptiva.

Resultados. Pacientes recogidos (70 pacientes en total): 42 pacientes (2º período) frente a 28 (1º período -a partir de ahora entre paréntesis). Tratamiento previo: IECA/ARA II 95% (71%), betabloqueantes 80% (28%), diuréticos 100% (98%), digoxina 73% (35%), espirinolactona 47% (2%). Sintomatología presente en los últimos días: disnea 76% (94%), dolor 26% (42%), agitación 61% (57%). Maniobras de RCP: 7% (17%).

Discusión. La conversión de nuestro Servicio en Unidad de Gestión Clínica desde hace 2 años ha hecho que se regulara la asistencia a los pacientes con IC en un tratamiento basado en la evidencia según las guías de práctica clínica de las sociedades. En base a ello se ha mejorado la prescripción de aquellos tratamientos que disminuyen la morbimortalidad de estos pacientes (IECA/ARA -95% y betabloqueantes -80%). Tratamientos que ralentizan la evolución progresiva de estos pacientes y hacen que lleguen a mayor edad de supervivencia aumentando así el número de pacientes en estadios avanzados. Sin embargo, los diuréticos fueron los medicamentos más prescritos (porcentaje que se conserva respecto a hace dos años -99%); pero ha mejorado el número de pacientes en tratamiento con IECA y betabloqueantes (porcentaje hace dos años 71% y 28% respectivamente). El 76% de los pacientes presentan disnea en las fases finales de la enfermedad, el 26% dolor y se observa un aumento de la presencia de agitación en estos pacientes (61% frente a 57% hace dos años). A pesar el estado terminal se inició RCP en 3 pacientes (7%) frente a 17% hace dos años. Estos datos nos hacen pensar que aún debemos de mejorar bastante en el tratamiento paliativo de estos pacientes con el objetivo de conseguir un mayor confort y bienestar del paciente en esos últimos días.

Conclusiones. La IC es una enfermedad crónica con una evolución progresiva hacia grados funcionales que limitan la vida diaria de los pacientes y aumenta el sufrimiento de éstos. Los pacientes con estado clínico avanzado y con criterios de terminalidad se han de beneficiar conjuntamente del tratamiento específico y de tratamiento paliativo. Es absolutamente necesario informarse y estar formados en cuidados paliativos para una mejor asistencia al paciente y a la familia. Además el hecho de no tratarse de una enfermedad oncológica hace que el momento de tomar un camino, u

otro, o ambos en el tratamiento de estos pacientes sea una decisión difícil que hoy en día poco a poco se va tratando de definir.

IC-9 INSUFICIENCIA CARDÍACA TRAS INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

J. Miramontes González¹, E. Puerto Pérez¹, D. Pescador²,
J. Martín Oterino¹, E. Helena Sorando³, S. Márquez Batalla¹
y A. Sánchez Rodríguez¹

*¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Traumatología,
³Servicio de Cirugía Plástica. Hospital Universitario de Salamanca.
Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.*

Objetivos. Conocer los casos de insuficiencia cardíaca que se diagnostican tras una intervención quirúrgica y que requieren la participación desde M. Interna para su diagnóstico y tratamiento. Se recogen todos los casos, tanto los pacientes que presentan antecedentes de insuficiencia cardíaca en los antecedentes personales como los pacientes que presentan un episodio por primera vez.

Material y métodos. Se realiza un análisis de las interconsultas enviadas desde los servicios quirúrgicos de nuestro centro en el período de 6 meses, de estas interconsultas se realiza una valoración los diagnósticos y los juicios clínicos así como las distintas conductas terapéuticas que se han propuesto desde Medicina Interna en el momento diagnóstico y en el seguimiento posterior.

Resultados. Se registraron un total de 77 casos de insuficiencia cardíaca (IC). Todos tras la intervención quirúrgica. En 68 casos se recogieron antecedentes de insuficiencia cardíaca, de los cuales recibían tratamiento 59 casos. En la revisión de la estrategia terapéutica y los comentarios de la evolución se observa que en el 80% de los casos se restituye el tratamiento habitual del paciente de forma conjunta con una mayor dosis de tratamiento con diuréticos de asa. En los casos restantes, pacientes sin tratamiento previo o insuficiente, se instaura terapia deplectiva y se pauta tratamiento para la IC previo al alta. Los pacientes que presentaban tratamiento, para la IC previo al ingreso, el tratamiento que se pauta en la planta se reduce el número de fármacos y se bajan dosis, este hecho es más destacado en los casos de diuréticos y fármacos antihipertensivos de la familia de los IECAs y ARaII. Influye el volumen de líquidos aportado endovenoso durante la intervención, sin que se pueda realizar una cuantificación precisa.

Discusión. La necesidad de valorar las comorbilidades de los pacientes en el ingreso es una necesidad conocida, el caso de la insuficiencia cardíaca no es capta a esta necesidad, conocida y valorada su intensidad es necesario mantener el tratamiento hasta la intervención, y tras la cual valorar la sobrecarga de volumen a la que se somete a los pacientes, causa en muchos casos de agudización de la IC.

Conclusiones. Es necesario valorar la presencia de IC en los pacientes que ingresan para ser intervenidos. Se ha de mantener el tratamiento previo al ingreso sin reducir fármacos y dosis. Valorar el aporte de líquidos por vía venosa durante la intervención quirúrgica, en muchos casos condiciona una modificación del tratamiento deplectivo.

IC-10 INSUFICIENCIA CARDÍACA DE ORIGEN ABDOMINAL

J. Miramontes González¹, V. Prieto Vicente², J. Sánchez Tocino³,
N. Cubino Bóveda¹, L. Mateos Polo¹ y A. Sánchez Rodríguez¹

*¹Servicio de Medicina Interna, ³Servicio de Cirugía General.
Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Virgen de la Vega.
Salamanca. ²Servicio de Digestivo. Hospital Universitario de
Salamanca. Hospital Clínico. Salamanca.*

Objetivos. Una de las causas de insuficiencia cardíaca (IC) es la hernia de hiato gigante, que tras ocupar parte del mediastino impi-

de la correcta mecánica cardíaca. El objetivo de esta comunicación es analizar nuestra experiencia con las hernias de hiato gigantes que condicionaban cuadros de IC.

Material y métodos. Se realiza un análisis de los casos registrados de IC cuyo principal condicionante era una hernia de hiato gigante. El total de casos resultó de 13, con el diagnóstico de sospecha y la confirmación posterior por métodos de imagen y endoscopia.

Resultados. De los 13 casos, 5 casos no eran subsidiarios de intervención quirúrgica por la edad que presentaban (mayores de 85 años) se desaconsejaba, 1 de los pacientes se descartó la intervención de la hernia al diagnosticarse una neoplasia a nivel pulmonar con metástasis, otra paciente descartó la intervención. De los pacientes intervenidos, 5, 4 estaban en clase funcional III-IV de la NYHA, y uno de ellos en clase III. Tras la intervención los pacientes se reclasificaron a clase II. La necesidad de fármacos se disminuyó sin llegar a desaparecer, la presencia de HTA, en 4 de los pacientes, apoyó la decisión de mantener los IECA/ARAI, y diuréticos a dosis menores en los pacientes, 3 mantuvieron espirolactona a dosis menores de las previas a la intervención.

Discusión. La hernia de hiato es una causa de IC conocida, su diagnóstico sencillo permite identificarla y proponer un tratamiento quirúrgico por vía laparoscópica con apenas complicaciones. Tras la intervención la mejoría de los pacientes es notable y la necesidad de fármacos se reduce de forma considerable. Así pues el hecho de que sea una causa de IC potencialmente "curable" nos hace concluir que el diagnóstico de la hernia de hiato gigante ha de ser una de las causas en el diagnóstico etiológico de la IC a la se ha de tener especial atención.

IC-11 VALORACIÓN NUTRICIONAL EN PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA

A. Ortiz, M. Montero, E. Lozano, M. Mantero, A. Jurado, R. Martínez, J. Ampuero y M. Carracedo

Servicio de Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Córdoba.

Objetivos. Determinar el estado nutricional y los hábitos nutricionales en pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca.

Material y métodos. Estudio observacional, transversal y descriptivo. Población de estudio y criterios de inclusión: Se incluyeron de forma consecutiva 18 pacientes mayores de 50 años con diagnóstico de IC ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital U. Reina Sofía de Córdoba y que dieron su consentimiento a participar en el estudio. Variables del estudio: Datos demográficos, medidas antropométricas (talla, peso, circunferencia del brazo, abdominal y cadera; pliegues: bicipital, tricípital y subescapular). El índice de masa corporal (IMC), se calculó con la siguiente fórmula = Peso (kg)/talla (m²). Se clasificó el grado de obesidad, siguiendo los criterios de la OMS. La administración del cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos, que consta de 11 grupos de alimentos permitió obtener información sobre las preferencias y gustos alimenticios de los enfermos, déficit y exceso en el consumo de determinados nutrientes y el número de calorías que consumen diariamente. Se ha realizado un análisis descriptivo de la muestra con el programa SPSS 15.0.

Resultados. Edad media de 82 años, 72% mujeres. Del total de la muestra, 1 (5,6%) de los pacientes presentaba normo peso, 7 (38,9%) sobre peso y 10 (55,6%) obesidad. El 74% de los pacientes presentaban valores de los pliegues bicipital, tricípital y abdominal por encima del percentil 95. Un 63% de la muestra presentaban una circunferencia del brazo superior al percentil 95. La mayoría de los pacientes tenían un índice cintura cadera superior al normal (0,9 hombres y 0,8 mujeres) En relación al consumo de grasas en el 73% era excesivo (a expensas de grasas saturadas) y en el 27% normal. Consumen hidratos de carbono en el 44% en exceso, 19% normal y

37% de forma deficiente. El consumo de proteínas era deficitario en el 81% y normal en el resto. A nivel de la ingesta de alimentos se consumen lácteos, derivados y huevos de forma adecuada, toman un exceso de alimentos precocinados y bollería y se detecta un déficit en el consumo de carne, pescado, cereales, fruta, verduras y legumbres.

Discusión. Los datos antropométricos traducen un exceso de grasa corporal con un 55,6% de los pacientes que presentaban obesidad que puede estar relacionado con un exceso en el consumo diario de calorías que supera en número tanto en el caso de las mujeres como en el caso de los varones, además se evidencia un desequilibrio del consumo de los principios inmediatos con una ingesta excesiva de hidratos de carbono y grasas (sobre todo saturadas) y un déficit del consumo de proteínas.

Conclusiones. Los pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca presentan obesidad que puede estar relacionada por un consumo excesivo de calorías en forma de grasas saturadas.

IC-12 VALOR PRONÓSTICO COMBINADO DE ANEMIA Y HFABP AL AÑO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

M. Guisado Espartero¹, P. Salamanca Bautista², O. Aramburu Bodas², J. Arias Jiménez², J. Santamaría González², B. García Casado², E. Ramiro Ortega² y R. Pérez Cano¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal Infanta Margarita. Córdoba. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

Objetivos. 1. Describir el número de muertes y eventos combinados en los pacientes con IC según la presencia de anemia y/o H-FABP elevado. 2. Estudiar el valor pronóstico combinado al año de anemia y H-FABP elevado en los pacientes con IC.

Material y métodos. Se recogieron 156 pacientes ingresados por IC en un Servicio de Medicina Interna (según los criterios de Framingham y confirmación por ecocardiografía) y se les realizó un seguimiento de un año. Se recogieron datos de mortalidad y de eventos combinados (exitus por todas las causas + reingresos por IC). Se determinó la presencia de: anemia (según los criterios de la OMS) y proteína ligadora de ácidos grasos (H-FABP) elevada (> 4.988 ng/mL, según curvas ROC). Se establecieron 4 grupos según la presencia o ausencia de éstos y se realizó análisis de supervivencia de Kaplan Meier y análisis de regresión múltiple de Cox.

Resultados. El 23,7% de los pacientes fallecieron y el 47,4% tuvieron algún evento combinado al año. Se observaron diferencias significativas en el porcentaje de muertes y eventos combinados según la presencia o no de anemia y/o H-FABP elevado. El grupo en el que había un mayor porcentaje de muertes y eventos fue el que tenía anemia y H-FABP elevado, seguido de los que sólo tenían H-FABP elevado y posteriormente de los que sólo tenían anemia. El grupo sin anemia ni H-FABP elevado era el que tuvo menos muertes y eventos. El riesgo de muerte en el grupo con anemia y H-FABP elevado era 9,75 veces mayor que en el que no tenían anemia ni H-FABP; si sólo tenían H-FABP elevado el riesgo era de 4,74 y si sólo tenían anemia de 2,66. En el caso de evento combinado, el riesgo era de 4,24, 3,43 y 2,68 veces más, respectivamente. En los pacientes con anemia y H-FABP elevado la supervivencia libre de muertes y evento combinado al año era inferior que en los que sólo tenían uno o ninguno de los dos.

Discusión. En estudios previos se ha visto el valor pronóstico de la anemia y del H-FABP (proteína ligadora de ácidos grasos) en la IC. Aquellos pacientes con anemia o con H-FABP elevado tenían peor pronóstico. No hay estudios previos sobre el valor pronóstico combinado de ambos. En este estudio se objetiva cómo el pronóstico empeora si ambos están aumentados.

Conclusiones. 1. Los pacientes con anemia o H-FABP elevado tienen un mayor porcentaje de muertes y evento combinado. 2.

La presencia combinada de ambos aumenta significativamente el porcentaje de muertes y eventos. 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 H-FABP elevado. 4. La presencia de ambos marcadores identificaría un grupo de mayor riesgo que precisaría un mejor seguimiento e intensificación del tratamiento.

IC-13

VALOR PRONÓSTICO AL AÑO DE LOS MARCADORES MIOCÁRDICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA Y ANEMIA

M. Guisado Espartero¹, P. Salamanca Bautista², J. Jiménez Arias², O. Aramburu Bodas², B. García Casado², J. Santamaría González², E. Ramiro Ortega¹ y R. Pérez Cano¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Margarita. Cabra (Córdoba). ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

Objetivos. 1. Describir el número de muertes y eventos combinados en los pacientes con IC y anemia según la presencia de uno, dos o más marcadores miocárdicos elevados. 2. Estudiar el valor pronóstico al año de pacientes con IC y anemia según el número de marcadores miocárdicos elevados.

Material y métodos. Se recogieron 156 pacientes ingresados por IC en un Servicio de Medicina Interna (según los criterios de Framingham y confirmación por Ecocardiografía) y que tenían anemia según los criterios de la OMS y se les realizó seguimiento por un año. Se recogieron datos de mortalidad y de eventos combinados (exitus por todas las causas + reingresos por IC). Se determinó la presencia de: troponina T elevada (TnT): > 0,01 ng/mL; proteína ligadora de ácidos grasos cardíacos elevada (H-FABP): > 4.988 ng/mL; y péptido natriurético elevado (NT-proBNP): > 3.818 pg/mL, valores obtenidos mediante curvas ROC. Se establecieron 4 grupos según la presencia de uno, dos o tres de los marcadores elevados o la ausencia de todos ellos y se realizó análisis de supervivencia de Kaplan Meier y análisis de regresión múltiple de Cox.

Resultados. El 23,7% de los pacientes fallecieron y el 47,3% tuvieron algún evento combinado al año. El porcentaje de muertes y eventos fue significativamente superior en los pacientes que tenían los tres marcadores miocárdicos elevados (TnT, H-FABP y NT-proBNP), frente a los que no tenía ninguno o sólo uno o dos de ellos. El riesgo de mortalidad en estos pacientes era 12,52 veces mayor que los que sólo tenían anemia sin ningún marcador elevado. Si tenía un marcador elevado era de 1,87 veces mayor y si tenía dos de 2,40 veces. El riesgo de evento combinado era 4,59 veces mayor si tenía los tres marcadores elevados. Si tenían sólo un marcador elevado, el riesgo era similar a si sólo tenían anemia (1,07), y si tenía dos marcadores elevados el riesgo era de 1,93. La supervivencia y la evolución libre de evento combinado eran significativamente peores en el grupo con anemia y los tres marcadores elevados.

Discusión. Los marcadores miocárdicos elevados en los pacientes con IC son factores de peor pronóstico. En este estudio se objetiva que cuántos más factores pronósticos elevados tenían los pacientes con IC y anemia, el porcentaje de muertes y eventos combinados era mayor. No se tuvo en cuenta qué marcador era el elevado.

Conclusiones. 1. Los pacientes con IC y anemia y con TnT, NT-proBNP y H-FABP elevados tienen un mayor porcentaje de muertes y evento combinado que los pacientes que sólo tienen alguno o ninguno de éstos. 2. El riesgo de muerte y evento combinado en estos pacientes es casi 12 y 5 veces mayor que los que no tienen ningún marcador elevado, con una supervivencia libre de muertes y eventos también menor. 3. La combinación de marcadores identi-

ficaría un grupo de mayor riesgo que precisaría un mejor seguimiento e intensificación del tratamiento.

IC-14

TRATAMIENTO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA: HIPERPOTASEMIA, LA EPIDEMIA CONTINÚA

C. Sánchez Sánchez, O. Abdallaoui, E. Rodríguez Beltrán, L. Andreu Urioste, C. Rodríguez Blanco y J. Barragán Casas

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

Objetivos. Evaluar los ingresos por hiperpotasemia en nuestro hospital antes y después del estudio RALES (Randomized Aldactone Evaluation Study) en el año 1.999 y analizar su influencia en la prescripción de espironolactona junto a otros inhibidores del eje RAA.

Material y métodos. Estudio retrospectivo desde el año 1998 hasta 2009 con diagnóstico, tanto primario como secundario, de hiperpotasemia en los informes de alta domiciliaria y exitus. Se evaluó el número de altas por hiperpotasemia en las especialidades de Medicina Interna, Nefrología (excluyendo los pacientes en programa de hemodiálisis) y Cardiología; edad de los pacientes; enfermedades asociadas (Insuficiencia Renal, DM, ICC y combinación de las tres); tratamiento previo al ingreso (IECA, ARAII, antialdosterónicos o la combinación de alguno de ellos) y la tasa de mortalidad.

Resultados. El total de altas por hiperpotasemia fue de 312, objetivándose un aumento exponencial de las mismas desde el año 1998 al 2008 con un leve descenso en el año 2009, total de 48 (17,6%) antes del estudio RALES (1998 y 1999) y 265 (82,4%) tras la publicación del mismo (2000-2009). La edad media fue de 80 años, 17 pacientes (6,25%) menores de 70. El 71% presentaba Insuficiencia Renal, el 63% ICC, el 36% DM y el 21% presentaba las tres enfermedades. El 1.3% correspondía a pacientes evaluados antes del año 2000, y el 22% después. Tratamiento 221 pacientes (70%) recibían tratamiento con IECA, ARAII, antialdosterónicos o combinación, y de los 91 restantes, del 20% no se pudo obtener dicha información y el 10% de ellos no recibían tratamiento con ninguno de estos fármacos. De los pacientes tratados, el 27% recibía IECA, el 15% ARAII, el 31% espironolactona y el 27% combinación de alguno de estos fármacos.

Discusión. El estudio RALES (Randomized Aldactone Evaluation Study), publicado en el año 1999, demostró que la espironolactona, agregada al tratamiento estándar de Insuficiencia Cardíaca Crónica con los fármacos habituales, siendo uno de ellos un IECA, reducía significativamente la morbimortalidad en paciente con Insuficiencia Cardíaca severa clase funcional III-IV de la New York Heart Association (NYHA) y con disfunción del ventrículo izquierdo. En este estudio la hiperpotasemia no representó un problema sustancial y se produjo sólo en un 2% de los casos. En estudios observacionales posteriores se examinó la tendencia en la tasa de prescripción de espironolactona y la tasa de hospitalización por hiperpotasemia, antes y después del RALES, demostrando una relación significativa entre el aumento de la prescripción de espironolactona después del estudio y la morbimortalidad por hiperpotasemia severa, especialmente en la población mayor de 65 años que estuvo en tratamiento con IECA. En base a estos últimos resultados, se plantea la necesidad de una monitorización estricta de los niveles de potasio y función renal antes y durante la terapia con antialdosterónicos y combinaciones con otros inhibidores del SRAA, para evitar la hiperpotasemia y sus serias consecuencias.

Conclusiones. Este estudio demuestra que después de la publicación del RALES, ha aumentado la tasa de prescripción de espironolactona. En los últimos años hay mayor tendencia a usar IECAs, ARAII y su combinación con antialdosterónicos. Hay más ingresos por hiperpotasemia, a pesar de las recomendaciones de monitorización de función renal y niveles de potasio.

IC-15 HORARIO DE PRESENTACIÓN DEL SHOCK CARDIOGÉNICO Y MORTALIDAD HOSPITALARIA. ¿EXISTE ALGUNA INFLUENCIA?

J. Córdoba Soriano, A. Gutiérrez Díez, M. Simón García, R. Fuentes Manso, A. Ruiz Tornero, C. Llanos, M. Fernández Anguita y J. Jiménez Mazuecos

Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

Objetivos. El shock cardiogénico (SC) es la principal causa de mortalidad hospitalaria del SCA. Por otra parte algunos estudios sugieren que la hora de presentación del SCA pueda influir en el pronóstico. Aunque esto es difícil de interpretar se arguye que pueda ser debida a variaciones circadianas de las catecolaminas circulantes, a un mayor retraso en el tratamiento en horario extralaboral o a una peor respuesta por el cansancio del equipo de guardia. Una de las situaciones más demandantes para una alerta de hemodinámica es la angioplastia primaria (AP) del SC en el que cualquiera de estas hipótesis podría tener mayor trascendencia

Material y métodos. Analizamos las diferencias de mortalidad en el SC en función de la hora de realización de la AP, horario matutino (HM) u horario de urgencias (HU) en todos los P con SC remitidos para AP que llegaron vivos a sala de hemodinámica en un centro con capacidad de intervencionismo urgente. Se excluyeron P con complicaciones mecánicas o arritmicas como causa del SC. Se estudia la mortalidad a las 72 horas y al alta hospitalaria.

Resultados. Se estudiaron a 72 P en situación de SC. El 41% se presentaron en HM. Eran varones el 69%, diabéticos el 37%. Tenían antecedentes de cardiopatía previa el 19%. El 38% eran infartos anteriores. Se usó balón de contrapulsación en el 45% de los casos. Eran pacientes con enfermedad multivaso el 63%. En el 93% se realizó AP (el 20% multivaso) y en 4% se requirió cirugía sola o añadida. No hubo diferencias en ninguna de las variables entre los dos grupos (HM y HU). La mortalidad a las 72 horas fue menor en P en HM que en P en HU (10% vs 35%, chi cuadrado con corrección de Fisher de 0,015). Aunque la mortalidad hospitalaria seguía siendo mayor en HU no alcanzaba significación estadística (HM 33% vs HU 47%, p: NS).

Conclusiones. Parecen existir diferencias en la supervivencia al menos precoz en los pacientes con SC en función del horario en el que se realiza la angioplastia primaria de forma que pacientes atendidos durante el horario laboral normal tienen mejor supervivencia en las primeras 72 horas.

IC-16 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PRONÓSTICO DEL SHOCK CARDIOGÉNICO POR FALLO DEL VENTRÍCULO DERECHO. ¿EXISTEN DIFERENCIAS CON EL SHOCK CARDIOGÉNICO POR FALLO DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO?

E. Cambronero Cortinas¹, A. Ruiz Tornero¹, V. Hidalgo Olivares¹, R. Fuentes Manso¹, F. Jiménez Mazuecos², M. Fernández Anguita¹, I. López Neira¹ y J. Jiménez Mazuecos¹

¹Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. ²Servicio de Reanimación. Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

Objetivos. El shock cardiogénico por fallo predominantemente de ventrículo derecho (SCVD) es una entidad menos frecuente y estudiada que el shock por fallo ventricular izquierdo (SCVI).

Material y métodos. Presentamos nuestra experiencia en este tipo de pacientes (P) con SCVD en un centro con capacidad de intervencionismo urgente tras revisar de forma retrospectiva la evo-

lución en los 5 últimos años de todos los P que llegaron vivos a sala de hemodinámica en situación de SC. Se excluyeron P con complicaciones mecánicas o arritmicas como causa del SC. Se describen las características clínicas y el pronóstico hospitalario y en el seguimiento y se compara frente al SCVI.

Resultados. Se estudiaron a 77 P en situación de SC, de los cuales un 26% (20 P) eran predominantemente fallos de VD. La edad media fue de 73 ± 12 años. El 70% eran varones. Un 42% se presentaron como SC. Un 40% eran diabéticos, 70% de HTA, 25% de fumadores. Un 5% presentaban cardiopatía previa. El 60% presentaron enfermedad multivaso coronaria (sin diferencias en ninguna variable frente al SCVI). La única diferencia significativa fue en la FEVI (47% vs 31% en el SCVI, p < 0,01) y en el uso de balón de contrapulsación (25% vs a un 52% en el SCVI, p: 0,04). La supervivencia hospitalaria, a los 30 días y al año fue del 65%, 58% y el 51% respectivamente en el SCVD frente al 58%, 57% y 52% del SCVI (p: NS).

Conclusiones. El SCVD constituye un cuarto de los casos de shock cardiogénico con SCA. Su perfil clínico es similar al SCVI aunque con una mayor FEVI en la presentación. No obstante su pronóstico es igual de ominoso a pesar de medidas de tratamiento agresivas.

IC-17 RDW (RED CELL DISTRIBUTION WIDTH). ¿UN NUEVO MARCADOR PRONÓSTICO EN INSUFICIENCIA CARDÍACA?

C. Navarro San Francisco, A. Quesada Simón, R. Montejano Sánchez, S. Caro Bragado, A. Martín Quirós, N. Iniesta Arandía, M. Rodríguez Dávila y J. Camacho Siles

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos. El objetivo de este estudio es identificar si el RDW es útil como marcador pronóstico en la IC (insuficiencia cardiaca). El RDW es una medida cuantitativa de anisocitosis y define la variabilidad en el tamaño de los hematíes circulantes. Se encuentra elevado típicamente en condiciones de producción no efectiva de hematíes, aumento de su destrucción o tras transfusiones. Por ello el RDW, representa una medida integral de múltiples procesos patológicos en la IC (déficit nutricional, disfunción renal, estasis hepático, estrés inflamatorio).

Material y métodos. Se realizó una revisión retrospectiva de 128 pacientes, seguidos de forma ambulatoria en una consulta monográfica de IC, de un hospital terciario. Se evaluó el valor de RDW en la primera visita a la consulta y su relación con la edad, la Clase Funcional (CF) según la NYHA, el tipo de IC (sistólica o diastólica) y los valores de creatinina y ferritina.

Resultados. De los 128 pacientes revisados, disponíamos de RDW en 103 que fueron incluidos en el análisis. La edad media de los pacientes fue de 77 años (rango 43 a 92). La clase funcional se distribuye de la siguiente manera: I (26%), II (49%), III (24%) y IV (1%). Del total, 33 pacientes presentaban IC sistólica (32%) y 70 pacientes IC diastólica (68%). Clasificando a los pacientes en dos subgrupos según el tipo de IC en sistólica y diastólica, encontramos que el RDW aumenta a medida que empeora la clase funcional, independientemente de que se clasifiquen como IC sistólica o diastólica. En ambos subgrupos, el incremento de RDW es más marcado entre las clases funcionales II y III, y los valores de RDW son superiores en los pacientes con IC diastólica frente a los que tienen IC sistólica con igual clase funcional. Encontramos diferentes correlaciones entre los valores de RDW y variables como edad, creatinina y ferritina. Según nuestros resultados, a mayor edad y cifras de creatinina los valores de RDW son mayores (coeficiente de correlación: 0,21 y 0,17 respectivamente), mientras que la relación es inversa en el caso de la ferritina (coeficiente de correlación: -0,31).

Discusión. En este estudio se objetiva la tendencia ya descrita por otros autores de que el RDW, puede ser útil como marcador

pronóstico en la IC. El incremento de sus valores, se asocia a edades más avanzadas y a un empeoramiento de la clase funcional y deterioro de la función renal, situación cada vez más frecuente en los pacientes seguidos en las consultas de Medicina Interna. Esta relación entre RDW y otros biomarcadores de inflamación y del metabolismo del hierro, como la ferritina ya han sido evaluadas en otros estudios, dada su implicación en la fisiopatología en procesos asociados al desarrollo de IC.

Conclusiones. El aumento del RDW es un factor que se asocia a una mayor edad, a clases funcionales más avanzadas y por tanto a un peor pronóstico vital. Otras variables como la presencia de insuficiencia renal, asociando cifras elevadas de creatinina, se asocian también con un aumento de este factor. Se trata de una determinación analítica económica y accesible a todos los clínicos. Por ello, su asociación con otros parámetros clínicos y de laboratorio, debe promoverse como factor para la estimación pronóstica en la IC.

IC-18 SEGUIMIENTO TELEFÓNICO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA (ICC). VALORACIÓN DEL NÚMERO DE INGRESOS POSTERIORES Y GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES

X. Kortajarena Urkola¹, A. Fuertes Rodríguez¹, M. Elola Zeberio¹, K. Leizaola Arregui¹, U. Errasti Amiano¹, E. Zubillaga Azpiroz¹, J. Vivanco Martínez¹, G. Zubillaga Garmendia²

¹Servicio de Medicina Interna, ²UPV-EHU. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea. Donostia-San Sebastián (Guipúzcoa).

Objetivos. 1) Comprobar la reducción de reingresos hospitalarios en pacientes con diagnóstico de ICC que han sido dados de alta en un hospital terciario en los seis meses previos. 2) Determinar el ahorro económico con esta intervención. 3) Determinar la satisfacción de los pacientes mediante este seguimiento.

Material y métodos. Se obtienen del registro hospitalario aquellos pacientes dados de alta con diagnóstico de Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC) durante el periodo que abarca julio del 2009 a diciembre del mismo año. (N = 291). Se excluyen aquellos pacientes que: 1) no se consiga contacto telefónico; 2) estén ingresados en el momento del seguimiento y 3) no deseen participar. Se les somete a un seguimiento telefónico consistente en: llamada telefónica cada 15 días durante 3 meses (6 llamadas) en las cuales se interroga al paciente sobre su situación clínica y se insiste en el buen cumplimiento del tratamiento. Se recogen características basales, tratamiento prescrito, número de ingresos en los 6 meses previos por dicha patología, cumplimiento del tratamiento y grado de satisfacción en relación al seguimiento realizado. Se calcula que el gasto por cama/día en nuestro hospital es de 985 euros.

Resultados. Se reclutan 291 pacientes. De ellos, se excluyen 117 pacientes debido a: problemas de contacto telefónico (80), fallecimiento (17), ingreso durante ese periodo (4), no deseo de seguimiento (12), otros motivos (4). Los 174 pacientes seguidos presentaron 155 ingresos los 6 meses previos. Durante los 3 meses de seguimiento se registraron 62 ingresos (8 pacientes ingresaron varias veces). En 50 ocasiones fueron atendidos en el servicio de Urgencias o Consultas Externas, sin requerir ingreso. Se calcula, por tanto, una reducción de 15 ingresos en 3 meses con un ahorro estimado de 84.650 euros (estancia media calculada de 6 días). En la encuesta de satisfacción, ninguno insatisfecho, 81 satisfechos y 73 creen que es una idea excelente.

Discusión. La tendencia actual de la práctica médica se basa en controlar de forma cercana a los pacientes crónicos para evitar reingresos. Un seguimiento estrecho, asegurando un buen cumplimiento del tratamiento y derivación a Atención Primaria y/o el servicio de Urgencias para reajustes del mismo ante cualquier inciden-

cia, permitiría disminuir la tasa de ingresos. Esto supondría, por un lado, un importante ahorro económico a nivel sanitario, y por otro, gran satisfacción por parte del paciente.

Conclusiones. 1) El número de ingresos por ICC parece que podría reducirse tras un seguimiento telefónico en el que se insista en la cumplimentación de las medidas higiénico-dietéticas y farmacológicas. 2) Esta reducción supone un importante ahorro económico. 3) Importante grado de satisfacción por parte de los pacientes con el sistema de seguimiento.

IC-19 VERIFICACIÓN TELEFÓNICA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN 174 PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

M. Vaquero Valencia¹, M. Ibaruren Pinilla¹, A. Eguíluz Pinedo¹, A. Berroeta Iribarren¹, A. Fuertes Rodríguez¹, J. Vivanco Martínez¹ y G. Zubillaga Garmendia²

¹Servicio de Medicina Interna, ²UPV-EHU. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea. Donostia-San Sebastián (Guipúzcoa).

Objetivos. Comprobar la cumplimentación de los tratamientos y recomendaciones del informe de alta en pacientes con insuficiencia cardíaca dados de alta de un hospital terciario los últimos 6 meses. Comprobar si el seguimiento telefónico periódico y el refuerzo de la relación médico-paciente mejora el cumplimiento terapéutico.

Material y métodos. Se incluyen todos los pacientes dados de alta con diagnóstico de insuficiencia cardíaca congestiva durante un período de 6 meses. Se excluyen únicamente los pacientes con los que no se puede contactar vía telefónica, los que se encuentran ingresados en el momento de la primera llamada o ya han fallecido, y los que no desean participar. Se recogen datos correspondientes a sexo, edad, IMC, oxígeno domiciliario, antecedentes de EPOC, dieta, actividad física y tratamiento prescrito al alta. Se les llama por teléfono cada 15 días durante los 3 meses siguientes al alta y se verifica en cada llamada la cumplimentación terapéutica, el seguimiento de una dieta correcta y el grado de actividad física.

Resultados. De los 291 pacientes iniciales, se excluyen 117: 80 (68%) por imposibilidad de contacto, 17 (15%) por fallecimiento, 12 (10%) por no querer participar, 4 (3%) por estar ingresados, y 4 (3%) por otros motivos. Los 174 pacientes incluidos tiene una edad media de 78 ± 10 años, y el 54% son hombres. El IMC medio es de 27 ± 4 kg/m², 17 (10%) tienen oxígeno domiciliario, y 39 (22%) están diagnosticados de EPOC. En cuanto a las medidas higiénico-dietéticas, 120 (69%) de los pacientes realizan correctamente la dieta sin sal y 114 (66%) andan un mínimo de 30 minutos diarios. En lo referente al tratamiento de la insuficiencia cardíaca, de los 174 sujetos, 45 (26%) reciben IECA o ARA II más diuréticos, 45 (26%) toman IECA o ARA II, diuréticos y betabloqueantes, y el 39 (22%) IECA o ARA II junto con diuréticos y espirolactona. Todos cumplían bien el tratamiento y no lo modificaron durante el seguimiento telefónico. Durante los 3 meses de seguimiento, fallecieron 7 pacientes (4%).

Discusión. En la población actual, donde la incidencia de enfermos crónicos y polimedicados es creciente, el contacto telefónico periódico parece una buena opción para mejorar el cumplimiento terapéutico de estos pacientes. No parece sin embargo que dicho seguimiento mejore la realización de una dieta correcta y un nivel de ejercicio físico mínimo.

Conclusiones. Se confirma la correcta toma de la medicación prescrita en los pacientes seguidos de forma estrecha, aunque dicho tratamiento en ocasiones es mejorable. Se constata que el cumplimiento de las medidas higiénico-dietéticas es menor y mejorable.

IC-20 EPOC ASOCIADA A INSUFICIENCIA CARDÍACA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, ASPECTOS TERAPÉUTICOS E IMPLICACIONES PRONÓSTICAS EN LA SUPERVIVENCIA

N. Muñoz Rivas¹, M. Méndez Bailón¹, L. Audibert Mena²,
J. Ortiz Alonso², J. de Miguel³ y S. Nieto⁴

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Leonor. Madrid.

²Servicio de Medicina Interna. Hospital General Gregorio

Marañón. Madrid. ³Servicio de Neumología, ⁴Servicio de Geriátria. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos. Conocer la frecuencia, características clínicas e importancia pronóstica de la EPOC en pacientes ancianos con IC.

Material y métodos. Estudio de cohortes. Población de estudio: 306 pacientes ancianos incluidos en un programa de seguimiento en IC Grupos: 94 pacientes cumplieron criterios de EPOC definidos por tabaquismo y una FEV1/CVF < 70%. 212 no cumplieron diagnósticos de EPOC. En todos se realizó eco cardiografía para objetivar disfunción de VI. 24 meses de seguimiento ambulatorio. Todos los pacientes recibieron tratamiento según las guías de IC ESC 2008. Se evaluaron las comorbilidades en frecuencia e Í. Charlson. Se evaluó la mortalidad global durante 24 meses de seguimiento. Análisis bivariable EPOC (Sí/No). análisis de supervivencia. Curva de Kaplan-Meier.

Resultados. Se incluyó a 306 pacientes con diagnóstico confirmado de insuficiencia cardíaca. La prevalencia de EPOC fue del 30,71%. En los pacientes con EPOC fue significativamente más frecuente el antecedente de tabaquismo. También fueron significativamente más elevados en este grupo de pacientes el número de ingresos previos por insuficiencia cardíaca ($1,57 \pm 1,21$ vs $1,25 \pm 0,95$ $p < 0,05$) y el índice de comorbilidad de Charlson ($3,51 \pm 1,56$ vs $2,78 \pm 1,91$; $p < 0,05$). Durante el seguimiento de 24 meses se produjo el fallecimiento de 46 paciente de los que 20 (21,27%) tenían antecedentes de EPOC y 26 (12,26%) no, siendo las diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$). El antecedente de EPOC se asoció de forma significativa a la mortalidad por insuficiencia cardíaca en el análisis de regresión de supervivencia de Kaplan Meier de forma estadísticamente significativa log Rank $< 0,05$, y con una OR 2×52 (IC95% - 1,25-5,07).

Conclusiones. Los pacientes con insuficiencia cardíaca y EPOC tienen, en comparación con aquellos que no padecen esta última enfermedad, antecedentes más frecuentes de tabaquismo, mayor número de ingresos previos insuficiencia cardíaca e índice de comorbilidad de Charlson más elevado. La EPOC se asocia de forma significativa a la mortalidad en los pacientes con insuficiencia cardíaca.

IC-21 HIPERTENSIÓN PULMONAR EN ANCIANOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA: ¿UN ESPECTADOR INOCENTE?

M. Méndez Bailón¹, N. Muñoz Rivas¹, L. Audibert Mena²,
J. Ortiz Alonso³, S. Nieto³ y J. de Miguel⁴

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Geriátria. Hospital Infanta Leonor. Madrid. ³Servicio de Medicina Interna, ⁴Servicio de Neumología. Hospital General Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos. Conocer cómo influye en la mortalidad la hipertensión pulmonar en pacientes ancianos con IC, no preseleccionados por su FEVI y cuáles son sus los factores clínicos asociados.

Material y métodos. Es un estudio de cohortes prospectivo llevado a cabo en una población de 109 pacientes mayores de 65 años atendidos en una consulta monográfica de IC. El diagnóstico de IC se realizó de acuerdo con las recomendaciones de la Sociedad Europea de Cardiología de 2005. Se estableció el diagnóstico

de hipertensión pulmonar moderada-severa de acuerdo a criterios ecocardiográficos basados en la estimación de la presión sistólica de la arterial pulmonar en mmHg (PSAP). Los pacientes en los cuales no se pudo estimar la PSAP por ecocardiografía fueron excluidos del estudio. En todos los pacientes se evaluaron variables clínicas como la edad, sexo, antecedentes cardiovasculares, etiología de la IC, clase funcional de la NYHA, etc. En todos los pacientes se realizó un seguimiento prospectivo desde el momento de la inclusión en consulta hasta mayo de 2007. Se evaluó la mortalidad global intrahospitalaria y extrahospitalaria. Se realizó un análisis descriptivo y bivariable de frecuencias y medias de la muestra en los 109 pacientes. Posteriormente se llevó a cabo un análisis de regresión logística de los factores clínicos asociados con la presencia de HTP.

Resultados. En los 109 pacientes incluidos en el estudio, la edad media fue de $78,6 \pm 8$ años. El 52% eran mujeres y se encontraban en una clase funcional de la NYHA basal de $2,42 \pm 0,53$. Los valores de proBNP medios fueron de 4.762 ± 3.783 pg/ml. El 41% los pacientes presentaron una FEVI > 50% y la etiología de la IC más frecuente fue la isquémica (45%), seguida de la valvular (28%) y la diastólica (23%). En el 28% de los casos la hipertensión pulmonar era superior a 60 mmHg evaluada. Los pacientes con PSAP > 60 mmHg presentaron con más frecuencia antecedentes de sexo femenino (68% vs 46%; $p = 0,056$), se encontraban en una clase funcional de la NYHA más avanzada (III/IV) que los pacientes con IC y PSAP < 60 mmHg. Además la presencia de anemia (77% vs 46%; $p = 0,005$), fibrilación auricular crónica (87% vs 65%; $p = 0,024$) y FEVI > 50% (61% vs 35%; $p = 0,011$) fueron factores clínicos que se asociaron con más frecuencia a la HTP severa e IC. Todas estas diferencias fueron estadísticamente significativas con $p < 0,05$. Al realizar el análisis de regresión logística las variables que han presentado mayor grado de asociación estadística con la PSAP > 60 mmHg han sido la presencia de una fibrilación auricular crónica y anemia (OR de 5,7; IC: 1,47-13,49; $p = 0,08$). En cuanto al pronóstico, de los 109 pacientes seguidos fallecieron durante el periodo de seguimiento 15 (14%). Los pacientes con IC y PSAP > 60 mmHg tuvieron menor probabilidad de supervivencia a lo largo del tiempo que aquellos pacientes ancianos con IC y PSAP < 60 mmHg ($256,08 \pm 36,77$ días versus $467,16 \pm 21,50$ días; log rank con $p = 0,023$).

Conclusiones. La elevación de la PSAP > 60 mmHg en pacientes ancianos con IC es un marcador de mortalidad en pacientes ancianos con IC. Esta hipertensión pulmonar parece asociarse a la presencia de hipertrofia ventricular izquierda, anemia y sexo femenino, sin embargo se requieren más estudios que indaguen los aspectos etiopatogénicos entre hipertensión pulmonar y comorbilidad médica en el paciente anciano con IC.

IC-22 EFICACIA DE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA: APORTACIÓN DE LOS INTERNISTAS DESDE URGENCIAS

J. Nuevo-González, E. Gargallo, S. Gordo, J. Sevillano, J. Cano
y J. Andueza

Unidad Alta Dependencia-Urgencias. Hospital General Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos. En los últimos años estamos asistiendo a una mayor utilización de métodos de ventilación no invasiva (VMNI) fuera de las unidades de cuidados intensivos (UCI). Quisimos analizar los episodios de insuficiencia cardíaca (IC) en una unidad de cuidados intermedios vinculada al Servicio de Urgencias con médicos internistas entrenados en VMNI.

Material y métodos. Se analizaron prospectivamente los pacientes con diagnóstico clínico y/o radiológico de IC con criterios de VMNI atendiendo al trabajo respiratorio, gasometría, uso de

musculatura accesoria o fracaso de oxigenoterapia convencional. Se recogieron datos referidos a edad, género, antecedentes médicos, situación basal cardiorrespiratoria, datos analíticos, tipo de modo ventilatorio, tiempo de aplicación de VMNI, tolerancia y número de exitus. Se aplicaron índices objetivos de comorbilidad (Charlson) y de gravedad (APACHE II). Fueron recogidos los motivos por los que se desestimaron por las unidades de cuidados intensivos y coronarios. Se analizaron a través de SPSS 15.0.

Resultados. Se analizan 60 pacientes, 23 varones. Edad media de $80,9 \pm 8,6$ años. 23 pacientes presentaban IC aislada; en 37 existía IC más otra patología aguda (EPOC, neumonía). La saturación media de oxígeno al ingreso fue de 88%, mientras que a la salida de la unidad fue de 94,7%. El índice de Charlson era de $3,23 \pm 1,6$. El APACHE II fue de $15,7 \pm 4,7$. Más del 50% presentaban una situación basal de la NYHA de III-IV precisando oxígeno domiciliario en el 46,7% de los casos. Fueron valorados por UCI un 16,7% de los pacientes, sin ser ingresados en dicha unidad fundamentalmente por la comorbilidad del paciente (46,7%). Se utilizó BIPAP de Vision® (51 pacientes), siguiendo el criterio del médico de la unidad. Tiempo medio de VMNI: $16 \pm 11,9$ horas. Se consideró bien tolerada la técnica en el 88,3% de los casos. Hubo 2 fallecimientos (3,3%).

Conclusiones. La VMNI es una herramienta eficaz en el tratamiento de la IC aplicada desde Urgencias por internistas formados en dicha técnica, incluso en pacientes con alta comorbilidad y edad avanzada. Evita ingresos en unidades de cuidados críticos lo que reduce en menores costes sanitarios.

IC-23 PREVALENCIA Y CAUSAS DE ANEMIA CRÓNICA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA Y FRACCIÓN DE EYECCIÓN PRESERVADA

M. Yebra Yebra, J. Hernández García, J. Fresneda Moreno, J. Santiago Ruiz, C. Fernández Fernández, S. Blanco, M. Moralejo Martín y L. Manzano Espinosa

Servicio de Medicina Interna. Unidad de Insuficiencia Cardíaca y Riesgo Vascular. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos. Conocer la prevalencia y las causas de anemia crónica en la cohorte de pacientes ancianos con insuficiencia cardíaca y fracción de eyección normal (IC-FEP) seguidos en la Unidad de Insuficiencia Cardíaca y Riesgo Vascular (UICARV) del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Ramón y Cajal (Madrid).

Material y métodos. Se estudiaron todos los pacientes consecutivos diagnosticados de IC-FEP, sobre la base de un protocolo estandarizado. Además de una clínica compatible, todos los pacientes debían tener un ecocardiograma con FE $\geq 50\%$ y una aurícula izquierda dilatada o un BNP > 100 pg/ml. Se excluyeron los pacientes con valvulopatías severas. Se utilizó la definición de anemia de la WHO (hemoglobina < 12 g/dl en mujeres y < 13 g/dl en hombres) debiendo estar presente durante al menos 3 meses para considerarse anemia crónica.

Resultados. Se evaluaron 218 pacientes (73,9% mujeres), con una edad media de 80 años y un tiempo de seguimiento medio fue de 20 meses. El 45,9% de los pacientes (n: 100) presentaron anemia crónica. Las causas de la anemia se detallan en la tabla. En el 42% se identificó más de una causa. Con respecto a los pacientes en los cuales se detectó ferropenia (49%), no se realizó un estudio diagnóstico en el 36,7% de los casos y en el 28,6% se identificó una causa de ferropenia.

Discusión. La anemia es una entidad muy frecuente en nuestra cohorte (45,9%), siendo su prevalencia similar a otras series. Destaca el carácter multifactorial de la misma (en el 42% se objetivaron 2 o más causas), reflejo de la pluripatología de los pacientes

con IC-FEP. La causa más prevalente de anemia en nuestra serie fue la ferropenia (49%). En menos de un 40% de los pacientes sometidos a una evaluación etiológica de la ferropenia se detectó una causa convincente. Otras causas frecuentes de anemia son la enfermedad renal crónica (38%) y la asociada a trastornos crónicos (26%).

Conclusiones. La anemia es una entidad muy prevalente en los pacientes con IC-FEP seguidos. Presenta un carácter marcadamente multifactorial, aunque la causa más prevalente fue la ferropenia.

Tabla 1 (IC-23). Causas de anemia (n = 100)

Ferropenia	49
Anemia asociada a IRC	38
déficit de ácido fólico	15
Déficit de vitamina B12	21
Anemia de trastornos crónicos	26
Desconocida	13

IC-24 TRATAMIENTO DOMICILIARIO CON FÁRMACOS INTRAVENOSOS EN EL MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA SEVERA EN LA POBLACIÓN ANCIANA

E. Villegas Bruguera¹, A. Torres Corts¹, M. Lluch Targarona², L. Ferrer Ruscalleda² y J. Aliaga Parera³

¹Servicio de Hospitalización a Domicilio, ²Servicio de Medicina Interna, ³Dirección Médica. Hospital Dos de Maig-Consorci Sanitari Integral. Barcelona.

Objetivos. La insuficiencia cardíaca severa (ICCS) es una patología común entre la población anciana, y a menudo obliga a múltiples reingresos hospitalarios debido a descompensaciones agudas. Dichos reingresos entrañan numerosos riesgos para los pacientes, como las infecciones nosocomiales y el deterioro funcional. El manejo terapéutico de la ICCS descompensada puede incluir la administración de fármacos intravenosos, en forma de dosis puntuales o en perfusión, que habitualmente obligan a la permanencia del paciente en el hospital. El objetivo del estudio es demostrar que una Unidad de Hospitalización a Domicilio (HAD) permite una alternativa terapéutica domiciliaria con buenos resultados y escasas complicaciones.

Material y métodos. Análisis de las características clínicas, comorbilidad, dependencia funcional y evolución clínica de una serie de pacientes diagnosticados de ICCS descompensada ingresados en un HAD para tratamiento intravenoso a lo largo de tres años (2007-2009), provenientes de Cardiología y Medicina Interna, donde habían sido diagnosticados de ICCS descompensada a pesar de la optimización del tratamiento oral. Descripción de las complicaciones del tratamiento y del grado de satisfacción al alta (cuestionario propio).

Resultados. 23 pacientes (11 hombres y 12 mujeres), que generaron 44 episodios en HAD (rango 1-4 ingresos), con una edad promedio de 85 años (rango 70-90), y un promedio de ingreso de 10.5 días (rango 1-54). 21 pacientes (90%) no padecían deterioro cognitivo al ingreso (Pfeiffer promedio 2/10). Barthel promedio al ingreso 67 (rango 20-100). Comorbilidad asociada: Índice de Charlson promedio 4 (rango 2-6). El tiempo promedio de tratamiento fue de 12 días (rango 3-54) con perfusión de dobutamina o dopamina a dosis pre-beta con furosemida (12 episodios), perfusión de ambos agentes con furosemida (5 episodios), furosemida en perfusión (14), dosis puntuales de furosemida (18) o de morfina (1). 9 precisaron oxígeno domiciliario. 3 pacientes recibieron posteriormente morfina en perfusión continua debido a la mala evolución clínica, falleciendo confortablemente en su domi-

cilio, y acompañados por sus seres queridos. El resto de pacientes mejoraron y fueron dados de alta, dando puntuaciones muy altas en la encuesta de satisfacción (9,5/10, rango 8-10). Durante los 6 meses siguientes al alta 4 pacientes fallecieron debido a nuevas descompensaciones u otras complicaciones. No se detectaron efectos adversos relativos a los tratamientos. Complicaciones: 5 episodios de flebitis no complicada, 2 úlceras por presión, 1 caída no grave.

Conclusiones. La administración de fármacos intravenosos en el domicilio de pacientes afectados de ICCS descompensada es una alternativa segura a la hospitalización convencional, bien valorada por pacientes y familiares.

IC-27

HIPERTENSIÓN ARTERIAL ENMASCARADA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA. RESULTADOS DEL ESTUDIO DICUMAP

M. Camafort¹, F. Formiga², J. Pérez-Calvo³, J. Díez-Manglano⁴, J. Trullàs⁵, O. Aramburu⁶, J. Varela⁷, J. Grau⁸ y Grupo DICUMAP

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de Móra d'Ebre. Móra d'Ebre (Tarragona). ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

³Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Royo Villanova. Zaragoza. ⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sant Jaume. Olot. Girona. ⁶Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen Macarena. Sevilla. ⁷Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. ⁸Servicio de Medicina Interna. Hospital Municipal de Badalona. Badalona (Barcelona).

Objetivos. La hipertensión arterial (HTA) enmascarada es un fenómeno de prevalencia variable, para su diagnóstico se precisa de realización de MAPA, por lo que no disponemos de datos de prevalencia de HTA enmascarada en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC). Con este estudio pretendemos valorar la prevalencia de HTA enmascarada en pacientes con IC estable.

Material y métodos. Pacientes diagnosticados de IC, mayores de 40 años y que acuden a consultas externas. Se recogieron datos de historia del paciente, medicación habitual y de exploración física. Asimismo se realizó analítica de sangre y orina, ecocardiograma MAPA de 24 h, mediante Spacelabs, y seguimiento al mes a los tres, seis y doce meses, recogiendo datos de cambios en la medicación, reingresos, y mortalidad. Se definió como con HTA enmascarada a aquellos pacientes con una presión arterial sistólica (PAS) y presión arterial diastólica (PAD) en consulta inferior a 140/90 mmHg y una PAS/PAD 24 h por MAPA mayor o igual a 130/80 mmHg, o una PAS/PAD diurna por MAPA mayor o igual a 135/85 mmHg, o una PAS/PAD nocturna por MAPA mayor o igual a 120/70 mmHg (cualquiera de las seis opciones).

Resultados. 92 pacientes, edad media de 75 ± 11 años, 50% de mujeres. La media de FEVI fue de 54% ± 14. La PA Sistólica media en consulta fue de 139 ± 19 mmHg y la PA Diastólica media en consulta fue de 77 ± 11 mmHg. En cuanto a los resultados de la MAPA: Media de 24 horas: PAS: 126 ± 16 mmHg y PAD: 68 ± 10 mmHg. Media en actividad: PAS 128 ± 16 mmHg y PAD: 70 ± 10 mmHg. Media durante el descanso: PAS 124 ± 19 mmHg y PAD 65 ± 10 mmHg. En cuanto a la distribución por patrones de PA por MAPA fue la siguiente: Super Dipper 6%, Dipper 16%, No Dipper 43%, Riser 35%. La prevalencia de HTA enmascarada fue del 23%.

Discusión. Aunque la HTA enmascarada implica un peor pronóstico cardiovascular su prevalencia no es conocida en pacientes con IC, dado que la MAPA no forma parte de la rutina habitual del manejo del paciente con IC. Los datos de nuestro estudio muestran

una prevalencia no desdeñable de HTA enmascarada en pacientes con IC.

Conclusiones. La HTA enmascarada es frecuente en pacientes con IC. Esta situación podría condicionar la evolución de los pacientes con IC. Son necesarios más estudios que valoren la influencia de la HTA enmascarada en pacientes con IC.

IC-28

ANEMIA AS A PROGNOSTIC FACTOR IN HEART FAILURE

C. Guedes, M. Miranda, V. Peixoto, M. Fernandes, R. Pinho, E. Gonçalves y L. Pedro Tavares

Internal Medicine. Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga. Santa Maria da Feira (Portugal).

Objectives. Anemia is defined as a reduction of the hemoglobin concentration (Hb) or hematocrit (HCT). According to the World Health Organization (WHO), men with Hb < 13 g/dL or HCT < 39% and women with Hb < 12 g/dL and HCT < 37% have anemia. Some recent studies showed an association between deterioration of cardiac function, symptoms of heart failure (HF) and anemia. Aims: To evaluate the prevalence of anemia in patients hospitalized with decompensated HF, to characterize those with anemia and determine its prognostic value.

Material and methods. Clinical data were collected from the medical records of patients hospitalized with decompensated HF in an internal medicine ward in 2008. The statistical analysis was performed with SPSS.

Results. There were 287 cases of HF, with an average age of 79.3 ± 9.4 years old. Anemia was diagnosed in 53% of them (53.9% were males). Significant statistical differences in the co-morbidities were found between patients with and without anemia. Chronic renal failure and stroke were more frequent in patients with anemia (76.9% and 69.6%, respectively) - p < 0.05. In addition, anemia was present in 88.2% of the patients with creatinine on admission > 2.5 mg/dL (p < 0.01). Anemia was also related with in-hospital mortality and re-admissions at 6 months (72.2% and 62.9%, respectively) - p < 0.05. The etiology of anemia was diagnosed in 51.3% of patients, being chronic disease the most frequently observed (50%).

Discussion. Our results will be compared with those of other national and international series and registries.

Conclusions. Patients with decompensated HF and anemia have higher prevalence of chronic kidney disease and stroke and worse prognosis. Further investigation is needed to determine whether the correction of anemia improves prognosis in HF.

IC-29

SENSIBILIDAD DE LA GAMMAGRAFÍA CON TECNECIO99-DPD EN PACIENTES CON AMILOIDOSIS SISTÉMICA SENIL

B. Sopena¹, C. Vázquez-Triñanes¹, J. Oliver², A. Rivera¹, M. Freire¹ y C. Martínez-Vázquez¹

¹Unidad de Trombosis y Vasculitis (TYV), ²Anatomía Patológica. Complejo Universitario de Vigo. Vigo (Pontevedra).

Objetivos. Evaluar la sensibilidad de la gammagrafía ósea con Tecnecio99 3,3 diphosphono-1,2-propanodicarboxylic acid (Tc99-DPD) para detectar depósito cardíaco de amiloide en la amiloidosis sistémica senil (ASS).

Material y métodos. Se estudiaron prospectivamente todos los pacientes en los que se sospechó la presencia de amiloidosis cardíaca, atendidos en nuestra Unidad-TYV desde enero de 2008 hasta diciembre de 2009. El diagnóstico de ASS fue definitivo cuando se

demostró, por técnicas de inmunohistoquímica, la presencia de amiloide por depósito de transtiretina (TTR) a nivel tisular. Se consideró ASS probable cuando no pudo realizarse la biopsia endocárdica pero todos los datos clínicos y la cardio-RM eran compatibles con amiloidosis cardíaca en ausencia de otras formas de amiloide. A todos los pacientes, y a 5 controles de la misma edad y sexo con insuficiencia cardíaca sin datos sugestivos de ASS, se les realizó una gammagrafía con Tc99-DPD para evaluar la presencia de captación cardíaca.

Resultados. Se diagnosticaron de ASS 5 pacientes, 3 de ellos confirmados por biopsia endocárdica, todos ellos varones con una edad media de 82,6 años (rango = 79-88). Uno de los pacientes presentaba gammapatía monoclonal IgG-lambda. Eran hipertensos conocidos 3, todos ellos con episodios previos de insuficiencia cardíaca (ICC). En 3/5 pacientes existía ascitis cardíaca al ingreso. Se recogió antecedente de túnel carpiano en 4 (80%). Padecían fibrilación auricular 3 y eran portadores de marcapasos 2. En el ECG existía bajo voltaje ($R < 5$ mm en derivaciones de los miembros) en un 40%. Se detectó desproporción R en miembros / grosor septo en el 100%. La fracción de eyección fue $\leq 40\%$ en 3/5. La biopsia de grasa subcutánea en 5 casos y la rectal en 2 fueron negativas. La biopsia endocárdica demostró depósito masivo de amiloide-TTR en 2 casos y amiloidosis mixta TTR + AL en 1. En los otros 2 la cardio-RM mostraba signos de miocardiopatía por depósito. El retraso diagnóstico medio fue de 56.4 meses. En 2 de los pacientes el diagnóstico se hizo tras una media de 4 ingresos por ICC sin sospecharse ASS. En todos los casos, y en ninguno de los controles, se demostró intensa captación cardíaca con Tc99-DPD.

Discusión. Previamente se había establecido que la sensibilidad de la gammagrafía con Tc99 para detectar amiloidosis cardíaca era $< 20\%$. En esos trabajos, la mayoría de los pacientes padecían amiloidosis AL y la gammagrafía fue realizada con Tc99-pirofosfato. Algún estudio más reciente ha sugerido que la captación cardíaca del Tc99pirofosfato o Tc99-MDP es nula en pacientes con ASS, mientras que cuando la gammagrafía ósea se realizó con Tc99-DPD fue del 100%. Además, otras formas de amiloidosis cardíaca como la AL, mostraron nula captación con Tc99-DPD.

Conclusiones. La ASS es una entidad poco conocida y con importante retraso diagnóstico. La captación cardíaca de Tc99-DPD tiene elevada sensibilidad y especificidad para detectar ASS lo que puede ayudar en el diagnóstico de esta enfermedad.

IC-30 PREVALENCE, CLINICAL AND PSYCHOSOCIAL PREDICTORS OF DEPRESSION IN HEART FAILURE PATIENTS: A PORTUGUESE POPULATION

M. Fontelonga Bento, C. Fonseca, I. Araújo, F. Marques, F. Gândara, H. Dores, A. Leitão y F. Ceia

Servicio de Medicina III. Hospital de São Francisco de Xavier. Lisboa (Portugal).

Objectives. Heart failure (HF) is an epidemic in Portugal as in all industrialized countries. Depressive symptoms are frequently misdiagnosed and underestimated in HF patients. The purpose of this study was to determine prevalence and clinical, psychosocial and existential risks factors for depression in a Portuguese sample of HF patients.

Material and methods. 51 HF patients, NYHA functional classes I-IV, male 66.6%, mean age 72.94 ± 12.65 years. BDI-II was used to assess depression symptoms. Sociodemographic and Clinical data were obtained from medical records; multidimension variable, biopsychosocial-existential was analysed by the Structured Interview of Symptoms and Concerns (SISC) and a qualitative question was done to assess the positive aspects of life. The BDI-II categorized

patients in depressed and non depressed groups and clinical and psychosocial predictors of depression were determined by multiple regression analysis.

Results. The prevalence of depression in this sample of Portuguese HF patients was 27,5%. The following variables were associated with depression in HF: 1) Sociodemographic: female gender ($p = 0.045$), motivation for retirement (e.g disease) ($p = 0.026$). 2) Behavioural: sedentary ($p = 0.006$), drug therapy non-compliance ($P = 0.024$). 3) Clinical: orthopnoea ($p = 0.07$), fatigue ($p = 0.03$), prior hospitalizations ($p = 0.022$), III-IV classes NYHA ($p = 0.05$), high NT-pro-BNP ($p = 0.03$), not being on statins ($p = 0.045$). 4) Psychosocial and existential: financial concerns ($p = 0.09$), negative perception of social support ($p = 0.00$), difficulty on disease coping ($p = 0.011$), loss of resilience ($p = 0.001$) and hopelessness ($p = 0.00$). By multiple regression analysis, the following risk factors were independent predictors of depression in HF: drug therapy non-compliance (OR, 60.33), high NT-pro-BNP (0.406), not being on statins (OR, 24.32), negative perception of social support (OR, 69.03), loss of resilience (0.193) and hopelessness (OR, 137.46). In addition to the risk factors many of the positive aspects of life came from the social dimension.

Conclusions. Depressive symptoms were highly prevalent in this HF patients sample. The existential positive aspects were higher in depressed patients (suggesting a coping resource) and the psychological aspects (e.g. being valuable) were higher in non-depressed HF patient. Physical positive aspects were lower for both depressed and non-depressed patients. Depression HF patients have more severe Symptoms and Concerns belonging to all dimensions: psychological, social and physical and are associated with greater existential dimension in positive aspects (e.g. believes, transcendence) with scarce positive aspects of life.

IC-31 BOTH OBJECTIVE AND SUBJECTIVE MEASURES OF HEART FAILURE SEVERITY ARE RELATED WITH SYMPTOMS OF DEPRESSION

M. Fontelonga Bento, C. Fonseca, I. Araújo, F. Marques, A. Abreu, H. Dores, A. Leitão y F. Ceia

Servicio de Medicina III. H. São Francisco de Xavier. Lisboa (Portugal).

Objectives. Clinically significant depression was describe in about 1/5 of heart failure (HF) patients and varied by the use of questionnaires versus diagnostic interview and New York Heart Association (NYHA) defined HF severity. More objective measure of HF severity were less frequently related to depressive symptoms. The purpose of this study was to examine how the different measures of severity of HF influence the symptoms of depression in a sample of Portuguese patients with HF.

Material and methods. 51 HF patients, I-IV NYHA functional classes, male 66,6%, mean age $72,94 \pm 12,65$ years. We analysed the perception of several symptoms and concerns in four dimensions (physical, psychological, social and existential) with the Structured Interview of Symptoms and Concerns (SISC). The depression was categorized in two groups, non-depressed (72.6%) and depressed (27,5%) patients by BDI-II. Low left ventricular ejection fraction (LVEF) $< 50\%$, high NT-proBNP level and high heart rate were used as objectives parameters of HF severity and NYHA functional class as a subjective one. We analysed the relation between these objective and subjective measures of HF severity and depression.

Results. NYHA functional classes ($p = 0.05$), high NT-pro-BNP ($p = 0.03$), high heart rate ($p = 0.04$) were associated with depression.

LVEF was not ($p = 0.712$). In addition, the severity of HF measured by NYHA classes was also associated with resilience ($p = 0.026$).

Conclusiones. Both subjective and objective parameters of HF severity were associated with depression in this sample of Portuguese HF patients.

IC-32

TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE Y ANTICOAGULANTE EN PACIENTES INGRESADOS POR UN PRIMER EPISODIO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA. RESULTADOS DEL ESTUDIO PREDICE

E. Muro Fernández de Pinedo¹, J. Vila Santos¹, B. de Miguel¹, P. Magán Tapia², M. Martín Ponce³, M. Navarro Puerto³, I. Martín Garrido⁴ y L. Gómez Morales⁴

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Epidemiología Clínica. Unidad de Investigación. CIBER Epidemiología. Hospital 12 de Octubre. Madrid. ³Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Valme. Sevilla. ⁴Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. Comprobar el grado de adecuación a las indicaciones de antiagregación y anticoagulación según los criterios de la escala CHADS 2 (Gage et al, 2002) en pacientes con fibrilación auricular (FA) ingresados por un primer episodio de insuficiencia cardiaca congestiva (ICC).

Material y métodos. PREDICE [PREdicción Desenlaces en Insuficiencia Cardiaca en España (FIS 07/0945; FIS 06-90243; SAS 357-06)] es un estudio multicéntrico observacional de cohorte histórico en el que participan los hospitales H.U. Virgen del Rocío y H.U. Nuestra Señora de Valme (Sevilla), y H.U. 12 de Octubre (Madrid). Incluye 600 pacientes mayores de 18 años, ingresados por un primer episodio de insuficiencia cardiaca congestiva (ICC) desde enero de 2004 a diciembre de 2006. Empleamos las aplicaciones SPSS (SPSS Inc., Chicago, IL) y SAS (SAS Institute Inc., Cary, NC). Según los criterios de Gage et al, consideramos como indicación absoluta de tratamiento anticoagulante la presencia de 2 o más puntos en la escala CHADS2 (riesgo embólico elevado); a presencia de 1 punto en dicha escala establece un riesgo embólico moderado.

Resultados. La cohorte estudiada presentaba una edad media de 76 años (DE: 10,7 años), con un 56,4% de mujeres. Las comorbilidades más frecuentes fueron: HTA (65,2%), DM tipo 2 (39,2%), hipercolesterolemia (24,8%) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (14,8%). En un total de 250 pacientes (42%) se demostró la presencia de FA, de los cuales 81 (32%) presentaron prescripción al alta de tratamiento antiagregante, 152 (61%) de tratamiento anticoagulante y 21 (9%) de ambos. Según el score CHADS2, existía indicación absoluta de tratamiento anticoagulante en 223 pacientes (89,2%). De los 81 pacientes con prescripción de tratamiento antiagregante, 5 (6,2%) presentaron riesgo embólico moderado, y 76 (34%) riesgo embólico elevado. De los 152 pacientes con prescripción de tratamiento anticoagulante, 23 (15,1%) presentaron riesgo embólico moderado, y 129 (84,9%) riesgo elevado ($p = 0,006$). En 94 de los 98 pacientes (95,9%) sin prescripción de tratamiento anticoagulante al alta, se determinó la existencia de un riesgo embólico elevado.

Discusión. En los pacientes analizados en nuestro estudio, llama la atención, en primer lugar, la alta prevalencia de FA (acercándose a la mitad de los pacientes estudiados), los cuales presentan frecuentemente indicaciones de antiagregación y/o anticoagulación. La mayoría de los sujetos (cerca del 90%) presentaba un alto riesgo embólico, lo cual hace reflexionar acerca de la necesidad de anticoagulación en la mayoría de estos pacientes. A pesar de ello, observamos una proporción llamativamente elevada (96%) sin prescripción de dicho tratamiento, sin poder aclarar las causas de esta actuación con nuestro estudio.

Conclusiones. Sería recomendable optimizar el tratamiento anti-coagulante en pacientes con ICC y FA.

IC-33

PAPEL DE LA INSUFICIENCIA RENAL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA. ENSEÑANZAS DEL REGISTRO RICA

J. Casado¹, M. Montero², F. Formiga³, L. Ceresuela⁴, C. Sánchez⁵, D. Chivite³, J. Arévalo⁶, J. Romero⁷ y Grupo RICA

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital del Henares. Madrid.

²Servicio de Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Córdoba.

³Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge.

L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital General de l'Hospitalet. Barcelona. ⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila.

⁶Servicio de Medicina Interna. Hospital de Zafra. Zafra (Badajoz).

⁷Servicio de Medicina Interna. Hospital Perpetuo Socorro. Badajoz.

Objetivos. Evaluar la prevalencia de la insuficiencia renal (IR) en una cohorte de pacientes que han sufrido un ingreso por insuficiencia cardiaca congestiva (ICC), identificar variables que influyan en el deterioro de la función renal y valorar su implicación pronóstica.

Material y métodos. RICA es un estudio multicéntrico para evaluar las características, tratamiento y evolución de pacientes con ICC. Se evaluaron 714 pacientes que estaban en el registro en el momento de desarrollar el análisis. Las variables continuas se presentan como media y desviación estándar, las categóricas como porcentajes. El análisis de la varianza fue utilizado para variables continuas comparadas según FG y para cualitativas el test de chi cuadrado. El nivel de significación estadística se fijó en 0,05. Para identificar la asociación de variables con la IR se utilizó un análisis de regresión lineal multivariante y análisis de regresión de Cox para evaluar la asociación entre variables y mortalidad.

Resultados. Las características basales de nuestra cohorte presentan una edad media mayor cuanto menor es el FG, con peor grado de NYHA en FG menores e IMC inversamente proporcional a la IR. Hay tendencia a utilizar menos espironolactona en IR avanzada (22,9% en FG < 30 ml/m frente a 35,7% en FG > 60 ml/m; $p = 0,051$) y de manera significativa un menor bloqueo del eje renina-angiotensina-aldosterona con respecto a pacientes con menos disfunción renal (73,3% en FG < 30 ml/m frente a 88,2% en FG > 60 ml/m; $p < 0,01$). El análisis de regresión objetivó una asociación significativa entre tasa de FG y edad, grado funcional de la NYHA, sexo, IMC, terapia con espironolactona y diuréticos de asa. Un total de 100 pacientes habían fallecido (14%) al año. La mortalidad se asoció significativamente con el FG (log-rank 32.696; $p < 0,01$).

Discusión. Nuestros resultados están en concordancia con los de estudios similares. Dos terceras partes de los pacientes tienen IR y sus características basales, a diferencia de otros registros, reflejan la realidad de la ICC en Medicina Interna, predominando la etiología hipertensiva, mujeres y FEVI conservada, por lo que evaluar la IR en el pronóstico de nuestros pacientes tiene interés. Hay una mayor proporción de IR severa en comparación con otros estudios, probablemente condicionado por la avanzada edad y la gran comorbilidad. La espironolactona tiene probada eficacia en pacientes con ICC, pero el riesgo de hiperpotasemia y deterioro de función renal es considerable, ello justifica que en IR severa se prescriba menos, como refleja nuestro análisis.

Conclusiones. La IR tiene una gran prevalencia en pacientes con ICC. Hay gran proporción de pacientes con IR severa en comparación con estudios similares. La IR condiciona el pronóstico de los pacientes con ICC.

IC-34 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA EN MEDICINA INTERNA EN GALICIA: ESTUDIO SOGAMI-IC

J. Montes¹, T. Chouciño², A. Gómez-Guigüirey³, P. Pesqueira⁴,
J. Cerqueiro⁵, J. Castro⁶, A. Enériz⁷ y J. de Lis⁸

¹Servicio de Medicina Interna. Complejo Universitario de Vigo. Vigo (Pontevedra). ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Juan Canalejo. A Coruña. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Arquitecto Marcide. Ferrol (A Coruña). ⁴Servicio de Medicina Interna. Fundación Pública Hospital da Barbanza. Ribeira (A Coruña). ⁵Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo. ⁶Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Ourense. Ourense. ⁷Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal Valdeorras. O Barco de Valdeorras (Ourense). ⁸Servicio de Medicina Interna. Hospital Montecelo. Pontevedra.

Objetivos. Galicia es la Comunidad Autónoma con mayor número de muertes por insuficiencia cardíaca (IC). Aquí se analizan las características de pacientes hospitalizados por dicha entidad en diversos servicios de Medicina interna.

Material y métodos. Estudio de las características epidemiológicas de los pacientes hospitalizados en el año 2006 con el diagnóstico principal de IC en los Servicios de Medicina Interna de 9 hospitales de Galicia (los relacionados en títulos y Hospital POVISA (Vigo) (Fernández FJ, coordinador). Dichos hospitales fueron responsables del 81,4% de las altas por IC y el 76,2% de las altas totales en Galicia. Se consideró ingreso-índice el primero producido por IC en dicho año. Para asegurar la calidad y representatividad de la revisión se examinaron todas (< 30 pacientes), al menos 43 (30-500 pacientes) o 50 historias (> 500 pacientes) (García-Alegría J. Modelos organizativos y criterios de calidad en la asistencia al paciente con insuficiencia cardíaca. En: Medicina cardiovascular 2007; Madrid: Jarpay, 2007;57-60).

Resultados. Se examinaron las historias de 432 pacientes. El 53% eran mujeres, con una edad media de 79 años. La etiología de la IC fue isquémica en 29%, hipertensiva en 47% y valvular en 22%. El 53% presentaron fibrilación auricular. Los medicamentos al alta fueron: diuréticos (93%), IECAS/ARA II (68%), betabloqueantes (22%), espirolactona (27%) y anticoagulantes (35%). Los porcentajes de mortalidad fueron: 9,3% (ingreso índice); 5,1% (1 mes postingreso) y 26,4% (12 meses postingreso). En el seguimiento (mediana de 27 meses) se produjeron 1,9 hospitalizaciones por paciente y el reingreso del 63% de los sobrevivientes del ingreso índice.

Discusión. Aunque los pacientes son de avanzada edad y con polimedicación, se identifican algunos aspectos susceptibles de mejora. Por ejemplo, la prescripción de anticoagulantes en pacientes con IC y FA fue realizada sólo en 2 de cada 3 pacientes.

Conclusiones. Los pacientes con IC ingresados en Galicia son de avanzada edad con altas tasas anuales de mortalidad y reingresos.

IC-35 ANÁLISIS DE LAS INTERCONSULTAS HECHAS A UNA UNIDAD DE INTERCONSULTAS MÉDICAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO CON EL GRUPO CATEGÓRICO DIAGNÓSTICO CARDIORRESPIRATORIO

R. Sanz Lorente¹, C. Granda París¹, G. Sotres Fernández¹, P. González Díez¹, V. López Peláez¹, L. Gimeno Mateos² y J. Marco Martínez³

¹Servicio de Medicina Interna III, ²Unidad de Interconsultas Médicas. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ³Grado de Medicina, Universidad Complutense de Madrid. Madrid.

Objetivos. Describir las características de los pacientes cuyo diagnóstico categórico principal final fuese cardiorrespiratorio (in-

cluye problemas respiratorios como EPOC y cardíacos como insuficiencia cardíaca), contestadas por una unidad monográfica de interconsulta médica llevada por internistas en un hospital terciario. Comparación con el perfil general de pacientes y consultas realizadas al resto del hospital (grupo control).

Material y métodos. Explotación de una base de datos local creada al efecto. Periodo de estudio: septiembre 2007 a mayo 2010. Variables: 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. Datos puramente clínicos: servicio solicitante de la interconsulta, motivo de ingreso del paciente, causa de petición de la interconsulta, grupo diagnóstico o diagnóstico categórico principal final y motivo del alta. Comparación con el perfil general del paciente visto en la Unidad de Interconsultas médicas (grupo control). Una $p \leq 0,005$ tiene significación estadística.

Resultados. Se identifican 214 pacientes (50,0% hombres) con una edad media de 68,9 años (DE 15,1) (rango 24 a 100) p_{25} - p_{75} 62 a 80. El 96,8% de las consultas se atendieron en el mismo día ($p < 0,001$). La mediana de la estancia fue de 7 días (rango 0 a 76) p_{25} - p_{75} 3 a 17 ($p < 0,182$). El 19,2% se resolvieron en una sola visita (22,4% en grupo control). La mediana de visitas/paciente/episodio fue de 4 (rango 1-60) p_{25} - p_{75} 2 a 8; $p = 0,092$. Los servicios demandantes por orden de frecuencia fueron: psiquiatría (28,8%), cirugía general (17,1%), urología (14,9%), COT (11,3%) y ORL (7,2%). La mortalidad fue del 4,3% ($p = 0,161$) RR 0,62 (IC95% 0,32-1,22). El 75,8% de las altas fueron por mejoría. El resto fueron: por traslado (26,6%) [traslado a otro servicio (5,9%), traslado a otro centro (7,4%), a medicina interna (2,0%), a otros servicios (5,9%)] o por empeoramiento (0,5%).

Discusión. No existen diferencias significativas entre este grupo y el grupo control respecto a ninguna de las variables analizadas salvo en el mayor porcentaje de pacientes atendidos en el mismo día en que se pide la consulta. El mayor porcentaje de pacientes vistos se encuentra entre la población psiquiátrica y luego se reparte de forma homogénea entre los servicios quirúrgicos. La patología cardiorrespiratoria es nuestro segundo mayor grupo diagnóstico por detrás sólo de la patología infecciosa y por delante de la tumoral, lo que refleja la prevalencia de estos procesos en los servicios quirúrgicos y camas de psiquiatría donde la incidencia del tabaquismo y otros factores de riesgo cardiovascular es elevadísima. La mortalidad es más baja que el 6,41% de grupo control pero sin significación estadística. La labor del internista es básica en este grupo de patologías ya que conforman uno de los grandes bloques de complicaciones en los pacientes ingresados a cargo de otros servicios.

IC-36 DIAGNÓSTICO FINAL EN UNA SERIE DE PACIENTES ESTUDIADOS POR SOSPECHA DE HIPERTENSIÓN PULMONAR EN UNA UNIDAD ESPECIALIZADA

E. Chinchilla Palomares, R. González León, C. González Pulido,
E. Montero Mateos, A. León Guisado, F. García Hernández,
M. Castillo Palma y J. Sánchez Román

Servicio de Medicina Interna (Colagenosis e Hipertensión Pulmonar). Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. La hipertensión pulmonar (HP) se define por el incremento de la presión arterial pulmonar media (PAPm) ≥ 25 mmHg en reposo. La clasificación de la OMS establece 5 grupos, según la etiología y el mecanismo fisiopatológico subyacente. La hipertensión arterial pulmonar (HAP) constituye el grupo 1 de dicha clasificación y se define como una HP con presión capilar pulmonar ≤ 15 mmHg y ausencia de otras causas (descritas para el resto de los grupos). Nuestro objetivo es describir los diagnósticos finales en una serie de pacientes estudiados por sospecha de HP en una unidad especializada de un hospital de tercer nivel.

Material y métodos. Estudio retrospectivo descriptivo basado en la revisión de la historia clínica de los pacientes evaluados según el protocolo recomendado por las guías al uso para diagnóstico de HAP encaminado a la valoración de los resultados finales en el diagnóstico.

Resultados. Entre el 1 de enero de 1997 y el 30 de abril de 2010 se evaluó por sospecha de HP a 150 pacientes (123 mujeres, 82%; edad media 55.7 años). El valor medio de la PAP sistólica, por ecocardiografía transtorácica (ETT), fue de 71.7 mmHg. Al inicio había 12 pacientes en clase funcional (CF) 1 (8%), 57 en CF 2 (38%), 51 en CF 3 (34%) y 30 en CF 4 (20%). Se confirmó HP en 124 (82.6%) y se descartó en 18 (12%). Entre los pacientes con HP, el diagnóstico fue de HAP en 85 casos (56.6%; asociada a colagenosis en 43, idiopática en 26, síndrome de Eisenmenger en 8, portopulmonar en 3 y asociada a infección por el VIH en 2) y de HP no arterial en 39 (26%; 23 de origen cardíaco, 7 de origen respiratorio y 9 de causa tromboembólica). Seis pacientes con HAP se podrían clasificar total o parcialmente en el grupo 5 de la clasificación de la OMS (HP con mecanismo multifactorial no aclarado) y 8 están aún en estudio.

Discusión. La ETT es una excelente herramienta para el cribaje de la HP y se recomienda tanto para la evaluación inicial del paciente con sospecha de HP como para la detección precoz de HAP en asintomáticos pertenecientes a ciertos grupos de riesgo, como la esclerodermia. Hasta en un 12%, se descartó el diagnóstico de HP (de cualquiera de los grupos de la OMS previamente sospechada), en una u otra fases del estudio. En los restantes, es necesario aclarar el tipo de HP ajustado a la clasificación de la OMS, pues la inclusión de los pacientes en cada uno de los 5 subgrupos tiene implicaciones terapéuticas. La inclusión de la HAP asociada a patología tiroidea en el grupo 5 de la clasificación de la OMS nos parece muy cuestionable puesto que en nuestra experiencia, ya publicada, ésta asociación ocurre en más del 50% de pacientes con HAP.

Conclusiones. En nuestra experiencia, la HAP es la forma de HP más frecuente entre los pacientes evaluados específicamente por este motivo. No obstante, en más de la cuarta parte de casos tienen otros mecanismos subyacentes. Nuestra especial dedicación a las enfermedades sistémicas autoinmunes influyó en que el diagnóstico de HAP asociado a enfermedades del colágeno fuera el más frecuente.

IC-37

ADECUACIÓN A LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA TRAS UN PRIMER EPISODIO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA. RESULTADOS DEL ESTUDIO PREDICE

A. Morales Cartagena¹, A. Navarro Puerto², E. Muro Fernández de Pinedo¹, E. Andrés Esteban³, I. Melguizo², M. Martínez Risque⁴, I. Martín Garrido⁴ y J. Guerra Vales¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Epidemiología Clínica. Unidad Investigación. CIBER Epidemiol. Hospital 12 de Octubre. Madrid. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla. ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. Analizar la prescripción farmacológica al alta tras un primer episodio de insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) en una cohorte multicéntrica de pacientes incluidos en el estudio PREDICE, y determinar su adecuación a las guías de práctica clínica.

Material y métodos. PREDICE (PREdicción de Desenlaces en Insuficiencia Cardíaca en España) (FIS 07/0945; FIS 06/90243; SAS 357-06) es un estudio multicéntrico observacional de cohorte con recogida de datos retrospectiva en el que se incluyeron pacientes ingresados por un primer episodio de ICC entre enero de 2004 y diciembre de 2006 en tres hospitales terciarios: H.U. Virgen del Rocío y H.U. Nuestra Señora de Valme (Sevilla), y H.U. 12 de Octubre (Madrid). Analizamos la adecuación del tratamiento al alta según la guía de práctica clínica propuesta por la European Society of Car-

diology (2008). Estudiamos la prescripción de los siguientes grupos: inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECAs), antagonistas del receptor de angiotensina II (ARA-II), bloqueantes beta-adrenérgicos (BB), antagonistas de la aldosterona (AA), digitálicos, anticoagulantes orales (ACOs) y estatinas. Empleamos la aplicación Stata/IC 10 (Stata Corporation, College Station, TX).

Resultados. Se incluyeron un total de 600 pacientes (305 mujeres; edad media: 73,5 ± 12,3 años). Las comorbilidades más prevalentes fueron: hipertensión arterial (65,2%), diabetes mellitus tipo 2 (41,3%), fibrilación auricular (FA) (29,5%), hipercolesterolemia (26%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (19,2%) y cardiopatía isquémica (16,3%). El 52% de los pacientes presentaban fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVi) > 40%. Se recogieron las siguientes prescripciones al alta: IECAs (56,2%), ARA-II (18,3%), BB (32,7%), AA (16,7%), digitálicos (26,1%), ACOs (35,6%) y estatinas (26,2%). La presencia de una FEVi < 40% se correlacionó con la prescripción de IECAs (p = 0,004) y AA (p = 0,002). No encontramos asociaciones significativas respecto a la prescripción de BB. Los pacientes con FA presentaron mayor prescripción de digitálicos (p = 0,0001) y de ACOs (p = 0,0001). Finalmente, la prescripción de estatinas fue más frecuente en pacientes con diagnóstico previo de cardiopatía isquémica (p < 0,0001), así como en presencia de diabetes mellitus tipo 2, hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia (p < 0,0001), e hipertensión arterial (p = 0,003).

Discusión. En la cohorte PREDICE destaca la pobre prescripción de fármacos BB (32,7%), circunstancia que podría estar condicionada por la elevada comorbilidad de sus integrantes y el periodo de inclusión analizado. La prescripción de IECAs y AA fue mayor en presencia de FEVi < 40%, lo cual podría traducir la escasa evidencia de la que disponemos respecto a la utilidad de estos grupos en pacientes sin disfunción sistólica.

Conclusiones. La adecuación a las guías de práctica clínica en la prescripción farmacológica tras un primer ingreso por ICC resulta mejorable, particularmente en relación con los fármacos BB.

IC-38

AMILOIDOSIS. QUINCE CASOS EN UN HOSPITAL DE ÁREA

M. Giménez Belló¹, C. López Alegría², C. Aguirre González¹, E. Rashid Jiménez¹, E. García Villalba¹, C. Royo-Villanova Reparaz¹, C. Vera Sánchez-Rojas¹ y M. Egea Campoy¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Objetivos. La amiloidosis es un término genérico para un conjunto de enfermedades de etiología no aclarada que se caracterizan por el depósito patológico extracelular de una sustancia fibrilar de origen proteico y estructura beta plegada insoluble (amiloide) en distintos tejidos con pérdida de la estructura y de su función normal. Este estudio revisa los casos de amiloidosis en nuestra área.

Material y métodos. Se trata de un estudio retrospectivo y descriptivo. Se revisaron todos los informes de alta desde enero de 1991 a diciembre de 2009 del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Reina Sofía de Murcia con diagnóstico al alta de amiloidosis. Se excluyeron aquellos casos asociados a discrasia inmunocítica por realizar el seguimiento en el Servicio de Hematología. En los casos diagnosticados, se recopilaron datos sobre sexo, edad al diagnóstico, pruebas de laboratorio, ecocardiografía, tratamiento y evolución.

Resultados. Se revisaron las historias de 32 pacientes con el diagnóstico de amiloidosis del total de historias informatizadas desde enero 1991 hasta diciembre de 2009. Se excluyeron 9 casos por no tener diagnóstico definitivo confirmado, y 8 casos con diagnóstico de hemorragia cerebral por probable angiopatía amiloide sin confirmación anatomopatológica. Del total de 15 casos confirmados, 14 pacientes presentaron la enfermedad en forma sistémica (7 tipo AL

y 3 tipo AA, 4 pacientes de la misma familia PAF tipo I con TTR-Ala 71), y un caso de amiloidosis localizada (conjuntival). El promedio de edad de los casos fue de 73 años en el tipo AL (rango 69-76 años), 39 años en el tipo AA (rango 16 a 62 años), 30 años para tipo familiar (rango 25 a 37 años) y 54 años la localizada. La distribución por sexo reveló que 6 pacientes eran de sexo femenino. En relación al estudio realizado se encontró que 6 de 10 pacientes con amiloidosis AL o AA presentaron algún grado de compromiso renal. Hubo 10 pacientes que presentaron compromiso cardíaco evidenciado por ecocardiografía. En un caso analizado se constató en la historia clínica la presencia de macroglosia y púrpura periorbitaria. Cuatro pacientes presentaban afectación neurológica en forma de polineuropatía.

Discusión. La amiloidosis es una enfermedad poco frecuente. Para su diagnóstico es preciso un alto índice de sospecha. La amiloidosis AL es la forma más común en la práctica clínica suponiendo el 85% de los casos. La amiloidosis familiar (ATTR) es rara y representa sólo el 10 a 20% de los casos. La amiloidosis AA ocurre más frecuentemente como complicación de una enfermedad inflamatoria crónica. Las manifestaciones clínicas son variadas y dependerán de la distribución e intensidad de los depósitos de amiloide. La afección renal, en el contexto de las amiloidosis AA y AL es prácticamente constante (90%). El compromiso cardíaco es frecuente en el tipo AL y representa el factor pronóstico más importante. La infiltración del miocardio por sustancia amiloide provoca una alteración funcional en forma de insuficiencia cardíaca congestiva, cardiomegalia, arritmias, e intensa depresión de la función sistólica y diastólica, definiendo un patrón típico de cardiomiopatía restrictiva. En las series más extensas la supervivencia media es de 12 meses y en la familiar es entre 7 y 15 años. Las principales causas de muerte son cardiovasculares, insuficiencia renal y muerte súbita (arritmias).

Conclusiones. La mayoría de los pacientes con amiloidosis sistémica tuvo compromiso renal y cardíaco, lo que coincide con la literatura. En los casos diagnosticados en nuestro hospital, predominan las formas de amiloidosis primaria.

IC-39 VALOR PRONÓSTICO DEL ANCHO DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA: ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA

L. Soler Rangel, D. Alba Martín, P. Suárez Herranz, R. del Castillo Cantero y J. Gómez Cerezo

Servicio de Medicina Interna. Grupo de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Infanta Sofía. Madrid.

Objetivos. Estudiar el valor pronóstico del ancho de distribución eritrocitaria (RDW) en los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) crónica.

Material y métodos. Pacientes seguidos en la Consulta monográfica de IC desde junio de 2009 a junio de 2010, con clase funcional igual o mayor de 2. Se excluyeron aquellos que habían sido transfundidos antes de la primera visita y con enfermedad valvular significativa. Se recogió el RDW en la primera visita como variable independiente, y se consideró como variable de desenlace el ingreso o muerte por IC. Se realizó un análisis de supervivencia mediante la curva de Kaplan-Meier y riesgos proporcionales de Cox.

Resultados. Se incluyeron 91 pacientes, seguidos durante un tiempo medio de 8,14 meses (DE 1,67). Tenían una edad media de 78 años, el 44,6% eran varones, la IC era de etiología isquémica en el 37,8%, presentaban disfunción sistólica el 40% y una clase funcional III o IV el 36,3%. Presentaban anemia el 52%, y una hemoglobina media de 12,43 mg/dL. El valor medio de RDW fue de 14,39% (DE 1,67). Treinta pacientes (33%) presentaron un reingreso o muerte por IC. Los pacientes que presentaron evento tenían en la primera visita un RDW más alto que los que no lo tuvieron: 15,18% (IC95%

14,33-16,04) frente a 13,99% (IC95% 13,72-14,27), $p = 0,001$. En el análisis de regresión de Cox univariable, el RDW se asoció con mayor riesgo de muerte o reingreso por IC (HR 1,226, IC95% 1,079-1,394; $p = 0,002$). En un análisis multivariable que incluía sexo, clase funcional y anemia, conservó su significación estadística (HR 1,243, IC 1,058-1,46; $p = 0,008$). La curva de supervivencia de Kaplan-Meier muestra cómo los valores de RDW por encima de la media se asocian a una peor supervivencia libre de evento.

Discusión. La anemia empeora el pronóstico de la IC, y se está convirtiendo en una diana importante en el tratamiento de la misma. Sin embargo, no hay acuerdo sobre con qué niveles de hemoglobina tratar y con qué objetivo terapéutico, especialmente en pacientes ancianos, en los que la anemia es muy frecuente. El RDW es una medida de la variabilidad del tamaño de los eritrocitos circulantes. Un RDW alto traduce una eritropoyesis ineficaz, cuyo significado exacto en la IC está por definir, pero que podría asociarse a inflamación y condicionar un peor pronóstico, como arrojaron datos del estudio CHARM. Hemos demostrado que en nuestra población, que es anciana, de alto riesgo y con una prevalencia alta de anemia, confiere un mayor riesgo de ingresar o morir por IC, y que este poder predictivo se mantiene incluso cuando se ajusta a la presencia de anemia. Por lo tanto, planteamos que el RDW podría ser un marcador asequible y barato que identifique a una población de enfermos de mayor riesgo que podría beneficiarse especialmente del tratamiento correcto e intensivo de la anemia.

Conclusiones. Un RDW elevado se asocia a peor pronóstico en los pacientes con IC crónica, independientemente de la anemia. Podría identificar a los pacientes con IC que más se beneficien de un tratamiento intensivo de la misma.

IC-41 ¿CÓMO SON LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA TERMINAL INGRESADOS EN UNA PLANTA DE MEDICINA INTERNA?

D. Mesado Martínez, C. Sáez Béjar, L. Prósper Ramos y M. Manzano Luque

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

Objetivos. Describir las características demográficas, analíticas y funcionales de los pacientes ingresados en un servicio de Medicina Interna (MIR) con Insuficiencia cardíaca (IC) terminal o refractaria y su mortalidad en el ingreso.

Material y métodos. Estudio observacional descriptivo transversal; se estudia la prevalencia de la IC terminal en ingresos por IC en el servicio MIR del Hospital Universitario La Princesa del 1 enero-2009 hasta el 30 junio-2009. Se diagnosticó IC terminal por los criterios: 1) Diagnóstico de IC al ingreso, 2) Disnea basal de reposo o mínimos esfuerzos con tratamiento optimizado según guías de IC, con/sin Fracción de Eyección del Ventrículo Izquierdo (FEVI) < 30%. Se recogieron las variables: edad, tipo de IC (isquémica, valvular, dilatada, o hipertrófica), disfunción sistólica o FEVI conservada, lugar de ingreso (urgencias, consulta, domicilio), presencia de DM, HTA, FA o infección al ingreso; parámetros como Na, K, Cl Creat., Hb, PCR, Alb., TA y Pro-BNP al ingreso, índice de Barthel previo, deterioro cognitivo y estancia hospitalaria. Se analizó con el programa SPSS 15.0.

Resultados. Se recogieron 238 pacientes con IC; 48 (20,17%) con criterios de IC terminal. La mortalidad al primer ingreso fue del 20,8%, y la acumulada tras el primer trimestre del 39,6%. La mortalidad al primer ingreso de pacientes con IC no terminal fue del 13,15%, y la acumulada del 13,7%. De los fallecidos, la edad media fue 89 años ($\pm 4,6$), 58% mujeres; sólo el 80% de la IC terminal estaba diagnosticada, casi siempre por el estadio funcional (62%), y por FEVI < 30% (38%). Los niveles de Na sérico al ingreso fueron 135,22 ($\pm 7,78$), el Cl Creat. 30 ml/min de mediana, 39ml/min de media (\pm

25); la media de las TAS fue de 117 mmHg (\pm 25), y la de las TAD de 60 (\pm 14). El índice de Barthel al ingreso fue 49 (\pm 27). La estancia media previa al exitus fue 13,5 días (\pm 13). Ninguno era seguido por Unidades de Cuidados Paliativos, el 68% era controlado por su especialista de zona (cardiólogo o el internista), y el 100% lo era por Atención Primaria. El 42% de las cardiopatías eran de valvulares, 27% isquémicas, 26% hipertróficas y 5% dilatadas; el 74% tenía FEVI preservada. La hipertensión pulmonar (HTP) en la ecocardiografía (PAPs > 30 mmHg) se vio en un 53%, hubo 31% sin HTP, y en un 16% no se disponía del dato. 52% padecía DM tipo 2, 94% HTA, y 64% FA; la EPOC se dio en el 11%. Los fármacos más usados básicamente eran los diuréticos (95%), seguidos por IECA o ARA-II (69%), antialdosterónicos (53%), y digoxina/b-bloqueantes (21% ambos). El 66,7% sufrió infección en el ingreso.

Discusión. La IC terminal tiene una alta prevalencia en servicios de MIR; la sufren pacientes mayores, con gran comorbilidad cardiovascular y renal, alto grado de dependencia, sin diagnóstico claro de su estadio final y pobre seguimiento por unidades de paliativos. La causa más frecuente de su IC es la valvulopatía, y con FEVI preservada; tienen tendencia a Na sérico y TA bajos, y en casi ninguno alcanzamos tratamiento optimizado según las guías clínicas. Presentan alta mortalidad durante su primer ingreso y a los tres meses, mayor que la de los pacientes con IC no terminal, con gran implicación en ello de las infecciones.

Conclusiones. La IC estadio D o refractaria es causa frecuente de hospitalización en > 65 años en plantas MIR. Diagnosticar el estadio de la enfermedad y conocer datos analíticos y demográficos nos ayudarán a un mejor manejo de nuestros pacientes.

IC-42

VALOR PRONÓSTICO COMBINADO DE OSTEOPROTEGERINA Y PÉPTIDO NATRIURÉTICO EN INSUFICIENCIA CARDÍACA

B. García Casado¹, J. Santamaría González¹, M. Guisado Espartero², P. Salamanca Bautista¹, O. Aramburu Bodas¹, J. Arias Jiménez¹, E. Ramiro Ortega¹ y R. Pérez Cano¹

¹UGC Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal Infanta Margarita. Córdoba.

Objetivos. El objetivo de nuestro trabajo es estudiar el valor pronóstico combinado de Osteoprotegerina sérica (OPG) y péptido natriurético (NT-proBNP) como predictor de mortalidad en pacientes ingresados por Insuficiencia Cardíaca (IC) en un Servicio de Medicina Interna.

Material y métodos. Se recogieron 133 pacientes ingresados de manera consecutiva por IC. Se determinó el valor de OPG sérica y NT-proBNP durante el ingreso y se registró mortalidad al año. Se determinó la presencia de OPG elevada: > 7,98 pmol/l y NT-proBNP elevado: > 3.818 pg/mL (según curvas ROC). De este modo se establecieron 4 grupos según la presencia de ambos marcadores elevados, ambos disminuidos, o uno elevado y otro bajo. El análisis estadístico se hizo mediante el programa SPSS v 18.0. Se comparó la mortalidad entre los grupos mediante el test Chi cuadrado y se estimó el riesgo relativo.

Resultados. El 28,4% de los pacientes fallecieron al año. El porcentaje de muertes fue significativamente superior en los pacientes que tenían los dos marcadores miocárdicos elevados (OPG y NT-proBNP), frente a los que no tenía ninguno o sólo uno de ellos. El riesgo de mortalidad en estos pacientes era 23,38 veces mayor que los que no tenían ningún marcador elevado (IC95%: 4,84-112,6). En caso de presentar uno elevado y otro bajo, se objetivó un riesgo menor y similar entre sí, siempre con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$). En el grupo de OPG elevada y NT-proBNP bajo el riesgo de mortalidad era 8,0 veces mayor frente a los que no presentaban ningún marcador elevado (IC95%:

1,29-49,45) y 8,6 veces en caso de OPG baja y NT-proBNP alto (IC95%: 1,72-43,20).

Discusión. Actualmente, sólo los péptidos natriuréticos están admitidos por las Guías de Práctica Clínica como biomarcadores de determinación rutinaria. En el futuro, es posible que se utilice la combinación de varios biomarcadores, de distintos mecanismos de acción para estratificar el riesgo y realizar el seguimiento en los pacientes con insuficiencia cardíaca. En nuestro estudio la presencia de ambos marcadores miocárdicos elevados, uno de tipo inflamatorio y otro de estrés miocárdico presenta un buen valor pronóstico de mortalidad en su seguimiento.

Conclusiones. Los pacientes con IC con OPG y NT-proBNP elevados tienen mayor mortalidad al año, que los pacientes que sólo tienen alguno o ninguno de éstos. El riesgo de muerte en estos pacientes al año es casi veintitrés veces y media mayor que los que no tienen ninguno elevado.

IC-43

DESCRIPCIÓN SEGÚN GÉNERO DE UNA COHORTE DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA. ESTUDIO PREDICE-GEN

M. Navarro Puerto¹, R. Gómez Herreros¹, P. Magán Tapia², M. Martín Ponce¹, M. Martínez Risquez³, A. de Miguel Albarreal¹, M. Fernández Ruiz⁴ y E. Andrés Esteban²

¹UGC Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla. ²Unidad de Epidemiología. CIBER Epidemiología y Salud Pública. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital 12 de Octubre. Madrid. ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. Describir y analizar las características basales de una muestra de pacientes que ingresan por primera vez con el diagnóstico de insuficiencia cardíaca, según sexo. Estimar la tasa de reingresos y muertes en este grupo de pacientes según sexo

Material y métodos. Estudio observacional, analítico, multicéntrico de tipo cohorte histórica. Forma parte del estudio PREDICE-GEN (PREdicción Desenlaces Insuficiencia Cardíaca en España según Género. FIS 06-90243; SAS 357-06; FIS 07/0945). La cohorte estaba formada por pacientes ingresados por primera vez con diagnóstico principal de IC, en Medicina Interna y/o Cardiología, en los Hospitales de Valme y Virgen del Rocío (Sevilla) y 12 de Octubre (Madrid), desde enero del 2004 a diciembre del 2008. Se excluyeron los pacientes con IC ya conocida. Se obtuvieron los datos de los informes de alta o de la historia clínica del paciente.

Resultados. Fueron analizados 600 pacientes, 295 hombres y 305 mujeres. La edad media de las mujeres, 76,96 (\pm 10,84) años, fue significativamente superior a la de los hombres, 70,05 (\pm 12,79) años. La estancia media hospitalaria fue mayor en los hombres, que ingresaban en Cardiología con más frecuencia que las mujeres. Las mujeres tenían más DM tipo 2 (44,26% vs 38,31% en hombres) e hipertensión arterial (74,43% vs 55,59% en hombres; $p < 0,05$). La EPOC fue la patología asociada más frecuente de forma global, siendo la más frecuente en los hombres (30,51% vs 8,20%; $p < 0,05$). La cardiopatía más frecuente en ambos grupos fue la fibrilación auricular (22,37% en hombres y 36,39% en mujeres; $p < 0,05$), seguida de la cardiopatía isquémica en hombres. La IC con fracción de eyección conservada fue la más frecuente en ambos grupos (52,20% en hombres y 49,84% en mujeres; $p < 0,05$), seguida de la IC sistólica (24,07% en hombres y 11,48% en mujeres; $p < 0,05$). La etiología de la IC más frecuente en ambos grupos fue la miocardiopatía hipertensiva (26,78% en hombres y 30,16% en mujeres). El porcentaje de reingresos y exitus al mes, 3 y 12 meses, fue mayor en las mujeres y a largo plazo.

Discusión. Una de las posibles limitaciones de nuestro estudio, podemos encontrarla en la recogida de datos. Al ser retrospectivo, faltan algunos datos de la exploración y antecedentes personales

de los pacientes que no están recogidos en los informes de alta ni en su historia clínica, ya que la información contenida en éstos, puede ser incompleta o no estar debidamente recogida.

Conclusiones. El perfil según el género de los pacientes ingresados por un primer episodio de IC es bastante similar al encontrado en otros estudios. Las mujeres tienen más edad, hipertensión arterial, enfermedades reumatológicas y tiroideas, demencia y enfermedad psiquiátrica que los hombres. Éstos tienen más hábitos tóxicos, EPOC, enfermedad vascular periférica e insuficiencia respiratoria crónica que las mujeres. La IC con fracción de eyección conservada y la etiología hipertensiva son las más frecuentes en ambos grupos, seguida en los hombres de la cardiopatía isquémica.

IC-44

INSUFICIENCIA CARDÍACA Y GÉNERO. MANEJO DIAGNÓSTICO. ESTUDIO PREDICE-GEN

R. Gómez Herreros¹, M. Navarro Puerto¹, A. de Miguel Albarreal¹, I. Melguizo Moya¹, M. Martín Ponce¹, R. Terán Redondo², J. Vila Santos³ e I. Martín Garrido²

¹UGC Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Objetivos. Evaluar la calidad de la asistencia prestada en cuanto al manejo diagnóstico, a pacientes hospitalizados por insuficiencia cardiaca (IC) según los estándares de las guías de práctica clínica y determinar si existen problemas de calidad asistencial debidos a desigualdades en la asistencia respecto al género.

Material y métodos. Estudio observacional, analítico, multicéntrico de tipo cohorte histórica. Forma parte del estudio PREDICE-GEN (PREdicción Desenlaces Insuficiencia Cardiaca en España, según Género. FIS 06-90243; PI-SAS 357-06; FIS 07/0945). La cohorte estaba formada por pacientes que ingresaron por primera vez por IC, en los Hospitales de Valme y Virgen del Rocío (Sevilla) y 12 de Octubre (Madrid), de enero del 2004 a diciembre del 2008. Se seleccionaron todos los casos con diagnóstico principal de ingreso IC. Se excluyeron los pacientes con antecedentes de IC. De manera aleatoria se seleccionó una muestra de 600 pacientes. Se obtuvieron los datos de los informes de alta o de la historia clínica del paciente. Se seleccionaron los indicadores de calidad en el manejo diagnóstico de la IC según las guías de práctica clínica: realización de ecocardiograma y determinación de FEVI durante el ingreso y en los seis meses siguientes al alta (episodio índice). Se analizó su cumplimentación en la muestra seleccionada de forma global y según el género.

Resultados. Fueron analizados un total de 600 pacientes, 295 hombres y 305 mujeres. Se realizó ecocardiograma al 73,7% de los pacientes, más en hombres (81,36% vs 65,90% en mujeres; $p < 0,05$). Se realizó gammagrafía cardíaca al 7,80% de los hombres y al 4,26% de las mujeres. El 64,5% de los ecocardiogramas y gammagrafías cardíacas realizadas eran patológicas (70,51% en hombres vs 58,36% en mujeres; $p < 0,05$). Se realizó coronariografía al 17,3% de los pacientes, más en hombres (22,03% vs 12,46% en mujeres; $p < 0,05$), de las que el 67,6% fueron patológicas. Otras pruebas realizadas sobre todo en hombres fueron la gammagrafía cardíaca de estrés, prueba de esfuerzo, holter ECG y AngioTAC. La fracción de eyección del VI sólo estaba disponible en el 48,8% de los pacientes. La realización de analíticas, ECG y radiografía de tórax fue homogénea en ambos sexos.

Discusión. Una limitación puede ser la falta de datos en las historias clínicas de los pacientes. Aunque es posible que las diferencias entre hombres y mujeres en la realización de pruebas diagnósticas, se deba a la mayor frecuencia de cardiopatía isquémica como etiología de la IC en hombres, nuevos análisis están en curso para des-

cartar diferencias de accesibilidad debidas al género. A pesar de existir una tasa aceptable de realización de ecocardiografías, sólo en la mitad de los pacientes estaba descrita la FEVI.

Conclusiones. Hay diferencias en el manejo diagnóstico de la IC entre hombres y mujeres según los indicadores de calidad seleccionados. La realización de Ecocardiografía es el indicador con mayor cumplimiento en ambos grupos. La disponibilidad de la FEVI es baja, que puede ser un indicador de falta de sistematización en su ejecución. Las diferencias encontradas en realización de coronariografía pueden no ser debidas al género, sino a la forma de presentación y etiología de la IC en hombres y mujeres.

IC-45

INSUFICIENCIA CARDÍACA Y GÉNERO. ¿SON TRATADOS IGUAL HOMBRES Y MUJERES? ESTUDIO PREDICE-GEN

M. Navarro Puerto¹, R. Gómez Herreros¹, M. Martín Ponce¹, P. Magán Tapia², A. de Miguel Albarreal¹, B. Herrero Hueso³, I. Melguizo Moya¹ y E. Muro Fernández de Pineda⁴

¹UGC Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla. ²Unidad Epidemiología. CIBER Epidemiología y Salud Pública. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital 12 de Octubre. Madrid. ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. Evaluar la calidad de la asistencia en cuanto al tratamiento de los pacientes hospitalizados por insuficiencia cardiaca (IC) según los estándares de las guías de práctica clínica y determinar si existen diferencias en la calidad asistencial por desigualdades respecto al género.

Material y métodos. Estudio observacional, analítico, multicéntrico de tipo cohorte histórica. Forma parte del estudio PREDICE-GEN (PREdicción Desenlaces Insuficiencia Cardiaca en España, según Género. FIS 06-90243; PI-SAS 357-06; FIS 07/0945). La cohorte estaba formada por pacientes ingresados por primera vez por IC, en los Hospitales de Valme y Virgen del Rocío (Sevilla) y 12 de Octubre (Madrid), desde enero del 2004 a diciembre del 2008. Se obtuvieron los datos de la historia clínica del paciente. Se seleccionaron los indicadores de calidad en tratamiento de la IC: prescripción de IECAs, ARA-II y betabloqueantes. Se analizó su cumplimentación según el sexo. Se analizaron: diuréticos, estatinas, antiagregantes, anticoagulantes, mononitrato de isosorbide, antagonistas de la aldosterona y tratamientos no farmacológicos (consejo dietético, resincronización cardíaca, DAI, cirugía valvular, revascularización coronaria y trasplante cardíaco).

Resultados. Fueron analizados un total de 600 pacientes, 295 hombres y 305 mujeres. Los hombres recibieron más IECAs (57,29% vs 52,13% de las mujeres) y betabloqueantes (35,25% vs 27,54% de las mujeres; $p < 0,05$), siendo los ARA-II más frecuente en mujeres (13,90% de los hombres vs 20,66%; $p < 0,05$). Los diuréticos fueron los fármacos pautados con mayor frecuencia de forma global en un 73,1% de los pacientes. El 16% de los pacientes recibían antagonistas de la aldosterona, el 44% antiagregación y el 34% anticoagulación, sin existir diferencias entre hombres y mujeres. Las mujeres recibían tratamiento con digoxina con más frecuencia que los hombres (21,36% de los hombres vs 29,18%; $p < 0,05$). El tratamiento con estatinas (25,1%) y mononitrato de isosorbide (11,7%) fue similar en ambos sexos. En cuanto a los tratamientos no farmacológicos no hubo diferencias entre hombres y mujeres.

Discusión. Posiblemente, las diferencias entre hombres y mujeres en el tratamiento de la IC sean debidas a la mayor frecuencia de la etiología isquémica en hombres. A pesar de ello, el tratamiento con IECAs, antiagregantes, estatinas y mononitrato de isosorbide fue similar en ambos sexos. La mayor frecuencia de digoxina en las mujeres puede ser debida a la mayor frecuencia de fibrilación auricular en ellas. Para valorar la adecuación del tratamiento, hay que tener en cuenta la comorbilidad del paciente.

Conclusiones. El tratamiento de la IC es homogéneo en hombres y mujeres según los indicadores de calidad seleccionados. El uso de betabloqueantes es mayor en los hombres y de digoxina en las mujeres. Estas diferencias pueden no ser debidas a sesgos por género, sino a la forma de presentación de la IC en hombres y mujeres. El uso de IECAs, betabloqueantes y ARA II en pacientes con IC es mejorable.

IC-46 DERRAME PLEURAL SECUNDARIO A INSUFICIENCIA CARDÍACA: UNA SERIE DE 433 PACIENTES

S. Bielsa Martín y J. Porcel Pérez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida.

Objetivos. 1. Describir las características demográficas, radiológicas y del líquido pleural en pacientes con derrame pleural (DP) secundario a insuficiencia cardiaca (IC). 2. Conocer los factores predictivos de IC como causa de un DP.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de 2387 pacientes sometidos a una toracocentesis diagnóstica desde enero de 1994 a enero de 2010 en nuestro centro. Los diagnósticos se establecieron según criterios clínicos estándar. El 18% (433 pacientes) de los DPs fueron secundarios a IC. En un subgrupo de 308 pacientes (150 de etiología cardiaca) se analizaron los niveles de NT-pro-BNP en líquido pleural. Se realizó una regresión logística binaria para valorar los predictores de DP de causa cardiaca.

Resultados. Los pacientes con DP secundario a IC tuvieron una mediana de edad de 79 años (rango intercuartílico 12 años) y el 52% eran varones. El 83% de los DPs cardiacos ocuparon un tercio o menos del hemitórax en la radiografía de tórax y fueron bilaterales en el 61% de los casos. El 71% de los líquidos pleurales en estos pacientes cumplieron criterios de Light para trasudado. En el análisis multivariante los factores que mejor predijeron la etiología cardiaca de un DP fueron, en orden decreciente de importancia: los niveles pleurales de NT-pro-BNP superiores de 1.300 pg/mL (odds ratio -OR79 con IC95% 22-288), los criterios de Light (OR 25 con IC95% 7-91), la presencia de un DP bilateral (OR 8 con IC95% 2-30) y la edad del paciente superior a 80 años (OR 2,6 con IC95% 0,8-8,3).

Discusión. Alrededor de un 60% de los pacientes hospitalizados por IC tienen DP en la radiografía de tórax. En ocasiones, el diagnóstico de DP cardiaco no es fácil, ya que en cerca de un 30% de los casos el líquido pleural es exudativo. De ahí la utilidad de disponer de parámetros clínicos sencillos que orienten la etiología del DP.

Conclusiones. La mayoría de los DP secundarios a IC se presentan en pacientes de edad avanzada y son bilaterales y de pequeño tamaño en la radiografía de tórax. El análisis del líquido pleural, particularmente la determinación de NT-pro-BNP, es el factor predictor más potente para confirmar la etiología cardiaca de un DP.

IC-47 VALOR PRONÓSTICO DE LA INSUFICIENCIA RENAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA

S. Santana Báez, A. Conde Martel, J. Rodríguez Fernández, M. Serrano Fuentes, A. Martín Plata, A. Álvarez Omar, O. Sanz Peláez y S. Suárez Ortega

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Dr. Negrín. Las Palmas (Gran Canaria).

Objetivos. Evaluar en una serie de pacientes hospitalizados en Medicina Interna el valor pronóstico de la Insuficiencia renal en cuanto a estancia, reingresos y mortalidad.

Material y métodos. Se recogieron de forma prospectiva a 282 pacientes hospitalizados en un Servicio de Medicina Interna con el diagnóstico de insuficiencia cardiaca. Se recogieron las características demográficas, antecedentes personales, etiología de la cardiopatía, fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI), grado funcional de la New York Heart Association (NYHA), el valor de creatinina, el aclaramiento de creatinina (Clcr) mediante la fórmula de Cockcroft-Gault y volumen de filtrado glomerular (VFG) mediante el MDRD-IV. También se recogieron los valores de Hemoglobina (Hb) y pro-BNP. Se recogió la estancia, la mortalidad hospitalaria y al año y los reingresos. Se analizó la relación entre la función renal y la estancia, reingresos y mortalidad hospitalaria y al año. La relación entre variables cualitativas se analizó mediante el test de Chi cuadrado, la relación entre variables cuantitativas mediante el test de correlación de Pearson y la relación con variables cualitativas y cuantitativas mediante el test t-Student o el test U de Mann Whitney. Además se realizó un análisis de regresión logística considerando la mortalidad como variable dependiente.

Resultados. Se estudiaron a 282 pacientes. La edad media fue de 77,2 años, (DE: 10,7), con un ligero predominio de mujeres 51,4% (145) frente a un 48,6% de varones (137). Se constató el antecedente de Insuficiencia renal, en un 18,4% (52 pacientes) aunque al calcular el aclaramiento según el MDRD-IV se observó que un 58,9% de los pacientes (166) presentaban un VFG inferior a 60 ml/mto, y según la fórmula de Cockcroft un 65,6% de los pacientes (185) presentaban un aclaramiento menor a 60 ml/mto. La mortalidad tanto hospitalaria como al año se asoció de forma significativa a una peor función renal evaluada por el MDRD o por la fórmula de Cockcroft ($p < 0,001$ en ambos casos) y con el valor de creatinina plasmática ($p < 0,001$). Los pacientes que reingresaron en 6 meses tenían una peor función renal evaluada por el MDRD. La estancia media fue superior en los pacientes con peor función renal y correlacionó de forma significativa con los valores de creatinina ($p = 0,02$) y de forma casi significativa con el VFG según el MDRD ($p = 0,06$). La función renal medida tanto por MDRD o Cockcroft se relacionó con los valores de hemoglobina y de pro BNP ($p < 0,001$). Sin embargo, no se relacionó con el grado funcional ni con la FEVI. En el análisis multivariante, incluyendo la FEVI, pro BNP, valores de Hb y edad se mantuvo la asociación significativa del VFG con la mortalidad ($p < 0,012$).

Discusión. En los últimos años está adquiriendo relevancia el papel del deterioro de la función renal como marcador pronóstico de la insuficiencia cardiaca (síndrome cardiorenal). En esta serie se observa una alta prevalencia de insuficiencia renal. Su presencia se correlaciona con un peor pronóstico, de forma similar a lo descrito por otros autores, relacionándose especialmente con una mayor mortalidad con independencia de otros factores pronósticos.

Conclusiones. El deterioro de la función renal en pacientes hospitalizados con insuficiencia cardiaca es un marcador de mal pronóstico en cuanto a reingresos, estancia y especialmente mortalidad.

IC-48 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 14 CASOS DE AMILOIDOSIS CARDÍACA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

D. Sánchez Rico, F. Anguita Santos, J. Badiola González, J. Cantero Hinojosa, D. Vinuesa García, L. Ruiz Rivera y A. Ruiz Sancho

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Objetivos. El presente trabajo evalúa el número de casos diagnosticados de amiloidosis cardiaca en el Hospital Universitario San Cecilio de Granada y describe las formas clinicopatológicas de los mismos.

Material y métodos. Se trata de un estudio retrospectivo y descriptivo. Para ello se revisaron todos los informes de ingreso en el

Hospital Universitario San Cecilio con diagnóstico de amiloidosis desde el periodo comprendido entre enero de 2005 a enero de 2010. En los casos diagnosticados como amiloidosis cardíaca, se recogió la siguiente información: edad, sexo, tipo de amiloidosis (primaria, secundaria, indiferenciada cuando se obtuvo un resultado negativo en la biopsia), creatinina sérica, proteinuria, ecocardiograma (diámetros del ventrículo izquierdo, aurícula izquierda, grosor del tabique interventricular, fracción de eyección del ventrículo izquierdo), relación entre las ondas E/A, presión arteria pulmonar estimada), Ritmo cardíaco, NT-pBNP, hepatomegalia, biopsia (localización diagnóstica), hemoglobina, recuento plaquetario, VSG, componente monoclonal, fosfatasa alcalina.

Resultados. Se logró revisar las historias de 14 pacientes con amiloidosis cardíaca. La edad media fue de 75 años (rango entre 67 y 83 años). Diez pacientes eran de sexo masculino (71%) y cuatro femenino (29%). Hubo 8 casos de amiloidosis primaria (57%), 1 senil (7%) y 5 casos no filiada (36%). Se llegó al diagnóstico mediante biopsia de grasa subcutánea en 3 casos (21,4%), grasa rectal en 3, adenopatía en 1 (7,1%), otras localizaciones 2 (14,3%), y la biopsia no fue concluyente en 5 (35,7%). En cuanto a los parámetros ecocardiográficos medidos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo, edad y tipo de amiloidosis. Así como tampoco mayor afectación cardíaca si había afectación de múltiples órganos.

Discusión. La prevalencia de miocardiopatía amiloidea es muy baja y de difícil diagnóstico en la literatura como en nuestro estudio, en el que obtuvimos una incidencia de 2,8 casos/año del total de pacientes ingresados en los últimos 5 años. Existe un predominio de varones con respecto a mujeres con una relación 5/2. La causa más frecuente es la amiloidosis primaria. La edad media de afectación es de 75 años. Para el diagnóstico de certeza es imprescindible la biopsia de tejidos afectados, siendo las más rentables la de grasa subcutánea y rectal. No encontramos diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la afectación cardíaca en relación al sexo, edad, tipo de amiloidosis y afectación sistémica, si bien dado el bajo tamaño de nuestra muestra serían necesarios nuevos estudios para confirmarlo.

Conclusiones. La forma de amiloidosis cardíaca que se observa con mayor frecuencia es la primaria (AL). Menos frecuentes la secundaria (AA) y hereditaria. La infiltración del miocardio en la amiloidosis se caracteriza clínicamente por insuficiencia cardíaca congestiva e histológicamente por un ventrículo izquierdo no dilatado de paredes engrosadas. Su diagnóstico es difícil al simular pericarditis constrictiva, miocardiopatía hipertrófica, cardiopatía isquémica o enfermedad valvular, por lo que es necesario hacerlo por manos expertas.

IC-49 MORTALIDAD DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA TRATADA CON DIGOXINA EN EL CONTEXTO TERAPÉUTICO ACTUAL

J. Andrey Guerrero¹, P. Jiménez Aguilar¹, S. Romero Salado¹, C. Luque Godoy², V. Manzano Román¹ y F. Gómez Rodríguez¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz). ²Servicio de Medicina del Trabajo. Clínica Jerez Médico-Quirúrgica. Jerez de la Frontera (Cádiz).

Objetivos. Los efectos del tratamiento con digoxina sobre el pronóstico de los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) sólo han sido evaluados en el "Digital Investigation Group trial". Este, al igual que el PROVED y RADIANCE, fueron realizados en la era prebetabloqueante, e incluían mayoritariamente hombres con IC sistólica (FE < 30%). Por tanto, en el contexto terapéutico actual, el efecto de la digoxina sobre la mortalidad de los pacientes con IC no ha sido suficientemente aclarado.

Material y métodos. De 4.467 pacientes con IC de nuevo diagnóstico, recogidos durante 8 años (2001-2008), tomamos una muestra

de 1.421 pacientes que iniciaron tratamiento con digoxina. Analizamos por emparejamiento "propensity score matching" dichos pacientes con 1.421 que no habían recibido digoxina.

Resultados. Apareamos 2.482 pacientes. El 58,2% eran mujeres. Edad media: 70,7 ± 7,5 años. Presentaban FE conservada: 46,7%. Tratamiento: 43,14% tomaban betabloqueantes y 78,74% IECAs/ARAs. La media de seguimiento fue de 46,1 ± 11,2 meses; el 65,9% falleció y el 77,6% fue hospitalizado por empeoramiento de IC. Los que recibieron digoxina presentaron una supervivencia significativamente mayor (HR de muerte [IC95%]: 0,90 [0,84 a 0,97]), no sólo en hombres (HR muerte: 0,77 [0,72 a 0,82]), sino también en mujeres (HR muerte: 0,93 [0,88 a 0,98]), así como en IC no sistólica (HR muerte: 0,86 [0,79 a 0,92]) e IC sistólica (HR muerte: 0,92 [0,89 a 0,95]), (p < 0,01). Los efectos beneficiosos fueron principalmente debidos a una reducción en la mortalidad cardiovascular. La tasa de mortalidad global ajustada por edad y sexo fue más baja en los pacientes tratados con digoxina (9,0) en comparación con los que no recibieron digoxina (10,20), tanto para IC con FE conservada (digoxina: 8,4 vs. no digoxina: 9,3), como deprimida (digoxina: 9,6 vs no digoxina: 10,7) (p < 0,001). La misma tendencia se observó en la tasa de mortalidad cardiovascular (digoxina: 7,4 vs no digoxina: 8,6). Usando un análisis por intención de tratar, la exposición a digoxina se asoció con un descenso de riesgo del 10% para todas las causas de muerte (13% por causa cardiovascular). Considerando el tiempo de exposición, el tratamiento con digoxina se asoció con un descenso constante del riesgo ajustado de muerte (global y cardiovascular). Esta relación favorable del tratamiento con digoxina se mantuvo independientemente de características sociodemográficas, tipo de IC, otras terapias, y si presentaban eventos cardiovasculares u otras comorbilidades.

Discusión. El ensayo DIG concluye que la digoxina no reduce la mortalidad global, objetivando un aumento de la mortalidad global entre las mujeres. Nuestros resultados muestran que el tratamiento con digoxina se asocia con una reducción de la mortalidad por IC, independiente del sexo y del tipo de IC. Este efecto beneficioso puede estar relacionado no sólo con sus efectos hemodinámicos, sino también con su capacidad para mejorar el perfil neurohormonal (disminución de la actividad del sistema nervioso simpático y renina-angiotensina-aldosterona).

Conclusiones. El inicio del tratamiento con digoxina en pacientes con IC de nuevo diagnóstico, tratados con un régimen terapéutico actual, se asoció con una disminución de la mortalidad global y de causa cardiovascular. Estos efectos beneficiosos no dependen del género, ni del tipo de IC (sistólica o no sistólica).

IC-50 INSUFICIENCIA CARDÍACA TERMINAL. ÚLTIMO ACTO

D. Mesado Martínez, M. Manzano Luque, L. Prósper Ramos y C. Sáez Béjar

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

Objetivos. Conocer la atención prestada y el control sintomático obtenido en los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) en estadio D o refractaria que ingresan y fallecen en una planta de Medicina Interna (MIR), en sus últimos 5 días de vida.

Material y métodos. Estudio observacional descriptivo transversal, en el servicio de MIR del Hospital Universitario de La Princesa de Madrid del 1 enero-2009 al 30 junio-2009. La IC terminal se definió por los criterios: 1) Diagnóstico de IC al ingreso; 2) Disnea basal de reposo o mínimos esfuerzos con tratamiento optimizado según guías de IC, con/sin Fracción de Eyección del Ventrículo Izquierdo (FEVI) < 30%. En los fallecidos, se analizaron en los últimos 5 días de vida: nº de fármacos prescritos el día del exitus y vía de administración principal (VVP,VSC,Oral), uso de aminas, sonda nasogástrica (SNG) o vías venosas centrales (VVC), nº de analíticas,

trasfusiones y llamadas a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) realizadas. Se vio si se reflejaba en la historia clínica la orden de no reanimación si parada cardiorrespiratoria (PCR), la presencia de una actitud terapéutica escrita, o la información al paciente y/o familia de la gravedad y mal pronóstico a corto plazo. Se recogieron síntomas como dolor, disnea, ansiedad, estreñimiento, agitación y tranquilidad, y la frecuencia de utilización de fármacos para el control de éstos, como el Cloruro mórfico (MFN) si dolor/disnea, neurolépticos si agitación, o benzodiazepinas (BZD) si ansiedad/intranquilidad, momento de uso (día del exitus, 1, 2, 3, 4 o 5 días antes del exitus), y forma de uso (rescate, perfusión + rescate, pauta horaria + rescate). Se analizó con SPSS 15.0.

Resultados. 48 ingresos con criterios de IC terminal; la mortalidad al primer ingreso fue 20,8% (10 exitus), y la acumulada tras el primer trimestre 39,6% (19 exitus). El análisis de los 5 días previos al exitus se hizo en 18/19 pacientes. La media de fármacos prescrita el día del exitus fue 9,5 (\pm 4,6), utilizando la VVP en el 100%. Las aminas se dieron en un 16,8% de los casos, SNG y VVC en 1 caso (5,6%), y se realizó transfusión y llamada a la UCI para valoración en 2 pacientes (11%). Se informó del mal pronóstico en un 77%; la decisión de no reanimar si PCR se reflejó en la historia clínica en un 55,6%; la actitud paliativa se trasladó al equipo de guardia en un 68%. La media de analíticas fue 2,7 (\pm 1,6). El síntoma más reflejado fue disnea (89%); tranquilidad (55,6%); ansiedad y la agitación (39%); dolor (39%) y estreñimiento (11%). Se utilizó MFN, antisecretorios, BZD, etc., en el 68%; el 25% fue el mismo día del exitus, 41,5% el día anterior, 16,5% 2 días antes, y 3 y 5 días antes se aportó en 1 solo caso (8,3%). La perfusión + rescates el 16,6%, pautado en un 33,4%, y 50% en rescate.

Discusión. Se siguen realizando técnicas agresivas como realización de analíticas y polifarmacia en los últimos días de vida del paciente con IC terminal; la actitud terapéutica paliativa no se refleja en gran parte de los casos y existen lagunas importantes en temas tan trascendentes como la no indicación de RCP y la información, quizá porque es difícil para el clínico identificar el estadio de la enfermedad, y a que existen barreras físicas y psíquicas para establecer una buena comunicación con el paciente/familia en los hospitales de agudos.

Conclusiones. Necesitamos mejorar del manejo de los pacientes con IC terminal que fallecen en el ingreso: no hay buen control de síntomas y éste es tardío. Un buen diagnóstico es básico para planificar mejores cuidados y atenciones en los últimos momentos de sus vidas.

IC-51 UTILIZACIÓN DE HIERRO EN UNA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDÍACA

F. Fanjul Losa y M. Villalonga Comas

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Son Dureta.
Palma de Mallorca (Illes Balears).*

Objetivos. Describir la experiencia en una Unidad de Insuficiencia Cardíaca (UIC) de un hospital de tercer nivel en tratamiento suplementario con hierro (Fe), tanto oral como intravenoso en un periodo determinado de tiempo.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de todos los pacientes seguidos en la UIC de nuestro hospital en el periodo comprendido entre 2007-2009 mediante revisión de la historia clínica del paciente, las notas evolutivas de la consulta de enfermería y los resultados de laboratorio. Se recogen de cada paciente datos epidemiológicos relativos a edad, sexo, prevalencia de patología nefrológica conocida previa al inicio del seguimiento en la UIC, fecha de inicio del seguimiento, fecha de inicio del tratamiento con Fe, tipo de tratamiento y evolución posterior.

Resultados. Se han incluido datos de 302 pacientes, un 70,2% de varones. 91 de estos pacientes (30,12% del total) recibieron trata-

miento con algún tipo de Fe durante los tres años de seguimiento, evidenciándose una mayor utilización en mujeres, siendo éstas un 38,5% de los pacientes tratados. En lo relativo al tratamiento, 21 pacientes (23% de los tratados, 6,9% del total) fueron tratados con Fe endovenoso, el restante 76,9% recibió formulaciones orales. Dentro de los tratamientos orales, el 61% de los pacientes recibieron sulfato ferroso en dosis diarias de 30 mg de Fe (4,6%), 80 mg (67,4%) o 105 mg (27,9%). Otro 28,57% de los pacientes tratados con Fe oral lo fue con formulaciones de Fe trivalente, todos ellos en dosis de 40 mg. Se observaron diferencias en la incidencia de tratamiento con Fe en relación al sexo y la presencia o no de patología nefrológica previa.

Discusión. A pesar de ser actualmente un aspecto en el manejo de la insuficiencia cardíaca (IC) poco contrastado, parece evidente desde un punto de vista fisiológico que, el tratamiento de los pacientes con IC que presenten anemia ferropénica o incluso aquellos que sólo presenten una disminución de los depósitos fisiológicos de Fe mediante una terapia suplementaria con aportes de Fe, bien orales bien endovenosos, dirigidos a corregir la situación, podría resultar beneficioso para los mismos.

Conclusiones. La utilización de tratamientos con Fe oral o endovenoso en pacientes con IC es una práctica habitual, que en nuestro medio alcanza cifras cercanas al 30% del total de pacientes en seguimiento, con mayor prevalencia en mujeres que en hombres y en pacientes con nefropatía respecto a pacientes sin afectación renal.

IC-52 UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDÍACA MULTIDISCIPLINAR: UN MODELO ASISTENCIAL EFECTIVO EN EL ÁMBITO COMARCAL

P. Comas Casanova, D. Arnau Fernández, I. Romeo Castillejo,
M. Cisqueña Corsa y M. Simó Monforte

*Servicio de Medicina Interna. Hospital d'Igualada. Igualada
(Barcelona).*

Objetivos. La insuficiencia cardíaca (IC) en mayores de 65 años es la primera causa de ingreso hospitalario y también tiene una alta tasa de reingreso por incumplimiento terapéutico, insuficiente aplicación de las guías clínicas y falta de información al paciente. Las unidades de IC (UIC) son dispositivos asistenciales que tienen como misión principal incidir en todos estos factores y están incluidas en las guías clínicas con nivel de recomendación IA. Por esos motivos nos propusimos crear una UIC adecuada a los recursos de nuestro hospital y a nuestros pacientes, para optimizar su manejo clínico. Como indicadores de resultados nos propusimos disminuir los reingresos y las visitas a urgencias por descompensación de la IC.

Material y métodos. Equipo: internista, cardióloga y enfermera educadora. Equipamiento: Consulta médica convencional y disponibilidad de hospital de día. Criterios inclusión: IC en CF > II atendidos en el hospital o remitidos por descompensación. Criterios de exclusión: dificultad de desplazamiento, M. hipertrófica, C. pulmonale aislado. Criterios de alta: ausencia de descompensación tras 12 meses de seguimiento y FE > 45%. Funcionamiento: primera visita por internista en < 15 días tras la derivación. Visitas de seguimiento durante un año, y alta de pacientes que cumplen los criterios. Contacto telefónico y valoración preferente de descompensaciones. Tratamiento de las descompensaciones leves-moderadas en la consulta u hospital de día. Discusión periódica de casos clínicos y remisión a Hospital de tercer nivel de los casos subsidiarios de intervencionismo. Análisis estadístico descriptivo y comparación de variables cualitativas mediante el test de chi-cuadrado.

Resultados. 70 pacientes incluidos de noviembre 2008 a marzo 2010: 31 hombres y 39 mujeres. Seguimiento medio: 12 m. Edad: < 65 años: 10 p, > 65-75 años: 24 p y > 75 años: 36 p. Procedencia:

hospitalización 37; AP 15; C. Externas 10; UCIAS 8. Comorbilidades: DM II 10; Deterioro cognitivo/dependencia 8; I. respiratoria 6; I. renal 5; Otros 9. Etiología: C. hipertensiva 22, C. isquémica 21, valvulopatías 7, M. dilatada 8, mixta 6. Función sistólica: preservada 30, deprimida 40. Descompensaciones: 12 leves, 18 moderadas y 5 graves que requirieron ingreso. Derivaciones a hospital de tercer nivel: 11 pacientes. Altas: 13 pacientes (3 exitus, 2 PADES, 5 A. Primaria, 2 C. Externa, 1 cambio de domicilio). Análisis comparativo durante los 12 meses pre y post-inclusión en la UIC de 39 pacientes: ingresos 24 vs 4 ($p < 0,001$); UCIAS 8 vs 4 ($p = ns$).

Discusión. El perfil de los pacientes incluidos en la unidad ha sido de elevada complejidad: ancianos, con elevada comorbilidad y disfunción sistólica en más de la mitad de los casos. El manejo clínico en el seno de la UIC ha permitido evitar ingresos ante debuts de la enfermedad y optimizar el tratamiento de pacientes inestables. En consecuencia se han reducido el número y gravedad de las descompensaciones, que se han detectado precozmente y tratado mayoritariamente de forma ambulatoria.

Conclusiones. La atención de pacientes con IC en la UIC ha disminuido significativamente los reingresos hospitalarios y las visitas a UCIAS. Un modelo de UIC multidisciplinar, centrado en el paciente, basado en la valoración conjunta internista-cardiólogo y los cuidados de una enfermera educadora, es altamente efectiva en el ámbito de un hospital comarcal.

IC-53

VITAMINA D E INSUFICIENCIA CARDÍACA

A. Ruiz de Temiño de la Peña, J. Gil Domínguez, V. Centeno Peláez, T. Pérez Sanz, M. González Rozas, M. Pineda Alonso, J. Alonso Santor y J. Pérez Castrillón

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

Objetivos. El objetivo de nuestro estudio fue valorar la posible asociación entre niveles bajos de 25-OH-Vit D e ICC.

Material y métodos. Se realizó estudio prospectivo de casos y controles en el Servicio de Medicina Interna de febrero a mayo de 2010, incluyéndose 44 pacientes con edades comprendidas entre 70 y 99 años con una edad media de $83,7 \pm 7,7$. 25 pacientes estaban diagnosticados de ICC y 19 pertenecían a una cohorte de pacientes institucionalizados que no presentaban antecedentes de enfermedad cardiovascular. Se obtuvieron niveles de 25-OH-Vit D y PTHi en ambos grupos; y BNP, Ca, P y Mg en los casos. Además se realizaron 22 ecocardiogramas en los pacientes con insuficiencia cardíaca, midiéndose fracción de eyección, patrón diastólico, presencia de valvulopatía y presión sistólica en arteria pulmonar.

Resultados. Los pacientes con insuficiencia cardíaca tienen niveles menores de 25-OH-Vit D ($8,47 \pm 4,85$) que los controles ($17,13 \pm 6,44$), con una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,0001$). Considerando deficiencia severa de vitamina D valores menores de 10 ng/ml, el 78,3% de los casos presentaba cifras inferiores, en contraste con el 5,3% de los controles. Estratificando los resultados por institucionalización, se mantenían diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,009$) en los niveles de Vitamina D. También se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,0001$) en las cifras de PTHi, obteniéndose valores superiores en los pacientes con fallo cardíaco. Sin embargo no encontramos asociación entre los niveles de BNP y vitamina D. Analizando los resultados obtenidos en los pacientes en los que se realizó ecocardiograma, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de vitamina D y los parámetros estudiados.

Discusión. En los últimos años se ha extendido una nueva visión del mecanismo fisiopatológico de la insuficiencia cardíaca, que engloba además de los aspectos puramente hemodinámicos, el papel de las citocinas pro-inflamatorias y la activación neurohormonal. La

vitamina D inhibe el sistema renina-angiotensina-aldosterona, implicado en el desarrollo del fallo cardíaco y la HTA, y disminuye la inflamación protegiendo el endotelio vascular. Además los niveles bajos de esta vitamina favorecen, por un efecto directo y otro indirecto por el hiperparatiroidismo secundario, la hipertrofia del miocardio. En estudios recientes se ha visto un aumento de los diámetros y volúmenes sistólicos y diastólicos del ventrículo izquierdo, sin embargo, nosotros no hemos encontrado asociación entre los parámetros ecocardiográficos estudiados y el déficit de vitamina D. En la literatura revisada se ha observado relación entre la deficiencia de vitamina D y el riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular, unido a un peor pronóstico. Sin embargo, se debate si este déficit es secundario a una exposición solar menor y una ingesta inadecuada, por un deterioro funcional. En nuestro estudio, analizando los pacientes con menor exposición solar, que son los institucionalizados, se sigue observando una deficiencia más severa de vitamina D en el grupo de insuficiencia cardíaca, lo que sugeriría que es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad cardiovascular.

Conclusiones. Los pacientes con insuficiencia cardíaca presentan niveles más bajos de vitamina D y valores superiores de PTHi en relación con un hiperparatiroidismo secundario.

IC-54

SELECCIÓN DE UN MÉTODO PARA LA MEDIDA DE PÉPTIDOS NATRIURÉTICOS EN EL LABORATORIO DE UN HOSPITAL COMARCAL

E. Sanjurjo Golpe¹, J. Serra², X. Vázquez² y E. Salvador Milián¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Laboratorio. Hospital Comarcal del Pallars. Tremp (Lleida).

Objetivos. Las concentraciones plasmáticas de péptidos natriuréticos son útiles en el diagnóstico de la insuficiencia cardíaca (IC) y en el manejo de pacientes con IC crónica establecida. Se planteó la implementación de su medida, actualmente externalizada, con el fin de mejorar el tiempo de respuesta y el coste económico.

Material y métodos. Se estudió la capacidad diagnóstica de los dos métodos candidatos: NT proBNP en un miniVidas-Biomérieux (A) y BNP Triage en un Triage Meter-Alere (B), y del método externalizado: NT proBNP en un Elecsys -Roche (C), en un grupo de pacientes con sospecha clínica de IC crónica. Se compararon los resultados de NT proBNP obtenidos por el método candidato con los del método externalizado. Se estudiaron 28 pacientes con sospecha clínica inicial de IC crónica. Utilizando los criterios clínicos, electrocardiográficos y de diagnóstico por la imagen se confirmó o descartó la sospecha inicial.

Resultados. Se practicaron medidas de NT proBNP (A y C) a 28 pacientes y de BNP a 24. Se utilizaron los puntos de corte recomendados por los fabricantes en la sospecha de IC crónica: 100 ng/l (B), 125 ng/L si < 75 años y 450 ng/L si ≥ 75 años (A y C). Para valorar la correlación de los dos métodos de NT proBNP se utilizó el programa de comparación de métodos Passing-Bablok (regresión lineal no paramétrica). En 17 de los 28 pacientes se confirmó la sospecha de IC crónica mediante los criterios clínicos y de diagnóstico por la imagen. En los 11 restantes se descartó la enfermedad. Los resultados de BNP de los 24 pacientes estudiados fueron concordantes con el diagnóstico clínico (14 enfermos, 10 no enfermos) con lo que la sensibilidad, especificidad, VPP VPN y EF fueron de 1. Los dos métodos de NT proBNP clasificaron correctamente los casos de IC crónica (17) y a 9 de los 11 no enfermos por lo que la especificidad fue de 0,82, el VPP de 0,89 y la EF de 0,93 mientras la sensibilidad y el VPN fueron de 1. Los dos falsos positivos correspondieron a la franja 125-450 ng/L en pacientes < 75 años de edad y con filtrado glomerular estimado > 60 . La ecuación de la recta de regresión obtenida entre los dos métodos de NT proBNP fue y (Vidas): $0,816x$ (Elecsys) $-4,4$. $r: 0,993$. Existe una buena correlación y no existe error sistemático ya que el intervalo de confianza de la ordenada en

el origen incluye el 0 pero si proporcional ya que el intervalo de confianza de la pendiente no incluye el 1.

Discusión. Los resultados deben interpretarse con cautela a causa del escaso número de pacientes estudiados y a un posible sesgo de selección. Tanto el BNP Triage como el NT proBNP (A y C) mantuvieron el VPN de la clasificación clínica. Dado que la capacidad de exclusión es el principal requerimiento que ha de cumplir la medida de péptidos natriuréticos los dos métodos candidatos pueden considerarse válidos. No obstante, NT proBNP ha presentado una zona gris (125-450 ng/L en < 75 años) que ha causado 2 falsos positivos. El estudio comparativo de los métodos de NT proBNP muestra un error proporcional negativo del método A respecto a C que no implicó cambios en la clasificación clínica de los pacientes.

Conclusiones. La selección de un método de detección de péptidos natriuréticos debe basarse en su fiabilidad y la adaptabilidad de la técnica al laboratorio del hospital. Los resultados en la comparación de diferentes métodos pueden ayudar a tomar una decisión final.

IC-55 DIFERENCIAS GEOGRÁFICAS EN LA MORTALIDAD POR INSUFICIENCIA CARDÍACA EN ESPAÑA. MATIZANDO LA PARADOJA ESPAÑOLA

J. Montes-Santiago¹, J. Álvarez¹, G. Rey², A. Mediero², E. Corral¹, D. Miguélez¹ y V. Rodil¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Documentación Clínica. Complejo Universitario de Vigo. Vigo (Pontevedra).

Objetivos. Diversos estudios realizados en España muestran diferencias geográficas en la mortalidad por cardiopatía isquémica (CI) y enfermedad vascular cerebral (EVC) siendo mayor en el sureste (Andalucía, Extremadura, Comunidad Valenciana, Murcia) (fenómeno denominado paradoja española y también cinturón del ictus). Sin embargo, los estudios que analizaron estas variaciones en insuficiencia cardíaca (IC) no encontraron esas claras diferencias para la mortalidad en esta entidad. Aquí analizamos las diferencias geográficas españolas recientes de mortalidad para dicha entidad.

Material y métodos. Los datos sobre el diagnóstico principal de IC y mortalidad se obtuvieron del Centro Nacional de Estadística y de la Encuesta de Mortalidad Hospitalaria (EMH), que permiten análisis diferenciados por Comunidades Autónomas (CCAA). Con dichos datos y con las herramientas estadísticas proporcionadas por tales organismos se elaboraron tablas y mapas de mortalidad estandarizadas por edad y 1.000.000 para IC (2007). Estos se intentaron correlacionar con los más recientes estudios que analizan diferencias geográficas de factores de riesgo cardiovascular en España (Estudios ERICE y PREV-Ictus).

Resultados. En la mortalidad por IC en España no se observa exactamente el gradiente descrito para CI y EVC. La mortalidad es mayor en Andalucía pero también en Galicia. Así, las mayores tasas de mortalidad en hombres se observan en Andalucía (32,8), Rioja (31,4) y Galicia (26,8) (España: 22,9). En mujeres, las mayores tasas corresponden a Andalucía (32,3), Comunidad Valenciana (25,7) y Galicia (25,0) (España: 22,6). Aunque puede existir correlación entre la prevalencia y control de factores de riesgo como hipertensión (HTA) e hipertrofia ventricular izquierda (HVI) y el desarrollo de IC en Andalucía, deben buscarse otras explicaciones para Galicia. Esta puede consistir en la mayor edad de hospitalización por IC. Así esta CA que ostenta las mayores tasas brutas de mortalidad por 100000 [Galicia: 51,6 (hombres) y 89,4 (mujeres) frente a España: 32,0 (hombres) y 58,1 (mujeres)], presenta también una mayor edad media en la hospitalización por IC, fundamentalmente en mujeres [Galicia: 81,4 años (10,2) (mujeres) y 75,3 (10,8) (hombres) frente a España: 79,9 años (10,2) (mujeres)

y 75,3 (10,8) (hombres), $p < 0,05$ para mujeres] (año 2006)]. En la edad media de defunción por IC, Galicia sobrepasa en 2,3 años (mujeres) y 0,9 años (hombres) a la de España y Andalucía está por debajo 2,0 años (mujeres) y 1,5 años (hombres). En la IC aproximadamente el 50% de muertes se producen en el hospital (muertes por IC en 2008: 10.091 muertes hospitalarias/20.211 muertes totales).

Discusión. Para las altas tasas de mortalidad por IC en Andalucía puede encontrarse explicación entre la HTA y desarrollo de IC. En el estudio PREV-ictus es la CA con mayor prevalencia de HTA (79,4%), HVI (19,6%) y menor grado de control de HTA (28,5%), frente al promedio español (73,0%, 12,9% y 35,7%, respectivamente). En Galicia la mayor edad de hospitalización correlaciona con la alta mortalidad por IC.

Conclusiones. Existe disparidad geográfica en la mortalidad por IC en España, aunque con diferencias con otras enfermedades cardiovasculares. La mortalidad es mayor en Andalucía (como en CI y EVC), pero también en Galicia. En Andalucía probablemente esto se relacione con mayor prevalencia y menor control de HTA, mientras que en Galicia su determinante principal puede ser la edad avanzada.

IC-56 FACTORES PREDICTIVOS DE REINGRESO Y MORTALIDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA. ANÁLISIS PRELIMINAR DEL ESTUDIO PREDICE

B. Herrera Hueso¹, M. Martínez-Risque¹, L. Gómez Morales¹, M. Martín Ponde², A. de Miguel Albareal², A. Navarro Puerto², J. Llenas García³ y P. Magán Tapia⁴

¹Servicio Medicina Interna, CIBER Epidemiología y Salud Pública. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. ²Servicio Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla. ³Servicio Medicina Interna, CIBER Epidemiología y Salud Pública, ⁴Unidad Investigación, CIBER Epidemiología y Salud Pública. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Objetivos. La Insuficiencia cardíaca (IC) supone una de las causas fundamentales de reingresos hospitalarios con estancia prolongada. El objetivo de este estudio preliminar fue determinar la existencia de factores que permitieran realizar predicciones sobre los reingresos y mortalidad en pacientes hospitalizados por IC.

Material y métodos. El estudio PREDICE (PREdicción Desenlaces Insuficiencia Cardíaca en España) es un estudio observacional, analítico, multicéntrico de tipo cohorte histórica, constituida por pacientes que ingresaron por primer episodio de IC en los Hospitales Universitarios Virgen de Valme, Virgen del Rocío y 12 de Octubre, desde enero de 2004 a diciembre de 2008. Del CMBD de cada hospital se seleccionaron todos los casos que como diagnóstico principal de ingreso tuvieron IC. Se excluyeron aquellos pacientes con antecedentes de IC. De manera aleatoria se seleccionó una muestra de 600 pacientes (200 por cada uno de los centros). Se recogieron de forma estandarizada diferentes variables (epidemiológicas, clínicas, analíticas, pruebas complementarias y tratamiento) de la historia clínica y se evaluó su posible asociación con las variables de resultado reingreso y mortalidad en el primer año tras el ingreso mediante un análisis multivariante de regresión logística.

Resultados. De los 600 pacientes estudiados el 7,3% reingresó en el primer mes, el 12,3% en el tercer mes y 21,7% a los doce meses. El 6,2% falleció en el primer mes, el 9,5% a los tres meses y el 16% a los doce meses. Se observaron como factores de riesgo para el reingreso en el primer mes (OR > 1) hiperglucemia, hipercolesterolemia, implantación de marcapasos, enfermedad renal o lesiones en la arteria descendente anterior; en el tercer mes, hipertrofia ventricular izquierda, y a los doce meses, hipercolesterolemia e hipertrofia ventricular izquierda (HVI). Respecto a la

mortalidad, los factores de riesgo (OR > 1) durante el primer mes fueron la presencia de bloqueo aurícula-ventricular completo (BAV), tratamiento con diuréticos, elevación de la creatinina; en el tercer mes, además de los previos, tratamiento con hidralacina y las metástasis; y a los doce meses además de los ya reseñados la presencia de miocardiopatía dilatada, cardiopatía isquémica y demencia.

Conclusiones. En nuestro estudio la mortalidad de los pacientes ingresados por IC es similar a la descrita en la literatura. Las variables que mayor fuerza de asociación presentaron en relación a los reingresos fueron la lesión en la ADA para el primer mes, la HVI para los tres meses y la hipercolesterolemia para los doce meses; respecto a la mortalidad, el BAV para el primer mes, las metástasis a los tres meses y la miocardiopatía dilatada a los doce meses. La identificación y el control de algunos de estos factores podrían disminuir la tasa de reingresos y la mortalidad en los pacientes con IC.

Financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación (FIS PI-06/90243 y FIS PI-07/0945) y la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (PI-0357/06).

IC-57 REGISTRO DE PACIENTES CON IC Y MORTALIDAD. VALOR PRONÓSTICO DEL NTPROBNP Y CA125

C. Gómez Torrijos, M. Bosch Campos, M. Giménez Alcalá, J. Fernández-Cuervo Lorente, M. Villalonga Pesudo, A. Blasco Claramunt, F. Bertomeu i Blanch y M. Bañó Aracil

Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Plana. Villarreal/Vila-real (Castellón).

Objetivos. Primario: conocer los factores predictores de mala evolución como el BNP y CA 125, en los pacientes que ingresan por IC en nuestro medio. Secundario: utilización de fármacos que han demostrado aumento de la supervivencia en pacientes que ingresan por IC. Comparativa española y europea frente a un hospital comarcal.

Material y métodos. Se incluyeron en el estudio todos los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna durante 3 meses con el diagnóstico de insuficiencia cardíaca aguda.

Resultados. Al evaluar la tasa acumulada de muertes por causa cardíaca en el seguimiento mediante curvas de Kaplan-Meier, según si el proBNP era por encima o inferior a 1.200, no se apreció una significativa separación de las curvas (prueba de log-rank, p 0,165). Los mismo ocurrió en el caso del CA125, que en este caso se hizo dos grupos: si CA 125 estaba elevado (> 35 U/ml) o no (prueba de log-rank, p 0,423). Al evaluar la tasa acumulada de muertes por todas las causas en el seguimiento mediante curvas de Kaplan-Meier, según si el proBNP era por encima o inferior a 1.200, se apreció una rápida y significativa separación de la curva desde el inicio (prueba de log-rank, p 0,05). No se demostró una separación estadísticamente significativa en el caso del CA 125 (prueba de log-rank, p 0,942). En el análisis multivariante, los valores de proBNP no se asociaron de manera independiente con la mortalidad cardíaca (p 0,162) ni tampoco en el caso del CA 125 (p 0,445). Respecto a la mortalidad total, los valores de proBNP, CA125 y PCR no se asociaron de manera independiente con la mortalidad total. Si la variable proBNP se considera dicotomizada (proBNP ≤ 1.200 pg/ml vs proBNP > 1.200 pg/ml), la presencia de proBNP al ingreso de > 1.200 pg/ml, se asoció de manera independiente con la mortalidad total (HR 4,419, IC95% 1,064-18,356, p 0,041).

Discusión. En nuestra serie, correspondiente a un hospital comarcal, se observó una intensa y significativa asociación entre el proBNP al ingreso (dicotomizado en BNP > 1.200 pg/ml vs ≤ 1.200 pg/ml) y la mortalidad global en el paciente que ingresaba con IC aguda. En cuanto a la mortalidad cardíaca, esta asociación no resultó sig-

nificativa con una p = 0,165. La presencia de proBNP al ingreso de > 1.200 pg/ml, se asoció de manera independiente con la mortalidad total, esto es, al presentar al ingreso un proBNP > 1.200 pg/ml, supone un riesgo adicional (de 4,4 veces más) e independiente de muerte por cualquier causa (HR 4,419, IC95% 1,064-18,356, p 0,041).

Conclusiones. La presencia de proBNP al ingreso de > 1.200 pg/ml, se asoció de manera independiente con la mortalidad total, esto es, al presentar al ingreso un proBNP > 1.200 pg/ml, supone un riesgo adicional (de 4,4 veces más) e independiente de muerte por cualquier causa (HR 4,419, IC95% 1,064-18,356, p 0,041). En nuestra población, la prescripción de fármacos betabloqueantes al alta fue mayor a la de otros registros (42,9%) frente a los 36,9% del Euroheart Survey22 y muy superior al registro que se ha publicado este año por el grupo de IC de la sociedad española de medicina interna (SEMI-IC). El resto de fármacos prescrito en términos de porcentaje fue muy similar.

IC-58 RED CELL DISTRIBUTION WIDTH (RDW) COMO MARCADOR PRONÓSTICO EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA

K. Antelo Cuellar, N. Gago Arsenal, M. González Amorós, T. Ramírez Tucas, J. Pérez Silvestre, D. García Escrivá y F. Pérez de Lelis

Servicio de Medicina Interna. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia.

Objetivos. Estudios recientes han relacionado un valor elevado de RDW a mayor morbimortalidad y peor pronóstico en enfermedades cardiovasculares agudas o reagudizadas, especialmente en insuficiencia cardíaca congestiva. Nuestro objetivo es analizar la correlación de valores de RDW y morbi-mortalidad en paciente ingresados con insuficiencia cardíaca en la sala de agudos de Medicina Interna en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos. Estudio retrospectiva y observacional de los pacientes ingresados entre mayo 2009 y mayo de 2010, que hubieran tenido como diagnóstico principal o secundario insuficiencia cardíaca congestiva. Se ha recogido mortalidad, reingresos, perfil hemático al ingreso y al alta, tratamiento administrado, metabolismo del hierro y necesidad o no de transfusión durante el ingreso, así como valores del RDW, considerándose como patológicos los niveles iguales o superiores al 15%. El análisis estadístico se realizó con el sistema SPSS.

Resultados. En un periodo de 12 meses se objetivaron un total de 349 casos de ICC. 67% mujeres y 33% varones. La edad media fue de 84 años (63-100). Con una estancia media de 10 días (1-100), Necesitaron reingresar por la misma patología un 25% de los pacientes, siendo la mortalidad total de 26% (102). En el perfil hematológico se observa una hemoglobina media al ingreso de 13,7% (4,9-18) y al alta de 11,5%. El valor medio del RDW fue de 16%, teniendo un mínimo y máximo de 11% y 27,65% respectivamente. Necesitaron transfusión de hematíes un 13,8% de los pacientes ingresados. Con respecto al tratamiento farmacológico específico de IC en 89% de los pacientes se hizo uso de diuréticos y en 43,4% de β- bloqueantes. No se ha objetivado significación estadística respecto a mortalidad, reingreso y estancia media en relación con aumento de RDW. Si fue estadísticamente significativa la relación de RDW elevado y la necesidad de transfusión sanguínea al ingreso (p 0,05).

Discusión. En nuestro estudio no se ha objetivado significación estadística en la relación entre los valores elevados de RDW y morbimortalidad, como lo han demostrado otros estudios existentes, debido probablemente al pequeño tamaño muestral, comparado con las bases de datos multicéntricas utilizadas tanto en los escasos estudios publicados como en el único meta-análisis realizada (Red Cell Distribution Width and Mortality in Older Adults:

Meta-analysis. Validation and Potencial Mechanisms of Red Cell Distribution).

Conclusiones. 1. Mayor morbimortalidad en los pacientes con valores de RDW elevados a pesar de no haberse objetivado significación estadística. 2. Valores aumentados de RDW en la mayoría de los pacientes con Insuficiencia cardíaca congestiva descompensada. 3. Menos de la mitad de los pacientes son dados de alta con tratamiento β -bloqueante en su mayoría por problemas de tolerabilidad.

IC-59

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, ETIOLOGÍA Y MORBIMORTALIDAD DE PACIENTES SEGUIDOS EN UNA CONSULTA ESPECÍFICA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN MEDICINA INTERNA

L. Mateo Mosquera, M. Valcárcel García, M. Rodríguez Cordero, L. Martínez Braña, L. Fernández Hernández, R. de la Fuente Cid, I. Rodríguez López y F. Lado Lado

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela (A Coruña).

Objetivos. Describir las características epidemiológicas, etiología y morbimortalidad en una cohorte de pacientes a seguimiento ambulatorio en una consulta de Insuficiencia Cardíaca en Medicina Interna.

Material y métodos. Se trata de un estudio observacional y retrospectivo. Se seleccionaron de forma consecutiva 223 pacientes a seguimiento en la consulta de Insuficiencia Cardíaca durante el periodo comprendido de enero de 2007 a abril de 2010. Durante este periodo se realizó un total de 1.387 visitas. Se recogieron variables relacionadas con aspectos epidemiológicos, antecedentes clínicos, parámetros analíticos y tratamiento, así como ingresos hospitalarios por IC y mortalidad por todas las causas durante el periodo del estudio que se consideran como índices de morbimortalidad. Las variables cualitativas se expresan en porcentajes y las cuantitativas en forma de media. Para el análisis estadístico se utilizó el paquete software SPSS 11.0 para Windows.

Resultados. De los 223 pacientes incluidos el 47,5% eran varones y el 52,5% mujeres, con una mediana de edad de 80 años. El 74,4% de los pacientes presentaban hipertensión, el 33,6% diabetes mellitus, el 51,6% hiperlipemia y el 59,2% fibrilación auricular. La anemia estaba presente en el 35% de los pacientes y la insuficiencia renal en un 43%. La etiología más frecuente fue la hipertensiva con 74,4% pacientes, seguida por etiología isquémica (17,9%), valvular (11,7%), cor pulmonale (4,9%) y otras (7,6%). El 15,3% de los pacientes se encontraba en clase funcional I, el 45,5% en clase II, el 37,8% clase III y el 1,4% en clase IV. En cuanto a la FE el 69,6% presentaba una FE > 50, el 14,4% entre 40-50 y el 16% menor de 40. Del total de pacientes el 74,8% se encontraba a tratamiento con IECAS o ARaII y el 54,7% con betabloqueantes. Se registraron 28,7% fallecimientos: el 32,8% de causa cardiovascular, 21,9% por causa no cardiovascular y el 41,2% de causa desconocida. De los fallecimientos de causa cardiovascular se debieron principalmente a insuficiencia cardíaca refractaria (71,4%), seguidos por parada cardiorespiratoria (14,3%), infarto agudo de miocardio (4,8%) y otras (9,5%). En relación con los fallecimientos de causa no cardiovascular el 50% se debieron a neumonía, seguidos de sepsis (35,7%), neoplasia (7,1%) y otras (7,1%).

Conclusiones. Dentro de nuestra cohorte predominan las mujeres con una media de edad elevada. La hipertensión arterial es el principal factor de riesgo cardiovascular seguida de dislipemia. De la misma forma la hipertensión arterial es la primera causa de IC. La clase funcional predominante es II y la mayoría de los pacientes presentan fracción de eyección conservada. La muerte por causa

cardiovascular es la más frecuente y dentro de ésta la insuficiencia cardíaca refractaria.

IC-60

IMPACTO PRONÓSTICO DEL RECUENTO LINFOCITARIO TOTAL TRAS UN PRIMER INGRESO POR INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA. RESULTADOS DEL ESTUDIO PREDICE

M. Fernández Ruiz¹, J. Vila Santos¹, A. Morales Cartagena¹, A. Navarro Puerto², B. Herrero Hueso³, R. Terán Redondo³, R. Gómez Herreros² y J. Guerra Vales¹

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

²Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. La presencia de linfocitopenia ha sido identificada como un marcador indirecto de activación neurohormonal y de estado proinflamatorio en diversas enfermedades cardiovasculares. Pretendemos determinar su relevancia pronóstica a partir de una amplia cohorte de pacientes ingresados tras un primer diagnóstico de insuficiencia cardíaca congestiva (ICC).

Material y métodos. PREDICE [PREdicción de Desenlaces en Insuficiencia Cardíaca en España (FIS 07/0945; FIS 06-90243; SAS 357-06)] es un estudio multicéntrico observacional de cohorte con recogida de datos retrospectiva, que incluye 600 pacientes ingresados por un primer episodio de ICC entre enero de 2004 y diciembre de 2006 en tres hospitales terciarios del territorio nacional: H.U. Virgen del Rocío y H.U. Virgen de Valme (Sevilla), y H.U. 12 de Octubre (Madrid). Excluimos 102 pacientes (17%) por presentar diversas comorbilidades que podían interferir en el recuento linfocitario (enfermedades neoplásicas, hematológicas o hepatopatía crónica). Analizamos dicha variable tanto de forma continua como dicotomizada en función de su valor medio (1.676 células/ μ L), y determinamos su impacto sobre la mortalidad a 1, 3 y 12 meses del ingreso. Empleamos la aplicación Stata/IC 10 (Stata Corporation, College Station, TX).

Resultados. La cohorte estudiada incluyó un total de 498 pacientes (257 mujeres; edad media: 73,5 \pm 12,3 años). Entre sus comorbilidades más prevalentes figuraban: hipertensión arterial (65,2%), diabetes mellitus tipo 2 (42,5%), hipercolesterolemia (26,2%), EPOC (19,6%) y cardiopatía isquémica (16,8%). Se objetivó una función sistólica preservada del ventrículo izquierdo en el 52% de los pacientes. La mediana del recuento linfocitario total al ingreso fue de 1.420 células/ μ L (rango: 110-9.380), en tanto que 300 pacientes (60,2%) presentaron linfocitopenia (definida por < 1.676 células/ μ L). El recuento linfocitario total se relacionó de forma directa con el aclaramiento de creatinina ($p < 0,001$) y las cifras de hemoglobina ($p = 0,001$) y colesterol sérico ($p = 0,004$). La linfocitopenia fue más frecuente en pacientes con cardiomegalia radiológica ($p = 0,047$) y en los que no recibieron al alta tratamiento con bloqueantes beta-adrenérgicos ($p = 0,005$). La mortalidad global de la cohorte a 1, 3 y 12 meses del ingreso fue del 5%, 7,8% y 13,3%, respectivamente. Los pacientes con linfocitopenia presentaron, en comparación con el resto de la cohorte, mayor mortalidad al cabo de 1 mes (6,7% vs 2,5%; $p = 0,038$) y de 12 meses (15,3% vs 9,6%; $p = 0,063$).

Discusión. La prevalencia de linfocitopenia es muy elevada en un primer ingreso por ICC (60,2%), y su presencia permite identificar un subgrupo de pacientes con factores de mal pronóstico (anemia, insuficiencia renal o cardiomegalia) y menor prescripción de bloqueantes beta-adrenérgicos al alta hospitalaria.

Conclusiones. En la cohorte PREDICE, el recuento linfocitario total al ingreso constituye un marcador pronóstico de utilidad en pa-

cientes que requiere hospitalización por un primer episodio de ICC.

IC-61 ANEMIA E INSUFICIENCIA RENAL EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA EN UNA CONSULTA ESPECÍFICA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA

M. Valcárcel García¹, M. Rodríguez Cordero¹, L. Martínez Braña¹, L. Mateo Mosquera¹, L. Fernández Hernández¹, L. Ferreiro Fernández², I. Rodríguez López¹ y F. Lado Lado¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Neumología. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela (A Coruña).

Objetivos. Evaluar la prevalencia de anemia e insuficiencia renal, así como la relación entre ellas y su implicación en el pronóstico en pacientes seguidos ambulatoriamente en una consulta específica de insuficiencia cardíaca de Medicina Interna.

Material y métodos. Se trata de un estudio observacional, donde se analizaron los datos de 223 pacientes, incluidos de forma consecutiva de enero de 2007 a abril de 2010, y diagnosticados de insuficiencia cardíaca de etiología diversa. La anemia se definió en función de la hemoglobina, poniendo el punto de corte en < 12 g/dl. El grado de insuficiencia renal crónica (IRC) fue clasificado en función del filtrado glomerular estimado a través de la fórmula MDRD-4, en leve (FGE 60-30), moderada (FGE 30-15) y severa (FGE < 15). Estos datos fueron recogidos del último control analítico del que disponemos. Para el análisis estadístico se utilizó el paquete software SPSS 11.0 para Windows utilizando Chi-cuadrado para variables cualitativas, considerando significación estadística $p < 0,05$.

Resultados. El 47,5% eran varones y el 52,5% mujeres con una edad media de 78,56 años. La etiología más frecuente fue la hipertensiva (57,8%) seguida de la isquémica (17,9%), valvular (11,7%) y otras (12,6%). La mortalidad global fue del 27,8%. Se detectó anemia en el 35% de los pacientes e insuficiencia renal en el 66,2%, de los cuales el 77,3% era de grado leve, 21,3% moderado y 1,3% severo. La prevalencia conjunta de IRC y anemia es 40,8% y un 24,0% presenta anemia sin IRC ($p < 0,013$). La IRC [odds ratio (OR) 2,113; intervalo de confianza (IC) al 95%, 1,075-4,151] y la anemia [OR 2,933; IC95% 1,600-5,378] se asocian con la mortalidad. Del grupo de pacientes con IRC (147): con anemia mueren un 48,3%, frente a un 21,8% sin anemia. La presencia de IRC junto con anemia [OR 3,348; IC95%, 1,63-6,862] se asocia con la mortalidad.

Discusión. La prevalencia de la anemia en nuestra serie es del 35% y de IRC del 66,2%, predominando el grado leve de IRC. El riesgo de mortalidad en los pacientes con IRC es más del doble que en los que no la tienen. Es más, atendiendo a la gradación, vemos que a más severidad de la enfermedad aumenta el porcentaje de muerte, siendo de un 19,4% en no insuficientes renales, 26,7% en grado leve, 50,0% en moderada y de un 50,0% en el grupo de IRC severa. No se incrementa la mortalidad en este último subgrupo, lo que puede deberse a que el número de sujetos que se incluye en el mismo es de dos. El riesgo de mortalidad en los pacientes con anemia es casi el triple que en los pacientes con cifras de hemoglobina normales. La anemia se presenta en un 40,8% si tiene IRC y tan sólo en un 24,0% si no la presenta, siendo esta relación estadísticamente significativa ($p < 0,013$). Esto era esperable teniendo en cuenta que la IRC está descrita como causa de anemia.

Conclusiones. En nuestra Consulta Específica de Insuficiencia Cardíaca de Medicina Interna predominan los pacientes añosos, de sexo femenino, teniendo la cardiopatía hipertensiva como principal causa de IC. La prevalencia de anemia e insuficiencia renal ha sido importante y ambas son factores de riesgo de mortalidad, implicando mayor riesgo si el paciente reúne ambas patologías. Además como era previsible, un mayor estadio de insuficiencia renal supone un incremento de la mortalidad.

IC-62 RELACIÓN ENTRE ÍNDICE DE ADECUACIÓN DE ERITROPOYETINA E INFLAMACIÓN EN INSUFICIENCIA CARDÍACA

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

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

Objetivos. Desde hace tiempo, se ha descrito una relación de mal pronóstico en pacientes con Insuficiencia cardíaca con niveles elevados de Eritropoyetina sérica (EPO). Se ha propuesto como hipótesis explicativa la inhibición de la eritropoyesis por el estado proinflamatorio de la enfermedad con la consecuente elevación de las cifras de EPO y alteración de su adecuación a las cifras de hemoglobina circulante. El objetivo de nuestro trabajo es relacionar la adecuación de la EPO sérica circulante con los niveles proinflamatorios en pacientes anémicos y no anémicos.

Material y métodos. Se reclutó a 106 pacientes de las consultas externas de Medicina Interna con al menos 15 días postalta a los que se midió niveles de EPO e Interleucina 6 (IL-6) como marcador inflamatorio. Se les calculó el Índice de Adecuación de Eritropoyetina (IAEPO: Cociente EPO Observada/Predicha) separando a los pacientes en 2 grupos, unos con cifras inapropiadamente altas y otros con cifras inapropiadamente bajas de EPO. Se contrastó con los niveles de IL-6 mediante U de Mann Whitney ya que IL-6 no seguía una distribución normal.

Resultados. Había en el grupo de pacientes con cifras inapropiadamente bajas (IAEPO < 1) 44 pacientes y 62 en el grupo de inapropiadamente altas (IAEPO > 1). En el primer grupo las cifras de IL-6 fueron de 5,59 pc/dl y en el segundo grupo 6,83 pc/dl, con una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,028$). No se compararon niveles brutos de EPO ni de hemoglobina por ser variables componentes de IAEPO.

Discusión. Nuestros datos sugieren que aquellos pacientes con unos mayores niveles de citocinas en sangre, pueden tener trastornos en el eje producción-respuesta de EPO, de modo que podría ser que aquellos con una mayor actividad inflamatoria tengan unas cifras de EPO mayores de las que le corresponden, apoyando la hipótesis de una posible resistencia a la EPO en la médula ósea.

Conclusiones. Nuestros datos preliminares apoyan la hipótesis de que aquellos pacientes con Insuficiencia cardíaca y mayor actividad inflamatoria tienen unas cifras de EPO inapropiadamente altas en relación a sus cifras de hemoglobina circulante, lo que podría reflejar una posible resistencia a la EPO en la médula ósea.

IC-63 EL ÍNDICE DE AMPLITUD DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA EN INSUFICIENCIA CARDÍACA. VALOR PRONÓSTICO.

E. Ramiro Ortega¹, J. Santamaría González¹, B. García Casado¹, E. Guisado Espartero², J. Arias Jiménez¹, P. Salamanca Bautista¹, O. Aramburu Bodas¹ y R. Pérez Cano¹

¹Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena. Sevilla. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Margarita. Cabra (Córdoba).

Objetivos. En trabajos recientes se ha propuesto que el Índice de Distribución Eritrocitaria (ADE), parámetro que mide los niveles de anisocitosis en sangre periférica, puede ser un marcador pronóstico en insuficiencia cardíaca. El objetivo de nuestro trabajo es realizar un análisis descriptivo de la relación entre la elevación de los valores del ADE y la mortalidad a los 3 años en pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca.

Material y métodos. Hemos recogido los datos de los hemogra-

mas que se realizaron al ingreso de pacientes con insuficiencia cardíaca desde el año 2005 al 2010. Se recogieron 97 pacientes. Se elaboró una base de datos con las siguientes variables: ADE y supervivencia a los 3 años. Se compararon proporciones de exitus en pacientes según sus cifras de ADE normales o patológicas, mediante chi cuadrado de Pearson. Para el tratamiento estadístico se utilizó el programa SPSS v. 18.

Resultados. De un total de 97 pacientes, 39 pacientes presentaban cifras de ADE dentro de los límites de la normalidad (11,0-15,0), de los cuáles 6 pacientes fueron exitus en los 3 años de seguimiento. De los 58 pacientes que tenían valores de ADE patológicos, fallecieron 27. Se confirma que los pacientes con niveles de ADE por encima de los valores normales tienen una ODDS RATIO de mortalidad a los 3 años de 4,79 con un intervalo de confianza del 95% de 1,74-13,17 y $p = 0,001$, con respecto a pacientes con cifras de ADE dentro de la normalidad.

Discusión. El ADE es una medida de la variabilidad del tamaño de los hematíes que recientemente ha sido reconocido como un nuevo marcador para el seguimiento y pronóstico de pacientes con insuficiencia cardíaca. Hay varios mecanismos por los que se eleva el ADE en pacientes con insuficiencia cardíaca, cómo la inflamación persistente, citoquinas proinflamatorias que inhiben la formación de eritropoyetina, el incremento del estrés hemodinámico y oxidativo así como múltiples factores tales como déficits nutricionales, disfunción renal y congestión hepática. De los resultados obtenidos se puede deducir que los pacientes con insuficiencia cardíaca con niveles de ADE por encima de la normalidad presentan mayor proporción de muerte a los 3 años que los pacientes con cifras de ADE normales.

Conclusiones. Los valores del ADE en pacientes con insuficiencia cardíaca se pueden utilizar en su seguimiento ya que presentan valor pronóstico, y pueden tener valor adicional junto con el resto de marcadores pronósticos de esta patología, teniendo en cuenta la fácil disponibilidad de este marcador y su bajo coste.

IC-64 MORTALIDAD EN UNA CONSULTA ESPECÍFICA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA DE MEDICINA INTERNA

M. Rodríguez Cordero¹, L. Martínez Braña¹, L. Mateo Mosquera¹, M. Valcárcel García¹, L. Fernández Hernández¹, A. Varela Román², I. Rodríguez López² y F. Lado Lado¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela (A Coruña).

Objetivos. Evaluar la mortalidad y sus causas, así como los reingresos e influencia de los mismos en la supervivencia de una población ambulatoria de pacientes con insuficiencia cardíaca de etiología diversa.

Material y métodos. Se trata de un estudio observacional y retrospectivo en el que se incluyen 223 pacientes seguidos en una consulta específica de insuficiencia cardíaca (IC) de Medicina Interna de un hospital terciario, admitidos de forma consecutiva durante el periodo comprendido de enero de 2007 a abril de 2010 (39 meses). Se seleccionan los fallecidos en dicho periodo, siendo un total de 62 pacientes. La causa de muerte se divide en dos grupos: cardiovascular (insuficiencia cardíaca refractaria, muerte súbita, infarto agudo de miocardio y otras) y no cardiovascular (neumonía, sepsis, neoplasia y otras). Cuantificamos los reingresos desde la inclusión en nuestra consulta hasta el fin del seguimiento (fallecimiento o fin de estudio). Se recogen variables relacionadas con aspectos epidemiológicos y clínicos. Las variables cualitativas se expresan en porcentajes y las cuantitativas en forma de media. Para el análisis estadístico se utilizó el paquete software SPSS 11.0 para Windows.

Resultados. Los 223 pacientes se siguen una media de $20,98 \pm 9,53$ meses (mínimo 0,80 y máximo 39,43), La media de supervivencia

desde la primera consulta fue de $30,67 \pm 0,88$ meses, siendo la mediana de 14,5 meses. Los pacientes que reingresan (n 83) sobreviven de media $26,43 \pm 1,55$ meses y los que no reingresan (n 140), $33,27 \pm 0,99$ meses, siendo este resultado estadísticamente significativo ($p < 0,0001$). La mortalidad global es del 27,8%. 53,2% son varones y 46,8% mujeres, con una media de edad de $80,94 \pm 7,07$ años. La etiología más frecuente es la cardiopatía hipertensiva (49,9%), seguida de isquémica (21%), valvular (16,1%) y otras (13%). Dentro de las causas de exitus conocidas (54,9%), predomina la cardiovascular (61,7%) [IC refractaria, 71,4%; muerte súbita, 4,3%; IAM, 4,8%; otras, 9,5%]. Dentro de causas no cardiovasculares (38,3%), neumonía 53,8%, sepsis 30,8%, neoplasias 7,7% y otras 7,7%.

Discusión. La insuficiencia cardíaca tiene una alta tasa de mortalidad que incluso puede llegar a superar a la de muchas neoplasias malignas. Es la propia progresión de la enfermedad la que suele llevar a dicho desenlace a estos pacientes. En nuestra muestra, la mortalidad es casi de un 30%, ocurriendo mayoritariamente en varones de edad avanzada, siendo la principal etiología de IC la cardiopatía hipertensiva y en segundo lugar la cardiopatía isquémica. Entre los enfermos con causa de muerte conocida, predomina la etiología cardiovascular, fundamentalmente debida a IC refractaria. La media de supervivencia de estos pacientes es superior a 30 meses, aunque la mediana nos informa del alto grado de dispersión del evento. Los pacientes que reingresan más tienen menor supervivencia que aquellos que no lo hacen, siendo esta relación estadísticamente significativa.

Conclusiones. La supervivencia en nuestra muestra es superior que en otras series previamente descritas, no obstante el pronóstico no mejora a pesar de las medidas terapéuticas actuales, dado que la mortalidad sigue siendo elevada. Así mismo, la supervivencia se ve condicionada por el número de reingresos, con una relación inversa.

IC-65 FUROSEMIDA EN PERFUSIÓN CONTINUA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

E. Delgado Mejía¹, D. Tanaka Martín¹, A. Gómez Lobón², A. García Álvarez², L. Periañez Párraga² y M. Villalonga Comas¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca (Illes Balears).

Objetivos. Describir el uso de furosemida en perfusión continua en el servicio de Medicina Interna (MI) del Hospital Universitario de Son Dureta, comparándolo con el servicio de Cardiología del hospital.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel. Se seleccionaron las prescripciones de furosemida en perfusión continua entre en 1/04/09 y el 30/03/10 registradas en la base de datos del servicio de Farmacia del hospital. Se recogieron: edad y sexo, días de hospitalización, factores de riesgo cardiovascular, tipo y grado de IC, comorbilidades, índices de Charlson, Barthel y Pfeiffer, indicación de la prescripción, días de infusión, motivo de finalización de la perfusión, creatinina sérica y aclaramiento renal obtenido por MDRD pre y post-infusión. Se realizó un estudio multivariante comparativo entre los servicios de MI y Cardiología.

Resultados. Las características de la muestra se recogen en la tabla. Hay diferencias estadísticamente significativas en la función renal entre ambos grupos, pre y post-infusional (pre-infusión: en MI, creatinina: 1,64 mg/dl y ClCr: 35,30 ml/min; en Cardiología, creatinina: 2,14 y ClCr: 41,30 ml/min; post-infusión: en MI, creatinina: 1,78 mg/dl y ClCr: 32,23 ml/min; en Cardiología, creatinina: 2,19 y ClCr: 38,45 ml/min) y en días de hospitalización (MI: 12,23; Cardiología: 26,05); no existiendo diferencias estadísticamente significativas en el éxito del tratamiento (exitus: MI: 30,8% y Cardiología: 35%).

Discusión. La furosemida es un fármaco muy utilizado en IC, se emplea en bolus (lo más frecuente) o en infusión continua; por ello queríamos ver las características de los pacientes a los que se les ha prescrito de esta manera. En MI hay más mujeres, más HTA, la hospitalización es la mitad y, en ningún grupo la función renal sufre gran empeoramiento. Sería interesante el desarrollo de estudios que comparasen las dos formas de administración.

Conclusiones. La furosemida en perfusión continua es un fármaco seguro. A pesar de la diferencia de edad entre los pacientes de MI y Cardiología, no hay diferencias en cuanto al beneficio obtenido. Por ello, debería tenerse en cuenta como opción terapéutica para el tratamiento de la IC.

Tabla 1. (IC-65)

N = 33	MI N = 13	Cardiología N = 20	p
Edad	79,54 (65-90)	67,85 (52-83)	0,979
Género (varones)	38,5%	80%	0,017
Índice Charlson	3	3,35	0,023
HTA	84,6%	45%	0,025
DM	46,2%	45%	0,949
DLP	46,2%	35%	0,528
IRC	46,2%	45%	0,949
IC	61,5% (diastólica)	70% (sistólica)	0,006
NT-proBNP	6.905 ug/ml	27.275 ug/ml	0,05

IC-66

HOSPITALIZACIONES Y MORTALIDAD POR INSUFICIENCIA CARDÍACA EN ESPAÑA: ¿EXISTE INFLUENCIA DE LOS FACTORES ECONÓMICOS SANITARIOS EN LAS VARIACIONES GEOGRÁFICAS?

J. Montes-Santiago¹, G. Rey², A. Mediero², J. Álvarez¹, E. Corral¹, D. Miguélez¹ y V. Rodil¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Documentación Clínica. Complejo Universitario de Vigo. Vigo (Pontevedra).

Objetivos. En España, estudios con datos de hace 15 años describieron variaciones geográficas en la mortalidad por IC, siendo esta mayor en las regiones del sureste (Andalucía y Murcia), aunque también en Galicia. Esto se ha correlacionado con la mortalidad por cardiopatía isquémica (CI) analfabetismo y desempleo. Las hospitalizaciones por IC se han correlacionado con las hospitalizaciones por CI y nº de camas por 1.000/h (Rodríguez-Artalejo et al. Rev Esp Cardiol. 2000;53:776-82). En este estudio se aborda dicha variación geográfica en hospitalizaciones y mortalidad recientes por IC en España y su posible relación con los presupuestos sanitarios de las diversas Comunidades Autónomas (CCAA).

Material y métodos. Las tasas de mortalidad por IC por 100.000 se obtuvieron a partir de los datos elaborados por el Centro Nacional de Estadística (referidos a 2007, último año con análisis diferenciado por CCAA) y las altas por IC por 100.000 de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (INE, 2008). Dichas tasas fueron correlacionadas con los gastos sanitarios de las CCAA (referidos como gasto sanitario per cápita) (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2007 y 2008). Ambos conjuntos de datos se correlacionaron mediante los coeficientes de Pearson.

Resultados. Se observan disparidades en la mortalidad [con las mayores tasas en Galicia (71), Castilla-León (57), La Rioja (53) y Andalucía (52), respecto a la media de España (45)]. Las menores mortalidades se obtuvieron en Canarias (22), País Vasco (31), Murcia (31) y Madrid (37)]. También se observan dichas disparidades en las hospitalizaciones por IC, aunque sólo con coincidencias en alguna CA, [con las mayores tasas en Asturias (318), Castilla-León (318), Cataluña (295) y La Rioja (268), respecto de la media de España (218). Las menores tasas se observaron en Canarias (132), Andalucía

(169), Murcia (175) y Cantabria (179). Aunque existen también diferencias en los gastos sanitarios autonómicos no se observó correlación entre el gasto sanitario de las CCAA y la mortalidad ($R^2 = 0,023$) o las altas por IC ($R^2 = 0,046$).

Discusión. Se observan variaciones notables tanto en las hospitalizaciones como en la mortalidad por IC entre las diversas CCAA, sin clara correlación entre la morbilidad hospitalaria y la mortalidad por IC y el gasto sanitario destinado por la CCAA. No obstante, algunos hallazgos merecen destacarse -como la baja morbimortalidad por IC en Canarias-, y otros podrían analizarse ulteriormente -como la alta mortalidad en Andalucía coincidente con bajas tasas de hospitalización-, aunque sin apreciarse desviaciones importantes en estas CCAA del gasto sanitario autonómico.

Conclusiones. En España, se observan variaciones geográficas importantes en las hospitalizaciones y mortalidad por IC, aunque sin coincidencias entre ellas salvo excepciones (Castilla-León) y no se observa correlación entre el gasto sanitario autonómico y la morbimortalidad por IC.

IC-67

TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA EN URGENCIAS SEGÚN ESCENARIOS CLÍNICOS

R. Cuervo Pinto, F. Martín Sánchez, D. Chaparro Pardo, E. García Lamberechts, J. Bustamante, P. Ruiz Artacho, C. Fernández Alonso y P. Villarroya González-Elipse

Servicio de Urgencias. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos. Estudios previos han descrito diferentes escenarios clínicos en función de la tensión arterial sistólica con el fin de indicar el tratamiento inicial de la insuficiencia cardíaca aguda (ICA) en urgencias. No existen datos actualmente sobre si existe una adecuación a las recomendaciones terapéuticas a las diferentes situaciones clínicas. El objetivo de este estudio es, por tanto, describir el manejo terapéutico inicial y los resultados a corto plazo en los diferentes escenarios clínicos de la ICA en urgencias de un hospital terciario.

Material y métodos. Se ha realizado un estudio observacional prospectivo que incluyó a todos los pacientes que acudieron por un episodio de Insuficiencia cardíaca aguda (ICA) a un servicio de urgencias de un hospital terciario durante 30 días. La muestra se dividió en: a) grupo 1: ICA hipertensiva (TAS > 140 mmHg); b) grupo 2: ICA normotensiva (TAS 100-140 mmHg); c) grupo 3: ICA hipotensiva (TAS < 100 mmHg); de la muestra se excluyeron la ICA asociada a síndrome coronario agudo e ICA derecha aislada, ya que requieren un manejo individualizado. Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos, terapéuticos, y resultado al alta hospitalaria (mortalidad) y a los 30 días (mortalidad y reingreso). En el análisis estadístico se usó el programa SPSS 15.0.

Resultados. El número total de pacientes fue de 142 con una edad media de 81 años (DE 7,5), de los cuales grupo 1 = 62 (43,5%), grupo 2 = 70 (49,5%) y grupo 3 = 10 (7%). El manejo de nitratos fue más frecuente en los pacientes con ICA hipertensiva (grupo1 = 33%, grupo2 = 10%, grupo3 = 18%; p = 0,005). No hubo diferencias estadísticamente significativas respecto al manejo del oxígeno (grupo1 = 76,5%, grupo2 = 78%, grupo3 = 100%; p = 0,20), diuréticos (grupo1 = 88%, grupo2 = 81%, grupo3 = 91%; p = 0,44), diuréticos en perfusión (grupo1 = 5%, grupo2 = 6%, grupo3 = 0%; p = 0,71), inotrópicos (grupo1 = 0%, grupo2 = 0%, grupo3 = 0%), digoxina (grupo1 = 20%, grupo2 = 32%, grupo3 = 36,5%; p = 0,24), betabloqueantes (grupo1 = 21,5%, grupo2 = 17,5%, grupo3 = 27%; p = 0,68), IECA (grupo1 = 43%, grupo2 = 36%, grupo3 = 27%; p = 0,5), ni ARA (grupo1 = 20%, grupo2 = 7%, grupo3 = 9%; p = 0,09). No hubo diferencias estadísticamente significativas en resultados de mortalidad alta hospitalaria (grupo1 = 3,5%, grupo2 = 4,5%, grupo3 = 9%; p = 0,707) ni a la mortalidad a los 30 días (grupo1 = 2%, grupo2 = 9%, grupo3 = 9%; p = 0,228), aunque sí una tendencia respecto a la variable mortalidad

y reingreso a los 30 días (grupo1 = 12,5%, grupo2 = 25,5%, grupo3 = 36,5%; p = 0,09).

Conclusiones. Exceptuando el manejo de los nitratos, el tratamiento inmediato de la ICA no se adapta a los diferentes escenarios de la ICA, lo cual podría tener implicaciones en el pronóstico y tratamiento a corto plazo.

IC-68

RELACIÓN DE LOS NIVELES DE PREALBÚMINA CON OTROS MARCADORES NUTRICIONALES E INFLAMATORIOS EN INSUFICIENCIA CARDÍACA

P. Salamanca Bautista¹, E. Guisado Espartero², F. Fabiani Romero³, B. García Casado¹, J. Santamaría González¹, J. Arias Jiménez¹, O. Aramburu Bodas¹ y R. Pérez Cano¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Bioquímica clínica y Biología molecular. Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal Infanta Margarita. Córdoba.

Objetivos. 1. Valorar la relación que tiene el estado nutricional de los pacientes con el perfil lipídico y la situación inflamatoria. 2. Determinar si los valores bajos de prealbúmina pueden predecir mala evolución en insuficiencia cardíaca.

Material y métodos. Se recogieron 110 pacientes ingresados consecutivamente por insuficiencia cardíaca en un servicio de Medicina Interna, de todas las edades y etiologías, excluyendo hepatopatías crónicas, artritis inflamatorias, insuficiencia renal en diálisis y neoplasias. A cada paciente se le calculó el IMC, se recogió la clase funcional basal y se le extrajo una analítica tras 12 horas de ayuno para determinar el perfil lipídico completo, prealbúmina, RBP, ferritina, hemoglobina, citoquinas, PCR y Nt-proBNP. Los pacientes fueron seguidos como mínimo durante 1 año, recogiendo datos de mortalidad y reingresos por insuficiencia cardíaca. Se establecieron 2 grupos según los niveles de prealbúmina (mayores o menores de 18 mg/dl) y se realizó estudio univariante y multivariante mediante regresión múltiple de Cox. El análisis estadístico se hizo con SPSS 15.0.

Resultados. El 50,9% de los pacientes (56) tenían niveles de prealbúmina normales y el 49,1% (54) estaban por debajo de 18 mg/dl. No hubo diferencias en ambos grupos con respecto a la clase funcional, el IMC y las cifras de hemoglobina. Prácticamente todos los parámetros lipídicos (salvo c-HDL y Lp (A)) y la RBP estaban significativamente más elevados en el grupo de pacientes con cifras de prealbúmina más altas. Por contra, los niveles de IL-6, TNF, PCR y ferritina eran mucho más altos en el grupo peor nutrido. La mediana del seguimiento de los pacientes fue 21 meses, y fallecieron el 36,4% (40). El 58,2% (64 pacientes) de la cohorte tuvo un ingreso por IC o falleció. En el estudio multivariante la prealbúmina no alcanzó la significación estadística, mientras que la NYHA, el Nt-proBNP y el colesterol total demostraron ser factores pronósticos independientes.

Discusión. Un mal estado nutricional puede ser indicativo de peor pronóstico en pacientes hospitalizados. En insuficiencia cardíaca, el IMC, medida clásicamente utilizada, puede no ser un buen marcador debido al exceso de peso por congestión. En este estudio se eligió la prealbúmina por ser el marcador nutricional analítico más fiable en enfermedades crónicas. En el trabajo se demuestra que en el grupo de pacientes peor nutridos (con prealbúmina baja) existe una mayor inflamación (elevación de PCR e citoquinas), corroborando así los datos arrojados por otros estudios. Sin embargo, es llamativo que esto no se traduzca en un aumento de los fallecimientos ni reingresos por insuficiencia cardíaca.

Conclusiones. 1. La prealbúmina, como reflejo del grado de nutrición en los pacientes con insuficiencia cardíaca, tiene una relación importante con la situación inflamatoria, independientemente del IMC y la clase funcional. 2. Los niveles de prealbúmina no de-

mostraron valor como predictores pronósticos en los pacientes con insuficiencia cardíaca.

IC-69

CALIDAD ASISTENCIAL EN INSUFICIENCIA CARDÍACA EN UN HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO

M. López Buitrago, C. Soler Portmann, A. Aquilino Tarí, A. Mora Rufete, N. Luquin Ciuró, E. Lorenzo Serrano, C. Escolano Hortelano y M. Montesinos Aldeguer

Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Elche. Elche/Elx (Alicante).

Objetivos. Conocer la calidad asistencial de los pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca (IC) en un Servicio de Medicina Interna (MI) de un Hospital General Universitario y detectar las posibles oportunidades de mejora.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de los informes de alta de los pacientes ingresados con diagnóstico principal de insuficiencia cardíaca (IC) en MI, en el periodo comprendido entre enero hasta diciembre de 2009. Se aplicaron los indicadores de calidad para insuficiencia cardíaca del estudio ACOVE.

Resultados. Se evaluaron 144 informes de alta. La edad media de los pacientes fue de 80 ± 9 años y el 61,8% de ellos, eran mujeres. La mayoría de las IC eran crónicas con ingreso por descompensación (112 pacientes) y tenían una fracción de eyección conservada (42,4%). Se determinó la causa de IC en el 69,4% de los pacientes, siendo de origen isquémico-dilatada e hipertensiva el 22,2% y valvular el 20,8%. En el 98,6% de los informes constan los antecedentes aunque no todos se recogen con la misma exhaustividad. Así, la enfermedad tiroidea sólo se registra en el 7,6% de los casos, en cambio, el antecedente de diabetes, hipertensión o el tratamiento actual se recoge con mayor frecuencia, al igual que el hábito tabáquico y etílico. La clasificación funcional de IC consta en el 39,6% de los informes. La valoración geriátrica integral consta en el 42,4% de los informes aunque, sólo se cuantifica con escalas en el 15,29%. Prácticamente en la totalidad de los informes analizados se recoge la exploración física (96,5%) y las pruebas complementarias realizadas durante el ingreso (97,2%). El hemograma y la función renal se registran en el 93,8% de los casos, la radiografía de tórax en el 91,7% y el ECG en el 75,7% de los casos. Una ecocardiografía reciente se recogía en el 50% de los informes. Se emplean IECA/ARA II en el 47,2% de los pacientes. En el caso de la IC sistólica se emplean los beta bloqueantes en el 29,62% de los casos. La fibrilación auricular (FA) está presente en el 59% de los pacientes con una edad media de 81 años. De éstos, están antiagregados el 31,3% y anticoagulados el 42,5%. Los calcioantagonistas de primera o segunda generación en pacientes sin FA y con IC sistólica no se emplean y los antiarrítmicos de clase I en los pacientes con IC sistólica sólo aparecen en el 1% de los casos. Cuarenta y ocho pacientes tomaban digoxina y sólo el 6,4% de ellos presentaban signos de toxicidad, a todos ellos se les realizó la determinación de digoxinemia. Sólo en el 12,5% de los informes se recoge información sobre educación en IC.

Discusión. La IC es cada vez más prevalente debido al envejecimiento progresivo de la población. Esta patología origina un alto consumo sanitario, tiene una alta mortalidad, empeora la calidad de vida y es la causa más frecuente de ingreso hospitalario en personas mayores de 65 años. En el caso de nuestro servicio, es la patología que con mayor frecuencia tratamos, por ello, para nosotros, es muy importante conocer la calidad con la que la manejamos y sobre todo averiguar cuáles son los puntos en los que hay oportunidades de mejora.

Conclusiones. La calidad asistencial de los pacientes con IC es aceptable. Detectamos varias oportunidades de mejora como la educación sanitaria y el incremento del uso de IECA/ARA II y beta-bloqueantes en los casos en que esté indicado.

IC-70 DIFERENCIAS DE TRATAMIENTO AL ALTA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA SEGÚN SU EDAD EN UNA PLANTA DE MEDICINA INTERNA

M. Pacheco, S. Bañón, P. Esteve, R. Andrés, E. Delgado,
R. Cañizares y J. Merino

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Juan
de Alicante. Alicante.*

Objetivos. Analizar si existen diferencias en el tratamiento al alta de pacientes hospitalizados con diagnóstico principal de Insuficiencia Cardíaca en función de su edad.

Material y métodos. Se realizó un estudio retrospectivo en el cual se analizaron 112 pacientes que fueron dados de alta de la planta de nuestro Servicio de Medicina Interna con diagnóstico de insuficiencia cardíaca, durante un periodo de seis meses y se comparó si había diferencias entre los tratamientos en función de la edad con el test estadístico del Chi-cuadrado. Se definió como ancianos a los pacientes con edad ≥ 80 años y no ancianos a los < 80 años y se estableció como FEVI deprimida a aquella menor del 50% y FEVI conservada a la $\geq 50\%$. Se realizó un estudio comparativo del tratamiento al alta entre: Ancianos con FEVI deprimida vs no ancianos con FEVI deprimida y ancianos con FEVI conservada vs no ancianos con FEVI conservada.

Resultados. La edad media de la población fue de $82,2 \pm 8,21$ años con un 61,2% de mujeres y un 38,77% de varones. De las mujeres el 35,7% presentaron FEVI disminuida mientras que los varones la presentaron en un 64,3%. Los ancianos con FEVI deprimida fueron tratados con IECA/ARA II en un 52,6%, β -bloqueantes en un 47,4%, con antagonistas de la aldosterona en un 52,6%, con diuréticos en un 94,7%, con digoxina en un 10,5% y con nitritos en un 68,4%. Los no ancianos con FEVI deprimida fueron tratados en un 44,4% con IECA/ARA II, un 66,7% con β -bloqueantes, un 22,2% con antagonistas de la aldosterona, un 88,9% con diuréticos, un 11,1% con digoxina y un 66,7% con nitratos. Al comparar los tratamientos al alta en el grupo de ancianos con FEVI deprimida frente a los no ancianos con FEVI deprimida no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p \geq 0,05$) entre los grupos. Lo mismo sucedió al comparar el grupo de ancianos y no ancianos con FEVI conservada.

Discusión. La prevalencia de la Insuficiencia Cardíaca en pacientes mayores de 75 es el doble de la prevalencia de la población más joven. A pesar de esto el espacio dedicado al tratamiento específico de este grupo de edad en las Guías de Insuficiencia Cardíaca es mínimo. Según los últimos estudios el tratamiento en esta población es subóptimo en comparación con individuos más jóvenes. Nosotros hemos querido analizar en nuestro Servicio de Medicina Interna si existen diferencias en cuanto al tratamiento en pacientes con insuficiencia cardíaca según la edad, no encontrándose diferencias significativas.

Conclusiones. No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tratamiento utilizado en la insuficiencia cardíaca en función de la edad (ancianos vs no ancianos). La muestra utilizada para este estudio es muy pequeña y habría que completarlo aumentando el nº de pacientes incluidos en el estudio para poder compararlo con otros estudios que si encontraron diferencias.

IC-71 CONCENTRACIÓN PLASMÁTICA DE DNA EN PACIENTES CON PARADA CARDÍACA EXTRAHOSPITALARIA

E. Ciria¹, V. Lagos², A. Quesada¹, R. Montejano¹, R. Codoceo²,
E. López-Collazo², J. Vázquez¹ y F. Arnalich¹

¹Servicio de Medicina Interna y Urgencias. ²Unidad de Investigación y Bioquímica Clínica. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos. Analizar la concentración plasmática de DNA libre circulante al ingreso en el hospital, en pacientes con parada cardíaca extrahospitalaria.

Material y métodos. Se analiza la concentración plasmática de DNA libre mediante PCR cuantitativa (Applied Biosystems, Canadá) al ingreso en el hospital en una cohorte de 85 pacientes con parada cardíaca en los que se consiguió una recuperación circulatoria completa mediante RCP avanzada, de acuerdo con un protocolo estandarizado conforme a las guías de práctica clínica de la AHA y de la OMS. Se recogieron los datos clínicos y hemodinámicos siguiendo el protocolo Utstein. La variable de desenlace fue la mortalidad a las 24 h. y la mortalidad global hospitalaria. Se utilizó metodología estadística descriptiva, análisis de regresión logística y curva ROC.

Resultados. Treinta pacientes fallecieron a las 24h y 58 pacientes durante la hospitalización. La concentración de DNA al ingreso fue significativamente mayor en los pacientes que fallecieron en comparación con los supervivientes (mediana 5.520 GE/ml, vs 2.810 GE/ml, $p < 0,01$), y fue también superior en los que fallecieron en el curso de la hospitalización (mediana 4.150 GE/ml vs 2.460 GE/ml, $p < 0,01$). El aclaramiento plasmático de ácido láctico a las 6h fue significativamente mayor en los que sobrevivieron a las 24h. El valor del área bajo la curva ROC para la concentración plasmática de DNA como predictor de mortalidad a las 24 h y de mortalidad hospitalaria fue de 0,796 (IC95% 0,701-0,890), y de 0,652 (IC95% 0,533-0,770) respectivamente. En relación a la concentración de DNA, el punto de corte óptimo para predecir la mortalidad a las 24h fue 4.340 GE/ml (S 76%, E 83%), y para la mortalidad hospitalaria fue 3.485 GE/ml (S 63%, E 69%). Mediante análisis de regresión logística se detectó que, por cada incremento en la concentración de DNA de 500 GE/ml, aumentaba 1,75 veces el riesgo de mortalidad a 24h, y 1,36 veces el riesgo de mortalidad hospitalaria, respectivamente.

Discusión. Durante las horas siguientes a la parada cardíaca se produce una liberación a la circulación sanguínea de citoquinas y otros mediadores inflamatorios, como consecuencia del proceso de isquemia-reperusión que se desencadena. El DNA contenido en las células dañadas que sufren apoptosis o necrosis se libera hacia la sangre en una magnitud que parece proporcional a la intensidad del daño tisular. Por lo tanto, la concentración plasmática de DNA libre se puede considerar como un nuevo biomarcador que se relaciona con la duración y la extensión del daño orgánico en estos pacientes.

Conclusiones. La concentración plasmática de DNA en las dos horas posteriores a la parada cardíaca puede ser un nuevo biomarcador pronóstico de mortalidad precoz y tardía en estos pacientes.

IC-72 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS EN PACIENTES AMBULATORIOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FUNCIÓN SISTÓLICA PRESERVADA SEGUIDOS EN UNA CONSULTA ESPECÍFICA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA DE MEDICINA INTERNA

L. Martínez Braña¹, L. Mateo Mosquera¹, M. Valcárcel García¹,
M. Rodríguez Cordero¹, L. Fernández Hernández¹, I. Gómez Otero²,
I. Rodríguez López¹ y F. Lado Lado¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela (A Coruña).

Objetivos. Describir las características epidemiológicas, etiología y mortalidad en una cohorte de pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) con función sistólica conservada, a seguimiento en una consulta específica de Insuficiencia cardíaca en Medicina Interna.

Material y métodos. Se trata de un estudio observacional y retrospectivo sobre un grupo de 223 pacientes seguidos durante el periodo comprendido de enero de 2007 a abril de 2010. Se seleccionan los pacientes con función sistólica conservada (> 50), siendo un total de 135. Se recogen variables relacionadas con aspectos epidemiológicos, factores de riesgo cardiovascular

y tratamiento, así como ingresos hospitalarios por IC y mortalidad por causa cardiovascular. Las variables cualitativas se expresan en porcentajes y las cuantitativas en forma de media. Para el análisis estadístico se utilizó el paquete software SPSS 11.0 para Windows.

Resultados. De los 135 pacientes incluidos, el 43% son varones y el 57% mujeres, con una media de edad de 78,87 años \pm 7,924 (DE) y una mediana de 80 años. La etiología más frecuente es la cardiopatía hipertensiva (65,2%), seguida por cardiopatía isquémica (11,9%), valvular (12,6%) y otras (10,3%). Entre los factores de riesgo cardiovascular, un 74,8% es hipertenso, 34,8% diabético, 51,9% dislipémico y un 9,6% alcohólico. El 61,5% presenta fibrilación auricular. Un 78,1% están tratados con ARALI o IECAS, 53,3% con betabloqueantes y 25,2% con antialdosterónicos. Predominan las clases funcionales II (48,8%) y III (40,2%), representando la clase I el 11% y ningún paciente con clase funcional IV. Se registran 24,4% fallecimientos, 33,3% de causa cardiovascular y 18,2% de causa no cardiovascular, con un 48,5% etiología desconocida por tratarse de exitus extrahospitalarios de los que no disponemos informes. Dentro del grupo de muerte por causa cardiovascular, 63,6% por insuficiencia cardíaca refractaria, 18,2% por muerte súbita, 9,1% por infarto agudo de miocardio y 9,1% por otras.

Discusión. Es incuestionable la importancia social y económica de la IC. Se trata de una afección muy prevalente, con elevada mortalidad y de alto impacto económico. Constituye la primera causa de hospitalización en Medicina Interna y la 3ª causa de muerte cardiovascular tras la cardiopatía isquémica y el accidente cerebrovascular. En nuestra cohorte, predomina la edad avanzada y el sexo femenino. La hipertensión arterial constituye el principal factor de riesgo cardiovascular al igual que la primera causa de insuficiencia cardíaca. La mayor parte de nuestros pacientes están tratados con inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona y betabloqueantes. Las clases funcionales de la NYHA predominantes son la II y III.

Conclusiones. En nuestros pacientes, la insuficiencia cardíaca con función sistólica preservada es más característica en edad avanzada, en mujeres y con mayor prevalencia de hipertensión arterial.

IC-73

LA HIPONATREMIA EN EL INGRESO POR INSUFICIENCIA CARDÍACA: ¿CUÁL ES SU PAPEL?

R. Montejano Sánchez, A. Quesada Simón, C. Navarro San Francisco, S. Caro Bragado, A. Martín Quirós, G. Salgueiro Origlia, A. Lorenzo Hernández y J. Camacho Siles

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos. La hiponatremia definida como una concentración sérica de sodio $<$ 135 mmol/L, es un hallazgo común en los pacientes que ingresan por Insuficiencia Cardíaca (IC). Afecta al 20-25% de los pacientes según las series. Con este estudio se pretende identificar si existe relación entre hiponatremia y la mortalidad del paciente desde su ingreso y hasta 6 meses tras el alta.

Material y métodos. Se realizó una revisión retrospectiva de los pacientes ingresados en una planta de Medicina Interna de un hospital terciario durante el año 2009. Se evaluó el motivo de ingreso y diagnóstico final, su relación con la presencia de hiponatremia al ingreso o su desarrollo durante el mismo y la relación con la mortalidad entre la fecha de ingreso y seis meses después del alta.

Resultados. Del total de 842 ingresos que se registraron en una planta de Medicina Interna de un hospital terciario durante el año 2009, en 67 (7,9%) el motivo de ingreso fue la IC. De estos 67 pacientes, presentaron hiponatremia al ingreso 20 (29,85%) y 47

(70,1%) tenían sodio por encima de 135 mmol/L. La mortalidad por IC a los 6 meses en el grupo de pacientes sin hiponatremia fue del 27% (13 pacientes), mientras que en el grupo de hiponatremia fue significativamente mayor alcanzando el 30% (6 pacientes). En nuestra serie la presencia de hiponatremia no varía con la edad del paciente, pero sí lo hace en relación con la FEVI de forma que disminuye a medida que desciende la natremia al ingreso (coeficiente de correlación 0,8).

Discusión. Los datos de nuestro estudio coinciden con la literatura al detectar la hiponatremia como un hallazgo frecuente en los pacientes ingresados por IC (29%). Esta hiponatremia supone el reflejo de un subgrupo de pacientes con un perfil que refleja una activación más importante del sistema renina-angiotensina-aldosterona, el sistema nervioso simpático y la liberación de vasopresina. La hiponatremia durante el ingreso se suele asociar a estados hipervolemicos que cursan con tasas elevadas de mortalidad tanto intrahospitalaria como a corto plazo tras el alta.

Conclusiones. La hiponatremia en el paciente hospitalizado con IC es frecuente y se asocia a una mortalidad elevada tanto intrahospitalaria como precozmente tras el alta. Por este motivo el tratamiento de la hiponatremia debe ser uno de los objetivos a tener en cuenta en el paciente con IC. Es precisa la realización estudios más amplios, con los que se pueda evaluar el papel de algunos fármacos (sobre todo diuréticos) tanto en la patogenia de la hiponatremia como en su tratamiento.

IC-74

COMORBILIDAD Y PLURIPATOLOGÍA EN PACIENTES DIABÉTICOS INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

R. Montejano, M. Quesada, R. Micán, C. Navarro, F. Montoya, C. García Cerrada, V. Hontañón y F. Arnalich

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos. La mayoría de los pacientes que ingresan en Medicina Interna padecen más de una enfermedad. Hablamos de comorbilidad a la presencia de diferentes enfermedades que acompañan a una patología predominante aguda o crónica y pluripatología a la presencia de 2 o más enfermedades crónicas encuadradas dentro de las categorías definitorias de pluripatología. Nuestro objetivo es describir las características, comorbilidades y pluripatología de los pacientes diabéticos ingresados en Medicina Interna.

Material y métodos. Se estudian 66 pacientes ingresados en planta de Medicina Interna durante 6 meses con diagnóstico principal de diabetes mellitus. Se practicó valoración y recogida de variables como edad, sexo o tipo de diabetes. Se registraron comorbilidades mediante el índice de Charlson modificado que incluye entre otras la enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad vascular periférica y vascular cerebral o la demencia, con otras enfermedades con puntuación diferente. Por cada década mayor de 40 años, se añade un punto. Se recogen otras patologías asociadas que definen a un paciente como pluripatólogo (categorías de la A a la H) 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 66 pacientes diabéticos que ingresaron, 48,5% son mujeres y 51,5% varones con edad media de 75,18 \pm 11,63 años. El 98,48% eran diabéticos tipo 2 y sólo el 1,52% tipo 1. Todos los pacientes presentaban un índice de Charlson mayor de 0, el 1,5% entre 1-2, el 10,6% entre 3-4 y el 87,9% mayor o igual a 5. Las patologías más frecuentes fueron ICC (37,9%) y EPOC (37,9%). El 87,9% de los pacientes diabéticos no presentaban lesión en órgano diana. En relación a enfermedades que definen al paciente como pluripa-

tológico (2 o más de las categorías), se observó que 17 pacientes (25,7%) tienen 0 o 1 categorías, y no se pueden calificar de pluripatológicos y 49 (74,3%) sí lo son. La categoría más frecuente fue la A (ICC y cardiopatía isquémica): 53% y la C (EPOC): 37,9%.

Discusión. La comorbilidad es un problema frecuente en la población de edad avanzada, estando la edad relacionada con la comorbilidad y la pluripatología. La presencia de comorbilidad médica empeora el pronóstico vital, favoreciendo el deterioro funcional, la discapacidad e incluso una escasa respuesta al tratamiento en los pacientes diabéticos, como se ha objetivado en algunos estudios. El índice de Charlson estima la mortalidad, siendo esta mayor conforme más elevadas son las puntuaciones obtenidas. La edad supone un factor asociado a un mal pronóstico. Los pacientes pluripatológicos hospitalizados tienen cifras de mortalidad superiores en el ingreso, independientemente de la causa de la hospitalización.

Conclusiones. Los pacientes de Medicina Interna presentan un elevado índice de comorbilidad y de enfermedades que nos indican el grado de pluripatología. Esto conlleva una importante dificultad en la valoración y tratamiento en pacientes con diabetes, patología muy relacionada con la enfermedad cardiovascular y sus complicaciones, la cual suele aparecer como comorbilidad, aunque también como enfermedad principal que empeora el pronóstico y aumenta la mortalidad.

IC-75

ANÁLISIS DE LOS CATETERISMOS CARDÍACOS SOLICITADOS DESDE UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL COMARCAL

E. Sanjurjo Golpe¹, C. Ortas², J. Casanovas² y E. Huguet³

¹Servicio de Medicina Interna, ³Consultas externas. Hospital Comarcal del Pallars. Tremp (Lleida). ²Servicio de Cardiología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida.

Objetivos. El cateterismo cardíaco (CTC) es una técnica diagnóstica y terapéutica utilizada no sólo para el estudio del paciente coronario, sino también en casos de miocardiopatía dilatada (MCD) o valoración prequirúrgica de enfermos valvulares. Queremos conocer las indicaciones y resultados de los CTC solicitados directamente desde una consulta de Medicina Interna (MI) con dedicación parcial al paciente cardiológico.

Material y métodos. Se han recogido los datos epidemiológicos, clínicos, de pruebas complementarias y el resultado del CTC de los pacientes sometidos a esta intervención y que fuera solicitada desde una consulta específica de MI.

Resultados. Entre 02/2008 y 05/2010 se han realizado 22 CTC, 14 a varones (63%) y con una edad de 68 ± 10 años (50-80). Se solicitaron por dolor torácico (DT) en 11 (50%), estudio prequirúrgico valvular en 8 (36%), valoración de MCD en 2 y taquicardia ventricular no sostenida (TVNS) en 1. Los enfermos valvulares fueron 6 varones (75%) y 2 mujeres (25%) con una edad de 71 ± 10 años (52-80) y tenían estenosis aórtica 2 (25%), insuficiencia aórtica 3 (37%) e insuficiencia mitral 3 (37%). Sólo 1 paciente presentaba además historia de cardiopatía isquémica (CI) asociada. No se realizó ningún estudio de isquemia previo y en 5 de los 8 casos el CTC mostró lesiones coronarias significativas. Los enfermos sometidos a CTC para estudio de DT fueron 5 varones (45,5%) y 6 mujeres (54%), con una edad de 67 ± 10 años (50-80), 9 (82%) tenían factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y 4 (36%) ya estaban diagnosticados de CI, mientras que el resto (7), fueron derivados a MI para valoración del DT. El test de isquemia fue una prueba de esfuerzo (PE) en 10 pacientes (90%) y un SPECT miocárdico en otro. Además a 2 pacientes se les practicó una ecocardiografía de esfuerzo. Todas las pruebas fueron positivas para isquemia. En 8 pacientes (72%) se hallaron lesiones coronarias significativas, pudiendo realizar revascularización percutánea

en 7, ya que en el otro se encontraron fístulas arteriovenosas (FAV) coronarias. Los 3 pacientes en los que no se describieron lesiones fueron 2 mujeres con FRCV, angina típica y PE positiva, y 1 paciente con FRCV, SPECT compatible con enfermedad multivascular e HVI. Los 3 CTC restantes se solicitaron para estudio de MCP en 2 pacientes con FRCV (sin lesiones coronarias) a los que no se practicó estudio previo de isquemia y 1 paciente sin FRCV, con alteración en la repolarización, que presentó una TVNS, con PE no concluyente y SPECT compatible con isquemia (sin lesiones coronarias).

Discusión. La CTC es una técnica indicada en pacientes que van a someterse a una intervención quirúrgica de reparación o sustitución valvular, sobre todo si tienen más de 35 años y/o FRCV, ya que pueden demostrar lesiones coronarias tributarias de revascularización. En relación a la CI clínica, un 72% de los pacientes sometidos a CTC presentaron lesiones coronarias y se pudo realizar técnicas de revascularización en todos excepto en un paciente sin FRCV en el que la angina se consideró vasoespástica por FAV. Destacan 3 pacientes con FRCV, angina típica y coronarias normales y también que en los 2 pacientes con SPECT miocárdico positivo el CTC fue normal.

Conclusiones. El conocimiento de las técnicas de estudio de enfermedades cardíacas en una consulta de Medicina Interna con dedicación parcial al paciente cardiológico es clave para poder sacar el máximo rendimiento de las mismas.

IC-76

THE INTERNAL MEDICINE WARD: REVISITING HEART FAILURE

V. Jorge, A. Araújo, C. Noronha, A. Panarra, N. Riso y M. Vaz Riscado

Medicine Department 2. Curry Cabral Hospital. Lisboa (Portugal).

Objectives. Heart failure is currently viewed as a growing and major public health issue, due to its high prevalence, up to 10% in people over 70 years. Managing risk factors and treating heart failure carries a substantial expenditure on health resources. Objective: Analysis of patients admitted in the Internal Medicine ward with the diagnosis of heart failure.

Material and methods. Review of 47 clinical records with the diagnosis of heart failure during the second semester of 2009.

Results. There's a predominance of male patients (55%), with an average age of 79 years. The main causes were hypertensive and ischemic cardiopathies. Arterial hypertension, diabetes mellitus and dislipidemia were the main cardiovascular risk factors. The average length of time as inpatient was 9 days. Six patients died, and cardiogenic shock was presumed in three of the cases. The main exacerbating factor was infection, namely respiratory tract infection. About 45% of the patients were classified as NYHA heart failure class III, with a predominance of systolic heart failure. Brain natriuretic peptide was measured in 23 patients, ranging from 304 to 148,408 pg/mL. About 34% of patients didn't meet therapeutical guidelines, especially institution of a beta-blocking agent.

Discussion. Our results are similar to those expected for the study population. We underline the growing use of BNP measurements in clinical practice, both for its diagnostic utility and its possible use for therapy monitoring and prognosis. We also stress the reluctance to start a beta-blocking agent, mainly after an episode of decompensated heart failure.

Conclusions. Heart failure is a syndrome with high morbidity and mortality. The international guidelines on diagnosis and treatment of heart failure have been difficult to implement in clinical practice. Optimal pharmacological treatment requires polypharmacy, sometimes difficult to handle by physicians and patients.

Inflamación/Enfermedades autoinmunes

IF-1

ESCLERODERMIA SINE SCLERODERMA Y ESCLERODERMIA LIMITADA: SIMILITUDES Y DIFERENCIAS

C. Tolosa Vilella¹, L. Gabarró Julià¹, C. Simeón Aznar², V. Fonollosa Pla², A. Selva O'Callaghan², B. Mari Alfonso¹, M. Monteagudo Jiménez¹ y M. Vilardell Tarrés²

¹Servicio de Medicina Interna. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona). ²Servicio de Medicina Interna. Hospitals Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos. Descripción de las características de una amplia cohorte de pacientes con esclerodermia sine scleroderma (ssSSc) y compararla con un grupo de pacientes con esclerodermia cutánea limitada (lcSSc).

Material y métodos. Estudio prospectivo de 45 pacientes con ssSSc y 186 con lcSSc diagnosticados en el Hospital Vall d'Hebron, de 1980 a 2007. Se compararon: parámetros demográficos, cumplimiento de criterios ACR, afecciones orgánicas y parámetros inmunológicos, recogidos de forma protocolizada. Se evaluó la supervivencia global.

Resultados. Demográfico: no se observaron diferencias entre ssSSc y lcSSc en el sexo (93,3% vs 89,8% son mujeres), mortalidad (24,2% vs 11,1%), edad al inicio (46,8 a vs 44,7 a), edad al diagnóstico (55,2 a vs 54,5 a), intervalo entre inicio y diagnóstico (8,7 a vs 9,8 a), presencia de telangiectasias (62,2% vs 75,5%) y en la presencia del fenómeno de Raynaud como primera manifestación de la enfermedad (95,6% vs 94,1%). Criterios ACR: cumplían los criterios de clasificación sólo un 13,3% de ssSSc vs 77,4% de lcSSc ($p < 0,0001$). Afección orgánica: no se observaron diferencias entre ssSSc y lcSSc en la afección articular (57,8% vs 71%), gastrointestinal (71,1% vs 78%), pulmonar intersticial y/o vascular (84,4% vs 76,3%), cardíaca (57,8% vs 57%) y renal (4,4% vs 3,8%), así como en la presencia de miopatía (4,4% vs 4,3%), roce tendinoso (0,0% vs 1,1%) y aparición de neoplasia durante el seguimiento (8,9% vs 7,0%). Sin embargo, existían diferencias en la presencia de síndrome seco (30,1% vs 13,3%, $p = 0,024$), úlceras digitales (15,6% vs 50,5%; $p < 0,0001$), calcinosis (11,1% vs 25,8%; $p = 0,047$) y acroosteolisis (0% vs 9,7%; $p = 0,028$). Anticuerpos antinucleares (ANA): la positividad de los ANA (91,1% vs 96,8%) y la especificidad anticentrómero (46,5% vs 53,1%) eran similares en ssSSc y lcSSc. Capilaroscopia: el patrón más frecuente en ambos grupos es el denominado lento y no existía diferencia entre ssSSc y lcSSc (80,5% vs 82,7%). Supervivencia a 5, 10 y 15 años: no existía diferencias entre ssSSc y lcSSc, con cifras de supervivencia del 100% vs 98%, 100% vs 98% y 92% vs 89%, respectivamente.

Discusión. Generalmente, la esclerodermia (SSc) se clasifica según el grado de esclerosis cutánea en una forma limitada (lcSSc) y una forma difusa (dcSSc). Existe un grupo de pacientes con SSc sin esclerosis cutánea (ssSSc) con unas características clínicas y pronóstico similar a la lcSSc por lo que, habitualmente, se incluye dentro de este grupo. En la comparación de 2 grandes grupos de pacientes con ssSSc y lcSSc se confirma que tienen una gran similitud en la mayoría de los parámetros evaluados, tanto de las afecciones orgánicas como de la inmunología o del patrón capilaroscópico. Sin embargo, se identifican diferencias significativas en el menor porcentaje de ssSSc que cumplen los criterios de clasificación de la ACR así como un menor presencia de úlceras digitales, calcinosis y acroosteolisis en este grupo. La supervivencia es similar en ambos grupos.

Conclusiones. Los pacientes con ssSSc: 1) cumplen raramente los criterios ACR, en comparación a los pacientes con lcSSc; 2) tienen una afección orgánica, inmunológica y capilaroscópica similar a los pacientes con lcSSc; 3) tienen menor afección vascular digital que

los pacientes con lcSSc y 4) La supervivencia es similar a la de los pacientes con lcSSc.

IF-2

LUPUS PERNIO. PRESENTACIÓN DE UNA SERIE DE 8 PACIENTES

A. Fraga¹, O. Capdevila¹, X. Solanich¹, A. Roset¹, R. Pujol¹, A. Jucglà², J. Marcoval² y J. Mañá¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Dermatología. Hospital Universitari de Bellvitge. L' Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

Objetivos. El lupus pernio (LP) es la lesión cutánea más característica de la sarcoidosis crónica, en contraste con el eritema nudoso, el principal indicador de la sarcoidosis aguda. En nuestro país se han comunicado muy pocos casos. El objetivo del estudio fue revisar la frecuencia y características clínicas de los pacientes con LP en una serie amplia de pacientes con sarcoidosis.

Material y métodos. Revisión retrospectiva de la frecuencia y características de los pacientes diagnosticados de LP de la serie de sarcoidosis de nuestro centro durante un periodo de 35 años. El diagnóstico de sarcoidosis se realizó mediante los criterios establecidos en la literatura. El diagnóstico de LP se realizó mediante la observación clínica y confirmación histológica de las lesiones características del proceso: lesiones cutáneas de coloración purpúrica o rojo-violáceo con márgenes relativamente bien definidos, localizadas en el área facial.

Resultados. De 507 pacientes con sarcoidosis 8 (1,6%) presentaron LP. La edad media fue de 42 años. En 6 casos el LP fue la forma de presentación de la sarcoidosis. Seis pacientes mostraron afectación de la piel nasal y un caso presentó afectación severa de la mucosa nasal. Todos los pacientes fueron tratados con antimaláricos, 4 con corticoides, 2 con láser, o con combinaciones con otros fármacos. Ningún paciente con afectación cutánea nasal presentó remisión del LP.

Conclusiones. El LP es poco frecuente en las formas clínicas de la sarcoidosis de nuestro país. Sin embargo es un claro marcador de sarcoidosis crónica y ningún tratamiento se ha mostrado eficaz para lograr su remisión, sobre todo cuando hay afectación cutánea nasal. Por ello resulta difícil establecer una pauta terapéutica estandarizada para el LP.

IF-3

CARACTERÍSTICAS CLINICOEPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ESCLERODERMIA AFECTOS DE GAVE

N. Iriarte Gay de Montellá, C. Simeón Aznar, A. Fernández, S. Oliveró Soldevila, R. Solans Laqué, M. Villar, V. Fonollosa Pla y M. Vilardell Tarrés

Servicio de Medicina Interna-Enfermedades Sistémicas Autoinmunes. Hospitals Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos. Describir las características clínicas y epidemiológicas de una serie de pacientes diagnosticados de esclerodermia que presenta como manifestación clínica ectasia vascular antral gástrica (GAVE).

Material y métodos. Se realiza de forma retrospectiva una revisión de pacientes afectados de esclerodermia (ES) con ectasia vascular antral gástrica (GAVE). Se recogen datos epidemiológicos (sexo, edad al inicio de la clínica, edad al diagnóstico), clínicos (subtipo ES, manifestaciones cutáneas y viscerales, autoinmunidad, capilaroscopia, tratamiento médico y/o endoscópico).

Resultados. Se incluyeron 381 pacientes controlados entre 1977 y 2010, de los cuales 10 presentaban GAVE (un varón y 9 mujeres). La edad media al inicio de la clínica fue de 42,2 años, la edad

media al diagnóstico de ES de 56,6 años. El diagnóstico de GAVE se realizó 27 meses tras el diagnóstico de ES. 6 pacientes presentaban subtipo esclerodermia limitada (ESL), 2 subtipo difusa (ESD) y 2 'sine esclerodermia' (ESS), siendo en los pacientes con ESD de aparición más precoz (4 meses tras diagnóstico de ES). Tan sólo un paciente presentó patrón activo, 7 patrón lento y 2 no presentaban alteraciones. A nivel de afectación cutánea/vascular, 3 presentaban úlceras, todos presentaban fenómeno de Raynaud y tan sólo 1 no presentaba telangiectasias. A nivel digestivo, 3 presentaban afectación esofágica y dos presentaban cirrosis biliar primaria (CBP) sin signos de hipertensión portal. A nivel respiratorio, 4 presentaban hipertensión pulmonar (HAP), 6 enfermedad intersticial difusa (EPID). Ningún paciente desarrolló crisis renal esclerodérmica. Se valoró afectación tiroidea, apareciendo hipotiroidismo en 3 de ellos e hipertiroidismo en 1. A nivel inmunológico tan sólo un paciente presentaba anticuerpos antitopoisomerasa positivos, 5 presentaban anticentrómero (ACA) positivos y los dos pacientes diagnosticados de CBP, AMA positivos. Todos ellos presentaron anemia ferropénica en el momento de diagnóstico de GAVE, ninguno presentó hemorragia macroscópica. 4 de ellos precisaron fulguración endoscópica de repetición. Farmacológicamente, 3 pacientes fueron tratados con bosentan apareciendo en 2 de ellos recidiva de GAVE tras fulguración. Recibieron tratamiento inmunosupresor 3 pacientes, apreciándose en el único tratado con mifephenolato sódico resolución de las lesiones antrales así como de la anemia tras 1 mes de tratamiento.

Discusión. Hasta el momento son pocos los estudios sobre la asociación de ES y GAVE. En artículos recientes se relaciona la aparición precoz de GAVE con formas rápidamente progresivas de ESD, presencia de hipotiroidismo, negatividad de antitopoisomerasa y presencia de telangiectasias. En nuestro estudio, parecen confirmarse todas estas asociaciones, aunque en nuestra serie la aparición de GAVE es más tardía, probablemente debido a la mayor prevalencia de ESL. Estudios previos apuntaban hacia una mejoría significativa de GAVE con corticoides, en nuestro caso no se ha podido objetivar, aunque sí hay un caso de resolución completa tras uso de MF. Nuestro estudio también podría apuntar hacia recidivas más frecuentes durante el tratamiento con bosentan.

Conclusiones. El GAVE parece más precoz en las formas ESL. Parecen asociarse factores como: negatividad de antitopoisomerasa, hipotiroidismo, telangiectasias. La anemia ferropénica sin hemorragia macroscópica es la forma de presentación más frecuente de GAVE. El uso de MF podría mejorar esta entidad.

IF-4 DIFERENCIAS CLINICOINMUNOLÓGICAS DE UNA SERIE DE 317 PACIENTES AFECTOS DE ESCLERODERMIA EN RELACIÓN AL PATRÓN CAPILAROSCÓPICO

N. Iriarte Gay de Montellá¹, C. Simeón Aznar¹, V. Fonollosa Pla¹, S. Oliveró Soldevila¹, A. Fernández Luque¹, C. Tolosa², E. López Guerrero³ y M. Vilardell Tarrés¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Farmacología. Hospitals Vall d'Hebron. Barcelona. ³Servicio de Medicina Interna. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona).

Objetivos. Determinar las diferencias epidemiológicas, clínicas e inmunológicas de pacientes afectados de esclerodermia (ES) según el patrón capilaroscópico y la implicación pronóstica de esta prueba de forma global así como dentro de cada subtipo de ES.

Material y métodos. Se realizó un estudio retrospectivo de pacientes afectados de ES que disponían de capilaroscopia, según los subtipos limitada (ESL) o difusa (ESD). Se consideraron los patrones capilaroscópicos (activo y lento) descritos por Maricq y se aplicaron métodos estadísticos para determinar su asociación con variables epidemiológicas (sexo, edad al inicio de la clínica, edad al diagnóstico), clínicas (afectación cutánea, respiratoria, cardíaca, digesti-

va, renal) e inmunológicas (positividad de anticentrómero (ACA), antitopoisomerasa).

Resultados. Se incluyeron 235 pacientes afectados de ES con estudio capilaroscópico. 211 eran mujeres y 24 hombres, 188 pertenecían al subtipo ESL y 47 a ESD. La edad media al inicio de la clínica fue de $43,83 \pm 1,02$ años, la edad media al diagnóstico de ES fue de $52,77 \pm 0,94$ años. Se demostró una mayor frecuencia de patrón activo en el subtipo ESD (53,7% vs 12,9%) así como de patrón lento en el subtipo ESL (87,1% vs 46,3%) ($p < 0,001$). Se pudo observar una asociación estadística entre patrón activo y desarrollo de crisis renal esclerodérmica (CRE) (17,1% vs 1%), $p < 0,001$, siendo especialmente significativa dentro del subtipo ESD (27,3% vs 0%), $p = 0,007$. El patrón activo también se relacionó de forma significativa con la aparición de úlceras (78% vs 48,5%) $p = 0,001$, en la serie global. Se demostró una relación significativa entre patrón activo y presencia de antitopoisomerasa (31,6% vs 13,7%) $p = 0,007$, así como entre patrón lento y presencia de anticuerpos anticentrómero (48,4% vs 23,1%) ($p = 0,04$) sin poder apreciarse diferencias en el análisis por subtipos. Cabe destacar el peor pronóstico del patrón activo por una mayor mortalidad en este grupo (46,3% activo vs 19,1% lento) $p < 0,001$, siendo aún más importante dentro del grupo ESD (54,5% mortalidad en pacientes con patrón activo ESD vs 36,8% mortalidad en pacientes con patrón activo ESL). No se apreciaron diferencias significativas en los demás parámetros analizados.

Discusión. Diversos estudios han demostrado factores de mal pronóstico en ES, tales como el subtipo ESD, edad avanzada al diagnóstico, CRE, desarrollo de enfermedad pulmonar intersticial difusa y/o hipertensión pulmonar, etc. Este estudio añade el patrón capilaroscópico activo, principalmente dentro del subtipo ESD como factor de mal pronóstico y relaciona este patrón con un mayor riesgo de aparición de úlceras, CRE y anticuerpos antitopoisomerasa.

Conclusiones. El patrón activo es más frecuente dentro del subtipo ESD. El patrón lento es más frecuente dentro del subtipo ESL. El patrón activo implica peor pronóstico, sobre todo dentro del subtipo ESD y se relaciona con el desarrollo de úlceras así como de CRE. La capilaroscopia no parece relacionarse con un mayor riesgo de desarrollo de afectación respiratoria, cardíaca ni digestiva.

IF-5 ARTERITIS DE TAKAYASU CON AFECCIÓN PULMONAR

M. García Gómez, M. Manovel Nogueiras, A. Martínez Berriotxo, I. Villar Gómez, G. Ruiz Irastorza, M. Egurbide Arberas y C. Aguirre Errasti

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cruces. Barakaldo (Vizcaya).

Objetivos. Describir las manifestaciones clínicas y respuesta al tratamiento de dos pacientes con arteritis de Takayasu (AT) con afección pulmonar.

Material y métodos. Revisión retrospectiva de dos casos de AT con afección pulmonar tratados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital de Cruces.

Resultados. Caso 1: mujer de 18 años, con astenia, febrícula, tos seca y disnea de dos meses de evolución. En la exploración se observó soplo carotídeo izquierdo, soplo pansistólico pulmonar y aórtico y asimetría de pulsos en EESS. Presentaba anemia y elevación de reactantes de fase aguda. El angioTC y la angioRM mostraron oclusión proximal completa de arteria subclavia izquierda, estenosis > 70% en arterias subclavia derecha, vertebral derecha y carótida común izquierda, deformidad y estenosis del 50% en el cayado aórtico, y masa de partes blandas en torno al tronco de la arteria pulmonar, con estenosis del 70% de la arteria pulmonar derecha. En el ETT se observó una PAPs 64 mmHg. Recibió tratamiento con pulsos de metilprednisolona iv (250-500-500 mg) seguidos de prednisona oral (15 mg/día en pauta descendente hasta 2,5 mg/día), pulsos quincenales de ciclofosfamida iv (6 pulsos de 500 mg) y metotrexa-

to de mantenimiento (15 mg/semanales), consiguiéndose remisión completa: asintomática, analítica normal y PAPs 36 mmHg en último ETT. Caso 2: proceso iniciado a los 13 años (2006), con episodios recurrentes de disnea, fiebre y dolor torácico, elevación de reactantes de fase aguda e infiltrados pulmonares bilaterales, con ingreso en UCI por insuficiencia respiratoria. Recibió tratamiento con prednisona a dosis elevadas desarrollando un síndrome de Cushing secundario, y ciclofosfamida oral durante 4 meses seguido de metotrexato. Remitida a nuestro servicio (2009), en la exploración se observó soplo carotídeo izquierdo y asimetría de pulsos en EESS. El angioTC y la angio RM mostraron estenosis filiforme de ambas arterias carótidas y de subclavia derecha proximal, del 50% en arteria renal derecha y estenosis de arteria pulmonar izquierda. Las pruebas de función respiratoria mostraron descenso de la difusión. Se incrementó la dosis de metotrexato hasta 15 mg/semana, con reducción de la prednisona oral a 2,5 mg/día, obteniéndose remisión clínica y analítica, siendo el ETT de control normal.

Discusión. La AT es una vasculitis sistémica que afecta generalmente a mujeres jóvenes, causando inflamación y estenosis de grandes arterias (aorta y sus ramas principales), con manifestaciones clínicas inflamatorias e isquémicas. Aunque la afección subclínica de arterias pulmonares es común (50-80% de los casos), la presencia de síntomas respiratorios prominentes como manifestación clínica inicial es muy infrecuente. Existen criterios dispares sobre la utilización de endoprótesis vasculares en los casos de estenosis sintomática de las arterias pulmonares (Fukuda 2008, Luo 2009). Nuestra experiencia confirma que el tratamiento médico con pulsos de metilprednisolona, dosis ajustadas de prednisona oral e inmunosupresores (ciclofosfamida iv, metotrexato) puede ser suficiente para controlar adecuadamente la enfermedad (incluidas las manifestaciones respiratorias), sin necesidad de emplear prótesis endovasculares como tratamiento inicial.

Conclusiones. La AT puede manifestarse ocasionalmente con sintomatología inicial derivada de la afección de arterias pulmonares. El tratamiento médico puede ser suficiente para controlar la enfermedad, incluidas las manifestaciones respiratorias, sin necesidad de emplear prótesis endovasculares.

IF-6

¿SON NECESARIAS DOSIS ALTAS DE PREDNISONA PARA EL TRATAMIENTO DE LA NEFROPATÍA LÚPICA?

M. García Gómez¹, A. Danza Galdo², I. Villar Gómez¹, S. Delgado Arroyo³, M. Egurbide Arberas¹, C. Aguirre Errasti¹ y G. Ruiz Irastorza¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Nefrología. Hospital de Cruces. Barakaldo (Vizcaya). ³Servicio de Medicina Interna. Hospital de Clínicas. Montevideo (Uruguay).

Objetivos. Evaluar la eficacia de dosis de prednisona menores o iguales a 0,5 mg/kg/día, junto con tratamiento inmunosupresor, en lograr la remisión de la nefropatía lúpica (NL).

Material y métodos. Se realizó un análisis retrospectivo de pacientes del Servicio de Medicina Interna del Hospital de Cruces. Se incluyeron pacientes con NL diagnosticada por biopsia (excepto en 1 caso) con proteinuria de al menos 0,5 g/24h ± hematuria de al menos 5 hematías/campo, cuyo diagnóstico y tratamiento inicial se hubiera realizado en este Centro. El tratamiento consistió en prednisona a dosis iguales o menores de 30 mg/día con reducción rápida hasta 5 mg/día, combinada con metilprednisolona al inicio o durante el seguimiento (excepto en 1 caso), más pulsos quincenales de ciclofosfamida (CFM) 500 mg o micofenolato de mofetilo (MMF), más hidroxycloquina (HCQ) más calcio y vitamina D. Se analizaron las siguientes variables al diagnóstico y a los 6 meses, comparándose sus variaciones mediante t-Student pareado: cociente proteinuria/creatinina urinaria, albuminemia, C3 y C4 y creatinina plasmá-

tica. Asimismo, se analizaron las dosis acumuladas de prednisona y sus efectos adversos.

Resultados. Se identificaron 11 casos, 9 de sexo femenino, 9 caucásicos, 1 de raza negra y 1 árabe. La media de edad al diagnóstico de la NL fue 38,9 años (DE 14,7). Las manifestaciones extrarrenales fueron: articular (n = 9); serositis (n = 7); hematológico (n = 7). No se registraron casos con manifestación neurológica ni síndrome antifosfolípido asociado. La lesión anatomopatológica identificada fue: tipo IV (n = 5), tipo III (n = 3), tipo II (n = 1), tipo V (n = 1), sin biopsia (n = 1). La dosis diaria media de prednisona al inicio del tratamiento fue de 21,8 mg (DE 9). La dosis diaria media de prednisona durante los primeros 6 meses fue de 10 mg (DE 3,1). Como tratamiento de inducción se utilizó CFM en 8 casos (dosis media acumulada 3,1 g; DE 0,87), MMF en 2 casos y en 1 caso azatioprina (AZA). La media de proteinuria al inicio fue de 1,73 g/24h y a los 6 meses 0,63 (p < 0,05); la albuminemia media al inicio fue 3,3 g/dl y a los 6 meses 4,1 g/dl (p < 0,005); la media de C3 pre-tratamiento fue 45,81 mg/dl y a los 6 meses 81,72 mg/dl (p < 0,005), siendo la media de C4 inicial de 5,86 mg/dl y a los 6 meses 13,18 mg/dl (p < 0,005). La creatinemia plasmática media al comienzo fue 0,92 mg/dl y a los 6 meses 0,90 mg/dl (ns). En tres casos se diagnosticó rebrote, 2 fueron tratados con rituximab y uno con MMF. Al final del seguimiento el 100% de los pacientes presentaron remisión parcial o completa. En un único caso se observó un efecto adverso atribuible a prednisona (diabetes mellitus).

Discusión. En nuestra casuística se observa una mejoría del 100% a los 6 meses del tratamiento. En más del 70% de los casos hubo una buena respuesta inicial y en 100% se observó respuesta a largo plazo, sin objetivarse efectos adversos significativos, excepto en un caso.

Conclusiones. En la serie analizada, dosis de prednisona iniciales menores a 0,5 g/kg/día junto con pautas estándar de otros inmunosupresores, fueron eficaces en inducir y mantener la remisión de la NL, sin efectos adversos significativos.

IF-7

EVOLUCIÓN DE UNA SERIE DE PACIENTES CON GRANULOMATOSIS DE WEGENER DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TARRAGONA JOAN XXIII

A. Ródenas, N. Manresa, J. Llutart, A. Sabater, G. Guillén, M. Millán, M. López y C. Richart

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona.

Objetivos. Estudiar la respuesta al tratamiento y el valor de los anticuerpos c-ANCA como predictor de recidiva en una serie de pacientes con granulomatosis de Wegener (GW) entre los años 2001-2010.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de los casos diagnosticados de granulomatosis de Wegener (GW). Los criterios utilizados para realizar el diagnóstico de GW han sido: presencia de cuadro clínico compatible con hallazgos histológicos de vasculitis granulomatosa de pequeño/mediano vaso y/o positividad de c-ANCA, descartado otras entidades.

Resultados. Se recogieron 6 pacientes (5 varones y 1 mujer) con edad de 49,2 ± 9 años. En 2 pacientes la afectación fue localizada y en 4 generalizada. La media de tiempo de tratamiento de inducción a la remisión fue de 5,8 meses (4-7 m). Todos completaron el tratamiento de mantenimiento, excepto 2 pacientes, uno con GW localizada y otro con GW sistémica que siguen en tratamiento. En cuanto a los 2 pacientes con GW localizada, se realizó tratamiento con ciclofosfamida (Cyc) en bolus y corticoides (Cs) a altas dosis como inducción a la remisión y con azatioprina (Aza) como tratamiento de mantenimiento en el paciente con mononeuritis múltiple. El otro paciente recibió metotrexato (Mtx) más Cs tanto para la inducción como para el mantenimiento de la remisión. Todos los

casos de GW generalizada recibieron como tratamiento de inducción Cyc oral y Cs. De éstos, realizaron tratamiento de mantenimiento con Aza 2 casos y Cyc oral 2 casos. De los 4 pacientes que completaron el tratamiento de mantenimiento, todos respondieron y mostraron negativización de los anticuerpos anti-PR3 durante el tratamiento de inducción. De estos, 2 casos con GW generalizada y uno con GW localizada recidivaron y mostraron nueva positivización previa de los anticuerpos anti-PR3. No hubo ningún fallecimiento. Los únicos efectos adversos del tratamiento inmunosupresor (absceso de partes blandas y síndrome mielodisplásico) aparecieron en uno de los pacientes que realizó el tratamiento de mantenimiento con Cyc oral.

Discusión. Las formas localizadas que afectan a zonas no vitales o sin repercusión funcional importante se tratan generalmente con Mtx y Cs. Son excepción la mononeuritis múltiple y la masa orbitaria que requieren un tratamiento similar a las formas generalizadas con Cyc y Cs. La respuesta clínica fue buena en todos los casos que se presentan y mostraron negativización de los c-ANCA con el tratamiento de inducción de la remisión, pero recidivaron el 75%. Todos estos mostraron nueva positivización de los c-ANCA previa a la recidiva. Por lo tanto, aunque la positivización de c-ANCA no equivale a recidiva y no es indicación de tratamiento, implica una mayor probabilidad de recidiva.

Conclusiones. El tratamiento de la GW localizada se basa en la asociación de Mtx y Cs, a excepción de los casos como la mononeuritis múltiple, cuyo tratamiento es similar al de la GW generalizada. La recidiva de la GW es frecuente y por ello se ha de realizar seguimiento tras completar el tratamiento, sobre todo en caso de que los anticuerpos c-ANCA vuelvan a positivizarse. El tratamiento de mantenimiento se recomienda realizarlo con inmunosupresores como la Aza que es de igual eficacia y menor toxicidad que la Cyc.

IF-8 IMPACTO DE LA FATIGA CRÓNICA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES AFECTOS DEL SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA

E. Ruiz¹, J. Alegre¹, L. Aliste¹, M. Sevillano¹, C. López¹, T. Fernández de Sevilla¹ y A. García Quintana²

¹Unidad SFC. Hospital General Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. ²Unidad SFC. Centre Mèdic Delfos, S.A. Barcelona.

Objetivos. En los pacientes afectos del síndrome de fatiga crónica (SFC) la fatiga crónica invalidante de predominio matinal condiciona una importante limitación funcional tanto en las tareas de predominio físico como intelectual, que conlleva una importante alteración en la calidad de vida. El objetivo de este trabajo es valorar el impacto de la fatiga crónica en la calidad de vida de los pacientes afectos 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 fatiga y la calidad de vida a través de escalas autoadministrables. La calidad de vida se valoró a través del estado funcional de Karnofsky y el cuestionario 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 de fatiga (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. 408 pacientes diagnosticados de SFC, (41V, 367M), edad media 46,6 a. La edad de inicio de la fatiga 39 años y tiempo de evolución de la fatiga 110 meses. Las puntuaciones medias en las dimensiones del SF-36 fueron: función física 27; rol físico 27,5; dolor corporal 28,9; salud general 30,4; vitalidad 26,9; función social 21,5; rol emocional 35,4; salud mental 36,3; total salud física 25 y total salud mental 35,3. Las puntuaciones medias del KF fueron de

64. Las puntuaciones medias de las escalas de impacto de fatiga: EIF puntuación global 129,8; EIF cognitiva 32,2; EIF física 35,3; EIF social 62,3 y EIF-8 ítems 25. Las puntuaciones medias de la escala de intensidad de la fatiga 58,5. Se constata una buena correlación con carácter negativo entre la fatiga y la calidad de vida. Destaca la asociación entre los decatipos función emocional y función física del SF-36 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 la que se evidencia una buena asociación estadística.

Conclusiones. En el SFC junto al impacto del síntoma fatiga, con altas puntuaciones en las escalas de fatiga, tales como el impacto e intensidad, es la relevante la alteración en la calidad de vida, con la que se constata una importante significación estadística.

Beca Mutua Madrileña 2007.

IF-9 TRATAMIENTO CON ANAKINRA EN 2 CASOS DE ENFERMEDAD AUTOINFLAMATORIA

J. González Moraleja, A. Moreno Rodríguez, M. García Butenegro, R. Crespo Moreno, M. Moya Sainz, R. Salcedo, M. Malmierca y A. Blanco Jarava

Servicio de Medicina Interna. Hospital Tres Culturas. Toledo.

Objetivos. Evaluar el tratamiento con anakinra en dos casos de enfermedad autoinflamatoria especialmente resistentes al tratamiento.

Material y métodos. Caso 1: varón de 68 años diagnosticado de fiebre mediterránea familiar, con ingresos de repetición por episodios de fiebre alta, de 24-48h de duración, con dolor abdominal e hipotensión. Los episodios se repiten cada 7-10 días y no han disminuido con colchicina. A lo largo de su evolución ha presentado poliseritis (peritoneo, sinovial y pericardio). Ha sido sometido a tres laparotomías previas y se ha demostrado depósito de amiloide en una biopsia pleural. Padece insuficiencia suprarrenal secundaria. Analítica: Hb 10,3 g/dL, VCM 73, plaquetas 262.000/ mL, 9.000 leucocitos con monocitosis. Su creatinina es de 1,2 mg/mL, la VSG de 110 y la proteína C reactiva de 320. Estudio de autoanticuerpos fue negativo. Los últimos 12 meses los brotes son cada vez más intensos y frecuentes. Precisa ingresar 3-4 veces/mes. Se decide iniciar tratamiento con anakinra, un antagonista de los receptores de la interleukina-1, a dosis de 1 mg/Kg de peso, SC, una vez al día, de forma intermitente en cada brote. Caso 2: mujer de 28 años, desde su infancia presenta episodios repetidos de fiebre de unos 4-7 días de duración, dolor abdominal, náuseas y vómitos, aftas orales y genitales. Con los brotes tiene adenopatías dolorosas que, biopsiadas, son reactivas. El estudio de autoanticuerpos fue negativo. Tiene una elevación de la IgD, y en el estudio genético se constata que es heterocigota compuesta para dos mutaciones de la enzima mevalonatoquinasa. Estaba siendo tratada con AINEs y en ocasiones esteroides, con poca mejoría. Se ve incapaz de llevar una vida laboral normal. Se decide iniciar tratamiento con anakinra a dosis de 1 mg/kg al inicio del brote y seguir con 1mg/kg de peso 1 vez al día durante 7-10 días.

Resultados. Caso 1: desde la primera dosis observa una gran mejoría, desaparición rápida de la fiebre y del dolor abdominal. No ha vuelto a precisar ningún ingreso en los 4 meses y medio transcurridos. La PCR es ahora de 12 y la VSG de 30. No ha presentado ningún efecto adverso. No hemos objetivado una disminución del número de brotes de la enfermedad. Caso 2: desaparición del dolor abdominal, de la fiebre y disminución de tamaño de las adenopatías desde la primera dosis de anakinra. La VSG y la PCR han disminuido hasta su práctica normalización. Durante el primer mes del tratamiento presentó irritación local de la piel en el lugar de la inyec-

ción. No hemos observado una disminución del número de brotes.

Discusión. Las fiebres periódicas comparten la existencia de mutaciones genéticas que llevan a una alteración en la función de las proteínas que regulan la caspasa 1, enzima convertidora de la interleukina1. Como resultado se produce una elevación de la Interleukina1, lo que podría ser responsable de la mayoría de las manifestaciones clínicas. El bloqueo de los receptores de la interleukina1 puede lograr una mejoría clínica en estos casos, tal como se ha observado en los dos casos que presentamos.

Conclusiones. 1. El tratamiento con anakinra mejoró rápidamente los brotes en estos dos casos de fiebre periódica. 2. El único efecto adverso observado ha sido la irritación cutánea en el sitio de la inyección en uno de los casos. 3. No hemos objetivado una disminución del número de brotes con esta modalidad intermitente de tratamiento.

IF-12 LA INTERLEUCINA-15 COMO MARCADOR DE CAQUEXIA MUSCULAR EN PACIENTES CON CÁNCER

P. Martínez Hernández¹, J. Chaara¹, A. Hernanz Macías², J. de Castro Carpeño³, J. Feliu Batlle³, C. Gómez Candela⁴, M. Villarino Sanz⁴ y K. Lundelin¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Bioquímica, ³Servicio de Oncología Médica, ⁴Servicio de Nutrición y Dietética. Complejo Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos. La caquexia se manifiesta por una pérdida de masa muscular esquelética acompañada o no de pérdida de masa grasa. La interleukina-15 (IL-15) es una citoquina que se encuentra ampliamente expresada a nivel del músculo esquelético humano, pero se desconoce su protagonismo en la caquexia oncológica. Hemos examinado las concentraciones basales de IL-15 en pacientes con caquexia oncológica y su evolución a corto plazo.

Material y métodos. Estudiamos pacientes con cáncer (ca. pulmón, esófago, colorectal, páncreas, linfoma, origen desconocido) de reciente diagnóstico y edades entre 18 y 65 años, y sujetos normales con peso estable en los 6 meses anteriores. Protocolo: Los pacientes y controles fueron valorados en situación basal, y a las 4 y 8 semanas. Se determinaron las concentraciones plasmáticas de IL-15 y sTNF RII, bioquímica general, encuesta dietética, composición corporal (impedancia bioeléctrica), escalas analógicas visuales de apetito y astenia-fatigabilidad, dinamometría y test de la marcha de 6 minutos.

Resultados. La concentración plasmática basal de IL-15 en 21 pacientes (edad: $50,2 \pm 10,2$ a.) con cáncer fue de $1,98 \pm 0,24$ pg/ml y de $1,75 \pm 0,15$ pg/ml ($p = \text{NS}$) en 8 sujetos (edad: $47,1 \pm 12,9$ a.) normales. En 8 pacientes con caquexia ($\geq 10\%$ pérdida de peso en los 6 meses precedentes) la concentración basal de IL-15 fue de $1,77 \pm 1,27$ pg/ml y de $1,98 \pm 0,99$ pg/ml ($p = \text{NS}$) en 13 pacientes sin caquexia ($< 10\%$ pérdida de peso en los 6 meses precedentes). Las concentraciones plasmáticas basales de IL-15 y sTNF RII se asociaron significativamente ($r: 0,619$, $p = 0,004$). Las concentraciones plasmáticas de IL-15 aumentaron con respecto a los valores basales en los pacientes con cáncer una media de $0,29$ pg/ml (34%) y de $1,08$ pg/ml (86%) en las semanas 4 y 8. Los cambios observados en las concentraciones plasmáticas de IL-15 en las semanas 4 y 8 con respecto a las concentraciones basales se asociaron de forma directa con los cambios observados en el peso ($p < 0,05$), BMI ($p < 0,05$), masa libre de grasa ($p < 0,05$) y masa muscular ($p < 0,05$). Estos cambios de IL-15 también se asociaron, de forma inversa, con el porcentaje de pérdida de peso ($p < 0,05$).

Conclusiones. No se han observado diferencias en las concentraciones basales de IL-15 entre pacientes con cáncer y controles. No se han observado diferencias en las concentraciones basales de IL-15 entre pacientes con y sin caquexia. El incremento de IL-15 se asoció directamente con el incremento del peso, masa libre de gra-

sa y masa muscular, e indirectamente con el porcentaje de pérdida de peso. Esta asociación observada entre la IL-15 y los parámetros de composición corporal general y muscular en pacientes con cáncer podría tener relación con el posible papel anabólico de la IL-15.

IF-13 ANÁLISIS MUTACIONAL DE GENES ASOCIADOS A ENFERMEDADES AUTOINFLAMATORIAS EN PACIENTES CON ANTICUERPOS ANTISINTETASA

A. Labirua-Iturburu¹, A. Selva O'Callaghan¹, J. Arostegui², J. Yagüe², C. Tolosa Vilella³, M. Labrador Horrrillo¹, J. Grau Junyent⁴ y M. Vilardell Tarrés¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. ²Servicio de Inmunología, ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínic i Provincial. Barcelona. ³Servicio de Medicina Interna. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona).

Objetivos. Los síndromes autoinflamatorios presentan un amplio espectro clínico que comprende enfermedades monogénicas como la fiebre mediterránea familiar (FMF) o fiebres periódicas asociadas a criopirina (CAPS) y otras de herencia más compleja como la enfermedad de Behçet o la artritis idiopática juvenil. El síndrome por anticuerpos antisintetasa (SAS) incluye la presencia de manifestaciones clínicas características asociadas a miopatía inflamatoria entre las que destacan la fiebre episódica y la artritis. El objetivo de este estudio ha sido analizar la presencia de mutaciones asociadas a los síndromes autoinflamatorios en una cohorte de pacientes diagnosticados de SAS.

Material y métodos. En 30 pacientes con positividad para distintos anticuerpos antisintetasa se analizó la presencia de mutaciones asociadas a síndromes autoinflamatorios. Mediante QIAmp DNA Blood Mini Kit (QIAGEN, Alemania) se aisló ADN de la sangre periférica de cada uno de los pacientes estudiados. Todos los exones y las secuencias intrónicas adyacentes de los genes MEFV, TNFRSF1A y NLRP3 fueron amplificadas por PCR, purificadas con el QIAquick PCR Purification Kit (QIAGEN, Alemania) y secuenciadas bidireccionalmente mediante fluorescencia utilizando ABI BigDye Terminators v3.1 Cycle Sequencing Kit (Applied Biosystems, Foster City, CA), mediante cebadores y condiciones de PCR previamente descritas. Se utilizó un grupo control de una muestra poblacional de nuestro entorno para determinar la frecuencia de portador de estas mutaciones.

Resultados. De los 30 pacientes analizados, 6 presentaron mutaciones en alguno de los 3 genes estudiados (20%). La mutación más frecuentemente hallada fue la p.R92Q/wt en el gen TNFRSF1A (3 pacientes, 10%), frente al 0-2,2% en controles sanos. El gen MEFV se estudió en 29 pacientes, presentando la mutación p.K695R/wt en un caso (3,4%) y de los 25 pacientes analizados para el gen NLRP3, un paciente presentó la mutación p.V198M/wt (4%). En ambos casos los controles sanos presentan una frecuencia de mutaciones del 0%.

Discusión. El síndrome antisintetasa comprende manifestaciones clínicas similares a las enfermedades autoinflamatorias, como la fiebre recurrente y la artritis. Cada vez se conocen más enfermedades autoinmunes que presentan un componente autoinflamatorio. En este estudio se objetiva la mayor frecuencia de mutaciones de genes asociados a fiebres periódicas en comparación con la población general, postulando la hipótesis de que el síndrome antisintetasa podría tener un mecanismo fisiopatológico mixto (autoinmune e antiinflamatorio), similar a la enfermedad de Behçet, y por ello diferentes dianas terapéuticas.

Conclusiones. La frecuencia de mutaciones de genes asociados a enfermedades autoinflamatorias es más elevada en pacientes afectados de síndrome antisintetasa en comparación con la población ge-

neral, lo que apoya la hipótesis de la presencia de mecanismos fisiopatogénicos mixtos (autoinmunes y antiinflamatorios) en el desarrollo de esta entidad.

IF-14

TRATAMIENTO CON RITUXIMAB EN PACIENTES CON VASCULITIS

R. Ríos Fernández¹, J. Callejas Rubio¹, F. García Hernández², M. Camps García³, E. de Ramón³, M. Castillo², J. Sánchez Román² y N. Ortego Centeno¹

¹Unidad de enfermedades autoinmunes sistémicas. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. ²Unidad de enfermedades autoinmunes sistémicas. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío. Sevilla. ³Unidad de enfermedades autoinmunes sistémicas. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.

Objetivos. El pronóstico de las vasculitis sistémicas ha mejorado en los últimos años. No obstante, muchos pacientes son refractarios y otros desarrollan efectos indeseables con los tratamientos convencionales, por lo que la morbi-mortalidad sigue siendo elevada. Una alternativa terapéutica ha sido la aparición de las terapias biológicas, entre ellas el rituximab (RTX) utilizado como terapia compasiva en este tipo de pacientes. Presentamos la experiencia recogida en RITUXIMABREGIS, de la Asociación Andaluza de Enfermedades Autoinmunes (AADEA).

Material y métodos. EL RITUXIMABREGIS es un registro que recoge los datos clínicos de pacientes con diferentes enfermedades autoinmunes tratados con RTX, procedentes de tres hospitales (Hospital Universitario San Cecilio, Hospital Virgen del Rocío y Hospital Carlos Haya), desde enero de 2004 a abril de 2010. Los datos recogidos incluyen variables clínicas y analíticas, incluyendo la existencia de una respuesta positiva o negativa según el criterio de los médicos que atendían a los pacientes. Además se recogió la forma de administración de RTX, los tratamientos concomitantes, la aparición de efectos secundarios y la presencia o no de recidivas.

Resultados. Se incluyeron un total de 30 pacientes. Doce eran hombres, la edad media fue de 44,5 años (15-77) y una duración media de su enfermedad de 16 meses (3-261). Los diagnósticos fueron: 16 granulomatosis de Wegener, 5 crioglobulinemia, 3 PAM, 2 arteritis de Takayasu, 1 vasculitis no clasificada, Churg-Strauss, urticaria vasculítica y enfermedad de Behçet. Veintiséis pacientes recibieron dosis de 375 mg/m² (4 semanas) y cinco 1 mg/2 semanas (2 semanas). En un paciente se usó otra dosis. Además 20 pacientes (66%) recibieron ciclofosfamida concomitantemente con el RTX. Todos recibieron dosis de esteroides con el tratamiento. La determinación de los linfocitos B se realizó en 13 pacientes. Todos alcanzaron niveles bajos a las 4 semanas, normalizándose a los 6 meses del tratamiento. Los niveles de ANCA fueron valorados en 5 pacientes, llegando a ser indetectables en todos ellos tras el tratamiento. Dieciséis de los 30 hicieron una respuesta completa y 5 parcial. Cinco pacientes con respuesta completa y 2 con parcial, fueron retratados con RTX. Solamente uno de ellos no respondió al segundo ciclo. Después del tratamiento, en 14 se pudo retirar la medicación inmunosupresora. El tiempo de seguimiento tras el tratamiento fue de 38 meses (5-119). El tratamiento fue bien tolerado en todos los casos, apareciendo sólo 2 reacciones durante la infusión. Dos pacientes tuvieron infección respiratoria y uno toxoplasmosis cerebral. Dos pacientes fallecieron durante el tratamiento, uno por muerte súbita, y otro por mal control de la enfermedad. Sólo un paciente, que había recibido previamente tratamiento con ciclofosfamida, desarrolló carcinoma urotelial 23 meses después del tratamiento.

Conclusiones. RTX mostró ser un tratamiento efectivo en pacientes con diferentes formas de vasculitis sistémicas refractarias a tratamientos convencionales, permitiendo además la retirada de

otra medicación inmunosupresora en muchos de ellos. Aunque las recidivas son frecuentes, la respuesta al retratamiento parece buena.

IF-15

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON MIOPERICARDITIS AGUDA DURANTE EL INGRESO

M. Navarro Aguilar¹, P. Revilla Martí², M. Callejo Plazas¹, R. Pelayo Cacho¹, M. Matía Sanz¹, M. Aibar Arregui¹, P. Artero Bello² y T. Matajira Chia²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Objetivos. La pericarditis aguda se acompaña en aproximadamente el 15% de los casos de afectación miocárdica, requiriendo ingreso hospitalario. La miopericarditis, con predominio del síndrome pericárdico se considera una entidad benigna. Existen pocos datos acerca del perfil de estos pacientes. El objetivo de este estudio es describir el perfil clínico y ecocardiográfico de los pacientes ingresados por miopericarditis aguda.

Material y métodos. Estudio observacional retrospectivo mediante revisión de historia clínica que incluye a 32 pacientes ingresados de forma consecutiva en el Hospital Clínico de Zaragoza desde el 1 de enero de 2004 hasta el 31 de diciembre de 2009 con el diagnóstico de miopericarditis aguda.

Resultados. La edad media fue de 34 ± 15,07 años (93,8% varones). El 9,4% eran hipertensos, el 18,8% dislipémicos y ninguno era diabético. El 43,8% era fumador y el 9,4% consumía otros tóxicos. Las etiologías más frecuentes fueron: idiopática (56,3%), infecciosa (40,6%) y autoinmune (3,1%). Las manifestaciones clínicas incluyen el dolor torácico en 32 pacientes (100%), fiebre en 15 (46,9%), roce pericárdico en 12 (37,5%), estando presentes las tres, en 5 pacientes (15,6%). El ECG mostró elevación difusa del segmento ST en el 71,8% frente a una elevación localizada en el 28,2%. Los niveles de Tnl medios fueron de 5,45 ± 4,87 ng/ml. Se realizó ecocardiograma transtorácico al ingreso en el 96,9% (1 paciente solicitó alta voluntaria previa). Dos pacientes presentaron disfunción sistólica leve; 8 alteraciones segmentarias de la contractilidad; y 9 (29%) derrame pericárdico ligero. La estancia media fue de 6,94 días. Todos los pacientes fueron tratados con AINEs, usándose además la colchicina en 11 pacientes. Se pautó tratamiento antibiótico en aquellos con sospecha de etiología infecciosa. Ningún paciente falleció ni presentó otro tipo de complicaciones durante el ingreso.

Discusión. El diagnóstico de pericarditis aguda se realiza con dos de los siguientes criterios: dolor torácico de perfil pericárdico, roce pericárdico y elevación "universal" del segmento ST. Para el diagnóstico de miopericarditis además es necesaria la elevación de los marcadores de necrosis miocárdica o la aparición de disfunción ventricular izquierda en estudios de imagen. El ecocardiograma se debe utilizar para valorar la función ventricular izquierda así como la presencia de derrame pericárdico (menos común que en las pericarditis agudas). Al igual que otros autores, en nuestra serie, aproximadamente el 50% refieren antecedente de síndrome febril, presuponiendo el origen infeccioso del episodio. En la mayoría de los pacientes, como también ocurre en nuestra serie, el proceso inflamatorio presenta buena respuesta al tratamiento con AINEs con escasa aparición de complicaciones.

Conclusiones. 1. Los pacientes con miopericarditis aguda responden al perfil de varón joven, fumador sin otros factores de riesgo cardiovascular. 2. Además de los criterios diagnósticos (dolor, alteraciones en el ECG y elevación de Tnl), casi la mitad presentaban antecedentes de catarro común/faringitis atribuyendo un origen infeccioso a la enfermedad. 3. La evolución es en general benigna, siendo la complicación más frecuente la presencia de derrame pericárdico ligero.

IF-16 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DE UVEÍTIS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DURANTE UN PERÍODO DE 1 AÑO. CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA Y TRATAMIENTO

G. Espinosa¹, V. Llorens², M. Hernández³, M. Plasín¹, M. Sainz de la Maza², R. Sanmartí³, R. Cervera¹ y A. Adán¹

¹Servicio de Enfermedades Autoinmunes, ²Servicio de Oftalmología, ³Servicio de Reumatología. Hospital Clínic i Provincial. Barcelona.

Objetivos. La uveítis es una manifestación extraarticular frecuente de las espondiloartropatías y en un menor número de casos, puede ser el síntoma de presentación de una enfermedad autoinmune sistémica. El objetivo planteado para este estudio fue describir las características demográficas, clínicas y de tratamiento administrado de todos los pacientes atendidos en una consulta monográfica y multidisciplinar de uveítis en un hospital de tercer nivel durante un periodo de 12 meses.

Material y métodos. Se identificaron los pacientes con uveítis atendidos en la consulta de oftalmología desde enero hasta diciembre de 2009. Se documentaron el porcentaje de primeras visitas. Las características clínicas y socio-demográficas recogidas fueron: edad, sexo, tipo de uveítis (anterior, intermedia, posterior, panuveítis), diagnóstico (asociada a enfermedades autoinmunes, patología infecciosa, enfermedades óculo-específicas y formas idiopáticas) y el tratamiento recibido (glucocorticoides, terapia biológica, terapia inmunosupresora y cirugía).

Resultados. Durante el periodo del estudio se atendieron 314 pacientes con uveítis (60% mujeres, edad media $47,6 \pm 18,3$ rango 6-87 años), de los que el 32% (102 pacientes) correspondieron a primeras visitas. De acuerdo a la localización anatómica, 102 pacientes (32%) fueron diagnosticados de uveítis anterior, 33 (11%) uveítis intermedia, 110 (35%) uveítis posterior y 69 (22%) panuveítis. En relación a la etiología, 89 pacientes (28%) tenían una enfermedad autoinmune, 88 (28%) una uveítis infecciosa, 54 (17%) correspondieron a enfermedades óculo-específicas y 83 (26%) fueron uveítis no clasificada. Las enfermedades autoinmunes que se identificaron con mayor frecuencia fueron: enfermedad de Behçet (la mayoría panuveítis) en 25 pacientes (28%), espondilitis anquilosante HLAB27+ en 18 (20%) (la mayoría uveítis anterior), sarcoidosis (la mayoría uveítis posterior y panuveítis) en 14 (18%), artritis idiopática juvenil (la mayoría uveítis anterior) en 7 (8%) y lupus eritematoso sistémico (uveítis anterior e intermedia) en 6 (7%) pacientes. Treinta y un pacientes (10%) recibieron terapia biológica con anti-TNF- α , 26 (8%) terapia inmunosupresora y 23 (7%) requirieron cirugía. Los pacientes que más frecuentemente recibieron terapia biológica fueron aquellos con enfermedad de Behçet y con artritis idiopática juvenil.

Conclusiones. La etiología autoinmune es una causa frecuente de uveítis en nuestro medio y debe tenerse en cuenta ante pacientes que consultan por este síntoma. La orientación diagnóstica inicial ante un paciente con uveítis tiene una gran importancia ya que modificará la actitud terapéutica a seguir.

IF-17 SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS Y SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA

J. Alegre¹, N. Sáez¹, E. Ruiz¹, R. Badia¹, P. Santamarina¹, M. Casas¹, T. Fernández de Sevilla¹ y A. García Quintana²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari General Vall d'Hebron. Barcelona. ²Unidad de Fatiga Crónica. Centre Mèdic Delfos, S.A. Barcelona.

Objetivos. Analizar las características psicopatológicas de una muestra de pacientes con Síndrome de Fatiga Crónica (SFC) a través de diferentes escalas clínicas autoaplicadas.

Material y métodos. Estudio transversal y descriptivo en el que se evaluaron 824 pacientes consecutivos diagnosticados de SFC (edad $47,6 \pm 9,2$; 90,8% mujeres). El diagnóstico de SFC se realizó clínicamente siguiendo los criterios de Fukuda. La sintomatología ansiosa y depresiva se evaluó con la escala HAD, el nivel de fatiga con la escala FIS-40 y el de dolor con la escala de dolor de McGill. El cuestionario SCL-90-R se utilizó para evaluar ampliamente diferentes síntomas psicopatológicos. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética local y los pacientes firmaron un consentimiento informado.

Resultados. 409 pacientes (49,64%) cumplieron todos los cuestionarios. La puntuación total en la escala FIS-40 fue $129,8 \pm 22,2$, en la HAD-Ansiedad $10,7 \pm 4,9$ y en la HAD-Depresión: $10,5 \pm 4,8$. La puntuación media en el Índice Global de Gravedad evaluado con el SCL-90-R fue $80,5 \pm 1,3$ y el Total de Síntomas Positivos $67,4 \pm 3,2$. La puntuación media más elevada del cuestionario fue en la dimensión de somatización ($80,3 \pm 4,3$) y la mínima en paranoídismo ($74,1 \pm 5,2$). Existe una correlación estadísticamente significativa entre el nivel de fatiga y las diferentes dimensiones primarias del SCL-90-R, excepto en la dimensión de somatización y obsesividad.

Discusión. El SFC cursa frecuentemente con diferentes síntomas psicopatológicos, siendo los más frecuentes los de ansiedad y depresión. En este estudio, los pacientes también presentan una elevada puntuación en las dimensiones de psicoticismo e ideación paranoide. Sin embargo, en la literatura no se ha descrito que estos rasgos de personalidad sean prevalentes en el SFC. Sería conveniente analizar si aparecen de forma secundaria y como consecuencia del malestar psicosocial derivado de la enfermedad.

Conclusiones. El SFC cursa frecuentemente con síntomas psicopatológicos que empeoran los síntomas físicos de la enfermedad.

Beca Mutua Madrileña. 2007.

IF-18 SARCOIDOSIS EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

L. Manzanedo Bueno, J. Torres Triana, N. Castro Iglesias, M. Fidalgo Fernández, A. Pérez Rivera, L. Alvela Suárez, C. Lucas Álvarez y P. Crecente Otero

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

Objetivos. Valorar forma de presentación clínica de la sarcoidosis. Evaluar los estadios radiográficos en los que se incluyeron los pacientes para identificar y clasificar la afectación torácica.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de 11 pacientes diagnosticados en nuestros servicios de Medicina Interna; revisando forma de presentación de la sarcoidosis y pruebas complementarias para diagnosticar dicha entidad (radiografía de tórax, TAC y biopsia transbronquial/mediastinoscopia).

Resultados. De los 11 pacientes diagnosticados, 7 fueron varones y 4 mujeres (ninguna embarazada), con edad media de 45,27 años. Antecedentes de hábito tabáquico en el 50% de casos. Ningún paciente con patología respiratoria previa. El 90,9% refería síntomas, encontrándose sólo uno asintomático, variando el tiempo de evolución desde 1 mes hasta 7 años de tiempo transcurrido antes de consultar. En cuanto a las manifestaciones radiológicas, 4 pacientes se clasificaron en estadio I, otros 4 en estadio II, en 2 pacientes la radiografía de tórax fue normal y sólo en un paciente se objetivó un estadio IV con fibrosis pulmonar. El TAC torácico mostró en 8 pacientes las adenopatías mediastínicas y en 3 casos un patrón en vidrio deslustrado. A 8 pacientes se les realizó biopsia transbronquial o mediastinoscopia, confirmándose el diagnós-

tico con histología de proceso inflamatorio granulomatoso de predominio mononuclear.

Discusión. La sarcoidosis es una enfermedad multisistémica que afecta predominantemente a adultos jóvenes (entre 20 y 40 años) de ambos sexos, aunque las mujeres parecen ligeramente más susceptibles que los hombres. Varía clínicamente con inespecificidad en su forma de presentación, por lo que combinando sospecha clínica con signos radiográficos e histológicos se llega al diagnóstico de esta enfermedad granulomatosa, sin olvidar que también se caracterizan por presentación similar infecciones por VIH o micobacterias, motivo por el que hay que excluir estas enfermedades como hicimos con nuestros pacientes (serologías, BAL, Mantoux...).

Conclusiones. La astenia, pérdida de peso, tos y fiebre fueron los síntomas más frecuentes de nuestros pacientes. Los hombres fueron los más afectados, con una edad media superior a la descrita en otras series. Sólo un caso se presentó como sarcoidosis extrapulmonar de forma aguda en una mujer (síndrome de Löfgren). Casi siempre existió afectación del pulmón con anomalías radiológicas, predominando los estadios I y II. La rentabilidad de la biopsia transbronquial/mediastinoscopia fue alta, confirmando el diagnóstico en todos los casos.

IF-19

LA INTERLEUCINA-15 Y EL TEJIDO GRASO EN LA CAQUEXIA DE PACIENTES CON CÁNCER

P. Martínez Hernández¹, C. Grande Aragón², I. Martínez Muñoz², A. Hernanz Macías³, L. Zurita Rosa³, J. Fraile Vicente¹, C. Gómez Candela³ y J. Feliu Batlle⁴

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Bioquímica, ³Servicio de Nutrición y Dietética, ⁴Servicio de Oncología Médica. Complejo Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos. La caquexia oncológica se manifiesta por una pérdida de masa muscular esquelética acompañada o no de pérdida de masa grasa. La interleucina-15 (IL-15) se expresa en el músculo esquelético y reduce la masa grasa, aunque se desconoce su protagonismo en la caquexia oncológica. Hemos examinado la relación entre las concentraciones del IL-15 y la disminución de la masa grasa corporal en pacientes con cáncer.

Material y métodos. Estudiamos pacientes con cáncer (ca. pulmón, esófago, colorectal, páncreas, linfoma, origen desconocido) de reciente diagnóstico y edades entre 18 y 65 años, y sujetos normales con peso estable en los 6 meses anteriores. Protocolo: Los pacientes y controles fueron valorados en situación basal, y a las 4 y 8 semanas. Se determinaron las concentraciones plasmáticas de IL-15, sTNF RII, insulina basal, cortisol basal, resistencia insulínica (Quicki), bioquímica general, encuesta dietética, composición corporal (impedancia bioeléctrica) y escala analógica visual del apetito.

Resultados. La masa grasa (%) en 21 pacientes (edad: $50,2 \pm 10,2$ a.) con cáncer fue de $22,2 \pm 6,7\%$ y de $27,7 \pm 8,7\%$ ($p = \text{NS}$) en 8 sujetos (edad: $47,1 \pm 12,9$ a.) normales. En 8 pacientes con caquexia ($\geq 10\%$ pérdida de peso en los 6 meses precedentes) la masa grasa basal fue de $18,8 \pm 3,7\%$ y de $24,3 \pm 7,4\%$ ($p = \text{NS}$) en los 13 pacientes sin caquexia ($< 10\%$ pérdida de peso en los 6 meses precedentes). Los 8 pacientes con caquexia presentaban en situación basal menor masa grasa que los controles ($18,8 \pm 3,7$ vs $27,7 \pm 8,7\%$, $p = 0,036$). La concentración plasmática basal de IL-15 en 21 pacientes con cáncer fue de $1,98 \pm 0,24$ pg/ml y de $1,75 \pm 0,15$ pg/ml ($p = \text{NS}$) en 8 sujetos normales. Los pacientes con concentraciones basales de IL-15 < 2 pg/ml presentaron una menor reducción de la masa grasa (en porcentaje y en Kg) a nivel basal, a las 4 y 8 semanas, con respecto a los pacientes con IL-15 ≥ 2 pg/ml ($p < 0,05$). Los cambios observados en las concentraciones plasmáticas de IL-15 en

la semana 8 con respecto a las concentraciones basales se asociaron de forma indirecta con los cambios en las concentraciones de cortisol ($r: -0,601$, $p = 0,008$).

Conclusiones. La IL-15 parece tener un protagonismo fisiopatológico en la pérdida de masa grasa asociada al cáncer.

IF-20

PERFIL DEL PACIENTE DIAGNOSTICADO DEL SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA. EXPERIENCIA CON UN REGISTRO DE BASE POBLACIONAL

E. Ruiz¹, J. Alegre¹, L. Aliste¹, A. Marquino¹, N. Sáez¹, M. Sevillano¹ y A. García Quintana²

¹Unidad SFC. Hospital Universitari General Vall d'Hebron. Barcelona. ²Unidad SFC. Centre Medic Delfos, S.A. Barcelona.

Objetivos. En nuestro país no existen estudios epidemiológicos que analicen las características de los pacientes diagnosticados de síndrome de fatiga crónica, según los criterios diagnósticos de Fukuda. No se conoce ni la prevalencia ni la incidencia de dicho proceso nosológico, muy incapacitante en todos los campos, tanto laboral, como personal y/o social. El objetivo de este trabajo es conocer las características sociodemográficas, clínicas y terapéuticas de una serie amplia de pacientes diagnosticados de síndrome de fatiga crónica en nuestro medio.

Material y métodos. Se incluyeron de forma prospectiva aquellos pacientes que consultaban por fatiga crónica invalidante y que cumplían criterios diagnósticos de Fukuda. 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 sociodemográficos de los pacientes, la sintomatología clínica, la situación laboral y los tratamientos que realizaban en el momento del diagnóstico.

Resultados. 824 pacientes diagnosticados de SFC, (76 hombres y 748 mujeres), con una edad media 47,6 años. Estaban casados el 66%, realizaban trabajos especializados el 53,5% y el 7% eran amas de casa. El 60% realizaron el bachiller o estudios universitarios. Se recogían antecedentes familiares de síndrome de fatiga crónica en el 12%, de fibromialgia en el 6% y de otras enfermedades inmunológicas en el 26,4%. La edad media de inicio de los síntomas fue de 34,6 años y el tiempo medio de evolución fue de la fatiga hasta el diagnóstico fue de 107 meses. El inicio del cuadro fue de forma súbita en el 20% y del 63% de forma gradual. Existía un desencadenante evidente en el 60% de los casos, destacando tras proceso infeccioso, parto y acontecimiento vital estresante. No trabajaban en el momento del diagnóstico el 62,5% de los casos (baja laboral 34%, incapacidad laboral 37%). En el momento del diagnóstico hacían tratamientos sintomáticos (analgésicos, ansiolíticos y antidepresivos) el 63% y un 4% realizaba tratamientos alternativos y tan sólo el 7% realizaban pautas de ejercicio físico programado y/o terapia cognitivo conductual.

Discusión. En el estudio del paciente con fatiga crónica es de crucial importancia, identificar los casos que cumplen criterios del síndrome de fatiga crónica, entidad clínica de reciente descripción, que se inicia de forma súbita y/o gradual tras un desencadenante identificado y que condicionará en el paciente una severa disfunción en las actividades de la vida laboral, personal y social y supone un gasto sanitario considerable.

Conclusiones. El síndrome de fatiga crónica (SFC) es una entidad de diagnóstico clínico, que afecta predominantemente a mujeres en la edad media de la vida, con estudios medios y superiores y que realizaban trabajos especializados. El SFC condiciona una importante limitación funcional en el campo laboral.

Beca Mutua Madrileña 2007.

IF-21 IMPACTO DE LA SINTOMATOLOGÍA MUSCULOESQUELÉTICA EN EL SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA

L. Aliste¹, J. Alegre¹, E. Ruiz¹, R. Badia¹, T. Fernández de Sevilla¹,
C. Javierre² y A. García Quintana³

¹Unidad SFC. Hospital Universitari General Vall d'Hebron. Barcelona. ²Fisiología Ejercicio. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). ³Unidad SFC. Centre Mèdic Delfos, S.A. Barcelona.

Objetivos. En la fatiga crónica invalidante, siempre tendremos dos componentes, uno central, con su máxima expresión en el deterioro cognitivo, que tendrá importante repercusión funcional en las actividades de predominio intelectual y otro periférico, con su máxima expresión en la intolerancia al ejercicio físico, que tendrá importante repercusión funcional en las actividades de predominio físico. En este trabajo se pretende evaluar el impacto de la sintomatología muscular en una serie amplia de pacientes afectados del síndrome de fatiga crónica.

Material y métodos. Pacientes diagnosticados de SFC según los criterios diagnósticos de Fukuda. Se recogen datos demográficos y sociolaborales y fenómenos comórbidos en relación con la sintomatología musculoesquelética. El impacto de la fatiga muscular, se analizó a través de los síntomas musculares, que especifican los criterios diagnósticos canadienses (dolor generalizado, debilidad muscular, fatiga post-ejercicio físico, dificultad para los movimientos finos por dolor, marcadas contracturas musculares, síndrome miofacial, mioclonías y caídas por pérdida de tono).

Resultados. 824 pacientes diagnosticados de SFC, (76V, 748M), edad media 47,6 a, 60% estudios medios y/o superiores, 63% inicio gradual, edad media de inicio 35 a, tiempo de evolución en el diagnóstico 107 meses, 20% están activos laboralmente. 55% cumplían criterios diagnósticos de la fibromialgia, 50% presentaban enfermedad degenerativa o mecánica de la columna vertebral, 52% tendinopatía de hombro, 36% epicondilitis, 23% síndrome del túnel carpiano, 55% fascitis plantar, 15% osteoporosis 20% hiperlaxitud ligamentosa. La fatiga postejercicio físico estuvo presente en el 98,5%, debilidad muscular generalizada 96%, dolor generalizado 89%, dificultad para los movimientos finos por dolor 83%, marcadas contracturas musculares 89%, síndrome miofacial 59%, mioclonías 53% y caídas por pérdida de tono 26,5%.

Discusión. En el diagnóstico del síndrome de fatiga crónica es prácticamente universal, la presencia de intolerancia al ejercicio físico. La fibromialgia un proceso primario del dolor, que frecuentemente se confunde con el SFC, estuvo presente en el 50% y destacó la presencia del criterio de fibromialgia dolor generalizado en el 89% de los casos de SFC, por lo que destacamos la importancia de la exploración de los puntos dolorosos en la valoración de la fibromialgia en cualquier paciente diagnosticado de SFC. Así mismo es de destacar que ante el dolor localizado a generalizado en un paciente con SFC y fibromialgia, debemos considerar otros procesos en el diagnóstico diferencial, tales como la patología degenerativa vertebral y las tendinopatías, que precisan un tratamiento diferenciado médico, rehabilitador y/o quirúrgico.

Conclusiones. En los pacientes con SFC, la sintomatología musculoesquelética es muy frecuente, destacando la intolerancia al ejercicio físico, la debilidad muscular, las mialgias generalizadas y las contracturas musculares. Los fenómenos comórbidos en relación con la sintomatología musculoesquelética, fueron relevantes, destacando la fibromialgia, el síndrome miofacial, las tendinopatías y la patología degenerativa de la columna lumbar.

Beca Mutua Madrileña 2007.

IF-22 IMPACTO DE LA SINTOMATOLOGÍA NEUROCOGNITIVA EN LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DEL SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA

N. Sáez¹, J. Alegre¹, E. Ruiz¹, P. Santamarina¹, A. García Quintana²,
J. García Quintana² y T. Fernández de Sevilla¹

¹Unidad SFC. Hospital Universitari General Vall d'Hebron. Barcelona. ²Unidad SFC. Centre Mèdic Delfos, S.A. Barcelona.

Objetivos. En el perfil clínico del paciente afecto del síndrome de fatiga crónica (SFC), destaca la afectación predominante en la mujer de edad media de la vida, con estudios medios-superiores y trabajos especializados, por lo que será de gran importancia en la limitación funcional laboral, la disfunción cognitiva, dado que la mayoría de los trabajos de las pacientes con síndrome de fatiga crónica, tendrán un importante componente intelectual. El objetivo de este trabajo es valorar la sintomatología neurocognitiva en el paciente diagnosticado del SFC.

Material y métodos. Pacientes diagnosticados de SFC según los criterios diagnósticos de Fukuda. Se recogen datos demográficos y sociolaborales y fenómenos comórbidos en relación con la sintomatología neuropsiquiátrica. El impacto de la sintomatología neurocognitiva, se analizó a través de la sintomatología neurocognitiva, que especifica los criterios diagnósticos canadienses (alteraciones en la concentración, memoria inmediata, planificación de tareas y cálculo, dificultades en la lectura, confusión con olvidos frecuentes, desorientación temporo-espacial, episodios de afasia nominal y agnosia auditiva-visual). Se ha calculado el índice de consistencia interna, α de Cronbach, para evaluar la fiabilidad de los ítems relacionados con la sintomatología cognitiva, a través de la obtención del valor alfa, que debe presentar un valor superior a 0,7. El ítem suma de sintomatología cognitiva irá de 0 a 9 puntos.

Resultados. 824 pacientes diagnosticados de SFC, (76V, 748M), edad media 47,6 a, 60% estudios medios y/o superiores, 63% inicio gradual, edad media de inicio 35 a, tiempo de evolución en el diagnóstico 107 meses, 20% están activos laboralmente. Un 65% referían trastorno de angustia, 29% trastorno de pánico, 9% alteraciones en la personalidad, y 22% distimia. referían alteraciones en la concentración en el 96%, memoria reciente 95%, planificación de tareas 86%, cálculo 89%, presentaban dificultades en la lectura en el 91%, confusión con olvidos frecuentes 89%, desorientación temporo-espacial 71%, episodios de afasia nominal y 43% agnosia auditiva-visual. En los fenómenos comórbidos en relación con la sintomatología neuropsiquiátrica destacó trastorno de angustia en el 65%, trastornos de pánico en el 19%, alteraciones en la personalidad en el 9% y trastorno adaptativo en el 8,5%. En la variable cognitiva, se obtuvo un valor alfa de 0,80 y más del 80% de los casos presentaban un ítem superior a 7 síntomas, es decir sintomatología neurocognitiva severa.

Discusión. En la valoración funcional del paciente con SFC, destaca la disfunción cognitiva, de gran trascendencia en la valoración del daño corporal ante la disfunción laboral, tanto en la vía administrativa como jurídica. Por lo que es importante que conste en los informes clínicos y periciales, los aspectos de la sintomatología de la disfunción cognitiva. De otra parte en la valoración del paciente con SFC es muy importante la valoración neuropsiquiátrica con especial relevancia en el campo de los epifenómenos de la ansiedad.

Conclusiones. En los paciente con SFC, la sintomatología neurocognitiva en forma de alteraciones en la concentración, memoria reciente y cálculo está presente en casi todos los pacientes y constituye uno de los pilares en los criterios diagnósticos del SFC.

Beca Mutua Madrileña 2007.

IF-23 IMPACTO DE LA SINTOMATOLOGÍA INMUNOINFLAMATORIA EN LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DEL SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA

A. García Quintana¹, J. Alegre², E. Ruiz², A. Marquino², L. Aliste², C. Lopez² y T. Fernández de Sevilla²

¹Unidad SFC. Centre Mèdic Delfos, S.A. Barcelona. ²Unidad SFC. Hospital General Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos. En la etiopatogenia del síndrome de fatiga crónica, una de las hipótesis más aceptadas en el momento actual, es la que sobre una base de susceptibilidad genética, diversos agentes desencadenantes tales como virus de la familia herpes y bacterias intracelulares, pondrían en marcha una alteración en la respuesta proteómica, que condiciona una alteración inmunológica crónica, que dará lugar a la sintomatología invalidante de la fatiga crónica. El objetivo de este trabajo es valorar la sintomatología inmunoinflamatoria en el subgrupo de los criterios diagnósticos canadienses del síndrome de fatiga crónica, en una amplia serie de pacientes diagnosticados del síndrome de fatiga crónica.

Material y métodos. Pacientes diagnosticados de SFC según los criterios diagnósticos de Fukuda. Se recogen datos demográficos y sociolaborales y fenómenos comórbidos en relación con la sintomatología inmunoinflamatoria. El impacto de la sintomatología inmunoinflamatoria, se analizó a través de los síntomas inmunes, que especifican los criterios diagnósticos canadienses (febrícula recurrente, odinofagia recurrente, ganglios linfáticos dolorosos, fenómeno de Raynaud, entumecimiento matutino generalizado, artralgias migratorias, alergias farmacológicas múltiples, intolerancia alimentaria, alergia a metales múltiples, antecedentes de sinusitis, edema facial y aftas bucales, infecciones herpéticas y fúngicas de repetición).

Resultados. 824 pacientes diagnosticados de SFC, (76V, 748M), edad media 47,6 a, 60% estudios medios y/o superiores, 63% inicio gradual, edad media de inicio 35 a, tiempo de evolución en el diagnóstico 107 meses, 20% están activos laboralmente. 55% cumplían criterios diagnósticos de la fibromialgia, 82% síndrome seco, 15% osteoporosis, 51% dislipemia, 12% hipersensibilidad química múltiple 5% endometriosis y 14% tiroiditis. La febrícula recurrente estuvo presente en el 58%, odinofagia recurrente 77%, ganglios linfáticos dolorosos 62%, fenómeno de Raynaud 26%, entumecimiento matutino generalizado 85%, artralgias migratorias 87%, alergias farmacológicas múltiples 27%, intolerancia alimentaria 14%, alergia a metales múltiples 21%, antecedentes de sinusitis 15%, edema facial 54%, aftas bucales recurrentes 54,5% e infecciones herpéticas y fúngicas en el 45 y 27% respectivamente.

Discusión. En el diagnóstico del síndrome de fatiga crónica son muy frecuentes los criterios diagnósticos menores de la sintomatología inmunoinflamatoria. Deberemos considerar los fenómenos comórbidos asociados tales como la fibromialgia, el síndrome seco y la tiroiditis. De especial relevancia son la hipersensibilidad química múltiple, la intolerancia alimentaria y farmacológica, que limitarán las actividades diarias y que condicionarán aspectos tan importantes como la falta de adherencia farmacológica en el tratamiento del SFC.

Conclusiones. En los pacientes con SFC, la sintomatología inmunoinflamatoria es muy frecuente, destacando las artralgias migratorias, el entumecimiento matutino generalizado, la odinofagia recurrente y los ganglios linfáticos dolorosos. Los fenómenos comórbidos en relación con la sintomatología inmunoinflamatoria fueron irrelevantes, destacando la fibromialgia, el síndrome seco, la dislipemias, la hipersensibilidad química múltiple y la tiroiditis.

Beca Mutua Madrileña 2007.

IF-24 PAPEL DE LAS MICROPARTÍCULAS PROCOAGULANTES EN LA ENFERMEDAD VASCULAR ARTERIAL EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

M. Plasín¹, P. Patricio¹, D. Tàssies², G. Espinosa¹, J. Monteagudo², R. Cervera¹ y J. Reverter²

¹Servicio de Enfermedades Autoinmunes, ²Servicio de Hemoterapia y Hemostasia. Hospital Clínic i Provincial. Barcelona.

Objetivos. Las micropartículas circulantes (MPs) se consideran un componente clave en la respuesta hemostática. Más allá de sus propiedades procoagulantes "in vitro", existen evidencias "in vivo" de que las MPs procoagulantes actúan como moduladores de la respuesta hemostática y como marcadores patogénicos de los trastornos tromboticos y del daño vascular. El objetivo del presente estudio consiste en analizar la actividad procoagulante de las MPs y su correlación con el desarrollo de trombosis arterial y arteriosclerosis subclínica en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES).

Material y métodos. Se incluyeron 100 pacientes con LES (27 con síndrome antifosfolipídico [SAF] asociado, 36 con anticuerpos antifosfolipídicos [AAF] sin trombosis previas y 37 sin AAF). La arteriosclerosis precoz se evaluó mediante estudios ecográficos de ambas carótidas midiendo el espesor de la pared íntima-media y la presencia de placas arterioscleróticas. Todas las trombosis fueron demostradas clínicamente y confirmadas mediante métodos objetivos. Las MPs procoagulantes fueron evaluadas mediante un ensayo funcional en el cual dichas micropartículas eran capturadas por medio de anexina V y luego se formaba la trombina añadiendo factor X activado, factor V activado y protrombina (Hyphen BioMed, Neuville, Francia). Las MP procoagulantes fueron expresadas en nM equivalentes de fosfatidilserina.

Resultados. Resultados: Se registraron 16 episodios de trombosis arterial en 8 pacientes con SAF, 7 sin AAF y en 1 con AAF sin SAF. Los pacientes con LES y SAF asociado presentaron mayor prevalencia de placas que los pacientes sin AAF o con AAF sin SAF (51,9% vs 24,3% vs 22,2%). No se encontraron diferencias en la cantidad de MPs procoagulantes en lo que respecta al sexo o edad de los pacientes. En general, existió una relación significativa entre las MPs procoagulantes y la presencia de placas carotídeas ($16,7 \pm 8,6$ nM vs $12,7 \pm 7,3$ nM; $p = 0,02$) y el número de dichas placas ($14,5 \pm 4,0$ nM en pacientes con una placa y $17,3 \pm 10,3$ nM en pacientes con 2 o más placas; $p = 0,02$). Además se evidenció una relación entre las trombosis y la actividad procoagulante ($18,2 \pm 9,2$ nM con trombosis vs $12,7 \pm 6,9$ nM; $p = 0,002$ sin trombosis). Además, esta mayor actividad procoagulante en pacientes con trombosis fue debida a una mayor actividad procoagulante en pacientes con trombosis arterial frente a aquellos con trombosis venosas ($18,7 \pm 9,5$ nM vs $13,0 \pm 7,2$ nM; $p = 0,007$).

Conclusiones. Las MPs procoagulantes pueden estar implicadas en la arteriosclerosis subclínica y la trombosis arterial de pacientes con LES.

IF-25 DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE ABORDAJE ENFERMERO DENTRO DE UN MARCO MULTIDISCIPLINAR EN EL SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA

R. Badia, M. Sevillano, M. Llinás, M. Carballo, T. Fernández de Sevilla, L. Aliste y J. Alegre

Unidad SFC. Hospital General Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos. Elaboración de un programa de promoción y educación para la salud específico para el síndrome de fatiga crónica (SFC), que relacione la repercusión de los condicionamientos fisi-

cos, psicológicos y sociales que influyen en el impacto y que contribuyen en la calidad de vida del paciente diagnosticado de SFC, por parte del profesional de enfermería.

Material y métodos. Estudio de la implantación de un programa elaborado por enfermería en el manejo del paciente con SFC. En una muestra de 60 pacientes de ambos sexos, entre 18 y 65 años, diagnosticados de SFC (según criterios de Holmes y Fukuda), derivados de la consulta de la unidad del SFC del HU Vall d'Hebron. Análisis de las características demográficas y clínicas del impacto del SFC en calidad de vida. Valoración, cuantificación y estratificación de la fatiga y calidad de vida a través de escalas validadas (escala de impacto de la fatiga, cuestionario de calidad de vida SF-36, cuestionario de impacto de la fibromialgia, escala EVA para el dolor, escala hospitalaria de ansiedad-depresión-HAD e índice de calidad del sueño de Pittsburg. Aplicación del plan de cuidados individualizado en patrones funcionales. Modelo Virginia Henderson. Taxonomía diagnóstica NANDA NIC-NOC. Procesamiento de los datos y análisis estadístico con el paquete SPSS.

Resultados. Todas las pacientes comparten los síntomas fatiga crónica matinal invalidante, intolerancia al ejercicio físico, disfunción cognitiva y sueño no reparador. Demostrar que tras la actuación de enfermería, dentro de un marco de equipo multidisciplinar, mejora el impacto producido por la fatiga mejorando la calidad de vida de los pacientes afectados por el SFC.

Discusión. En el tratamiento del síndrome de fatiga crónica, proceso clínico multisistémico, es importante la implicación de diversos profesionales, de forma novedosa, hemos incluido la profesional enfermera, que realiza diversas funciones en formación, educación, aplicación de programas y adherencia farmacológica y no farmacológica entre otros.

Conclusiones. La presencia de la fatiga crónica, debe ser valorada de forma individualizada y protocolizada para el correcto diagnóstico y posterior tratamiento, requerirá un manejo multidisciplinar y en el que la enfermera juega un papel de gran importancia.

IF-26

¿LA COEXISTENCIA DE UN SÍNDROME DE SJÖGREN O DE UNA TIROIDITIS AUTOINMUNE TIENE ALGUNA INFLUENCIA EN LA APARICIÓN DE NEFROPATÍA LÚPICA?

A. Rojas Villarraga¹, C. Tor², G. Espinosa², R. Pineda-Tamayo¹, R. Mantilla³, A. Iglesias Gamarra⁴, R. Cervera² y J. Anaya¹

¹Centro de Investigación de Enfermedades Autoinmunes. Universidad de Rosario. Bogotá (Colombia). ²Servicio de Enfermedades Autoinmunes. Hospital Clínic i Provincial. Barcelona. ³Servicio de Reumatología. Riesgo de Fractura-CAYRE IPS. Bogotá (Colombia). ⁴Servicio de Reumatología. Universidad Nacional. Bogotá (Colombia).

Objetivos. La poliautoinmunidad (coexistencia de enfermedades autoinmunes en el mismo paciente) es frecuente. Concretamente, en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), la asociación de un síndrome de Sjögren (SS) y de enfermedad tiroidea autoinmune (ETAI) es frecuente. La nefropatía lúpica (NL) es una de las complicaciones más graves del LES y es un factor de mal pronóstico. El objetivo de este estudio es investigar si la presencia de SS o ETAI asociada al LES ejerce alguna influencia en la aparición de NL.

Material y métodos. Estudio multicéntrico en el que se compararon pacientes con NL con y sin poliautoinmunidad. Los datos clínicos, de laboratorio e histológicos se obtuvieron de la revisión de las historias clínicas y su análisis se realizó mediante estudio estadístico con análisis logístico bivariable y con regresión logística múltiple.

Resultados. De los 889 pacientes con LES que se analizaron, 455 (51,2%) tenían NL y 292 (64,1%) tenían muestras histológicas de las biopsias renales. De éstos, 186 (63,7%) tenían una NL clase III y IV de

la OMS. Ciento cuarenta y siete (16,5%) pacientes, 59 (6,6%) y 26 (3%) tenían ETAI, SS y las dos enfermedades, respectivamente. Los pacientes con NL fueron más jóvenes al inicio del LES (27,2 ± 11,7 vs 31,8 ± 12,5 años, p < 0,0001). La afectación pulmonar (AOR: 1,5, IC95%: 1,05-2,07, p = 0,02), la hipertensión arterial (AOR: 3,02, IC95%: 2,09-4,38; p < 0,0001) y la dislipemia (AOR: 1,67, IC95%: 1,1-2,57; p = 0,01) se confirmaron como factores de riesgo de la NL. El SS o la ETAI no tuvieron ninguna influencia en la aparición de la NL ni en su expresión clínica.

Conclusiones. El SS y la ETAI en pacientes con LES no ejercen ninguna influencia en el desarrollo de NL ni en su expresión clínica.

IF-27

MANOMETRÍA DE ALTA RESOLUCIÓN EN EL ESTUDIO DE LA DISFAGIA EN PACIENTES CON MIOSITIS

L. Jubany¹, C. Hernández², A. Selva O'Callaghan¹, I. Sanz¹, S. Oliveró¹, A. Aparicio², M. Casaus² y A. Accarino²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Digestivo. Hospital General Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos. Los trastornos de la deglución son frecuentes en los pacientes con miopatía inflamatoria, superando el 10% en la mayoría de las series publicadas. Se considera que esta manifestación clínica es debida a la afectación de la musculatura estriada que participa en el proceso de la deglución y que incluye la musculatura faríngea, el esfínter esofágico superior (EES) y la zona alta del esófago. El objetivo de este estudio fue describir los hallazgos de la motilidad esofágica obtenidos mediante manometría de alta resolución en una cohorte de pacientes con miopatía inflamatoria.

Material y métodos. De una cohorte histórica de 135 pacientes diagnosticados de dermatomiositis (DM) y polimiositis (PM), se estudió de forma transversal y consecutiva una muestra de 24 pacientes (16 DM, 8 PM, definida o probable según criterios de Bohan y Peter), 18 mujeres y 6 hombres. El estudio de los anticuerpos específicos y asociados a MI se realizó mediante técnica de inmunología (Euroline). El estudio de la motilidad esofágica se practicó mediante manometría de alta resolución (ManoView™ Analysis Software) analizando de forma independiente los siguientes parámetros: contracción faríngea, EES e inferior (EEI), musculatura estriada y lisa del cuerpo esofágico. Se utilizó un cuestionario de síntomas validado.

Resultados. La contracción faríngea se alteró en 21 pacientes (87%), detectándose hipotonía en 15 e hipertonia en 6. El EES fue normal en la mayoría de los casos (19 pacientes [79%]), hipotónico en 4 y en 1 caso hipertónico. En la musculatura estriada del cuerpo esofágico se observó hipotonía en 10, hipertonia en 1 caso y en el resto fue normal. En el estudio de la musculatura lisa se observó un claro predominio de hipotonía (15 pacientes) con hipertonia en 5 pacientes. Finalmente el EEI mostró 15 pacientes con alteración de la contracción, 13 con hipotonía y 2 hipertónicos. Al comparar los pacientes con anticuerpos antisintetasa/antiPM/Scl/o anti Ku con el resto de pacientes estudiados (11 vs 13) se observó de forma significativa un predominio de hipomotilidad de musculatura lisa en el primer grupo (72% vs 38%; p = 0,05). El cuestionario de síntomas permitió detectar disfagia a sólidos en 10 pacientes (47%) y a líquidos en 5 (24%). Globalmente la frecuencia de disfagia fue del 40% sin poder establecer frecuencias significativamente diferentes entre los distintos grupos estudiados.

Discusión. La presencia de artritis, miositis, neumopatía intersticial, fiebre y "manos de mecánico" asociados a la presencia de anticuerpos antisintetasa constituye un síndrome bien definido. Este mismo espectro clínico puede asociarse también a la presencia de anticuerpos anti-PM/Scl y anti-Ku. Se interpreta que sería el HLA-DR3 compartido por estos pacientes y no los autoanticuerpos el principal marcador del síndrome. Es bien conocida la presencia

de rasgos esclerodermiformes como la esclerodactilia, fenómeno de Raynaud o alteraciones capilaroscópicas en pacientes con este síndrome clínico. Las alteraciones manométricas encontradas en estudio podrían encuadrarse dentro de estos rasgos a caballo entre miositis y esclerodermia.

Conclusiones. Llama la atención el alto porcentaje de afectación a nivel de la musculatura lisa en las miopatías inflamatorias y a pesar de que no puede establecerse un patrón definido para cada subclase de miositis, parece existir un predominio de hipomotilidad en la musculatura lisa esofágica en aquellos pacientes con marcadores inmunológicos característicos.

IF-28 VASCULITIS ANCA POSITIVAS

T. Blanco Moya, B. Pinilla Llorente, F. de la Calle Prieto, E. Ntofi, D. Salor Moral, M. Gómez Antúnez, J. Cabrera Aguilar y A. Muiño Míguez

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

Objetivos. Nos proponemos estudiar la frecuencia, características clínicas y formas de presentación de vasculitis ANCA positivas diagnosticadas en un servicio de Medicina Interna durante los últimos cinco años.

Material y métodos. Se recogen datos de los pacientes diagnosticados en el servicio de Medicina Interna de un hospital de tercer nivel de granulomatosis de Wegener (GW), síndrome de Churg-Strauss (SCS), poliangeítis microscópica (PM) y vasculitis ANCA positivas no especificadas entre los años 2005 y 2010. De cada paciente se registra de forma sistemática, datos referentes al paciente, la forma presentación (clínica respiratoria, síndrome constitucional, clínica digestiva, afectación renal, hepática o cardiovascular), datos de laboratorio, presencia de anticuerpos p ANCA o cANCA y diagnóstico final. También se recogieron datos referentes a la biopsia y tratamiento. Con estos datos se pretende generar un perfil de pacientes con vasculitis ANCA positivas e iniciar un registro de pacientes que nos permita profundizar en su conocimiento.

Resultados. Se estudian 10 casos de vasculitis ANCA positivas diagnosticadas en Medicina Interna en 5 años. La edad de los pacientes está entre 28 y 85 años siendo la edad media los pacientes de 61,8 años. 8 pacientes eran varones y 2 eran mujeres. De los casos recogidos 4 corresponden a vasculitis ANCA positivas no especificadas, 3 son SCS, 2 casos de WG y 1 caso de PAM. Más de un 50% de los casos presentaban síndrome constitucional en su debut y casi un 50% debutaron con síntomas respiratorios. La presencia de afectación renal en estos pacientes también se acerca al 50%. Dentro de los datos de laboratorio la anemia, que presentaban 4 de los 10 pacientes y la leucocitosis con eosinofilia que presentaban 3 de los 10 pacientes fueron los hallazgos más frecuentes. Con respecto al patrón de los anticuerpos 8 pacientes presentaban anticuerpos pANCA y 2 cANCA. Los pacientes que presentaban cANCA corresponden a los pacientes diagnosticados de WG. Sólo 5 de los 10 pacientes presentaban biopsia diagnóstica y el tratamiento más frecuente al alta fue corticoides y ciclofosfamida.

Discusión. Las vasculitis son un proceso anatómico-clínico caracterizado por la inflamación y lesión de los vasos sanguíneos, donde suele haber afectación de la luz vascular asociada a lesión isquémica de los tejidos tributarios. La clasificación más utilizada hasta la actualidad, ha sido la del Consenso Internacional de Chapel Hill. En el grupo de vasculitis de pequeño vaso se incluyen GW, PAM y SCS. Este grupo de vasculitis se caracterizan por la presencia de autoanticuerpo tipo ANCA. Las vasculitis asociadas a ANCA tienen unas características y forma de presentación específicas. Aunque la prevalencia e incidencia de vasculitis ANCA positiva no es bien conocida en nuestro país, no es una patología frecuente. El estudio de las características clínicas de los pacientes diagnosticados en nuestro

servicio de Medicina Interna mejora el acercamiento del médico internista al diagnóstico de estas enfermedades, potencialmente fatales, si no se tratan adecuadamente, lo que supone un importante reto.

Conclusiones. Este trabajo nos ha permitido profundizar en el conocimiento de las vasculitis ANCA positivas a través de las características clínicas y perfiles de laboratorio de los pacientes diagnosticados en un hospital de tercer nivel. Las vasculitis ANCA positivas diagnosticadas en Medicina Interna son una patología poco frecuente y en muchos casos se presenta en pacientes ancianos con síntomas inespecíficos como síndrome constitucional. Un alto índice de sospecha mejora la precisión del diagnóstico.

IF-29 SARCOIDOSIS: EXPERIENCIA DE 15 CASOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

E. Peñalver González, C. Albaladejo Ortiz, I. Hernández Ocaña, A. Rodríguez Pavía, G. Tornel Sánchez, J. Vega Cervantes, A. Moreno Hernández y B. Alcaraz Vidal

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

Objetivos. Conocer las características clínicas, medios diagnósticos y terapéuticos de una serie de pacientes diagnosticados de sarcoidosis en nuestro hospital durante un periodo de nueve años.

Material y métodos. Se analizan de forma retrospectiva los casos diagnosticados de sarcoidosis en nuestro hospital desde 1/01/2000 al 31/12/2009 recogiendo los siguientes datos: motivo de consulta, afectación pulmonar/extrapulmonar, hallazgos analíticos, métodos diagnósticos utilizados así como tratamiento instaurado.

Resultados. De los 15 pacientes estudiados (46% mujeres/ 53% hombres) en un 78% el motivo de consulta fue tos seca y disnea, un 60% (9 casos) presentaron afectación pulmonar, de ellos siete presentaban un estadio radiológico grado I, dos estadio II. Análíticamente un 20% de los pacientes (3 casos) tenían hipercalcemia secundaria, elevación de los reactantes de fase aguda en un 60%, los marcadores de autoinmunidad ANA, antiDNA, pANCA, c-ANCA se solicitaron en un 50% de los casos, siendo negativos en todos ellos. Las pruebas de función respiratoria consistentes en espirometría, test de difusión y test de paseo se realizaron en un 43% (6 casos): fueron normales en tres de ellos, hubo caso con patrón restrictivo grave, un caso con alteración restrictiva moderada con disminución de la capacidad inspiratoria, y otro con patrón obstructivo leve. El método diagnóstico utilizado fue la biopsia en un 53% (8 casos) siendo: transbronquial (dos casos), 1 cutánea, 1 de hígado y pulmón, 1 adenopatía inguinal, 1 glándula parótida, 1 de membrana sinovial y otra de adenopatía hilar realizada por mediastinoscopia. El TAC torácico fue realizado en todos los casos y BAL fue realizado únicamente en 20% (tres casos). Se observó afectación extratorácica en un 42% (6 casos): 1 caso de afectación neurológica con sd. túnel carpiano bilateral y mononeuropatía cubital y poliartritis, 1 con afectación cutánea, 1 con monoartritis mano derecha, 1 caso de afectación pulmonar, ganglionar periférica y hematológica, 1 caso de afectación en parótida, renal con litiasis renoureteral y oligoartritis, 1 caso de afectación pulmonar y hepática. En cuanto al tratamiento cinco de ellos precisaron corticoides, en un caso fue suspendido por sd. de Cushing secundario y en otro caso se asoció azatioprina por resistencia a los corticoides.

Discusión. La sarcoidosis es una enfermedad autoinmune multisistémica. En los casos sintomáticos suelen haber síntomas respiratorios con tos y disnea o sistémicos con fiebre, astenia y mal estado general. Hasta el 90% de pacientes con sarcoidosis presentan alteraciones en la radiografía de tórax en algún momento de la evolución de la enfermedad. El motivo de consulta más frecuente en nuestra serie de casos fue la sintomatología respiratoria inespecífica, presentando la mayoría de ellos afectación pulmonar con un

patrón radiológico grado I-II sin afectación del funcionalismo pulmonar importante. La afectación más frecuente tras la pulmonar es la articular. Hubo una buena respuesta al tratamiento con corticoides exceptuando dos casos, en uno se tuvo que suspender debido a la aparición de sd. Cushing secundario y en otro caso debido a la falta de respuesta asociándose para ello azatioprina. Hubo tres casos con hipercalcemia secundaria que fue tratada con furosemina e hidratación.

Conclusiones. La sarcoidosis es poco frecuente en nuestro ámbito sin una clara predilección por sexo en nuestra serie de casos. El método diagnóstico más eficaz es la biopsia. La mayoría de los pacientes presentaban en el momento del diagnóstico una afectación radiológica grado I-II con función pulmonar normal y afectación articular como manifestación extratorácica más frecuente.

IF-30 VASCULITIS OCULARES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

J. Bernardo Cofiño¹, L. Trapiella Martínez¹, I. Cabezas Rodríguez¹, A. Mera Fidalgo¹, P. Rozas Reyes², M. Fernández Almira¹, C. Suárez Cuervo¹ y L. Caminal Montero¹

¹Unidad de Enfermedades Autoinmunes. Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias).

Objetivos. Analizar las características y los tratamientos de los pacientes diagnosticados de vasculitis retinianas derivados a una consulta específica de uveítis de un hospital de tercer nivel.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes atendidos en la consulta de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas y Uveítis del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Central de Asturias desde enero de 2006 hasta junio de 2010. Las variables cuantitativas con distribución normal se han expresado como media y desviación estándar y las variables cualitativas como porcentaje.

Resultados. Se evaluaron 155 casos de uveítis, de los cuales 25 (16,1%) corresponden a vasculitis retinianas. Dieciséis pacientes (64%) son varones. Dos pacientes (8,3%) son extranjeros y todos, excepto uno, son de raza caucásica. Ninguno refería viajes recientes al extranjero. La edad media es de $43,98 \pm 2,96$ años, sin diferencias significativas entre ambos sexos. Las vasculitis retinianas son de cuadros de instauración brusca (52,2%), tendencia hacia la cronicidad (70,8%), afectación bilateral (58,3%) y un grado de actividad severo (76,2%). El 48% presenta clínica extraocular, mostrando sólo el 28% asociación con enfermedades autoinmunes. La exploración oftalmológica muestra una afectación exclusivamente del polo posterior en el 54,4% de los pacientes. Las formas idiopáticas constituyen el 44% de los casos, seguidas de las pars planitis (20%) y la enfermedad de Behçet (12%). Tres vasculitis retinianas (12%) son de etiología infecciosa. El 60% de las vasculitis retinianas (70% en el caso de las idiopáticas) recibieron tratamiento esteroideo sistémico, con una cortico-sensibilidad del 73,3% (57% en las vasculitis idiopáticas). Diez pacientes (40%) recibieron tratamiento inmunosupresor, en tres casos por corticorresistencia (75%), con buena respuesta. Cinco pacientes de la serie (20%) recibieron tratamiento antiinfeccioso, y sólo dos (8%) pacientes recibieron tratamiento con fármacos biológicos, ambos en enfermedad de Behçet.

Conclusiones. 1. Las vasculitis retinianas son cuadros graves, y se presentan de forma aislada en la mayoría de los casos. Predomina la afectación bilateral severa, y tienden hacia la cronicidad. 2. La exploración oftalmológica es determinante, siendo necesario un alto grado de sospecha para alcanzar un diagnóstico etiológico. 3. El porcentaje de vasculitis idiopáticas descritas en la consulta monográfica (44%) es similar al descrito en la literatura. 4. Los corticoides sistémicos constituyen la primera línea de tratamiento empleándose los inmunosupresores en casos de resistencia y/o severidad.

IF-31 SÍNDROMES OFTALMOLÓGICOS EN UNA CONSULTA ESPECÍFICA DE UVEÍTIS DE MEDICINA INTERNA

J. Bernardo Cofiño¹, L. Trapiella Martínez¹, I. Cabezas Rodríguez¹, A. Mera Fidalgo¹, M. Fonollar Gil², M. Fernández Almira¹, C. Suárez Cuervo¹ y L. Caminal Montero¹

¹Unidad de Enfermedades Autoinmunes. Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias).

Objetivos. Evaluar las características epidemiológicas, clínicas, y terapéuticas de los síndromes oftalmológicos puros atendidos en consulta específica de uveítis del Servicio de Medicina Interna de un Hospital de tercer nivel.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de los síndromes oftalmológicos puros atendidos en una consulta específica de uveítis del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Central de Asturias, desde enero de 2006 hasta junio de 2010. 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 17 síndromes oftalmológicos entre los 155 casos de uveítis registrados en dicho período (10,96%). Nueve pacientes (52,9%) son de sexo femenino. La edad media global es de $44,94 \pm 3,87$ años y no presenta diferencias significativas entre sexos. En general la forma de presentación es aguda (52,9%), con un grado de actividad severa (82,4%), afectación bilateral (76,5%) y tendencia a la resolución rápida en el 52,9% de los casos. El patrón de afectación más frecuente fue el de uveítis intermedia (41,2%), seguido de panuveítis (29,4%) y uveítis posterior (21,1%). El diagnóstico más frecuente corresponde a las pars planitis (36,1%), seguido del síndrome de Vogt Koyanagi Harada (21,1%) y coroiditis serpinginosa (10,5%). Los glucocorticoides sistémicos fueron los fármacos más empleados (76,5%), con buena respuesta en el 66,7% de los casos, precisando inmunosupresores el 47,1% del total de los casos. Los cuadros con tendencia a la cronicidad reciben tratamiento esteroideo con una frecuencia (100%) significativamente superior a los pacientes agudos (55,6%), sin existir diferencias en cuanto a la respuesta. Los inmunosupresores se asociaron a los glucocorticoides en el 61,5% de los casos, especialmente en cuadros las formas crónicas.

Conclusiones. 1. Los síndromes oftalmológicos puros son una causa poco frecuente de uveítis en nuestra consulta. Se trata de cuadros agudos, severos y heterogéneos en su presentación en los que la exploración oftalmológica es determinante para el diagnóstico. 2. La pars planitis es el síndrome oftalmológico más frecuente (36,1%), seguida del Vogt Koyanagi Harada (21,1%). 3. Los glucocorticoides sistémicos son los fármacos más utilizados, sin existir diferencias en la respuesta clínica entre cuadros agudos y crónicos. 4. Los inmunosupresores se asocian con frecuencia a los esteroides, especialmente en cuadros con tendencia a la cronicidad.

IF-32 FENÓMENO DE RAYNAUD. SEGUIMIENTO DE UNA MUESTRA DE 43 PACIENTES EN UN HOSPITAL COMARCAL

J. Escribano Stablé¹, R. Hurtado García², A. Aquilino Tarí¹, N. Luquin Ciuró², R. Noguera Pons³, M. Gómez⁴, M. López Buitrago¹ y C. Soler Portmann¹

¹Servicio de Medicina Interna, ³Servicio de Reumatología, ⁴Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario de Elche. Elche/Elx (Alicante). ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Vega Baja de Orihuela. Alicante.

Objetivos. Describir en una muestra de pacientes diagnosticados de Fenómeno de Raynaud (FR) las principales variables epidemiológicas.

gicas, clínicas, complicaciones asociadas y los factores de riesgo vascular que desarrollan a lo largo del tiempo.

Material y métodos. Se recogieron datos clínicos y analíticos de 43 pacientes que acudieron a consultas externas o tuvieron un ingreso hospitalario en Servicios de Medicina Interna, Reumatología y Cardiología del Hospital General Universitario de Elche, en el periodo comprendido entre 2006 y 2010. Se consideró FR como episodios de vasoespasmos agudos e intermitentes localizados en zonas acras del organismo, pudiéndose acompañar de dolor y distesias con tres fases: palidez, cianosis y ruberosis. Se definió FR primario según criterios de Le Roy y Medsger de 1992 y el FR secundario como casos en los que existía etiología subyacente asociada. Se establecieron como significativo los títulos de ANA > 1/160. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v12 con tablas de frecuencias.

Resultados. De los 43 pacientes, el 81,4% eran mujeres y el 18,6% varones. El 41,9% presentaban edades superiores a 60 años y el 39,5% tenían entre 35 y 60 años. La entidad clínica más frecuente fue el FR primario con un 39,5%. Dentro del FR secundario, las etiologías más frecuentes fueron: esclerosis sistémica (30,2%) y la enfermedad mixta del tejido conectivo (9,3%). Dentro los parámetros de autoinmunidad se observó lo siguiente: El 46,3% presentaba títulos por encima de 1/320, sin poder filiar su patrón en un 26,3%. En el 21,1% se hallaron Ac anticentrómero y U1-RNP en el 13,2%. Un porcentaje del 18,6% de los pacientes consumía tabaco de forma activa, un 11,6% eran exfumadores. Un 37% presentaba hipertensión arterial y un 9,3% diabetes mellitus. El colesterol total era > 200 mg/dl en un 65,8%, un 29,7% LDL colesterol > 150 mg/dl, HDL < 35 mg/dl en un 10,5%, triglicéridos > 200 mg/dl en 19%. El infarto agudo de miocardio apareció en el 10,5% y en el 5,3% ictus isquémico. Los calcioantagonistas se usaron en un 57%. En un 32% no se precisaron fármacos para tratar el FR. Las estatinas fueron usadas por el 37%. Entre las complicaciones por FR un 30% presentaron úlceras digitales, un 18% de la muestra precisó inhibidores de la endotelina (bosentán).

Discusión. Un FR no siempre implica una enfermedad autoinmune sistémica. Los títulos bajos o indetectables de ANA podría indicar que los pacientes con FR primario pueden desarrollar enfermedad no inmunológica. Existe un alto porcentaje de pacientes con dislipemia y tabaquismo. El papel las estatinas en el tratamiento y control del Raynaud puede jugar un importante papel. Es necesario controlar estos factores de riesgo vascular puesto que los eventos vasculares (sobretudo el IAM) son frecuentes en este grupo.

Conclusiones. El FR primario es frecuente en el diagnóstico inicial de los pacientes, es esencial un seguimiento periódico para descartar enfermedades autoinmunes sistémicas u otras patologías. Los fármacos más usados son los calcioantagonistas. Hipertensión arterial, tabaquismo e hipercolesterolemia son frecuentes en estos pacientes, ha de hacerse un tratamiento específico de estas patologías y de la enfermedad de base.

IF-33 NUESTRA EXPERIENCIA EN EL USO DE BOSENTÁN COMO TRATAMIENTO DEL FENÓMENO DE RAYNAUD (FR) GRAVE EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES (EA)

M. Camps García, I. Pérez de Pedro, I. Portales Fernández, P. Gallardo Jiménez, I. Márquez, C. García Fernández y E. de Ramón Garrido

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

Objetivos. Describir los casos de Fenómeno de Raynaud Grave, secundario a enfermedades autoinmunes tratados con bosentán ante el fracaso de la terapia convencional.

Material y métodos. Estudio descriptivo y prospectivo de los casos de FR Grave tratados con bosentán, procedentes de la Unidad

de EA del Hospital Regional Carlos Haya. Analizamos variables demográficas, clínicas, diagnósticas, terapéuticas y de resultado. El motivo de inclusión fue la presencia de FR grave, manifestado por dolor isquémico (DI) refractario y/o presencia de úlceras. Se midió la eficacia del tratamiento a las 4-6 semanas del comienzo y a los 3-6 meses. Para el estudio estadístico utilizamos el paquete estadístico SPSS 15.0.

Resultados. El nº de pacientes con FR grave y tratados con bosentán fue de 15. Los 15 presentaban DI intenso y 11 además tenían úlceras. El 87% eran mujeres. La edad media de los pacientes en el momento del estudio fue de 53 años. El tiempo medio de evolución del FR fue de 12,2 años \pm 2,4 años. La enfermedad de base fue el CREST en el 60%; esclerodermia sistémica difusa en el 20%; preesclerodermia en el 13% y síndrome Sjögren primario en el 7%. Los ANA fueron positivos en el 100%. 54% tenían patrón anticentrómero, 20% anti Scl70, 13% RNP y 13% negativos. Todos los pacientes estaban siendo tratados previamente con vasodilatadores convencionales, además el 50% recibía AAS, y un 27% recibió tratamiento con prostaglandinas IV en su evolución. En todos los pacientes la dosis de inicio fue de 62,5 mg/12h durante un mes, pasando posteriormente a 125 mg/12h. A las 4-6 semanas de tratamiento el 73% había mejorado espectacularmente del DI, mientras que el 27% no obtuvo mejoría. En el grupo de los 11 pacientes con úlceras, las úlceras mejoraron en el 63% de los pacientes, cicatrizaron por completo en el 9% y no mejoraron en el 27% restante, pero ningún paciente tuvo nuevas úlceras en este periodo. Cuando revisamos a los pacientes en el segundo periodo: 3 a 6 meses del tratamiento, observamos que en el 27% había desaparecido por completo el DI, manteniéndose una mejoría aún más ostensible en el 40%, siguiendo sin respuesta el 27% (3). En el grupo de las úlceras la cicatrización aumentó al 46%, seguían sin responder un 27%, el resto mejoraron y en 1 solo paciente (9%) aparecieron nuevas úlceras. De los 3 pacientes no respondedores, 2 pertenecían al grupo de anti Scl 70 +. El tratamiento con bosentán nos permitió suspender los otros vasodilatadores y solo un paciente no respondedor precisó hospitalización para tratamiento con prostaciclina iv y terminó con amputación de un dedo. También observamos mediante exploración que en el 75% de los pacientes había mejorado la funcionalidad de la mano al ejercicio. No hemos observado ningún efecto adverso al tratamiento ni tampoco citolisis hepática.

Conclusiones. En nuestra corta experiencia observamos que el bosentán puede ser un fármaco eficaz y seguro en el tratamiento del FR grave resistente a tratamiento vasodilatador convencional, obteniendo a corto plazo mejoría subjetiva (disminución del dolor isquémico) y objetiva (cicatrización de las úlceras), consiguiendo los mejores resultados a partir de las 12 semanas de tratamiento. Esta buena respuesta al FR grave hace que el paciente necesite menos fármacos asociados y que en definitiva tenga mejor calidad de vida.

IF-34 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E INMUNOLÓGICAS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

V. Buonaiuti, I. Pérez de Pedro, M. Ayala Gutiérrez, M. Chávez Peláez, D. López Carmona, P. Gallardo Jiménez, E. de Ramón Garrido y T. Camps García

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

Objetivos. Determinar las características clínicas e inmunológicas de una cohorte de 120 pacientes con síndrome de Sjögren primario (SS) y analizar los diferentes FRV asociados a la enfermedad.

Material y métodos. Estudio descriptivo y prospectivo de una cohorte de 120 pacientes diagnosticados de síndrome de Sjögren

los, procedentes de la Unidad de EA del Hospital Regional Carlos Haya. Analizamos variables demográficas, clínicas, analíticas y terapéuticas. Para el estudio estadístico utilizamos el paquete estadístico SPSS 15.0.

Resultados. Todos los pacientes incluidos han sido diagnosticados (según los criterios europeos de 1993) y seguidos en la consulta de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas de un Hospital de Tercer nivel. Se incluyeron 120 pacientes, 117 mujeres y 3 varones. La edad media al diagnóstico: 46 años (rango: 17-78), la edad al protocolo: 57 años (rango: 30-87). El 75% eran menores de 65 años. La evolución media de la enfermedad: 11,4 años (rango: 1-38), siendo mayor de 10 años en el 53% de los pacientes. Las manifestaciones clínicas presentes en el momento del protocolo fueron: xerostomía (97%), xeroftalmía (100%), el test de Rosa de Bengala o test de Schirmer + en el 96%. Parotidomegalia: 35%, Raynaud: 25%, artritis: 30%, tiroiditis autoinmune: 14%, vasculitis cutánea: 11%, a. renal: 3%, a. pulmonar: 2%, A. SNP: 7%, vasculitis del SNC: 4%. 6 pacientes (5%) presentaron neoplasia en su evolución: 2 linfomas, 1 de mama, 1 c. gástrico, 1 c colon, 1 c anal. Los ANA fueron positivos en todos los pacientes (100%); los anti Ro/SSA: 84%, los anti La/SSB: 43%, el factor reumatoide: 5%, hipergamaglobulinemia: 41%; Los aFL fueron positivos en 12 pacientes (10%): en 2 se asoció a patología obstétrica y 1 tuvo trombosis venosa profunda. La anemia presente en 19%, la leucopenia en 25% y la trombopenia en 6%, la hipocomplementemia en el 8%. En cuanto a los FRV analizados, la HTA estaba presente en el 30%, la obesidad en el 12%, la DM en el 8%, la dislipemia en el 5% y el 10% eran fumadores. 12 pacientes tuvieron eventos isquémicos relacionados a los FRV: 7 angor, 1 IAM y 4 ACV. 3 pacientes murieron (edad media 75 años), siendo el ACV la causa de muerte. Ninguno murió por actividad de la enfermedad. El tratamiento recibido durante la enfermedad: 100% lágrimas artificiales asociados en el 12% a suero autólogo. 21% recibió pilocarpina con buena respuesta en el 70%, el 30% suspendió el tratamiento por efectos adversos (sudoración excesiva, mareos). El 50% recibía AINES. El 21% esteroides y en el 9% estaban asociados a metotrexato, CF o micofenolato. 2 pacientes precisaron tratamiento con rituximab (1 por linfoma, otro por crioglobulinemia renal).

Conclusiones. Las manifestaciones más frecuentes en nuestros pacientes con SS primario han sido xerostomía, xeroftalmía, afectación articular, ANA y anticuerpos anti Ro/SSA. Los bajos porcentajes observados para aquellas manifestaciones asociadas con un peor pronóstico (afectación de órganos internos, vasculitis e hipocomplementemia) confirman que el SS primario es, en un porcentaje elevado, una enfermedad autoinmune con un bajo grado de afectación sistémica extraglandular y no responsable de la muerte de los pacientes. La aterosclerosis parece tener una prevalencia menor que la observada en los pacientes con LES.

IF-35 SOLAPAMIENTO ENTRE SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO Y SÍNDROME DE SJÖGREN EN PACIENTES CON ICTUS/INFARTO DE MIOCARDIO

M. Pérez-de-Lis¹, P. Brito-Zerón¹, A. Bové¹, C. Díaz-Lagares¹, S. Retamozo¹, A. Siso³, M. Ramos-Casals¹ y A. Coca²

¹Grupo de Investigación en SS-AGAUR, Servicio de EAS, ²Unidad de HTA, Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínic i Provincial. Barcelona. ³Grupo de Investigación en AP-IDIBAPS, CAP Les Corts. GESCLINIC. Barcelona.

Objetivos. Investigar la asociación de las principales características clínicas, analíticas e inmunológicas relacionadas con el síndrome antifosfolípido (SAF) con el desarrollo de eventos cardiovascu-

lares (ECV) en una cohorte amplia de pacientes con síndrome de Sjögren primario (SS).

Material y métodos. 505 pacientes consecutivos diagnosticados con SS primario entre 1980 y 2008 fueron evaluados (470 mujeres y 35 hombres, con una edad media al diagnóstico de 57 años). Las principales variables evaluadas durante el seguimiento fueron el desarrollo de ECV (cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular e isquemia arterial periférica) y la mortalidad.

Resultados. Sesenta y cinco (13%) pacientes desarrollaron un total de 78 ECV después de un tiempo medio de seguimiento de 7,75 años. Se trataba de 57 (88%) mujeres y 8 (12%) varones, con una edad media de 66,4 años (rango 42-91) y un tiempo medio de seguimiento de 4,7 años tras el diagnóstico del SS primario. Cuarenta y cinco pacientes desarrollaron enfermedad cardíaca isquémica, 29 enfermedad cerebrovascular y 4 enfermedad arterial periférica. Se detectaron anticuerpos antifosfolípidos (AAF) en 9/26 (41%) pacientes con ECV: se detectó anticoagulante lúpico (AL) en 7 pacientes y anticuerpos anticardiolipina en 4 pacientes (IgG en 4 e IgM en uno). Tres pacientes con SS-ECV-AAF+ cumplían los criterios actuales de clasificación de SAF y 4 más fueron clasificados como SAF probable (sólo una determinación positiva en diversas mediciones). Todos los pacientes excepto dos presentaban factores de riesgo cardiovascular concomitantes. Seis (86%) de los 7 pacientes con SS, ECV y AL positivo desarrollaron un ictus y 4 (57%) infarto de miocardio.

Conclusiones. Casi la mitad de los pacientes con SS primario que desarrollaron eventos cardiovasculares presentaron AAF positivos, con una estrecha asociación entre positividad para el AL y el desarrollo de ictus/infarto de miocardio. Recomendamos determinar los anticuerpos antifosfolípidos en pacientes con SS primario que presenten eventos cardiovasculares, incluso si dichos pacientes presentan factores de riesgo cardiovascular concomitantes.

IF-37 PULMONARY DISEASES INDUCED BY BIOLOGICAL THERAPIES

R. Pérez Álvarez¹, M. Pérez de Lis¹, X. Bosch², C. Díaz Lagares³, S. Retamozo³, P. Brito Zerón³, A. Bove³ y M. Ramos Casals³

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital do Meixoeiro. Vigo (Pontevedra). ²Servicio de Medicina Interna, ³Laboratorio Autoinmunes Josep Font, IDIBAPS. Hospital Clínic i Provincial. Barcelona.

Objectives. To analyze the clinical characteristics, etiopathogenic aspects and outcomes of pulmonary diseases in patients treated with biological therapies.

Material and methods. In 2006, the Study Group on Autoimmune Diseases (GEAS) of the Spanish Society of Internal Medicine created the BIOGEAS project (www.biogreas.org), a multicenter study devoted to collecting data on the use of biological agents in adult patients with systemic autoimmune diseases. An additional objective was to collect data on autoimmune diseases secondary to the use of biological agents (excluding patients with neoplasia) by quarterly surveillance of reported cases by a Medline search.

Results. The pulmonary disease most-frequently associated with biological therapies is interstitial lung disease (ILD), with 117 cases reported to date, followed by sarcoidosis with 40 cases and, more rarely, vasculitis. Ninety-seven percent of cases were associated with agents blocking TNF α , a cytokine that has been implicated in the pathophysiology of pulmonary fibrosis and that plays an essential role in both granuloma formation and maintenance. The clinical profile of a patient who develops ILD secondary to biological therapies is that of a 60-year-old woman with rheumatoid arthritis treated with anti-TNF agents who presents progressive respiratory symptoms (dyspnea and cough) during the first weeks of therapy. With

respect to sarcoidosis, the profile is that of a younger patient (mean age of 50 years) with a female-male ratio of 2:1, with rheumatoid arthritis or seronegative spondyloarthropathy and who presents with dyspnea, fatigue and/or cutaneous nodules. Drug-induced ILD has a poor prognosis, with an overall mortality rate of around one third, rising to two thirds in patients with pre-existing ILD. In contrast, sarcoidosis has better prognosis, with resolution or improvement in 90% of cases.

Conclusiones. Some recommendations for the management of these patients may be suggested, including a detailed pre-therapeutic evaluation, an early diagnosis based on prompt identification of symptoms suggestive of pulmonary disease and a tailored therapeutic approach.

IF-41

ETIOLOGÍA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS UVEÍTIS EN UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR: ANÁLISIS PROSPECTIVO DE LA CASUÍSTICA (2008-2010)

E. Mompeán Conesa¹, R. Alcaraz Martínez¹, M. Herranz Marín¹, J. Lozano Herrero¹, M. Pérez Luna¹, A. González-Coste², A. Climent³ y F. Herrero Huertas

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Oftalmología, ³Servicio de Reumatología. Hospital J.M. Morales Meseguer. Murcia.

Objetivos. Analizar las características clínicas y correlaciones entre el modo de presentación y el diagnóstico etiológico en un grupo de pacientes consecutivos con uveítis.

Material y métodos. Diseño: estudio de cohorte prospectivo con pacientes en seguimiento por la Unidad Multidisciplinar de Uveítis de nuestro hospital desde enero de 2008 hasta junio de 2010. Método: se aplicó un protocolo clínico consistente en historia clínica, analítica básica, radiología de tórax, Mantoux y serología de lúes. Las variables analizadas fueron: características demográficas, características clínicas y diagnóstico principal. La base de datos y el análisis de las variables se realizaron con el paquete estadístico SPSS 15.0 para Windows.

Resultados. Se analizaron un total de 63 pacientes, 25 hombres (39,7%) y 38 mujeres (60,3%), edad media (DE) de 37,0 (14,6) años: 54% uveítis anteriores (34 pacientes), 20,6% intermedias (13 pacientes), 11,1% posteriores (7 pacientes) y 14,3% panuveítis (9 pacientes). El 66,6% tuvieron un curso crónico/recidivante, el 46% fueron bilaterales, 47,6% con actividad moderada y 31,7% grave, con complicaciones oculares en el 65,1%. El 30,7% presentaron síntomas referidos al aparato locomotor (lumbalgia 12,1% y artromialgias 12,1%), cutáneo-mucosos en el 20,5% (aftas orales 15,2%, aftas genitales 6,1% y eritema nodoso 4,5%) y digestivos el 13,6% (dolor abdominal 4,5% y diarrea 3%). Los diagnósticos etiológicos fueron: uveítis idiopáticas 21 pacientes (33,3%), uveítis secundarias 34 pacientes (54%) y síndromes oftalmológicos específicos 8 pacientes (12,7%). En el 75% de los casos de uveítis secundaria la afectación ocular fue la manifestación que condujo al diagnóstico de enfermedad sistémica. En el análisis de las variables encontramos diferencias significativas entre los grupos diagnósticos en relación con la localización de la uveítis ($p = 0,013$) y el grado de actividad ($p = 0,042$). El diagnóstico de uveítis secundaria se asoció con la presencia de síntomas extraoculares ($p < 0,001$), ANA positivo ($p = 0,038$) y HLA B27 positivo ($p = 0,015$).

Discusión. Nuestro estudio encontró un porcentaje de uveítis secundaria del 54%, que coincide con el rango descrito en la literatura, y en el 75% de los casos la sintomatología ocular fue la manifestación que condujo al diagnóstico de enfermedad sistémica. Estos hallazgos justifican la necesidad de un abordaje integral de las uveítis, lo que permite una mejor comunicación y coordinación entre los diferentes especialistas con el ahorro consiguiente de consultas, exploraciones complementarias duplicadas o innecesarias y tiempo del usuario.

Conclusiones. 1. El 54% de las uveítis atendidas fueron secundarias a enfermedad sistémica autoinmune o infecciosa. 2. La variable más significativamente asociada con uveítis secundaria fue la presencia de síntomas extraoculares. 3. La creación unidades específicas para el manejo de las uveítis mejora la efectividad en el diagnóstico precoz y tratamiento adecuado de esta patología a través del trabajo conjunto entre especialidades, habitualmente oftalmólogos, internistas y reumatólogos, incrementando la calidad asistencial para el paciente y evitando la pérdida de agudeza visual y la ceguera.

IF-42

INMUNOSUPRESORES AHORRADORES DE ESTEROIDES EN EL TRATAMIENTO DE LA INFLAMACIÓN INTRAOCULAR ENDÓGENA CRÓNICA O RECIDIVANTE

J. Lozano Herrero¹, E. Mompeán Conesa¹, M. Herranz Marín¹, R. Alcaraz Martínez¹, M. Pérez Luna¹, A. Climent², A. González-Coste³ y F. Herrero Huertas¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Reumatología, ³Servicio de Oftalmología. Hospital J.M. Morales Meseguer. Murcia.

Objetivos. Describir nuestra experiencia en el uso inmunosupresores (IS) ahorradores de esteroides para el control de la inflamación ocular crónica o recidivante de etiología no infecciosa en una unidad multidisciplinar de uveítis.

Material y métodos. Diseño: estudio de cohorte retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes con uveítis endógena que acudieron a la Unidad Multidisciplinar de Uveítis de nuestro hospital desde enero de 2008 hasta junio de 2010 con seguimiento superior a 3 meses. Método: las variables analizadas fueron: características demográficas, diagnóstico y características clínicas de la enfermedad inflamatoria ocular, duración de la enfermedad, uso de esteroides e IS, dosis y tiempo de uso, respuesta al tratamiento, y efectos secundarios. La base de datos y el análisis de las variables se realizaron con el paquete estadístico SPSS 15.0 para Windows.

Resultados. Se analizaron 51 pacientes con uveítis no infecciosa: 41,2% hombres y 58,8% mujeres, edad media (DE) 39,0 (14,7) años. La uveítis fue anterior en 30 casos (58,8%), intermedia en 11 (21,6%), posterior en 5 (9,8%) y panuveítis en 5 (9,8%). En el 52,9% la afectación era bilateral, granulomatosa en el 19,6% y con un curso crónico/recurrente en el 76,5%. Tras historia clínica y exploraciones complementarias se concluyó que 19 (37,5%) eran uveítis idiopáticas, 24 (45,3%) uveítis secundarias a enfermedad sistémica y 8 síndromes oftalmológicos específicos (15,7%). El 52,9% desarrollaron complicaciones, fundamentalmente edema macular quístico, glaucoma y cataratas. La agudeza visual al inicio del tratamiento fue $< 20/40$ en el 75%. De los 51 pacientes en estudio, 26 recibieron tratamiento con esteroides sistémicos (51,0%), 21 (41,2%) precisaron agentes ahorradores de esteroides por uveítis crónica o recidivante (se excluyen los pacientes con indicación de IS por actividad extraocular) y 9 pacientes recibieron tratamiento combinado o secuencial con varios IS. En total se realizaron 36 tratamientos: 14 con metotrexato, 8 con ciclosporina A, 6 con azatioprina, 3 con infliximab, 2 con adalimumab, 1 con etanercept, 1 con lgsIV y 1 con ciclofosfamida. En 4 ocasiones hubo que suspender el tratamiento por efectos secundarios (11,1%). En el análisis de las variables se encontró asociación estadísticamente significativa entre la necesidad de uso de IS ahorradores de esteroides y la presencia de uveítis intermedia/panuveítis ($p = 0,014$), curso crónico ($p = 0,001$), la actividad de la enfermedad ($p = < 0,001$), la presencia de ANA ($p = 0,005$) y el hallazgo de uveítis secundaria ($p = 0,04$).

Discusión. La experiencia en el manejo de las desde una Unidad Multidisciplinar demuestra que los pacientes se benefician de una mayor efectividad en el diagnóstico precoz y tratamiento adecua-

do de esta patología a través del trabajo conjunto entre especialidades, habitualmente oftalmólogos, internistas y reumatólogos, con experiencia en uveítis y con habilidades en el manejo de tratamientos con efectos adversos importantes, como inmunosupresores sistémicos o terapias biológicas, cada vez más habituales en uveítis crónicas o severas que amenazan la visión y en ocasiones incluso la vida del paciente.

Conclusiones. Los IS ahorradores de esteroides son fármacos efectivos y habitualmente seguros para el control de la inflamación ocular crónica o recidivante con afectación de la agudeza visual, especialmente en uveítis de localización intermedia/posterior o asociada a enfermedad sistémica.

IF-43

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON FENÓMENO DE RAYNAUD. APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO SF 36

R. Hurtado García¹, N. Luquín Ciuró², J. Escribano Stablé², A. Aquilino Tarí², M. Gómez⁴, R. Noguera Pons⁵, V. Sánchez Hellín³ y C. Escolano Hortelano²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Vega Baja de Orihuela (Alicante). ²Servicio de Medicina Interna, ⁴Servicio de Cardiología, ⁵Servicio de Reumatología, ³Servicio de Microbiología. Hospital General Universitario de Elche. Elche/Elx (Alicante).

Objetivos. Describir el estado de salud percibida en una población con fenómeno de Raynaud

Material y métodos. Se utilizó el cuestionario de salud SF-36 para evaluar la salud percibida en una muestra de 43 pacientes que habían sido hospitalizados o valorados en consultas externas de los servicios de Medicina Interna, Reumatología y Cardiología del Hospital General Universitario de Elche. El SF-36 es una herramienta validada con valores de referencia para la población española que mide salud percibida física, psíquica y social divididos en 8 escalas. La puntuación se basó en los siguientes parámetros: Excelente 100, Muy buena 84-99, Buena 61-83, Regular 25-60 y Mala 0-24, basándonos en el Manual de puntuación de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. Unitat de Recerca en Serveis Sanitaris. Institut Municipal d'Investigació Mèdica. Barcelona. 2000. De los 43 pacientes 4 fueron desechados por ser acrocianosis, 8 habían sido exitus y un paciente rechazó participar. Se obtuvieron 30 cuestionarios telefónicos correctamente rellenados.

Resultados. Los resultados en las 8 escalas del cuestionario SF 36 fueron los siguientes: Función física 58 (Regular), Rol físico 64,1 (Buena), Dolor corporal 56,4 (Regular), Salud general 48,3 (Regular), Vitalidad 47 (Regular), Función social 75,4 (Buena), Rol emocional 42,2 (Regular), Salud mental 59,8 (Regular). La valoración global del SF-36 score fue de 56 (Regular).

Discusión. Los pacientes con FR pueden presentar alteraciones en la salud percibida, vitalidad y sobretodo emocional. Así mismo pueden desarrollar un sentimiento de cansancio y agotamiento moderado en general. Las perspectivas de enfermar en un futuro son consideradas habitualmente por estos pacientes. Pueden tener una importante disminución del tiempo dedicado a sus trabajos o actividades diarias, con un rendimiento peor y un menor cuidado de sus tareas habituales. Todo ello hace pensar que la calidad de vida de los pacientes con FR es mejorable.

Conclusiones. Éste es un estudio pionero en calidad de vida en pacientes con FR. El SF-36 podría resultar una herramienta útil para evaluar la salud de los pacientes con FR de forma rutinaria. El presente póster podría poner de manifiesto la relación entre las puntuaciones del SF 36 con las condiciones físicas y psíquicas de los pacientes con FR. Es preciso aumentar el número de pacientes de la muestra para poder relacionar la gravedad del FR con la calidad de vida de estos pacientes. Es necesario realizar un estudio de seguimiento y comportamiento de los indicadores del SF 36 en estos

pacientes para poder realizar intervenciones de tipo preventivo en su calidad de vida.

IF-44

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PATOLOGÍA OCULAR INFLAMATORIA EN UNA COHORTE DE 807 PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)

R. González León, M. Castillo Palma, F. García Hernández, E. Montero Mateos, C. González Pulido, E. Chinchilla Palomares, C. Ocaña Medina y J. Sánchez Román

Servicio de Medicina Interna (Unidad de Colagenosis e Hipertensión Pulmonar). Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. 1. Cuantificar y describir la patología inflamatoria ocular en una cohorte de pacientes con LES (utilizando la clasificación internacional). 2. Analizar su relación con índice de actividad de la enfermedad, patología neurológica y anticuerpos antifosfolípidos (AAF). 3. Analizar el pronóstico ocular (agudeza visual; AV).

Material y métodos. Estudio descriptivo y retrospectivo de la patología inflamatoria ocular de una cohorte de 807 pacientes con LES (todos cumplían los criterios ACR). Identificación de casos mediante análisis de base de datos. Revisión de la historia clínica. Clasificación de la patología inflamatoria ocular según criterios internacionales. El estudio de asociaciones se hizo mediante el test de Chi-cuadrado de Pearson.

Resultados. En 31 pacientes (29 mujeres; 93,5%) se comprobó patología inflamatoria ocular (3,8% del total de pacientes con LES); Veintinueve pacientes tuvieron uveítis (UV): 5 (0,62%) uveítis anterior (UA), 23 (2,8%) uveítis posterior (UP), 1 (0,12%) panuveítis (PU); otra paciente sufrió una miositis orbitaria (0,12%), y otra síndrome de Brown (0,12%). Cuatro pacientes, además, desarrollaron episcleritis (0,49%). Las UA fueron todas bilaterales, de presentación aguda, duración limitada y, en 4 (80%), recidivante; ningún caso con disminución de AV. La UP se expresó como: neuritis óptica en 9, oclusión de vena central de retina o sus ramas en 4, y retinopatía en 9; la forma de presentación fue insidiosa en 8 (34,8%) y aguda en 15 (65,2%); bilateral en 15 (65,2%); duración limitada en 9 (39,1%), crónica en 14 (60,9%); evolución: aguda en 9 (39,1%), persistente en 11 (47,8%), recidivante en 3 (13,1%). En las UP hubo disminución de AV en 12 pacientes (52,2%) que fue grave en 4; los AAF fueron positivos en 68% de las UP, porcentaje significativamente superior que en el total de la serie (39,4%; $p > 0,008$) y había afección neurológica en 17 (77,2%) en mayor proporción que en el total de la cohorte (27,9%; $p < 0,0005$) y, en un paciente, con neuritis óptica bilateral coincidía mielitis transversa (síndrome de Devic). El índice actividad de la enfermedad (SLEDAI) en el momento del inicio de la UV fue: inactividad 12 (38,7%), leve 2 (6,5%), moderado 2 (6,5%), grave 15 (48,4%). En dos pacientes la UP fue manifestación inicial de LES. La afectación ocular fue de naturaleza infrecuente sólo en un paciente (conjuntivitis bullosa por adenovirus).

Discusión. Aunque la afección inflamatoria en el LES es infrecuente (3,8% del total en nuestra cohorte) es potencialmente grave si se afecta el polo posterior (2,8%). Por tanto, es obligado el estudio oftalmológico inmediato en pacientes que refieran disminución de agudeza visual. El nuestro es el estudio realizado sobre la serie más amplia que hemos encontrado en la literatura. Hemos comprobado una alta frecuencia de AAF y patología neurológica concomitante. Es excepcional que la UV se exprese al inicio de la enfermedad y, en la mitad de los casos, se acompaña de otros signos de actividad.

Conclusiones. La patología inflamatoria ocular en el LES: 1. Es poco frecuente (3,8%) pero de mal pronóstico ocular en algunos casos. 2. Se asocia significativamente con AAF y afectación neurológica. 3. En la mitad de los casos hay otros signos de actividad de la enfermedad. 4. Es excepcional que ocurra al inicio de la enfermedad.

IF-46 IMPORTANCIA DE LOS PRODUCTOS HERBARIOS COMO AGENTES CAUSALES DE HEPATITIS AGUDA: UN PRODUCTO NATURAL NO INOCUO

J. Ruiz Izquierdo, G. de la Red Bellvis, Y. Loza Medrano,
B. Batalla Insenser, L. Macías Cardona, J. Hernández Umaña,
V. Trias Carratu y M. Torres Salinas

Servicio de Medicina Interna. Fundació Hospital de l'Esperit Sant. Barcelona.

Objetivos. Describir los casos de hepatitis tóxica por productos herbarios recogidos en nuestro hospital, con el fin de informar sobre los efectos adversos de dichos preparados.

Material y métodos. Descripción de los casos de hepatitis aguda causada por productos herbarios, que han ingresado en un Hospital comarcal del área metropolitana de Barcelona en un periodo de tres años.

Resultados. Se recogieron 3 casos de hepatitis tóxica con alta probabilidad de ser causadas por productos herbarios en las escalas de causalidad de CIOMS y Maria y Victorino. Caso 1: mujer de 56 años con antecedentes de asma, vitiligo, hipertensión y dislipemia, que ingresa por ictericia y alteración del perfil hepático (Bi 8,94 mg/dl, GOT 2.215 U/L, GPT 1.798 U/L, GGT 858 U/L, FA 539 U/L, T. protrombina 57%). La ecografía reveló litiasis vesicular, con colangio-RM normal. Con la sospecha de hepatitis autoinmune, se realizó punción-biopsia hepática (PBH) sugestiva de toxicidad. Reinterrogándola, refería toma de hierbas 3 meses antes (Taraxacum officinalis, Equisetum arvense, Cynara scolymus, German chamomile, Fumaria officinalis). A los 6 meses se normalizó la analítica. Caso 2: mujer de 58 años. Antecedentes de fibromialgia, dislipemia y colodocolitiasis, en tratamiento con loracepam, duloxetine, amitriptilina y compuesto adelgazante 5 meses antes (Betulla alba, Equisetum arvense, Zea mays, Agropyrum repens). Ingresó por epigastria y vómitos, con alteración analítica (Bi 3,7 mg/dl, GOT 847 U/L, GPT 772 U/L, GGT 308 U/L, FA 322 U/L, T. protrombina 88%). Serologías, inmunología, ecografía y colangio-RM normales. Se orientó como hepatitis tóxica por hierbas y a los 3 meses se normalizó la analítica. Caso 3: mujer de 38 años que ingresa por ictericia, prurito, coluria y acolia, con Bi 16,5 mg/dl, GOT 50 U/L, GPT 58 U/L, GGT 24 U/L, FA 99 U/L, T. protrombina 100%, sin hemólisis. Ecografía, serologías, inmunología y colangio-RM normales. Se inició fenobarbital ante la sospecha de Crigler-Najjar, sin respuesta. La PBH, mostró hepatitis tóxica y la paciente confesó toma de infusiones diuréticas (cola de caballo, manzanilla y anís) dos semanas antes, con resolución del cuadro en 5 meses.

Discusión. En nuestro entorno, hemos observado un incremento de los casos de toxicidad por productos herbarios, en forma de hepatitis aguda. Resulta difícil llegar a un diagnóstico de causalidad, ya que muchos pacientes, toman habitualmente más de un fármaco potencialmente hepatotóxico, y no se suele preguntar sobre la toma de estos productos, al considerarlos terapias naturales e inocuas. Los casos de hepatotoxicidad por hierbas, pueden ser graves, llegando a representar hasta un 50% de las hepatitis fulminantes que requieren trasplante hepático. Los tres casos que observamos fueron mujeres y tuvieron buena evolución con resolución completa. Todos presentaron colestasis con mayor o menor grado de citolisis y uno presentó insuficiencia hepática. Se realizó PBH en dos pacientes en los que no se había recogido el consumo de productos herbarios.

Conclusiones. 1. Los productos dietéticos considerados naturales no son inocuos, pudiendo ser responsables de hepatitis aguda potencialmente grave. 2. Es importante incidir sobre la toma de productos herbarios en los casos de hepatitis aguda de causa no filiada, lo que permitiría llegar al diagnóstico sin la necesidad de biopsia hepática. 3. Es importante comunicar los casos de hepatitis relacionados con el consumo de hierbas, para su mayor conocimiento tanto por parte de los facultativos, como por parte de los pacientes.

IF-47 VALORACIÓN DEL CUESTIONARIO SF-36 EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR Y/O CONECTIVOPATÍA

R. Hurtado García¹, M. Gómez Martínez², J. Prado Mediano¹,
A. Aquilino Tari³, J. Escribano Stablé², N. Luquín Ciuró³,
A. Tamayo Obregón² y R. Noguera Pons²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Vega Baja. Orihuela (Alicante). ²Servicio de Cardiología, ³Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Elche. Elche/Elix (Alicante).

Objetivos. Evaluar si el cuestionario de calidad de vida SF-36 puede tener utilidad en el seguimiento de pacientes con hipertensión pulmonar con o sin conectivopatía asociada

Material y métodos. Se utilizó el cuestionario de calidad de vida SF-36 para evaluar la salud percibida en una muestra de 30 pacientes que fueron valorados en una consulta monográfica de medicina interna sobre enfermedades autoinmunes sistémicas desde mayo de 2009 hasta mayo de 2010. Se dividió la muestra en dos grupos: 14 pacientes con conectivopatía (grupo A) y 16 pacientes sin conectivopatía (grupo B). Dentro del grupo A a 7 pacientes se les realizó una ecocardiografía doppler, evaluándose los valores de PsAP estimada. Se les realizó el cuestionario de salud SF-36 y se evaluaron los resultados. En el grupo B se realizó ecocardiografía y SF-36 a 9 pacientes, a los 7 restantes sólo se les realizó el protocolo SF-36. Se consideró hipertensión pulmonar cifras superiores a 30 mmHg de PsAP estimada. La puntuación se basó en los siguientes parámetros: Excelente 100. Muy buena 84-99. Buena 61-83. Regular 25-60 y Mala 0-24. Según el Manual de Puntuación de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36 (Unitat de Recerca en Serveis Sanitaris. Institut Municipal d'Investigació Mèdica. BCN 2000).

Resultados. Grupo A: 14 pacientes con conectivopatías, a 7 se les realizó ecocardiograma, 4 casos tenían hipertensión pulmonar con un SF 36 entre 25 y 60 (Regular). Los 3 pacientes sin hipertensión pulmonar tenían cifras entre 61 y 83 (Buena). De los 7 pacientes con conectivopatías sin ecocardiografía: 3 casos estaban en la franja entre 25-60, otros 3 casos entre 61 y 83, 1 caso entre 0-24. Grupo B: 16 pacientes sin conectivopatía, de los cuales 9 se les realizaron ecocardiograma: 3 con hipertensión pulmonar (uno de ellos con estenosis mitral severa) y 6 sin hipertensión pulmonar. De los cuales, 5 estaban en la franja entre 25-60, 3 entre 61-83 y uno entre 84-99. A los 7 restantes sin ecocardiograma, 3 se encontraban en la franja de 25-60 y 4 en la franja 61-83. El SF-36 malo o regular se objetivó en el 42% de las conectivopatías con hipertensión pulmonar, el 50% de las conectivopatías sin ecocardiografía, en el 33% del grupo sin conectivopatía con hipertensión pulmonar y en el 42% del grupo sin conectivopatía y sin ecocardiografía.

Conclusiones. Un alto porcentaje de pacientes con hipertensión pulmonar (40%) tienen una percepción de la calidad de vida regular o mala. Un 45% de pacientes sin ecocardiografía presentaban mala calidad de vida. La utilización de este test podría ser válida para valorar la calidad de vida de los pacientes con hipertensión pulmonar y/o conectivopatías.

IF-48 ARTRITIS EOSINOFÍLICA: ¿UNA ENTIDAD PROPIA?

C. Vázquez-Triñanes¹, B. Sopena¹, R. Díaz², R. Longueira¹,
J. Lamas¹, A. Rivera¹, M. Freire¹ y C. Martínez-Vázquez¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Xeral de Vigo. Vigo (Pontevedra).

Objetivos. Definir las artritis eosinofílicas en el área sur de Galicia.

Material y métodos. Se analizaron los resultados de las artrocentesis realizadas entre 2005 y 2010 incluidos de forma prospectiva en la base de datos de Análisis Clínicos del Hospital Xeral (área de

Tabla 1 (IF-48). Características de las artritis eosinofílicas mayor

Sexo/Edad	Articulación	Aspecto/ Cristales	Leucos/ Eosinof%	Eosinofilia	Evolución	Desencad. diagnóstico ATE/
Varón/1	Rodilla (monoartr)	Purulento	Incontables/85%	No	Aguda	No/Séptica
Mujer/45	Rodilla (monoartr)	Purulento	36.000/75%	No	Aguda/Deformidad	Isquemia/Séptica
Mujer/71	Rodilla (monoartr)	Turbio	30.000/76%	Sí (transitoria)	Crónica/Deformidad	No/Osteoartritis
Varón/58	Carpo (oligoartr)	Hemorrág/ Pirofosf cálc	3.870/20%	?	Crónica/Deformidad	No/AR seroneg
Varón/38	Rodilla	Amarillento	76.000/90%	No	Aguda	No/Sin diagnost
Varón/58	Rodilla (monoartr)	Amarillento/ Pirofosf cálc	70.400/85%	No	Aguda/Recurrente	No/Pseudogota
Varón/77	Rodilla (ooliartr)	Amarillento	7.800/38%	Sí	Crónica/Deformidad	Infiltrac cortic/ Psoriásica

250.000 habitantes) que atiende tanto población urbana como rural. Se seleccionaron aquellas muestras que presentaban algún eosinófilo en la fórmula leucocitaria y se revisaron retrospectivamente los datos clínico-evolutivos incluidos en la historia clínica.

Resultados. De 982 líquidos sinoviales, 10 (1,02%) tenían algún eosinófilo en la fórmula leucocitaria. Tres tenían menos del 10% de eosinófilos (forma menor) y 7, más del 10% (forma mayor). Las artritis eosinofílicas menor se relacionaron con hemartrosis. Las mayor se resumen en la tabla.

Discusión. La presencia de eosinófilos en líquido sinovial se ha asociado con diversas patologías sistémicas y articulares. Sin embargo, algunos autores sostienen que existe un síndrome definido por sinovitis eosinofílica en pacientes jóvenes en forma de monoartritis aguda de buen pronóstico.

Conclusiones. La artritis eosinofílica en nuestro medio se asoció a artropatía conocida en un 90%. Un 14,3% de las formas mayor podría pertenecer al grupo de las sinovitis eosinofílicas idiopáticas. Ver tabla 1 (IF-48).

IF-49

RITUXIMAB EN GRANULOMATOSIS DE WEGENER. NUESTRA EXPERIENCIA

E. Chinchilla Palomares, C. González Pulido, F. García Hernández, R. González León, E. Montero Mateos, A. León Guisado, M. Castillo Palma y J. Sánchez Román

Servicio de Medicina Interna (Colagenosis e Hipertensión Pulmonar). Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. La granulomatosis de Wegener (GW) es una vasculitis sistémica granulomatosa que afecta preferentemente al tracto respiratorio y el riñón. Su tratamiento se basa en la administración de glucocorticoides (GC) e inmunosupresores (IS). Cuando la respuesta no es favorable, se han descrito buenos resultados con rituximab (RTX). Nuestro objetivo es evaluar la eficacia de RTX en el tratamiento de un grupo de pacientes con GW refractarios o con contraindicación a otros tratamientos.

Material y métodos. Estudio prospectivo abierto no controlado. Esquema de tratamiento: 4 infusiones de RTX (375 mg/m² los días 0, 7, 14 y 21), 2 de ciclofosfamida (CFF; 750 mg los días 2 y 16) y GC (deflazacort, 60 mg/día hasta un mes post-tratamiento y posterior ajuste de dosis según evolución hasta retirada). Evaluación protocolizada basal y 1, 6 y 12 meses post-RTX. Se consideró respuesta completa (RC) si normalización de las alteraciones que motivaron el tratamiento y respuesta parcial (RP) a criterio del médico.

Resultados. Se trató a 7 pacientes (4 mujeres), 6 por fallo del tratamiento con GC e IS y 1 en sustitución de ciclofosfamida por infección respiratoria por *Acinetobacter*. Un paciente recibió 2 ciclos de RTX, por lo que en total se registraron 8 ciclos, si bien, este último todavía no ha sido evaluado en sus puntos. La edad media

era de 55 años y el tiempo medio de evolución de la enfermedad de 3,8 años. La determinación de ANCA resultó negativa en 2 pacientes. Se realizó biopsia en todos y fue positiva en 5, todas ellas positivas (incluido un paciente ANCA negativo). Las manifestaciones clínicas al inicio del tratamiento eran: afección pulmonar (5, 62,5%), sinusitis (2, 25%), afección renal (2, 25%), estenosis subglótica grave (1, 12,5%), lesiones cutáneas múltiples y extensas tipo pioderma gangrenoso (1, 12,5%), otitis (1, 12,5%), rinitis (1, 12,5%), fiebre (1, 12,5%), afección del sistema nervioso central (1, 12,5%), iritis (1, 12,5%) y vasculitis cutánea (1, 12,5%). La respuesta fue positiva sólo en tres ciclos (38%; dos completas y una parcial). Un paciente falleció durante el ciclo de tratamiento sin causa clara pero no atribuible al mismo y otro presentó un TEP masivo tras acabarlo. No hubo reacciones infusionales ni infecciones asociadas.

Discusión. En la literatura, las series de pacientes con GW tratados con RTX son cortas y con resultados dispares. Keogh describe remisión completa a los 10-24 meses de seguimiento en 11 pacientes con vasculitis ANCA positivos. Aries encuentra por el contrario, sólo remisión completa en 2 de 8 pacientes con características similares. Al igual que en esta serie, nuestra experiencia en el tratamiento con RTX en pacientes con GW no ha sido muy satisfactoria, al contrario que en otros pacientes de nuestra casuística tratados por lupus eritematoso sistémico o miopatías inflamatorias idiopáticas. En el último año se han difundido los resultados de 2 ensayos clínicos que comparan el tratamiento con RTX frente al estándar con CFF de inducción y azatioprina de mantenimiento, el RAVE y el RITUXIVAS. En ninguno se detectan diferencias significativas entre ambos regímenes de tratamiento en cuanto eficacia y seguridad. Sin embargo, en el RAVE (con 197 pacientes con vasculitis asociada a ANCA), los datos indicaron que RTX era más eficaz en los pacientes con afectación respiratoria y, muy importante, en los que recaen a pesar de CFF.

Conclusiones. En nuestra experiencia, la eficacia de RTX en la GW resultó más limitada que en otras series. Posiblemente debido a la selección de casos muy graves y multirresistentes.

IF-50

FUNCIÓN INMUNOLÓGICA VALORADA MEDIANTE LA DETERMINACIÓN DE ATP EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)

S. Rosado, R. Castejón, M. Citores, S. Mellor-Pita, P. Chicharro, A. Ramos, J. Vargas y M. Yebra-Bango

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. Madrid.

Objetivos. Recientemente se han desarrollado técnicas de monitorización de la respuesta inmune para ajustar el grado de inmunosupresión de los pacientes, como 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 47 mujeres que cumplían al menos 4 criterios de la ACR para LES procedentes de la Unidad de Enfermedades Autoinmunes del Servicio de Medicina Interna de nuestro hospital, con una mediana de edad de 48 años (15-63). La actividad de la enfermedad en el momento del estudio se valoró mediante el índice SLEDAI, con 35 pacientes con SLEDAI \leq 4 y 12 con SLEDAI $>$ 4. Al estudio 6 pacientes no recibían tratamiento, 27 estaban recibiendo tratamiento inmunosupresor (\pm antimaláricos) y 14 recibían solamente antimaláricos. La valoración de la inmunidad celular se realizó en muestras de sangre periférica mediante el empleo del kit comercial Immuknow (Cylex). El rango de función inmunológica normal se estableció mediante la determinación de la producción de ATP en 14 controles sanos.

Resultados. La producción de ATP por los linfocitos TCD4+ de los pacientes, tanto a nivel basal como tras estimulación in vitro, está disminuida con respecto a los controles. Los pacientes clínicamente activos producen menos ATP tras estimulación que los inactivos y los controles ($p < 0,005$). Los pacientes tratados mostraron menor producción de ATP que los controles, si bien no fue significativo y entre los pacientes tratados, sólo los clínicamente activos producen menos ATP que los controles. Independientemente de la actividad, los pacientes que recibieron inmunosupresores no presentan diferencias a los que no los recibieron, sin embargo los pacientes activos recibiendo inmunosupresores producen menos ATP ($p = 0,007$) que los pacientes inactivos con el mismo tratamiento. El tratamiento antimalárico no parece influir en la producción de ATP.

Discusión. Dado que la actividad va asociada a una menor respuesta inmune (valorada ésta como la producción de ATP), en un paciente inactivo una respuesta deficiente de ATP puede predecir la aparición de un brote clínico y aconsejaría no disminuir la inmunosupresión y por el contrario, una respuesta normal podría apoyar la decisión de disminuir la inmunosupresión. Puesto que de los pacientes tratados, sólo el grupo activo tiene baja la respuesta de ATP, una respuesta normal en estos pacientes podría indicar que los síntomas no son debidos sólo a la actividad (ej. infección) y una respuesta baja que el paciente es candidato a intensificar o a cambiar el tratamiento inmunosupresor.

Conclusiones. Los resultados 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 de los pacientes en el momento del estudio. Serán necesarios más pacientes y estudios de seguimiento individualizados para aclarar el interés práctico de estos hallazgos.

IF-51

RELACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE IL-6 A NIVEL PULMONAR EN PACIENTES CON NEUMOPATÍA INTERSTICIAL IDIOPÁTICA Y EL POLIMORFISMO-174 G/C DEL PROMOTOR DEL GEN DE LA IL-6

M. Martínez Ríquez¹, B. Herrera Hueso¹, I. Martín Garrido¹, V. Friaiza Patiño², R. Terán Redondo¹, J. Martín Juan³, E. Rodríguez Becerra³ y E. Calderón Saubete¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Ciber de Epidemiología y Salud Pública, ³Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. En las neumopatías intersticiales idiopáticas (NII), la lesión causada en el parénquima pulmonar conduce a una cascada de procesos inflamatorios, que originan fibrosis. IL-6 es una molé-

cula inflamatoria implicada en estos procesos. Se ha descrito un polimorfismo a nivel del promotor del gen de esta citoquina, que regula sus niveles plasmáticos, siendo el genotipo GG el que se asocia a una mayor producción a nivel sistémico. Sin embargo, existe poca información sobre su influencia a nivel local. El objetivo de nuestro estudio es analizar los niveles de IL-6 en lavado broncoalveolar (LBA) y su correlación con el polimorfismo -174 G/C en pacientes con NII.

Material y métodos. Se incluyeron un total de 39 pacientes (31 hombres), con una edad media de 61,4 años \pm 12,5 y rango (32-81) años, con sospecha diagnóstica de NII y a los que se les realizó una broncoscopia con toma de lavado broncoalveolar. Métodos: La identificación del polimorfismo de la región promotora de IL-6 se realizó por técnicas de PCR-RFLP. Para el alelo G se obtuvo un fragmento de 163 bp y para el alelo C dos fragmentos de 111 y 52 bp respectivamente. Los niveles locales de IL-6 fueron medidos por técnica de ELISA, utilizando un kit comercial (R&D biosystems) siguiendo las instrucciones del fabricante. Estos resultados fueron normalizados en base a la concentración total de proteína y expresados en picogramos/mg de proteína.

Resultados. La tabla muestra los resultados obtenidos respecto de las frecuencias genotípicas para el polimorfismo -174 G/C de IL-6. Así mismo, se reflejan los niveles de concentración media de IL-6 local, en función de los fenotipos alto o bajo productor.

Conclusiones. Nuestros datos sugieren que el polimorfismo -174 G/C del promotor del gen IL-6 no afecta la expresión de esta citoquina a nivel local en pacientes con NII. Financiado parcialmente por el Ministerio de Ciencia e Innovación (PI-080983) y la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (PI-0391/07).

Tabla 1 (IF-51).

Frecuencias genotípicas	NII n = 39	Fenotipos IL-6	Concentración media IL-6 (pg/mg)	p
GC	20 (51,3)	Alto productor (GG)	44,6	NS
GC	16 (41,0)	Bajo productor (GC+CC)	49,4	NS
CC	3 (7,7)			

IF-52

DIFERENCIAS EN LOS RESULTADOS DE LA ELASTOGRAFÍA DE TRANSICIÓN (FIBROSCAN®) OBTENIDOS POR 2 OPERADORES DIFERENTES

V. Torres, E. Resino, M. del Monte y B. Roca

Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Castellón. Universidad de Valencia. Castellón.

Objetivos. Las enfermedades hepáticas crónicas son muy prevalentes en los pacientes con infección por el VIH. Ello es debido sobre todo a la coinfección por el virus de la hepatitis C, pero también a otros factores como el enolismo crónico o la toxicidad medicamentosa. Por ello los procedimientos diagnósticos para la valoración del hígado, especialmente si son sencillos y seguros, resultan particularmente atractivos para el control clínico de estos pacientes. La elastografía de transición es una técnica relativamente nueva, que cumple tales condiciones, y que por tanto está utilizándose cada vez en esa patología. Sin embargo los datos existentes por ahora sobre su correcta interpretación y su reproducibilidad son limitados. Con el presente estudio pretendemos profundizar en el conocimiento de la correcta interpretación de los resultados que se obtienen con dicha prueba.

Material y métodos. Estudio transversal consistente en la realización de dos pruebas para la medición de la rigidez hepática, me-

dante elastografía de transición, por dos operadores diferentes. Ambas pruebas se realizan el mismo día, una a continuación de la otra, mediante FibroScan®. Para la realización de cada prueba se siguen las instrucciones del fabricante del aparato, que incluyen llevar a cabo al menos 10 mediciones de la rigidez hepática para cada prueba. Los pacientes incluidos tienen el diagnóstico de certeza o de sospecha de hepatopatía crónica. El proyecto del estudio ha sido informado favorablemente por el Comité de Investigación del Departamento de salud de Castellón. Las variables continuas que tienen una distribución normal se comparan con el test t de Student de muestras apareadas y las variables continuas que no tienen una distribución normal se comparan con el test de Wilcoxon de rangos signados.

Resultados. Se incluye a un total de 128 pacientes; 82 (64%) son varones, la media (y la desviación estándar) de la edad es de 44 (\pm 8) años; 119 (93%) tienen infección por el VIH, 98 (77%) tienen infección por el virus de la hepatitis C y 101 (79%) tienen antecedentes de adicción a drogas parenterales. A continuación se expresan los resultados obtenidos respectivamente por el primer y el segundo operador: media de la duración de la prueba: 324 y 357 segundos ($p = 0,021$), mediana de la rigidez hepática: 5,6 y 5,3 kPa ($p = 0,746$), media del log10 de la rigidez hepática: 0,83 y 0,83 log10 de kPa ($p = 0,955$), media del rango intercuartil de las 10 mediciones realizadas a cada paciente: 1,88 y 2,09 kPa ($p = 0,452$), y mediana del porcentaje de mediciones válidas: 100 y 100 por cien ($p = 0,18$).

Conclusiones. El resultado de la elastografía de transición obtenido por dos operadores diferentes es prácticamente idéntico, lo cual indica que la reproducibilidad de los resultados de la prueba es excelente.

IF-53

RESULTADO DE LA MEDICIÓN DE LA TEMPERATURA CORPORAL CON 3 TIPOS DE TERMÓMETROS DIFERENTES

B. Roca, V. Torres, E. Resino y M. Penadés

Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Castellón. Universidad de Valencia. Castellón.

Objetivos. La temperatura corporal es una de las constantes vitales sistemáticamente utilizada en la asistencia médica de la mayor parte de especialidades. Su utilidad es evidente para el correcto diagnóstico y tratamiento de numerosas enfermedades. A lo largo de las últimas décadas dicha temperatura se ha medido fundamentalmente con termómetros de mercurio; pero recientemente, el mejor conocimiento de los riesgos de toxicidad de ese metal pesado ha determinado la prohibición de la comercialización de tales instrumentos y la progresiva disminución de su uso. Como alternativas se han comercializado recientemente diversos tipos de termómetros, más seguros que los de mercurio y generalmente también más fáciles de usar. Sin embargo son escasos los estudios que evalúen la fiabilidad de estos nuevos instrumentos y que comparen sus resultados, al medir la temperatura, con los de los termómetros de mercurio tradicionales.

Material y métodos. Estudio transversal, realizado en pacientes de una planta de hospitalización de Medicina Interna. En cada paciente, de modo simultáneo, se mide la temperatura corporal con tres termómetros diferentes: 1) termómetro de mercurio tradicional (TM), 2) termómetro de galio sin mercurio (TG) y 3) termómetro de infrarrojos (TI). Con los dos primeros se mide la temperatura axilar tras permanecer el termómetro en la axila durante 5 minutos y con el tercero se mide la temperatura timpánica siguiendo las indicaciones del fabricante. De cada paciente se obtienen también la edad y el sexo.

Resultados. Se incluye a un total de 24 pacientes, 15 (64%) son mujeres, y la media (y la desviación estándar) de su edad es de

76,5 (\pm 14,5) años. La media (y la desviación estándar) de las mediciones de la temperatura es la siguiente: con TM 36,9 (\pm 0,4), con TG 36,7 (\pm 0,7) y con TI 37,4 (\pm 0,4). Mediante un análisis de la varianza de mediciones repetidas se comprueba que hay diferencias globales entre las distintas mediciones ($p < 0,001$), y mediante tests t de Student de muestras apareadas se comprueba que existen diferencias entre cada par de las tres mediciones: entre TM y TG $P = 0,025$, entre TM y TI $p < 0,001$ y entre TG y TI $p < 0,001$. La diferencia entre las mediciones con TM y TG es mayor en los hombres que en las mujeres ($p = 0,023$). No existe correlación entre la edad y las diferencias entre cada par de las distintas mediciones realizadas.

Conclusiones. Existen diferencias substanciales entre las mediciones de la temperatura realizadas con distintos tipos de termómetros.

IF-55

SÍNDROME PERIÓDICO ASOCIADO AL RECEPTOR DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL (TRASP): DESCRIPCIÓN DE UNA FAMILIA AFECTA, CON ALTO RIESGO DE AMILOIDOSIS SECUNDARIA

J. Jiménez Martínez, J. García Román, J. Marnotes González, C. Moronte Sánchez, I. Soto Iglesias, Y. Mouriño López y F. Fernández Fernández

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Ourense. Ourense.

Objetivos. Los síndromes autoinflamatorios sistémicos con base hereditaria son considerados enfermedades "raras" por su baja prevalencia. Se caracterizan por la aparición de episodios inflamatorios agudos, autolimitados, recurrentes y no relacionados con infección, neoplasia o marcadores de autoinmunidad. A diferencia de la entidad más frecuente -la fiebre mediterránea familiar (FMF)-, el Síndrome TRASP se transmite con carácter autosómico dominante, por lo que pueden encontrarse afectadas simultáneamente varias generaciones de una misma familia, como en el caso que nos ocupa. Se trata de resaltar las características específicas que diferencian a este síndrome, dentro de sus variables y diversas formas de presentación, para ayudar a diferenciarlo y alcanzar el diagnóstico a través de la sospecha clínica y la confirmación genética.

Material y métodos. Se presentan las características clínicas de los tres miembros afectados (madre y dos hijos) y la evolución de su enfermedad, así como la mutación que comparten en el receptor 1 del TNF afectando en este caso a aminoácidos cisteína.

Resultados. Se describen las características clínicas de los tres pacientes y que diferencian esta entidad de la FMF y otros síndromes autoinflamatorios periódicos: a) la frecuente afectación muscular en el TRASP con mialgias migratorias afectando diversos grupos musculares y que se corresponden a fascitis monoclónicas inflamatorias. b) el característico eritema, también migratorio, situado sobre el área dolorosa. c) la mayor duración de las crisis inflamatorias. d) la mayor frecuencia de amiloidosis secundaria. Se describe también la forma de presentación y el diagnóstico de amiloidosis en la madre y uno de los dos hijos. La implicación de aminoácidos cisteína en la mutación se describe en la literatura como de alto de riesgo para el desarrollo de amiloidosis secundaria.

Discusión. Se discute la importancia de un diagnóstico diferenciado, la evaluación familiar, y el estudio genético dirigido en base al caso índice. Se revisan asimismo las opciones de tratamiento, básicamente el papel de la colchicina, los esteroides y determinados agentes biológicos bloqueadores del TNF, como el etanercept.

Conclusiones. La excepcionalidad de estas entidades y la falsa idea de que sólo afectan a individuos de grupos étnicos concretos,

retrasa en ocasiones el diagnóstico e impide implementar las medidas terapéuticas más eficaces y la prevención de la amiloidosis. Tanto la FMF como el TRASP deberían incluirse en los algoritmos de la fiebre de origen desconocido (FOD). La mayor disponibilidad actual para la realización de estudios genéticos permite su mejor identificación, la instauración de un tratamiento más adecuado y sobre todo el consejo genético para las familias afectadas.

IF-56 PERFIL DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS CONTROLADOS EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL COMARCAL

G. de la Red Bellvis, J. Ruiz Izquierdo, F. Nonell Gregori, Y. Loza Medrano, M. Sánchez Torres, J. Ramos Lázaro, A. Culla Ginestà y M. Torres Salinas

Servicio de Medicina Interna. Fundació Hospital de l'Esperit Sant. Barcelona.

Objetivos. Analizar los diagnósticos, procedencia, motivo de consulta, y perfil inmunológico de los pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas que son controlados en las consultas externas de Medicina Interna, de un Hospital comarcal del área metropolitana de Barcelona.

Material y métodos. Estudio prospectivo de los casos recogidos en la consulta externa, que acuden por una sospecha o con diagnóstico de enfermedad autoinmune en un periodo de 31 meses (23-10-07 al 15-06-10). Se analizaron variables clínicas y epidemiológicas así como procedencia, diagnósticos principales, necesidad de tercerismo y tratamiento.

Resultados. Se recogieron 68 primeras visitas. La mayoría (79,4%) fueron mujeres con edad media de $59,43 \pm 17,52$ años (rango, 28-90). Los motivos de consulta más frecuentes fueron lesiones cutáneas (9) AAF positivos (6), síndrome seco (6), fiebre/síntomas generales (5), pulmonar (4), Raynaud (4), polimialgia (4), ANA positivos (3), artralgias/artritis (3), vasculitis (3), pleuritis/pericarditis (3), adenopatías (2), aumento de VSG (2), Behçet (2), LES (2), esclerodermia (2), trombosis (2), BONO (1), aftas (1), fascitis eosinofílica (1), mastitis granulomatosa (1), sarcoidosis (1) y uveítis (1). La mayoría (26 pacientes) provenían de consultas externas (38,2%), 19 de hospitalización (27,9%), 14 de atención primaria (20,6%), y 9 de Urgencias (13,2%). Los Servicios de procedencia fueron Medicina Interna (26 pacientes), Hematología (7), Cirugía (3), Neumología (2), Cardiología (2), Oftalmología (1), Reumatología (1), Endocrinología (1), Urología (1) y Ginecología (1). El perfil inmunológico mostró: ANA+ 25 pacientes (36,8%), 2 de ellos Anti-DNA, 5 anti-Ro y/o anti-La y 2 anticentrómero. AAF (AL y/o aCL) +, 18 pacientes (26,5%), y C-ANCA+ en 10 (14,7%). Se realizaron 66 diagnósticos, los más frecuentes, síndrome antifosfolípido primario (11 pacientes), síndrome de Sjögren (7), LES (6), sarcoidosis (6), síndrome seco (5), polimialgia reumática (5), eritema nodoso (4), esclerodermia (4), enfermedad de Behçet (3), Raynaud primario (2), enfermedad de Wegener (2), vasculitis leucocitoclástica (2), otras vasculitis (2), síndrome de Reiter (1), BONO (1), dermatomiositis (1), fascitis eosinofílica (1), mastitis granulomatosa (1), arteritis de Horton (1), NIU (1), y NINE (1). 34 pacientes (50%) requirieron ingreso para su diagnóstico o durante el seguimiento y 10 pacientes eran controlados al mismo tiempo en un Hospital terciario. La mayoría (66,2%) precisaron de consulta con otras especialidades (fundamentalmente Hematología y Oftalmología). Se generaron un total de 377 segundas visitas con un promedio de 5,5 visitas por paciente (rango, 1-19). En cuanto al tratamiento, la mayoría (35,3%), precisaron de corticoides (24 pacientes), AAS (6), AINES (5), anticoagulantes orales (6), corticoides e inmunosupresores (4), hidroxicloroquina (3), bosentán (2), y biológicos (1). El resto (17) no precisaron de tratamiento específico.

Conclusiones. Las enfermedades autoinmunes sistémicas generan un gran número de visitas en la consulta externa de Medicina Interna. La mayoría son mujeres y vienen remitidas de consultas externas, planta de hospitalización, Urgencias y atención primaria. La patología más diagnosticada, es el síndrome antifosfolípido seguido del síndrome de Sjögren y la sarcoidosis. Muy pocos pacientes precisaron de control en un Hospital terciario, y la mitad de los casos, precisaron de ingreso en nuestro Hospital.

IF-57 EVENTOS ISQUÉMICOS ARTERIALES EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)

A. Simonetti, J. Gómez, O. Capdevila, M. Rubio Rivas, F. Mitjavila, V. Pac e I. Moga

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

Objetivos. Estimar la prevalencia de eventos isquémicos arteriales, cardíacos, cerebrales o enfermedad vascular periférica en una cohorte de pacientes con LES.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con LES que han presentado eventos isquémicos por causa cardiovascular. Disponemos de una cohorte de 362 pacientes seguidos en nuestro centro desde 1972 que cumplen los criterios de la American College of Rheumatology. Hemos definido como evento cardíaco isquémico aquellos pacientes que han presentado angina de pecho o infarto agudo de miocardio. El evento isquémico cerebral ha sido definido como Ictus o AIT (accidente isquémico transitorio) y enfermedad vascular periférica como clínica compatible con claudicación intermitente y/o arteriografía patológica en extremidades inferiores o bien diagnóstico de aneurisma aórtico por ecografía o tomografía.

Resultados. Del grupo de pacientes de nuestra cohorte hemos encontrado un total de 36 eventos isquémicos en 29 pacientes, de los cuales 8 (27,6%) presentaron coronariopatía, 17 (58,6%) isquemia cerebral y 11 (37,9%) enfermedad vascular periférica. La edad media de los pacientes en el momento del evento era de 48,32 años (DE 16,6). El tiempo medio desde el diagnóstico de la enfermedad hasta el evento isquémico fue de 309,8 meses (DE 265,1). Dentro de los factores clásicos, encontramos 3 (10,3%) pacientes diabéticos, 18 (62,1%) hipertensos y 23 (88,5%) con hipercolesterolemia asociada. 9 (31%) presentaban tabaquismo asociado. Solamente en 3 (10,3%) pacientes no se halló ningún factor de riesgo cardiovascular asociado. En los pacientes con eventos isquémicos 8 (29,6%) tenían anticoagulante lúpico positivo, 13 (56,5%) tenían anticardiolipina IgG, 9 (39,1%) anticardiolipina IgM, 7 (33,3%) anti-beta2 glicoproteína IgG y 3 (14,3%) anti-beta2 glicoproteína IgM. 13 (44,8%) pacientes seguían tratamiento con cloroquina o hidroxicloroquina. 25 (89,3%) pacientes habían seguido tratamiento corticoideo con una dosis media de prednisona de 15,5 mg/día y una dosis acumulada media de 40,32 g. En nuestro centro hemos encontrado una tasa media relativa de 0,22 eventos isquémicos por cada 100 pacientes y año.

Discusión. En nuestra muestra de pacientes hemos objetivado una baja prevalencia de eventos isquémicos. Destaca un predominio de eventos isquémicos cerebrovasculares, siendo quizás debido a que en muchos de estos pacientes concurren factores de riesgo clásicos más la propia actividad de la enfermedad con la presencia muy frecuente de anticuerpos antifosfolípidicos asociados, concordante con lo descrito en la literatura. Sólo 3 (10,3%) de los pacientes no presentaban ninguno de los factores clásicos de riesgo cardiovascular.

Conclusiones. En nuestra población de pacientes con LES la incidencia de eventos isquémicos es más baja que lo descrito en la literatura. Creemos que el tratar de forma precoz los factores de riesgo cardiovascular e insistir en una dieta correcta son las princi-

pales estrategias para disminuir la incidencia de las complicaciones isquémicas.

IF-58 EPIDEMIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL ÁREA SURESTE-SUROESTE DE HUELVA

M. Raffo Márquez¹, A. Maraver García², A. Talavera Fabuel², M. Rodríguez Amigo¹, M. Pérez Ramos¹ y A. Cabrera Núñez¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Digestivo. Hospital Infanta Elena. Huelva.

Objetivos. Conocer los diferentes aspectos epidemiológicos de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en el área hospitalaria sureste-suroeste de la provincia de Huelva, con una población de referencia estimada de 160.000 habitantes, cuyo centro de referencia es el Hospital General Básico Infanta Elena Huelva.

Material y métodos. Se trata de un estudio epidemiológico descriptivo, poblacional y retrospectivo desde enero de 1984 hasta diciembre de 2009. Se han analizado las bases de datos de EII de la consulta de digestivo, donde se centraliza el seguimiento de todos los pacientes diagnosticados en nuestro centro. Hemos tenido en cuenta las variables edad al diagnóstico, sexo y extensión. Los resultados se han expresado en porcentajes. La extensión la hemos clasificado en colónica, ileal e ileocólica para la enfermedad de Crohn (EC) y en proctitis, afectación rectosigma/colon izquierdo y colon extenso/pancolitis para la colitis ulcerosa (CU). La incidencia se expresado en casos/100.000 habitantes/año.

Resultados. Entre enero de 1984 y diciembre de 2009 se han diagnosticado en nuestro centro 217 casos de EII; de ellos 129 son EC (59,44%) y 88 son CU (40,56%). De los pacientes diagnosticados de EC 66 (51,16%) eran hombres y 63 (48,84%) eran mujeres. De los diagnosticados de CU 46 (52,27%) eran hombres y 42 (47,73%) eran mujeres. La edad media al diagnóstico fue de $42,2 \pm 18,3$ en el caso de la CU y de $30,7 \pm 19,2$ en los pacientes con EC (IC95%). La extensión en pacientes con EC fue ileocólica en el 34,3%, íleon terminal en el 51,5% y colónica en el 14,2%; en los pacientes con CU fue colon extenso/pancolitis en el 22,2%, rectosigma/colon izquierdo en el 62,2% y proctitis en el 15,6%. La tasa de incidencia bruta entre 2006 y 2009 (población de referencia con una variabilidad estimada del 0,2%) ha sido de 6,56 casos/100.000 habitantes/año en EC y de 3,43 casos/100.000 habitantes/año en CU.

Discusión. La EII es una enfermedad relevante en nuestra práctica clínica diaria, se han realizado numerosos estudios epidemiológicos, la mayor parte de ellos poblacionales y retrospectivos. En series publicadas en diferentes regiones españolas se ha visto como ha habido un incremento progresivo de las cifras de incidencia tanto para la EC (0,4-5,5/100.000 hab/año) como para la CU (0,6-8/100.000 hab/año). La extensión más frecuente de la enfermedad es a nivel de rectosigma para la CU e íleon terminal para la EC. En las diversas series publicadas no se han encontrado diferencias en la distribución en relación al sexo de los pacientes, objetivándose una edad al diagnóstico menor para la EC. El gradiente norte-sur documentado en otros estudios europeos ya se ha replanteado en otras ocasiones, obligando a replantear la situación geográfica como un factor epidemiológico.

Conclusiones. La tasa de incidencia bruta entre 2006 y 2009 en nuestro medio predominantemente rural y de nivel socio-cultural medio-bajo ha sido de 6,56 casos/100.000 habitantes/año para la EC y de 3,43 casos/100.000 habitantes/año para la CU, siendo superiores a otras series publicadas en España. La extensión de la enfermedad en nuestro grupo de pacientes es más frecuente en íleon terminal y en rectosigma para EC y CU respectivamente, similar a otros estudios. La edad media al diagnóstico es menor en pacientes con EC.

IF-59 ESTUDIO DE LOS ANCA POSITIVOS

G. García García¹, C. García García², D. Magro Ledesma¹, I. Rodríguez Blanco², L. Nevado López-Alegría¹, M. Vargas Pérez³, C. García Carrasco¹ y J. Izquierdo Hidalgo¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Neumología, ³Servicio de Inmunología. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Badajoz.

Objetivos. Describir los diagnósticos clínicos de una serie de pacientes con ANCA positivos.

Material y métodos. Revisión retrospectiva de los pacientes con ANCA positivos en seguimiento por Medicina Interna y Neumología de nuestro hospital durante el año 2009.

Resultados. Identificamos 67 pacientes con ANCA positivos, 28 (41,8%) eran varones y 39 (58,2%) mujeres, con una edad media de 66,7 años. El 94,7% de los ANCA positivos procedían del Servicio de Medicina Interna y el 5,3% de Neumología. 8 pacientes tenían antecedentes de enfermedades autoinmunes (3 artritis reumatoide, 2 colitis ulcerosa, 1 Wegener y 1 tiroiditis autoinmune). El motivo de consulta más frecuente fue la disnea en el 28,4% seguido de la fiebre (9%), la tos seca (6%) y el dolor abdominal (6%). Así mismo, el motivo de petición más común fue el patrón intersticial en la radiografía en 11 casos (16,4%), seguido del estudio del derrame pleural en 6 (7,5%), la insuficiencia renal en 4 (6%), el síndrome constitucional, el ictus y la fiebre con 3 casos cada uno. 54 pacientes (80,6%) presentaron un patrón atípico, 9 (13,4%) p-ANCA y 4 (6%) c-ANCA. Los ANA fueron positivos en 18 enfermos (26,9%). El factor reumatoide fue positivo en 7 (10,5%). 15 pacientes fueron diagnosticados de enfermedad autoinmune, 6 (9%) vasculitis asociada a ANCA (5 Wegener, 1 poliangeítis microscópica), 3 (4,5%) glomerulonefritis extracapilar sin vasculitis sistémica, 2 (3%) artritis reumatoide, 1 (1,5%) miopatía inflamatoria, 1 sarcoidosis, 1 vasculitis leucocitoclástica y 1 hepatitis autoinmune.

Discusión. El patrón de ANCA más frecuente fue el atípico, asociado principalmente a enfermedades no autoinmunes, como las enfermedades pulmonares intersticiales difusas (12%), las neoplasias (6%) o el fenómeno de Raynaud primario (3%). El patrón atípico se relacionó con 2 casos (3%) de artritis reumatoide, 1 (1,5%) vasculitis leucocitoclástica, 1 (1,5%) sarcoidosis, 1 (1,5%) Wegener y 1 (1,5%) hepatitis autoinmune. Hubo 2 pacientes con patrón c-ANCA (antiMPO positivo) asociados a 1 Wegener y 1 miopatía inflamatoria. Por otra parte, 3 enfermos con Wegener, 2 con glomerulonefritis extracapilar y 1 con poliangeítis microscópica, presentaron p-ANCA (antiMPO positivo). En nuestra serie, 2 casos (de 4) con c-ANCA y 3 con p-ANCA (de 9), todos sin especificidad anti-MPO/PR3, no fueron catalogados de enfermedad autoinmune.

Conclusiones. El patrón atípico es el más frecuente en pacientes no diagnosticados de enfermedad sistémica. Sin embargo, la mayoría de los p-ANCA o c-ANCA fueron asociados con enfermedades autoinmunes sistémicas.

IF-60 PRESENCIA DE IGG4 EN UNA SERIE DE PACIENTES AFECTOS DE FIBROSIS RETROPERITONEAL IDIOPÁTICA

A. Fernández Codina, J. Ordi Ros, I. de Torres Ramírez, J. Castro Marrero, F. Martínez Valle, R. Solans Laqué, C. Pérez Bocanegra y M. Vilardell Tarrés

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

Objetivos. Comprobar la positividad para la tinción IgG4 en muestras histológicas provenientes de una serie de 24 pacientes con fibrosis retroperitoneal idiopática (FRI).

Material y métodos. Se ha realizado un estudio retrospectivo de una serie de 24 pacientes afectados de FRI que han sido diagnosticada-

dos o derivados para seguimiento en nuestro centro. La recogida de datos se ha realizado a partir de la revisión de muestras de anatomía patológica disponibles. Se ha calificado como "buena evolución" la normalización o mejoría de la función renal y una remisión total de la sintomatología. Se ha considerado como "mala evolución" si no se identifica mejoría en la función renal o persiste alteración crónica de la misma, englobándose aquí la recidiva sintomática de la enfermedad. Se han realizado tinciones para CD4 y CD8 en las 12 biopsias disponibles, así como detección de IgG4 mediante un anticuerpo monoclonal murino anti-IgG4 humano, cuantificándose en microscopio óptico por campo de gran aumento (40x) con el equipo Soft Imagin System Cell. Se han utilizado como controles para IgG4 muestras de pancreatitis autoinmune.

Resultados. Se analizaron 24 pacientes afectados de FRI visitados en nuestro centro entre 1985 y 2010. De ellos, 19 varones (79,17%) y 5 mujeres (20,83%), con una edad media de 51,83 años (rango 17-75 años). Se obtuvo muestra histológica en 18 casos (75%) a través de laparoscopia o laparotomía en 15 casos y PAAF en 3 casos. Se recuperaron 12 biopsias, objetivándose en todas ellas intensa fibrosis con infiltración linfoplasmocitaria. La mayoría de los linfocitos presentaban positividad para CD8 y CD4, siendo las células B menos frecuentes. Ocho muestras (75%) fueron positivas para la tinción para IgG4 presente en las células plasmáticas. Asimismo, el 100% de las muestras examinadas presentó una relación CD4/CD8 > 1. De los 8 pacientes IgG4 positivos, 6 (85,71%) presentaron "buena evolución" en el primer año, no computándose un paciente por muerte por causa secundaria, pese a buena evolución de la FRI, mientras que un paciente presentó "mala evolución".

Discusión. En los últimos años se ha sugerido la posibilidad de que la FRI esté relacionada con el espectro de patologías sistémicas fibrosantes con anatomía patológica positiva para IgG4 (Kamisawa et al) y su posible buena respuesta a glucocorticoides. Yamashita et al son los únicos que han descrito en una serie de 10 casos positividad para IgG4. A través de este estudio corroboramos la implicación de la IgG4 en parte de las FRI en nuestro medio. Si bien en nuestra serie no se han encontrado diferencias en lo que se refiere a la respuesta al tratamiento entre pacientes positivos y negativos para IgG4, el carácter retrospectivo del estudio, y el escaso número de muestras disponibles, hacen necesarios nuevos estudios prospectivos. Destaca el hallazgo de un patrón CD4/CD8 > 1, no descrito previamente en la literatura, que se encuentra en todos los IgG4 positivos, y que difiere de la distribución de linfocitos clásicamente descrita en la FRI.

Conclusiones. La FRI es una enfermedad sistémica que, en algunos casos, puede presentar infiltración por IgG4. La presencia de pacientes con un componente IgG4 positivo en las muestras no parece diferir respecto a la evolución de los pacientes que son negativos para dicha tinción. Existe un patrón CD4/CD8 > 1 en los casos IgG4 positivos que plantea la necesidad de realizar estudios más amplios para su comprensión.

IF-61

LA INFECCIÓN TUBERCULOSA EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTI-TNF EN LA PROVINCIA DE ALMERÍA

A. Barnosí Marín, B., L. León Ruiz, M. Martínez Cortés, F. Díez García, M. Martínez Lirola, G. Parra y P. Sánchez López

Servicio de Medicina Interna. Hospital Torrecárdenas. Almería.

Objetivos. Los inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa (antiTNF) suponen un importante avance en el tratamiento de enfermedades inflamatorias, sin embargo conllevan un riesgo de efectos adversos, entre los que se encuentran las infecciones, y entre ellas, las infecciones por micobacterias. Los objetivos de nuestro trabajo son: describir la utilización de los distintos tratamientos antiTNF en nuestro hospital desde el año 2006 al 2008, describir los casos identificados de infección por micobacterias asociados a tra-

tamiento antiTNF en este mismo periodo de tiempo y analizar el riesgo de tuberculosis en la provincia de Almería, donde la tasa de incidencia duplica la de Andalucía y la de España. En estudios realizados en España (BIOBADASER, base de datos de la Sociedad Española de Reumatología en productos biológicos) la incidencia de tuberculosis en el año 2000 en la población general fue de 21 casos × 100.000 habitantes y en pacientes tratados con infliximab de 1900 casos por 100000 pacientes.

Material y métodos. Estudio de cohortes retrospectivo. Se ha revisado la base de datos de Farmacia Hospitalaria de pacientes tratados con antiTNF en la provincia de Almería por cualquier indicación desde el año 2006 a 2008, la base de datos de pacientes diagnosticados de TBC (información aportada por el grupo de investigación INDAL-TB) y las historias clínicas de pacientes con tratamiento antiTNF que han desarrollado infección por micobacterias.

Resultados. En los años 2006, 2007 y 2008 recibieron tratamiento con etanercept 130 (53,50%), 141 (50,18%) y 159 (48,33%) pacientes, con infliximab 69 (28,40%), 70 (25,09%) y 76 (23,10%) pacientes y con adalimumab 44 (18,10%), 68 (24,37%) y 94 (28,57%) pacientes. -Desarrollaron una infección activa por micobacterium tuberculosis 2 pacientes. Hubo un caso de tuberculosis pulmonar y un caso de tuberculosis miliar, ambos en pacientes con diagnóstico de espondilitis anquilosante y en tratamiento con infliximab y metotrexate. La IA de tuberculosis de 2006 a 2008 en la provincia de Almería es de 76 casos × 100.000 habitantes, mientras que la IA de tuberculosis en este mismo periodo de tiempo en pacientes con tratamiento antiTNF es de 481 casos × 100.000. El RR de infección tuberculosa es de 6,32 y el NND es de 246,5 pacientes.

Conclusiones. En nuestros pacientes, los casos de tuberculosis han aparecido en pacientes tratados con infliximab. Los pacientes que reciben tratamiento antiTNF en la provincia de Almería tienen un riesgo 6 veces mayor de infección tuberculosa activa que la población general. La incidencia de tuberculosis encontrada en nuestra población tratada con antiTNF es más baja que las publicadas en el año 2000, lo que atribuimos a que se están realizando las medidas preventivas recomendadas para diagnosticar y tratar la infección tuberculosa latente antes del inicio de estos tratamientos.

IF-62

EL EJE ÓSEO-VASCULAR EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

L. Micó¹, J. Todolí¹, C. Ballester², J. Valero³ y J. Calabuig¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Radiodiagnóstico, ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Objetivos. La asociación de arteriosclerosis y osteoporosis, habitual en mujeres de edad avanzada, se considera excepcional en mujeres premenopáusicas, aunque sí ha sido descrita en pacientes diagnosticados de lupus eritematoso sistémico (LES) Analizamos la prevalencia de la asociación de ambas patologías (arteriosclerosis y osteoporosis) en pacientes con LES, controlados por nuestro servicio de Medicina Interna, tratando de identificar los factores predictivos de la misma.

Material y métodos. Estudiamos 108 pacientes diagnosticados de LES (cumplimiento criterios ACR 1997) En todos ellos se realizó densitometría ósea (DMO PIXI) y Ecografía doppler carótidea (EDC), en modo B, considerando patológico un aumento del grosor de la intima media superior a 0,6 mm. Investigamos la presencia de factores de riesgo cardiovascular (RCV) tradicionales y emergentes, enfermedad cardiovascular (ECV) y antecedentes familiares de la misma, anticuerpos anti fosfolípidos y otros parámetros propios de la enfermedad de base (duración, índices de actividad (SLEDAI) y cronicidad (SLICC), tratamientos y grado de control) Comparamos dos grupos de pacientes con DMO normal y patológica. Para el estudio estadístico utilizamos el SPSS 15.0, aplicando el t test para la com-

paración de medias de las variables cuantitativas y el Chi cuadrado (test de Fisher cuando proceda) para las variables cualitativas.

Resultados. La mayoría de los pacientes eran mujeres (93%), edad media $39,35 \pm 13,18$ años y duración del LES $118,74 \pm 92,8$ meses. SLEDAI $5,58 \pm 5,2$, SLICC $1,38 \pm 1,14$ El lupus anticoagulante (LA) fue positivo en el 22% de los casos. El 85,3% llevaban algún tipo de tratamiento para el LES y el 50,5% precisaban medicación de tipo cardiovascular. El 11,9% habían recibido pulsos de corticoides y el 15,6% de ciclofosfamida. El 12,8% habían padecido ECV previa y en el 13,8% de los casos se confirmaba ECV precoz en familiares directos. En cuanto a los factores clásicos de RCV en orden decreciente de frecuencia: sedentarismo 57,8%, dislipemia 40,4%, tabaquismo 30,3%, hipertensión arterial 24,85%, hipertrofia ventricular izquierda 10,1% y diabetes mellitus 4,6%. Índice de Framingham $6,26 \pm 8,83$ Viscosidad plasmática $1,28 \pm 0,10$, fibrinógeno $326,12 \pm 76,32$, homocisteína $14,47 \pm 31,44$, PCRu $6,20 \pm 13,34$. La EDC fue patológica en el 26,6% y la DMO en el 33,9% de los casos. La asociación de ambas patologías se confirmó en 37 pacientes. El grupo con DMO patológico, comparado con el control (DMO normal) presentaba diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los siguientes parámetros: edad, duración, número de ingresos, SLICC, hipertensión arterial, presión de pulso, hemoglobina, Í. de Framingham EDC y DMO.

Conclusiones. 1. Los pacientes diagnosticados de LES presentan una prevalencia elevada de DMO y EDC patológicas. 2. Se confirma la asociación de osteoporosis y de arteriosclerosis subclínica en más de la tercera parte de los casos. 3. El grupo con DMO patológica mostró diferencias estadísticamente significativas para las variables anteriormente descritas.

IF-63

AFECTACIÓN AÓRTICA EN PACIENTES CON ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES (ACG) DE NUEVO DIAGNÓSTICO. ESTUDIO PROSPECTIVO UTILIZANDO TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA CON ANGIOGRAFÍA (TCA)

S. Prieto-González¹, P. Arguis², A. García-Martínez¹, G. Espígol-Frigolé¹, M. Butjosa¹, I. Tavera¹, J. Hernández-Rodríguez¹ y M. Cid¹

¹Servicio de Medicina Interna y Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, ²Centro de Diagnóstico por la Imagen. Hospital Clínic i Provincial. Barcelona.

Objetivos. Evaluación prospectiva de la prevalencia, topografía y características de la afectación aórtica (aortitis y dilatación) en pacientes con ACG de nuevo diagnóstico.

Material y métodos. 55 pacientes con ACG confirmada por biopsia se diagnosticaron en nuestro centro de nov/06 a jun/10. 20 pacientes se excluyeron por alergia al contraste yodado (2), falta de consentimiento (4) y tratamiento con corticoides durante más de 3 días (14). A los restantes 35 pacientes se les realizó una TCA, evaluándose la presencia de aortitis (engrosamiento parietal aórtico ≥ 2 mm con captación de contraste y sin ateromatosis adyacente) y/o presencia de dilatación aórtica significativa (diámetro > 4 cm en la aorta ascendente, al menos 4 cm en el resto de la aorta torácica y > 3 cm en aorta abdominal).

Resultados. Se incluyeron 23 mujeres y 12 hombres (edad media 81a). Alteraciones estructurales significativas fueron detectadas en 25 pacientes (71,4%). 24 pacientes mostraron aortitis (68,6%) y 4 pacientes dilatación (11,5%). 3 pacientes tenían ambos hallazgos, pero los signos de aortitis no fueron coincidentes en el mismo segmento aórtico con la presencia de dilatación. La aortitis afectó preferentemente a la aorta torácica descendente, presente en 22 pacientes. El arco aórtico estaba afectado en 19 pacientes, la aorta abdominal en 15 y la aorta ascendente en sólo 8 pacientes.

Discusión. 22,5% de los pacientes con ACG desarrollan aneurisma durante el seguimiento. Aneurismas intervenidos han eviden-

ciado que en la aorta de pacientes con ACG puede existir inflamación. La TCA ha demostrado ser útil para detectar signos inflamatorios en la aorta, si bien, su prevalencia y topografía no ha sido evaluada prospectivamente de forma precisa. Nuestro trabajo muestra que los signos inflamatorios en la aorta en el momento del diagnóstico antes de iniciar el tratamiento detectados mediante TCA se aproxima al 70% y que el segmento más afectado es la aorta torácica descendente. La dilatación aórtica ya está presente en el momento del diagnóstico en el 11,5% de los pacientes, hallazgo importante ya que puede condicionar un aumento de la morbimortalidad durante el seguimiento a largo plazo. A destacar que en los 3 pacientes en los que la dilatación y la aortitis coincidían, éstos no estaban presentes de forma concomitante en el mismo segmento. Este dato y que la zona más frecuentemente inflamada sea la aorta torácica descendente y la zona exclusivamente dilatada sea la ascendente, hace pensar que factores hemodinámicos sean los responsables de la dilatación aórtica.

Conclusiones. La aortitis detectada mediante TCA es altamente frecuente en pacientes con ACG en el momento del diagnóstico, siendo la aorta torácica descendente la que se ve preferentemente afectada. La dilatación aórtica ya se encuentra presente en el 11,5%. La dilatación aórtica ocurre exclusivamente en la aorta ascendente pero no asocia signos evidentes de aortitis detectada por TCA.

Financiado por SAF 08/0438.MTV3 06/0710.SGR 0300/2005.

IF-64

VASCULITIS ASOCIADAS A ANCA Y AFECTACIÓN NEUROLÓGICA CENTRAL Y PERIFÉRICA

J. Álvarez Pellicer, J. Ríos Blanco, N. Martín Suñé, M. López Rodríguez, A. Gil Aguado, C. Fernández Capitán, M. Gutiérrez Molina y F. Barbado Hernández

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos. Valorar la los tipos de afectación neurológica central y periférica de los pacientes con vasculitis asociada a anticuerpos anti-citoplasma de neutrófilos (ANCA). Describir sus manifestaciones y evolución clínica.

Material y métodos. Estudio descriptivo de las características epidemiológicas, clínicas y evolución de una cohorte formada por 15 pacientes con vasculitis ANCA positiva con un seguimiento medio de 6,25 años. Se incluyen 3 casos de granulomatosis de Wegener (20%), 7 casos de poliangeítis microscópica (47%) y 5 casos de síndrome de Churg Strauss (33%). Se determinó el tipo de manifestación neurológica (central vs periférica) y su evolución y secuelas tras el tratamiento inmunosupresor.

Resultados. De los 15 pacientes incluidos con vasculitis ANCA dos presentaban afectación de Sistema Nervioso Central (SNC). En un caso expresado como paquimeningitis hipertrófica y neuritis óptica, y en otro, mediante neuritis óptica isquémica. Se observó afectación de sistema nervioso periférico (SNP) en 6 de los pacientes (40%), definida como: multineuritis (n = 1), polineuropatía sensitiva distal: (n = 4) o mononeuritis motora (n = 1). La paciente que debutó con paquimeningitis tenía además polineuropatía. En los seis casos la afectación neurológica fue patente en el momento del diagnóstico de vasculitis. En tres de ellos permitió establecer el diagnóstico histológico. Con tratamiento inmunosupresor la paquimeningitis se resolvió de forma completa. En los casos de neuropatía periférica se estabilizaron las lesiones pero la mayoría quedaron con algún grado de secuela, con limitación funcional leve.

Discusión. La afectación de sistema nervioso encontrada en nuestra serie se corresponde con la observada en estudios previos. Las lesiones del SNC, aunque menos frecuentes que las de SNP, pueden

condicionar complicaciones graves y coexistir con la afectación periférica. La paquimeningitis hipertrófica asociada a vasculitis ANCA positivas. Está descrita en unas 10 ocasiones en la literatura, fundamentalmente en casos de poliangeítis microscópica.

Conclusiones. La afectación neurológica es común en las vasculitis ANCA positivas y en muchos casos un dato fundamental para establecer el diagnóstico. La enfermedad del sistema nervioso central condiciona lesiones graves y puede asociarse a la afectación periférica.

IF-65 HIPERGAMMAGLOBULINEMIA POLICLONAL Y RELACIÓN CON BROTES AGUDOS EN VASCULITIS AUTOINMUNES NO CLASIFICABLES

G. de Luna¹, P. Guisado Vasco², M. Pílares¹, V. Gómez del Olmo¹, A. Pinto¹, D. Benito¹ y G. Fraile Rodríguez¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Urgencias. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos. El seguimiento de las vasculitis no clasificables se basa principalmente en los síntomas y signos de los pacientes, ya que, al igual que otros grupos de enfermedades autoinmunes, la elevación de autoanticuerpos y/o otros reactantes de fase aguda no tienen una correlación lineal con el curso clínico de la enfermedad. El objetivo principal de este trabajo es describir la posible relación de la hipergammaglobulinemia policlonal y los brotes agudos de actividad de la enfermedad y cuál sería su papel en la toma de decisiones terapéuticas en estos pacientes.

Material y métodos. Se consultaron historias clínicas con los siguientes términos clave: vasculitis leucocitoclástica, vasculitis no clasificable, hipergammaglobulinemia policlonal IgG - superior a 2,5 gr/dl. Todos los pacientes debían ser mayores de 18 años al diagnóstico; VIH, VHC, VHB y crioglobulinas negativos; no padecer tumores sólidos ni hematológicos; no padecer ninguna otra infección o cuadro inflamatorio crónico y no cumplir criterios de ninguna otra entidad autoinmune. Podían haber recibido cualquier tipo de tratamiento recogido en las guías de práctica clínica habituales de enfermedades autoinmunes.

Resultados. Se analizaron 4 mujeres, con edad media de 27,5 años y una mediana seguimiento de 12 años. El diagnóstico inicial fue en todos los casos de vasculitis leucocitoclásticas. Durante el seguimiento una paciente desarrolló criterios de lupus eritematoso sistémico. Los anti-Ro y anti-La eran positivos al diagnóstico y durante el seguimiento en 3 casos. La cifra media de parámetros de actividad inmunológica al diagnóstico fueron: IgG 2.904; IgM 26,33; IgA 227,25; VSG 47,75 mm y ANA 1/440. Sólo caso tenía los anti-DNA positivos al diagnóstico. Las pacientes presentaron un primer brote de enfermedad (artralgias inflamatorias no erosivas (N = 2), neuritis óptica unilateral, serositis pélvica) con media de: IgG 3.607,5; IgM 137,1; IgA 292,75; CH50 191,5; VSG 68,5 mm y ANA 1/560. Se instauró tratamiento con rituximab semanal 375 mg/m² (n = 1), corticoides a dosis de 0,5 mg/kg/día (n = 3) durante al menos 6 meses e hidroxiquina 300 mg/día durante 24 meses (n = 1). Tras tratamiento, las cifras medias fueron: IgG 2.327,5; IgM 144,3; IgA 234; VSG 32,6 mm; CH50 140; C3 117,5; C4 13,9 y ANA 1/300 No se detectaron variaciones significativas en la cifra de linfocitos, hemáties ni plaquetas en ningún momento.

Discusión. Las pacientes han permanecido pauci-sintomáticas tras una mediana de seguimiento de 5 años, con cifras inferiores de IgG a 2,5 g/dl, y sin cambios significativos en resto de variables. Si existe una relación lineal entre el ascenso de inmunoglobulinas y el brote clínico es muy difícil de afirmar con contundencia, debido al escaso número de pacientes. La hipótesis más probable es la prominente activación de los linfocitos en estos cuadros. Las variaciones en los títulos de ANA y ENA no parecen tener correlación con la exacerbación clínica. En un caso, se co-

rrelacionó la nueva elevación de IgG policlonal con brote clínico que precisó de tratamiento.

Conclusiones. Es preciso realizar estudios más amplios para conocer el papel exacto de la hipergammaglobulinemia policlonal IgG en las vasculitis no clasificables. Este trabajo descriptivo sugiere que pueden ser un dato de laboratorio más que ayuden al clínico en la monitorización de la enfermedad y en la toma de decisiones terapéuticas.

IF-66 FACTORES DE MAL PRONOSTICO EN PACIENTES AFECTOS DE SÍNDROME DE SJÖGREN

R. Solans Laqué¹, J. Bosch Gil¹, C. Pérez Bocanegra¹, M. Ramentol Sintes¹, F. Martínez Valle¹, S. Buján¹, M. Campillo² y M. Vilardell Tarrés¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospitals Vall d'Hebron. Barcelona. ²Departamento de Bioestadística. Universidad Autónoma de Barcelona. Bellaterra (Barcelona).

Objetivos. Identificar parámetros clínicos e inmunológicos presentes en el momento del diagnóstico del síndrome de Sjögren (SS) o aparecidos durante el seguimiento que puedan asociarse a un mal pronóstico.

Material y métodos. Pacientes diagnosticados de SS en nuestro Servicio desde 1988 hasta 2008 y seguidos regularmente en nuestras consultas. Se investigó el valor predictivo de los parámetros analíticos presentes en el momento del diagnóstico de la enfermedad y de las manifestaciones clínicas presentes inicialmente o aparecidas durante el seguimiento mediante un análisis de regresión múltiple. La supervivencia de los pacientes con afección extraglandular (pulmonar, neurológica, renal, etc.) se analizó mediante el método de Kaplan-Meier (log rank test). El riesgo de desarrollo de linfoma y otras neoplasias se calculó por comparación con la población general. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 15.

Resultados. Se incluyeron 244 pacientes (235 mujeres y 9 hombres, edad media: 57,83 años en el momento del diagnóstico). El tiempo de seguimiento fue de 8,6 años (1-20). Durante el seguimiento 11 pacientes (4,5%) desarrollaron un linfoma no-Hodgkin y 22 (9%) otras neoplasias. La supervivencia global fue del 82,3% a los 20 años y la de los pacientes que desarrollaron un linfoma del 68,8%. El análisis de regresión múltiple identificó como factores independientes de riesgo de mortalidad la linfopenia (HR 4,51, IC95% 1,05-19,47, p = 0,04) y la hipocomplementemia (HR 26,52, IC95% 3,67-191,56, p = 0,001) en el momento del diagnóstico (ambos asociados con desarrollo de linfoma), la afección pulmonar (HR 14,42, IC95% 3,39-61,3, p = 0,000) y hepática (HR 14,97, IC95% 1,62-138,60, p = 0,0017) al inicio o durante el seguimiento y el desarrollo de neoplasias (HR 15,8, IC95% 3,29-75,79, p = 0,001) Los pacientes afectados de SS presentaron un riesgo 16 veces superior al de la población general de desarrollar un linfoma. No se halló un mayor riesgo de presentar otras neoplasias.

Discusión. Aunque los síntomas más frecuentes del SS son la xeroftalmia y xerostomía, un importante porcentaje de pacientes desarrollan afección extraglandular o linfoma que pueden condicionar el pronóstico. Nuestros resultados confirman que los pacientes que presentan linfopenia, anemia y/o hipocomplementemia en el momento del diagnóstico presentan un peor pronóstico, fundamentalmente debido a un mayor riesgo de desarrollo de linfoma. En cuanto a la afección extraglandular, sólo la afección pulmonar y hepática parecen asociarse de forma independiente a un peor pronóstico vital. De acuerdo con estudios previos hemos hallado un riesgo excesivo para el desarrollo de linfoma, no habiendo hallado un mayor riesgo de padecer otras neoplasias.

Conclusiones. La presencia de linfopenia e hipocomplementemia en el momento del diagnóstico del SS se asocia con un mal pronóstico. La afección pulmonar y/o hepática aparecidas al inicio o du-

rante el seguimiento de la enfermedad se asocian con una mayor mortalidad. Los pacientes afectos de SS presentan un riesgo excesivo de desarrollar un linfoma, sin que exista un mayor riesgo para el desarrollo de otras neoplasias.

IF-67

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS VASCULITIS ANCA POSITIVAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

M. Fernández¹, A. Mera¹, J. Bernardo¹, A. Fidalgo¹, R. Coto², L. Caminal¹ y J. Díaz¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias). ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Valle del Nalón. Langreo (Asturias).

Objetivos. Las vasculitis sistémicas son un grupo heterogéneo de enfermedades, que se clasifican según el tamaño del vaso sanguíneo afecto. Dentro de las vasculitis de pequeño vaso encontramos la enfermedad de Wegener (EW), poliangeítis microscópica (PAM) y síndrome de Churg-Strauss (CSS). En estas entidades, la determinación de anticuerpos contra el citoplasma de los neutrófilos (ANCA) tiene una especial relevancia diagnóstica. El objetivo del presente estudio es describir los tipos de vasculitis que presentaron ANCAs positivos y sus características epidemiológicas y clínicas en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

Material y métodos. Análisis retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes del HUCA con determinación positiva para ANCA, obtenidas a través de la base de datos del Servicio de Inmunología de dicho centro durante el periodo de enero de 1.999 a diciembre de 2009, excluyendo del mismo aquellos con resultado positivo pero con entidades distintas a vasculitis.

Resultados. De los 78 pacientes con resultado positivo para ANCA, 49 (61%) presentaron un cuadro clínico compatible con vasculitis sistémica. La edad media fue de 63 años (24-91 años). La vasculitis más frecuente fue la PAM (16 pacientes, 32% del total) seguida de la EW (18%) y CSS (10%). No obstante, un 32% (16 pacientes) no pudieron ser clasificados dentro de un tipo concreto de vasculitis. Fiebre, pérdida de peso y astenia fueron las manifestaciones generales más frecuentes, mientras que tan solo el 14% pacientes presentaron artritis y un 10% púrpura cutánea. De los 9 pacientes con EW, el 55% presentaron afectación ORL y el 100% presentó algún tipo de manifestación pulmonar. Entre los 16 pacientes con PAM, 9 presentaron hematuria y 15 deterioro de la función renal. Por otra parte, de los 5 pacientes con CSS, 4 presentaban asma previo al diagnóstico y 3 una cifra de eosinófilos mayor de 3.000 células por mm³. Sólo se realizó biopsia renal en 12 pacientes (24,4%), apoyando en todo los casos el resultado de la biopsia el diagnóstico de vasculitis. Más del 95% recibió tratamiento con corticoides sistémicos, pero sólo en el 40% se pautaron bolus al diagnóstico. Ciclofosfamida, azatioprina y metotrexate, fueron los otros inmunosupresores más empleados. El 36% de los enfermos precisaron diálisis y el 15% plasmáferesis.

Discusión. Aunque los criterios clasificatorios de las vasculitis sistémicas están definidos en el Consenso Internacional de Chapel Hill, la variabilidad en la recogida de los datos entre los distintos servicios y profesionales es una de las principales limitaciones de este estudio. También existe una gran variabilidad en cuanto a las distintas pautas de tratamientos y su duración o el reflejo en las historias clínicas de las complicaciones surgidas durante el tratamiento, como puede ser la diabetes esteroidea, infecciones bacterianas.

Conclusiones. En nuestra serie, las manifestaciones clínicas y epidemiológicas coinciden con las descritas en la literatura. No obstante consideramos que existe una escasa confirmación histológica diagnóstica y una gran variabilidad en el tratamiento. Se necesita-

rían unos protocolos diagnósticos y terapéuticos multidisciplinarios y seguimiento protocolizado a largo plazo.

Osteoporosis

O-1

SÍNDROME LECHE-ALCALINOS. ¿UNA NUEVA VARIANTE DE UNA VIEJA ENFERMEDAD?

M. Fernández García¹, A. Rojo López¹, I. Moraleja Yudego¹ y J. Hernández Hernández¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria).

Objetivos. Describir los casos de síndrome de leche-alcinos diagnosticados en un hospital universitario de tercer nivel.

Material y métodos. Se realizó una búsqueda retrospectiva y sistematizada a través de la base de datos informatizada del Servicio de Admisión y Documentación Clínica del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander, de los casos con diagnósticos al alta de "intoxicación por calcio" o síndrome de leche-alcinos" o "síndrome de Burnett" o "síndrome de Cope". El periodo de estudio fue el comprendido entre enero de 1992 a diciembre de 2009. Se excluyeron los pacientes cuyos datos clínicos o de laboratorio fuesen incompletos para dichos diagnósticos.

Resultados. Durante el periodo de estudio se identificaron 5 pacientes. Se excluyó a 2 de ellos por presentar datos incompletos en la historia clínica. Los casos incluidos fueron: Paciente 1: mujer de 71 años ingresada por reagudización de su insuficiencia renal crónica (creatinina 2,4 mg/dL), observándose una hipercalcemia franca (12,7 mg/dl). Estaba diagnosticada de hipoparatiroidismo e hipotiroidismo post-quirúrgico por lo que recibía tiroxina, calcitriol (1 µg/día) y una asociación de carbonato cálcico y glubionato de calcio (900 mg-9g/día). Su PTHi era de < 1 pg/ml; calcio iónico 1,41 mM. El pH era de 7,48. Paciente 2: mujer de 52 años ingresada por dolor abdominal y náuseas comprobándose una hipercalcemia (14,8 mg/dL) y un fracaso renal agudo (creatinina 4,1 mg/dl) y con antecedente de carcinoma papilar de tiroides. Su tratamiento habitual incluía una asociación de carbonato cálcico-glubionato de calcio (1.200 mg-12 g/día), calcitriol (1 µg/día) y levotiroxina (150 µg/día). Su PTHi era de < 6 pg/ml; 25OHD 15 ng/ml y 1,25OHD 10 ng/ml. Paciente 3: mujer de 67 años ingresada por síndrome confusional, hipercalcemia extrema (22,4 mg/dL) y fracaso renal agudo (creatinina 2,85 mg/dl). Había sufrido una tiroidectomía total por bocio multinodular tóxico y paratiroidectomía por incidentaloma. Su tratamiento habitual incluía: perindopril (4 mg/día), indapamida (1,5 mg/día), levotiroxina (75 µg/día), una asociación de carbonato cálcico + vitamina D (3 g-2.400 UI/día) y calcitriol (0,5 µg/día). Su PTHi era de 72 pg/ml; 25OHD 11 ng/ml y 1,25OHD < 5 ng/ml. El pH era de 7,46 y el HCO₃ de 27,3 mEq/l.

Discusión. El síndrome leche-alcinos está causado por la ingesta de gran cantidad de calcio junto con un álcali absorbible. Se define como la presencia de hipercalcemia asociada a acidosis metabólica e insuficiencia renal. Aunque es una entidad muy infrecuente, estamos asistiendo a un incremento de su incidencia en relación al tratamiento y la prevención de la osteoporosis. Es típica la aparición de hipocalcemia temporal de "rebote" y una rápida recuperación tras la retirada de los fármacos precipitantes y el inicio de fluidoterapia y furosemida. Aunque la evolución de la función renal suele ser favorable, hasta un 50% de los pacientes no la recuperan por completo.

Conclusiones. Los clínicos deben mantener un alto índice de sospecha del síndrome leche-alcinos mediante una anamnesis detallada, a fin de suspender los agentes causantes, e iniciar el tratamiento precoz para evitar los síntomas de la hipercalcemia y el deterioro de la función renal.

O-2 TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA

M. Galindo Andúgar¹, J. Castellanos Monedero¹, M. Franco Huerta¹, A. Escalera Zalvide¹, M. Lorente García², A. Navarro Martínez³, M. Martínez Gabarrón¹ y L. Fernández-Espartero Gómez¹

¹Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real). ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Vega Baja. Orihuela (Alicante). ³Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

Objetivos. Comprobar el uso de suplementos (calcio y/o vitamina D) y profilaxis secundaria de osteoporosis en pacientes ingresados por fractura de cadera no traumática en el Hospital General La Mancha Centro.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal realizado durante la primera semana de abril de 2010. El criterio de inclusión fue ingresar por fractura de cadera no traumática. Se recogieron antecedentes personales (incluyendo osteoporosis y fracturas previas), grado funcional (medido con el índice de Katz), y tratamiento con calcio +/-vitamina D y osteoporosis antes, durante y después del ingreso. Se siguieron los pacientes hasta el alta. Análisis estadístico con el SPSS 12.1.

Resultados. Durante el tiempo del estudio ingresaron 34 pacientes en Traumatología, de los que 10 pacientes correspondieron a fracturas no traumáticas de cadera. 1 de ellos falleció durante el ingreso, por lo que se excluyó del estudio. Se incluyeron 9 pacientes, 4 varones y 5 mujeres, con edad media de 82,8 años (mínima 76 y máxima de 91). Un paciente estaba diagnosticado de deterioro cognitivo antes del ingreso, y 2 de osteoporosis (en tratamiento; de ellos, uno fue diagnosticado a raíz de una fractura vertebral). El índice de Katz fue: A en 4 casos, C en 2 pacientes, y 3 casos con B, D y G respectivamente. Permanecieron ingresados una media de 10,7 días (sólo en 2 casos fueron más de 11 días, en relación con un brote de colitis ulcerosa, y el otro por desnutrición y fracaso renal agudo). Respecto al tipo de fractura, 5 fueron intracapsulares, y 4 retroantéreas. En cuanto al tratamiento osteoporosis: -Antes del ingreso: de los 2 pacientes con diagnóstico de osteoporosis en la historia, habían estado recibiendo uno bifosfonatos (+calcio+vitD), y el otro bifosfonatos; hubo un tercer paciente en el que no constaba el antecedente de osteoporosis que tomaba ranelato de estroncio (+calcio+vitD). -Durante ingreso: sólo 1 paciente siguió con calcio+vitD. -AL ALTA: en 4 pacientes no se prescribió tratamiento para osteoporosis (en 1 no se consideró indicado por gran deterioro funcional previo y tras el ingreso). En cuanto al resto: los pacientes con tratamiento previo al ingreso (3 casos) siguieron con el mismo, y se añadió bifosfonatos + calcio + vitD en 2 casos.

Discusión. El diagnóstico previo de osteoporosis y recibir tratamiento antes del ingreso son factores determinantes para mantener la profilaxis de osteoporosis al alta. En el resto de casos, se echa en falta en 3 (1/3 pacientes, con buena recuperación funcional, sin incidencias durante el ingreso), añadiéndose en el 1/3 restante. En un caso dado de alta con bifosfonatos no se añadieron suplementos, sin conocer valores de calcio ni vitamina D. La estancia más prolongada no se relacionó de forma significativa con el índice de Katz previo al ingreso.

Conclusiones. La coordinación con Traumatología ha propiciado que la realización de profilaxis al alta se haga en un mayor porcentaje de casos, siendo mejorable.

O-5 UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA DE ESTANCIA MEDIA: INDICADORES FUNCIONALES AL ALTA Y VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN

L. Vich Martorell¹, A. Truyols Bonet¹, F. Alberti Homar¹, A. Galmés Truyols², J. Carbonero Malberti¹ y F. Palacios Huertas³

¹Unidad de Orto geriatria, ³Unidad de Rehabilitación. Hospital General de Mallorca. Palma de Mallorca (Illes Balears). ²Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut. Palma de Mallorca (Illes Balears).

Objetivos. Descripción de los pacientes ingresados en una Unidad de Orto geriatria de media estancia procedentes de las Unidades de Traumatología de los Hospitales de Agudos por fracturas osteoporóticas e incluidos en programa de rehabilitación. Criterios de inclusión: postoperatorio inmediato no complicado, estabilidad clínica, no deterioro cognitivo grave. Criterios de exclusión: deterioro funcional previo severo, deterioro cognitivo grave, comorbilidad que impida la rehabilitación. Valoración del riesgo de posteriores caídas. Resultados funcionales al alta.

Material y métodos. Estudio retrospectivo. Pacientes incluidos en programa de rehabilitación entre 2006-2009. Análisis: criterios de exclusión de programa de rehabilitación, edad, sexo, estancia media, diagnósticos traumatológicos, valoración actividades básicas vida diaria (ABVD) a través del índice de Barthel previo (IBP), Barthel al ingreso (IBI) y al alta (IBA). Valoración cognitiva: Índice de Pfeiffer (IP). Índice de comorbilidad de Charlson (ICo). Ganancia funcional (GF), índice de Heinemann corregido (IHc = 100xGF/ (IBP-IBI)), valoración equilibrio y marcha al alta (escala de Tinetti (ETa)), valoración riesgo de caídas (E. de Downton (ED)).

Resultados. Total pacientes ingresados: 480, de ellos el 75,7% fueron incluidos en programa de rehabilitación. El criterio de exclusión fue demencia en 48,21%, alta comorbilidad 42,85%, y por mal pronóstico vital 8,9%. Edad media 78,1 años de ellos el 65,1% eran mujeres. Estancia media: 37,8 días. Diagnósticos: fractura de fémur: 56,8%, prótesis de rodilla: 10,1%, fracturas vertebrales: 5,2% y otros diagnósticos 27,9%. La media del ICo: 1,2. Indicadores funcionales: IBP: 84,3 IBI: 31,3 IBA: 63,6 GF: 32,3 IHc: 60,37 ETa: equilibrio 11,45 marcha 9,6 total: 21,06/28. ED: 0-1: 12,51%; ED > 3: 87,49%. Al alta tipo de deambulación: con andador 55,2%, con bastones 26,2% sin ayuda 10,7%. No recuperaron marcha 7,9%.

Discusión. La ganancia funcional en relación al Barthel previo fue excelente tal y como lo demuestra el índice de Heinemann corregido. El grado de dependencia al alta según el IB fue leve y la mayoría de pacientes consiguió deambular con o sin ayuda. Sin embargo tanto la ET como el ID mostraron que el 87,49% de los pacientes tenían un alto riesgo de nuevas caídas.

Conclusiones. Las unidades de orto geriatria hospitalarias de media estancia se muestran eficaces en cuanto a la recuperación funcional (capacidad de deambulación) así como para mejora de su nivel de autonomía para las actividades básicas de la vida diaria. Al ser la fractura y sus secuelas probables la principal consecuencia de las caídas se hace imprescindible la valoración del riesgo de caídas para tomar las oportunas medidas terapéuticas que puedan minimizar dicho riesgo. Probablemente esta valoración debería incluirse en todo paciente geriátrico como parte de la valoración integral.

O-6 UTILIDAD DE LA VERTEBROPLASTIA EN FRACTURAS VERTEBRALES OSTEOPORÓTICAS. REVISIÓN SISTEMÁTICA

A. Martínez Márquez¹, I. Melguizo Moya² y A. Romero Alonso²

¹Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla.

Objetivos. Evaluar la utilidad de la vertebroplastia en el tratamiento de las fracturas vertebrales osteoporóticas, frente al trata-

miento médico conservador, para el control del dolor y la discapacidad funcional.

Material y métodos. Realizamos una revisión sistemática de la literatura científica siguiendo la pirámide 6S de evaluación de la evidencia de Haynes con el siguiente perfil de búsqueda: Bases de datos y guías clínicas consultadas: UpToDate versión 17.3, Clinical Evidence, Clinical Knowledge Summaries (CKS), Tripdatabase, Cochrane, GuíaSalud, PubMed. Se actualizaron las búsquedas hasta abril del 2010. Palabras clave utilizadas: "vertebroplasty" utilizando el recurso MeSH y Clinical Queries de PubMed. Criterios de selección de los artículos primarios: ensayos clínicos controlados aleatorizados (ECAS) que plantearan entre sus objetivos analizar el efecto de la vertebroplastia frente a tratamiento farmacológico habitual o placebo (proceso quirúrgico simulado) en pacientes con fracturas vertebrales osteoporóticas. Se incluyeron los estudios disponibles a texto completo, publicados en inglés o español, sin límite temporal. Tres evaluadores seleccionaron de forma independiente los estudios más apropiados con evaluación de su calidad y análisis de sus principales datos. Se utilizó la escala Jadad para valoración de la validez de los artículos seleccionados.

Resultados. En las bases CKS, Cochrane, Clinical Evidence y GuíaSalud no encontramos resultados. En UpToDate se concluye que la vertebroplastia no ha demostrado beneficio en reducir el dolor a largo plazo o la discapacidad funcional, en comparación al tratamiento médico conservador, se basa en tres ECAS (Wardlaw, Woormolen y Rousing). La misma conclusión se extrae en Tripdatabase al analizar 28 revisiones sistemáticas y 7 guías de sociedades científicas. En PubMed se identificaron 22 artículos primarios, seleccionándose finalmente 9 para la revisión sistemática. 13 fueron excluidos al no cumplir la población estudiada los criterios de nuestra selección. En 5 de los artículos revisados se comparaba vertebroplastia con un procedimiento quirúrgico simulado y en 4 se comparaban con el tratamiento médico conservador. En los resultados de todos ellos no se demostraron diferencias entre ambos procedimientos: los sometidos a vertebroplastia de aquellos que reciben placebo. En todos los artículos no se prolongó la revisión de los pacientes más de 18 meses. La calidad de los estudios seleccionados según la escala Jadad varió entre 3 (4 artículos), 4 (3 artículos) y 5 (2 artículos).

Discusión. Nuestra revisión pone de manifiesto la falta de utilidad de la vertebroplastia en el manejo de pacientes con fracturas osteoporóticas. Esta afirmación está avalada por ensayos clínicos de buena calidad. A pesar de la buena evidencia disponible en favor de la falta de efecto, es interesante saber cómo el procedimiento sigue utilizándose en muchos hospitales públicos españoles.

Conclusiones. La vertebroplastia, con respecto al tratamiento conservador, en los pacientes con fracturas vertebrales osteoporóticas, no ha mostrado diferencias en el grado de control del dolor o la funcionalidad. No hay evidencia científica en la actualidad para recomendarla en nuestros pacientes.

O-7 VERTEBROPLASTIA: EXPERIENCIA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

A. Cánovas Fernández¹, J. Alonso Alonso¹, A. Álvarez Blanco¹, J. Mendiola Arza², I. Hernando Orejana² y M. Egurbide Arberas¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Neuroradiología Intervencionista. Hospital de Cruces. Barakaldo (Vizcaya).

Objetivos. Las fracturas por fragilidad más frecuentes son las vertebrales y su causa principal la osteoporosis seguida de metástasis óseas y mieloma múltiple. La vertebroplastia (VP) estabiliza la fractura, controla el dolor y mejora la funcionalidad. Recientemente dos ensayos aleatorizados han cuestionado la utilidad de la VP frente al tratamiento médico convencional, en contraposición a las observaciones clínicas habituales. Nuestro objetivo es comprobar la

eficacia y seguridad de la VP en nuestros pacientes con fracturas vertebrales de causa osteoporótica o neoplásica.

Material y métodos. Estudio retrospectivo observacional de todos los pacientes tratados de fracturas vertebrales por aplastamiento de causa osteoporótica o neoplásica con VP en nuestro Servicio en el periodo comprendido entre el 1/10/2003 al 20/11/2009. El procedimiento se realiza con anestesia local, sedación, hospitalización de 24 horas, control clínico y TAC posterior. Criterios de inclusión: fractura vertebral aguda o subaguda, con dolor no controlado por tratamiento médico y edema óseo en RMN. Evaluación de eficacia: remisión del dolor y mejoría de la capacidad funcional. Grados de capacidad funcional: de 0 a 4 (asintomáticos hasta encamamiento). Niveles de respuesta: remisión (desaparece el dolor o capacidad funcional < 2); mejoría (disminuye la analgesia y la capacidad funcional mejora al menos en un grado); no respuesta (no se modifica el dolor ni la capacidad funcional). Se analizan variables relacionadas con la respuesta y efectos secundarios (edad, sexo, causa de la fractura, antigüedad del dolor). Métodos estadísticos: t de Student, χ^2 y prueba exacta de Fisher.

Resultados. Se realizan 65 procedimientos de VP en 60 pacientes (89 vértebras), 36 mujeres, edad mediana de 73 años (28-87). Osteoporosis en 51 y neoplasia en 14. Tratamiento con opiáceos en 43%. Capacidad funcional: 4: 22%; 3: 43%; 2: 25%. Duración del dolor previo a VP (días): mediana 30 (9-95). Respuesta: remisión en 12 (18,2%), mejoría en 40 (61,5%), no respuesta en 13 (20,3%). Tiempo de observación (años): media 2,03; mediana 1,6 (0,08-6). Efectos secundarios observados: migración del cemento (asintomática) en 19 procedimientos (29%); hematoma local en 1 caso; ninguna complicación en 43 (69%). Nuevas fracturas tras VP: 6 pacientes (9,4%). Variables relacionadas con la respuesta: la única significativa es la duración previa de los síntomas, \leq / $>$ 6 semanas (Fisher: p: 0,035; t de Student: p: 0,04). Variables relacionadas con los efectos secundarios: éstos son más frecuentes en pacientes con mayor antigüedad del dolor (p: 0,09); ninguna otra variable se acerca a la significación estadística.

Discusión. Recientemente, dos ensayos aleatorizados de VP frente a un procedimiento simulado concluyen que la VP no es mejor que el tratamiento convencional. Sin embargo, los pacientes incluidos en esos estudios no son equiparables a los tratados en nuestro servicio, ya que sólo menos de un tercio tenía clínica aguda-subaguda (\leq 6 semanas de evolución). Precisamente la variable significativamente relacionada con la respuesta (y con menos efectos adversos) ha sido la precocidad en el procedimiento (duración de los síntomas \leq 6 semanas).

Conclusiones. En nuestra serie de VP en fracturas vertebrales por fragilidad, la tasa de respuestas es importante (80%), y se asocia a menor duración del periodo sintomático (\leq 6 semanas), con escasos eventos adversos y baja frecuencia de nuevas fracturas. Nuestra experiencia, pues, es favorable a una indicación precoz de la VP.

O-8 PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA: ¿SE FRACTURAN HOMBRES Y MUJERES CON LA MISMA MASA ÓSEA?

C. Escorial Moya¹, M. Montoya García², R. Fernández Ojeda¹, J. Delgado de la Cuesta¹, M. Vázquez Gámez² y R. Pérez Cano²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla. ²Unidad de Metabolismo Óseo. Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla.

Objetivos. Conocer si hombres y mujeres presentan fractura de cadera con un mismo nivel de masa ósea, en distintas regiones esqueléticas.

Material y métodos. Se realizó un estudio analítico observacional prospectivo incluyendo de forma consecutiva, durante un año, aquellos pacientes mayores de 50 años con fractura de cadera no traumática, así como un grupo control. Se midió DMO con densitometría.

metría.

Resultados. Se reclutaron 105 casos (70 mujeres y 35 varones, con fractura de cadera no traumática) y 63 controles (30 mujeres y 33 hombres) los resultados se exponen en la tabla 1. La masa ósea fue baja tanto en fracturas intra como extracapsulares y no hubo diferencias significativas entre ambas.

Discusión. Cuando se determina la DV se observa que hombres y mujeres se fracturan a un mismo nivel de masa ósea. Quizás esto junto con que este nivel de masa ósea sea menos frecuente en el varón, explique la menor proporción de fracturas en este género. Tanto las fracturas intra como extracapsulares presentan una masa ósea baja y no existió diferencia significativa entre ambas a diferencia de otros autores.

Conclusiones. Hombres y mujeres se fracturan a un mismo nivel de masa ósea. Las fracturas intra y extracapsulares presentan baja masa ósea.

Tabla 1 (O-8). Masa ósea expresada como DMO (densidad mineral ósea) medidos en gHA/cm² y DV (densidad volumétrica)

	Media ± E.S.	IC95%	p
DMO-L2-L4 H	0,888 ± 0,036	0,815-0,962	0,027
DMO-L2-L4 M	0,787 ± 0,024	0,738-0,836	
DMO-Fémur H	0,738 ± 0,033	0,672-0,805	0,008
DMO-Fémur M	0,630 ± 0,021	0,588-0,671	
DMO-Cuello H	0,639 ± 0,029	0,581-0,698	NS
DMO-Cuello M	0,579 ± 0,018	0,543-0,616	
DV-Cuello H	0,110 ± 0,005	0,100-0,121	NS
DV-Cuello M	0,110 ± 0,004	0,103-0,117	
DV-Columna H	0,122 ± 0,006	0,109-0,134	NS
DV-Columna M	0,128 ± 0,004	0,120-0,136	

O-10

OSTEOPOROSIS COMO FACTOR DE RIESGO VASCULAR EMERGENTE

E. Puerto Pérez, P. Miramontes González, A. Romero Alegría, J. Martín Oterino e I. González

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.

Objetivos. En este estudio pretendemos valorar si los niveles de vitamina D, PTH, calcio y fósforo, están relacionados con el riesgo cardiovascular, que se valorará a través de diferentes tablas de riesgo vascular como cuantitativas como Framingham y Score. El objetivo principal es observar, si el hecho de presentar cifras bajas de estos parámetros, estaría relacionado con la posibilidad de desarrollar un evento vascular en el futuro y con ello un aumento de la morbimortalidad a los 10 años. Por otro lado conocer los niveles de vitamina D y PTH en el momento actual, en la población de Salamanca.

Material y métodos. Hemos realizado un estudio trasversal y retrospectivo en el cual se ha incluido a 98 pacientes (hombres 48 y mujeres 50), con edades de 30-80 años que acuden al Hospital de Salamanca en los últimos tres meses. A todos ellos se le realiza: Anamnesis con antecedentes personales y familiares de eventos cardiovasculares; exploración con TA (se considera HTA si PAS > 140 mmHg y PAD > 90 mmHg) y medida de cintura, peso y talla; analítica con glucemia, creatinina, perfil lipídico, niveles de vitamina D, calcio, fósforo y PTH, que se realiza tras 12 h de ayuno; electrocardiograma; para valorar la hipertrofia ventricular izquierda. Con los datos obtenidos se calcula el riesgo vascular según tablas de Framingham, Score, clasificando a los pacientes en alto riesgo si presentan cifras superiores al 20% por Framingham, y bajo riesgo vascular si < 20%.

Resultados. De los 98 pacientes la edad media era de 70,4 años. Los niveles medios de calcio, vitamina D, PTH y fósforo en relación al riesgo vascular de la población son los siguientes: Según tabla de Framingham: vit D alto riesgo 29,54 y bajo riesgo 27,25 con una p 0,56, PTH alto riesgo 76,91, bajo riesgo 96,81 con una p 0,43, calcio alto riesgo 8,8, bajo riesgo 9,02 con p 0,67, fósforo alto riesgo 4,53 y bajo riesgo 3,64 con p 0,26. En relación con tabla de Score; vit D alto riesgo 30,27 y bajo riesgo 25,48 con una p 0,26, PTH alto riesgo 86,30, bajo riesgo 76,04 con p 0,68, calcio alto riesgo 8,89, bajo riesgo 9,04 con p 0,58, fósforo alto riesgo 4,49 y bajo riesgo 3,56 con p 0,27.

Discusión. Podemos observar como los niveles de vitamina D en Salamanca están descendidos tanto en mujeres como en hombres, concordando con lo existente en la literatura. Por otra parte, no podemos decir que exista una relación entre los niveles bajos de estas hormonas y un riesgo cardiovascular elevado con respecto al cálculo que nos ofrecen las tablas empleadas para calcular este riesgo. Uno de los motivos por lo que esta relación no es significativa se puede deber a número insuficiente de paciente, que nos da los grupos de alto y bajo riesgo muy reducidos y por tanto una baja potencia del estudio. No se puede descartar que a largo plazo estos pacientes sufran un evento vascular, a pesar que nuestro estudio no ha demostrado ser significativo, ya que para eso necesitaríamos realizar un seguimiento de estos enfermos durante al menos 10 años, monitorizando las cifras de vitamina D durante todo este tiempo.

Conclusiones. Se ha observado en diferentes estudios que existe relación entre el déficit de vitamina D y el aumento de la mortalidad cardiovascular, por la implicación de esta hormona en el desarrollo de diferentes factores como la obesidad, hipertensión, etc. Sería necesaria por todo lo mencionado anteriormente, al menos, hacer un despistaje de todos los factores de riesgo vascular (hipertensión, dislipemia, diabetes mellitus), en todos aquellos pacientes con cifras bajas de vitamina D.

O-11

ESTUDIO: COMPARACIÓN DE 2 ESCALAS DE ESTIMACIÓN DE RIESGO DE FRACTURA OSTEOPORÓTICA

L. Hernanz Román, M. González Rozas, E. Izquierdo Delgado, M. Andrés Calvo, J. Soler González, F. Fernández Rodríguez y J. Pérez Castrillón

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

Objetivos. Considerar la relación existente entre dos escalas de estimación de riesgo de fractura osteoporótica a 10 años con y sin densidad mineral ósea.

Material y métodos. La población seleccionada estaba formada por 60 pacientes (33 varones y 27 mujeres) en seguimiento en consulta externa de Medicina Interna por riesgo de osteoporosis. A todos los pacientes se les aplica la escala FRAX incluyendo la densidad mineral ósea y sin incluirla y la escala QFRACTURE. Además, al mismo tiempo se incluyeron otras variables como la presencia de factores de riesgo cardiovascular y la presencia de Síndrome coronario agudo. En el análisis estadístico, las variables cuantitativas serán descritas como media ± desviación estándar (DE) y su normalidad será establecida con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Por su parte, las variables cualitativas serán descritas mediante frecuencias absolutas y relativas (porcentajes). Para estudiar la asociación entre variables cualitativas se utilizará la prueba de Chi cuadrado con test exacto de Fisher o razón de verosimilitud dependiendo de sus condiciones de aplicación. Para estudiar las diferencias entre medias se utilizaron los tests estadísticos paramétricos y no paramétricos exigidos por las condiciones de aplicación: t de Student o U de Mann-Whitney (diferencias por sexo y edad). Para estudiar la relación entre variables cuantitativas se utilizarán las correlaciones

de Pearson o de Spearman, según la distribución de las variables. El nivel de significación se considerará para una $p \leq 0,05$. El análisis estadístico se realizará con el programa SPSS v. 15.0.

Resultados. Los principales resultados obtenidos en nuestro estudio fueron los siguientes: se observó una correlación estadísticamente significativa entre el riesgo de fractura osteoporótica a los 10 años aplicando la escala FRAX con y sin densidad mineral ósea. La correlación en el caso de fractura osteoporótica general fue de 0,799 y en el caso de fractura de cadera fue de 0,772. También se observó una concordancia entre el riesgo de fractura aplicando la escala FRAX con densidad mineral ósea y sin densidad mineral ósea (0,490 y 0,505 respectivamente) y el riesgo de fractura aplicando la escala de riesgo QFRACTURE (que no incluye densidad mineral ósea).

Discusión. Recientemente se han desarrollado dos escalas para evaluar el riesgo de fractura osteoporótica a los 10 años, la escala del FRAX y la escala del QFRACTURE, ambas incluyen datos relevantes como la edad, sexo, la presencia de factores de riesgo cardiovascular, osteoporosis secundaria. Sin embargo, en la escala del QFRACTURE no se valora la densidad mineral ósea, mostrándose opcional en el caso del FRAX. En nuestro estudio ambas escalas presentaron un nivel de correlación aceptable tanto para la fractura osteoporótica en general como en el caso de la fractura de cadera, lo cual indica que el resto de variables recogidas en ambas escalas, independientemente de la densidad mineral ósea contribuyen de manera decisiva a la puntuación final.

Conclusiones. La escala de riesgo de fractura FRAX y la escala QFRACTURE presentan una correlación importante a nivel estadístico en la predicción del riesgo de fractura a los 10 años tanto para la fractura osteoporótica en general como para la fractura de cadera.

O-12

ESTUDIO DE PREVALENCIA DE DENSIDAD DE MASA ÓSEA ANORMAL EN PACIENTES AFECTOS DE ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

F. Anguita Santos¹, R. Gálvez López¹, M. Ruiz Ruigómez¹, M. Moreno Higuera¹, M. García Morales¹, A. Ruiz Sancho¹, D. Vinuesa García¹ y N. Ortego Centeno²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Enfermedades Sistémicas. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Objetivos. Analizar la prevalencia de DMO anormal en paciente afectos de EPOC y la presencia de fracturas vertebrales asintomáticas.

Material y métodos. Se realizó un estudio observacional y prospectivo seleccionando pacientes mayores de 40 años afectos de EPOC y que estuvieran en fase estable de su neumopatía. Se solicitó consentimiento informado para entrar a formar parte de dicho estudio. Se determinaron variables antropométricas como altura, peso, IMC y estado nutricional, así como otros datos clínicos indagando en la presencia de comorbilidades (HTA, IC, DM, IRC, patología tiroidea), tratamientos en el año previo con glucocorticoides orales y/o inhalados, grado de tabaquismo y consumo de alcohol. Se recogieron los antecedentes personales y familiares de fracturas de índole osteoporótica así como la presencia o no de dolor de espalda. Desde el punto de vista de las exploraciones complementarias se realizaron espirometría, densitometría ósea, radiografía de columna dorsolumbar en dos proyecciones y analítica completa con hemograma y bioquímica incluyendo hormonas tiroideas, niveles de vitamina D y PTH y marcadores de formación y resorción ósea (osteocalcina, osteoprotegerina, TRAP, ostase y beta-crosslaps). Se calculó el índice FRAX empleando la herramienta de la OMS para la población española. Todos los datos se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS 17.0.

Resultados. Se analizaron hasta la fecha una total de 28 pacientes, con una edad de $69,4 \pm 10,6$ años, el 85,7% de los pacientes fueron varones y el 14,3% mujeres, con un IMC de $28,7 \pm 7,4$, un ICAT de 62 ± 37 paquetes/año y un 35,7% de pacientes ex-bebedores. El 50% de la muestra se mostraba físicamente activa caminando diariamente más de 1 Km, y presentaban dorsolumbalgia sólo en el 39,3%. La mayoría de los pacientes se encontraban en la categoría GOLD III (42,1%). Los pacientes presentaron las siguientes comorbilidades: IC (10,7%), HTA (32,1%), DM (28,6%), IRC (14,3%) y patología tiroidea (7,1%). La mayoría de los pacientes seguían tratamiento con glucocorticoides inhalados (75%), aunque sólo un 39,3% había tomado glucocorticoides sistémicos en el año previo a comenzar el estudio. En cuanto al estudio óseo el 28,6% presentaban antecedentes personales de fractura osteoporótica, el 21,4% antecedentes de fractura familiar osteoporótica, el T-score de cuello de fémur fue de $-1,38 \pm 1,23$, el T-score lumbar de $-1,77 \pm 1,69$, el índice de Genant en la columna dorsolumbar fue de $1,9 \pm 2,8$. Por último la escala FRAX mostraba un riesgo de fractura osteoporótica de $6,77 \pm 7,42\%$ y un riesgo de fractura de cadera de $3,83 \pm 5,52\%$, ambos a los 10 años de seguimiento. No se encontró significación estadística al intentar correlacionar el estadio GOLD de EPOC con el número de fracturas vertebrales ni con la DMO, probablemente debido a un tamaño muestral insuficiente.

Discusión. Este estudio muestra que en pacientes afectos de EPOC es muy frecuente encontrar DMO anormal e incluso aplastamientos vertebrales que en muchos casos son asintomáticos, estando ausente el dolor de espalda en casi dos tercios de los enfermos, y siendo estos en nuestra muestra físicamente activos en su mayoría.

Conclusiones. Es por lo tanto importante hacer un seguimiento óseo en pacientes de EPOC para no infradiagnosticar una posible OTP y poder aplicar un tratamiento precoz.

O-13

NIVELES DE CALCIO Y VITAMINA D EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA

L. Fernández-Espartero Gómez¹, B. Martínez Palacios², M. Galindo Andújar¹, M. Martínez Gabarrón¹, M. Mora Fernández-Caballero², J. Castellanos Monedero¹, A. Escalera Zalvide¹ y M. Franco Huerta¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

Objetivos. Cuantificar los niveles de calcio y vitamina en pacientes ingresados en el Hospital General La Mancha Centro por fractura de cadera no traumática.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal en el que se incluyeron aquellos pacientes ingresados en nuestro hospital por fractura de cadera no traumática durante la primera semana de junio de 2010. Se excluyeron los pacientes con fractura patológica. Se recogieron antecedentes personales (incluyendo osteoporosis previa y tratamiento recibido), grado funcional (cuantificado mediante el índice de Katz), determinaciones analíticas, tipo fractura, y tratamiento de osteoporosis. Análisis con el SPSS 12.0.

Resultados. De un total de 34 ingresos en Traumatología, se incluyeron 9 pacientes con fractura no traumática de cadera, correspondiendo a 2 varones y 7 mujeres, con edad media de 79 (rango 59-86), estancia media de 8,1 días (mínimo 5 y máximo 11). Los tipos de fracturas fueron 4 pertrocantéreas, 2 intracapsulares, 2 subcapsulares y 1 subtrocantérea, siendo 6 izquierdas y 3 derechas. Tres pacientes estaban diagnosticados de osteoporosis con fractura de cadera previa al ingreso. El índice de Katz fue: A en 6 casos, (66,7%), B en 1 caso, D en 1 caso y F en 1 caso. Los resultados de laboratorio se exponen en la tabla. Respecto al tratamiento para la

osteoporosis, de los 3 pacientes con diagnóstico previo al ingreso, 2 no recibían tratamiento, y el tercero tomaba vitamina D+bisfosfonatos. Durante el ingreso no se pautó tratamiento para osteoporosis (dieta absoluta para cirugía, etc.). Al alta, el paciente que tomaba vitamina D + bisfosfonato siguió con el mismo tratamiento, se añadió calcio + vitamina D + bisfosfonatos en otros 3 (1/3), en 1 sólo se prescribieron bisfosfonatos, en 1 se mandó con calcio + vitamina D, y en 1/3 restante (3) no se prescribió tratamiento para la osteoporosis.

Discusión. En general no se solicitan niveles de calcio ni vitamina D durante el ingreso, y tampoco parece que sea un factor determinante a la hora de prescribirlos al alta, observándose además que un porcentaje de pacientes importante no recibe ningún tratamiento para la osteoporosis a pesar de haber presentado una fractura. Destaca la prevalencia de desnutrición en los ingresos a pesar de tener un índice de Katz favorable en la mayoría, lo que se justifica por la edad media elevada.

Conclusiones. Se debe mejorar el tratamiento de la osteoporosis, y especialmente en los suplementos de calcio y vitamina D, que presentan incluso menor adherencia terapéutica.

Tabla 1 (O-13). Parámetros analíticos

Calcio (corregido con albúmina) mg/dL	Vitamina D ng/mL	Proteínas g/dL	Albúmina g/dL
8,5 (7,6-9,3)	15,4 (10-25)	5,3 (4,7-7,1)	2,9 (2,4-3,5)

O-14

EFFECTOS COMBINADOS Y RELATIVOS DE ALCOHOL, DIETA HIPOPROTEICA Y SELENIO SOBRE EL METABOLISMO ÓSEO Y MINERAL

J. González Pérez¹, E. González Reimers¹, M. Durán Castellón¹, L. Galindo Martín², F. de Armas¹, F. Santolaria Fernández¹, J. Medina García¹ y M. Monedero Prieto¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de La Laguna (Tenerife). ²Departamento de Química Analítica. Universidad de La Laguna. La Laguna (Tenerife).

Objetivos. Determinar si la adición de selenio ejerce algún efecto sobre el descenso de la masa ósea relacionado con el consumo de alcohol

Material y métodos. Se incluyeron 64 ratas Sprague-Dawley macho de unos 300 g de peso, alimentadas durante 5 semanas con dieta control (18% de proteínas, grupo 1), hipoproteica (2% de proteínas, grupo 2), control alcohólica (36% de etanol, grupo 3) y alcohólica hipoproteica (36% etanol y 2% de proteínas, grupo 4), y otros 4 grupos idénticos (5 al 8) a los que se añadió seleniometonina a dosis de 1 mg/Kg. de selenio, determinándose tras el sacrificio, el contenido de selenio en hueso y en suero, la masa ósea mediante histomorfometría de la 1ª y 2ª vértebras lumbares, y los niveles séricos de IGF-1, osteocalcina, PTH y telopéptido C terminal de la colágena tipo 1.

Resultados. Encontramos que las ratas alimentadas con alcohol y dieta hipoproteica presentaban significativo descenso de la masa ósea, IGF-1 y osteocalcina ($p < 0,01$ en todos los casos), no ejerciendo el selenio efecto alguno sobre el mismo, a pesar de que el contenido óseo de selenio y el selenio en suero se elevaron de forma significativa en las ratas tratadas con selenio.

Discusión. El etanol afecta al hueso por varios mecanismos. Uno de ellos es el efecto directo sobre la síntesis osteoblástica, en parte mediado por lesión oxidante. También el incremento de la reabsorción ósea puede estar mediado por citocinas derivadas de

la activación de las células de Kupffer, proceso que conlleva la producción de radicales activos de oxígeno (ROS). Además, los alcohólicos presentan alteración de los sistemas antioxidantes, como el descenso de la glutatión-peroxidasa (GPX), en parte debida al déficit de selenio, en parte a la formación de complejos hemiacetal con el acetaldehído. Con el objetivo de determinar si la adición de selenio ejerce algún efecto sobre el descenso de la masa ósea relacionado con el consumo de alcohol, hemos utilizado un modelo experimental murino según el esquema de Lieber-deCarli.

Conclusiones. La adición de selenio no modifica las alteraciones del metabolismo óseo inducidas por el etanol y/o dieta hipoproteica.

O-15

RELACIÓN ENTRE LAS VARIACIONES DE LA DMO Y LA PROBABILIDAD DE FRACTURA MAYOR OSTEOPORÓTICA A LOS 10 AÑOS CON EL MÉTODO FRAX Y EL NÚMERO DE FRACTURAS PREVIAS EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS OSTEOPORÓTICAS TRATADAS CON PTH 1-84

C. López Paredes, M. Torrea Valdepérez, F. Domingo Serrano, I. Cabezón Estévez, C. Díez Romero, P. Díez Romero, M. Artacho Rodríguez y J. Filgueira Rubio

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

Objetivos. Evaluación de los factores de riesgo (FR) clínicos en pacientes con osteoporosis con la herramienta FRAX nos ayuda a establecer criterio terapéuticos. PTH 1-84 es una droga anabólica que ha demostrado eficacia en la reducción del riesgo de fractura en mujeres posmenopáusicas osteoporóticas con alto riesgo de fractura (ARF). Asimismo, el número de fracturas previas (FPn) es un posible factor de riesgo no incluido en la herramienta FRAX. **Objetivos:** Determinar la eficacia de PTH1-84 con el FRAX y el número de fracturas previas en mujeres posmenopáusicas osteoporóticas con ARF.

Material y métodos. Se incluyeron 17 mujeres posmenopáusicas osteoporóticas con ARF que habían recibido tratamiento con PTH 1-84 al menos durante un año. Antes del tratamiento los FR basales fueron calculados con el FRAX usando la densidad ósea cuello femoral para asesorar la probabilidad a 10 años de fractura mayor osteoporótica. El FPn también se obtuvo previo al tratamiento. La eficacia de la PTH 1-84 fue calculada por el cambio % en la DMO lumbar y la aparición de nuevas fracturas a los 12 meses de tratamiento. La correlación entre los FR basales y la eficacia de PTH 1-84 se calculó por el coeficiente de correlación de Pearson.

Resultados. Edad: 74,6 (DE 7,9). Riesgo de fractura mayor osteoporótica (con la DMO cuello femoral): 16,9% (DE 9,0). FP n: 1,7 (DE 1,1). Las pacientes fueron clasificadas como: 1FP: 10 mujeres, 2FP: 4 mujeres, 3 o más FP: 3 mujeres. DMO lumbar basal: -3,7 (DE 0,8) DMO cuello femoral basal: -2,7 (DE 1,0) cambio % en DMO lumbar a 12 meses: 20,3%. No se diagnosticaron nuevas fracturas. La correlación entre fractura mayor osteoporótica con el FRAX y el cambio% de la DMO lumbar no fue significativo ($p = 0,839$). Sin embargo, se encontraron diferencias significativas entre el total FPn y el cambio porcentual de la DMO lumbar ($p = 0,034$). En mujeres con 1FP, el cambio porcentual se incrementó un 15,9%. En aquellas mujeres con 2FP y 3 o más FP se incrementó un 20,4% y un 30,6%.

Conclusiones. PTH 1-84 aumenta de forma estadísticamente significativa la DMO lumbar en la población de nuestro estudio. Además se observó una tendencia positiva entre el nFP y el cambio porcentual en la DMO lumbar con PTH1-84. La estimación de la

probabilidad a 10 años de fractura mayor osteoporótica con el algoritmo FRAX ayudó a tomar decisiones terapéuticas, sin embargo debemos tener en cuenta otros FR como el número de fracturas previas.

O-16

¿CÓMO PREVENIMOS EL RIESGO DE PÉRDIDA DE MASA ÓSEA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA?

M.A. Tejero Delgado, M. Martínez López y J. Moris de la Tassa

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

Objetivos. Los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) tienen un elevado riesgo de fracturas y osteoporosis, lo que disminuye la movilidad y reduce la función pulmonar. La administración oral de corticoides tiene un efecto directo sobre el hueso; es dosis dependiente y relacionado con la dosis diaria, duración y dosis total acumulada. Valorar si los pacientes EPOC que son tratados de forma intermitente con corticoides por reagudización respiratoria precisan tratamiento preventivo de la disminución de la densidad mineral ósea.

Material y métodos. Utilizando el Servicio Informático de nuestro hospital se obtuvieron los pacientes dados de alta con el diagnóstico de EPOC agudizado durante los meses de enero-marzo del 2010. Se recogió el número de ingresos durante el último año, dosis de corticoides y días de tratamiento en cada ingreso, y mediante el programa estadístico SPSS se analizaron los datos.

Resultados. Se recogieron datos de 82 pacientes, con una edad media de 76 años (DE 9 años). 86% eran varones. 79% tenían antecedente de tabaquismo, 39% reconocían consumo de alcohol. Un 38% eran hipertensos, 21% eran diabéticos, y presentaban otras comorbilidades el 77%. Siguiendo la Normativa GOLD la enfermedad se consideró leve en 15 pacientes (18,5%), moderada en 35 (43,2%) y grave o muy grave en 31 (38,3%). 52,4% de los pacientes tuvieron un único ingreso, el 20,7% dos ingresos, el resto 3 o más ingresos. La media al año de días de corticoides fue de 36,9 días (mediana 26), y la media de días de tratamiento en cada agudización osciló entre 18 y 20 días. La dosis acumulada media de corticoides fue 1105,15 mg/año (mediana 765 mg), teniendo 36 pacientes (56,1%) una dosis acumulada superior a 1.000 mg/año. La dosis media diaria fue de 30,18 mg/día (IC 28,5-31,5) durante el año, 6 pacientes tuvieron una dosis media diaria durante el año mayor de 40 mg/día. Consta en la historia clínica antecedentes de fractura-osteoporosis en un 13,4%. Un 36% y 35% se les administró calcio y vitamina D durante el ingreso y al alta, respectivamente, y un 4,9% recibieron tratamiento con bifosfonatos.

Discusión. Nuestros pacientes recibieron una dosis media de corticoides adecuada siguiendo las recomendaciones de la GOLD. Sin embargo, la duración del tratamiento fue mayor de lo aconsejado, lo que implica que más de la mitad de nuestros pacientes recibieron una dosis acumulada mayor o igual a 1 g de corticoide al año, de forma que sería necesario un periodo ventana de 6 meses para recuperar el nivel de masa ósea previa. No se encontró diferencia significativa en cuanto a la dosis de corticoides entre las distintas categorías de EPOC. Tampoco entre la dosis acumulada y el número de días de tratamiento. Sólo a un 4,9% de los pacientes se les administró tratamiento antirresortivo, cifras muy inferiores a las de series publicadas (27%). La incidencia de fracturas vs osteoporosis es muy baja en nuestra serie, dado que se recogieron solamente datos del informe de alta.

Conclusiones. 1. Sería preciso modificar las guías de Prevención y Tratamiento de Osteoporosis para adaptarlas a pacientes EPOC agu-

dizados. 2. Nuestros pacientes probablemente estén sometidos a una sobredosificación de corticoides, por tratamientos prolongados. 3. Se debería prescribir más tratamiento preventivo para disminuir la pérdida de masa ósea, sobre todo en aquellos pacientes con más riesgo.

O-17

FRACTURAS DIAFISARIAS DE FÉMUR EN PACIENTES CON OSTEOPOROSIS TRATADA CON BIFOSFONATOS

C. Valero¹, I. Pérez Núñez², J. Olmos¹, M. Fakkas², M. Pérez Aguilar², J. Riancho¹, J. Hernández¹ y J. González Macías¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Traumatología y Ortopedia. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria).

Objetivos. Las fracturas diafisarias o subtrocantéricas de fémur son poco frecuentes. Recientemente se ha relacionado el uso prolongado de bifosfonatos orales con la aparición de estas fracturas. Presentamos dos casos atendidos en nuestro hospital de pacientes que han desarrollado dicha complicación.

Material y métodos. Revisamos las historias clínicas de dos mujeres con osteoporosis en tratamiento con bifosfonatos que presentaron fracturas diafisarias de fémur. Analizamos los aspectos epidemiológicos, clínicos y radiológicos de las mismas.

Resultados. Caso 1: mujer de 71 años con osteoporosis postmenopáusica desde 1999 en tratamiento con alendronato oral (70 mg semanales), asociado a vitamina D (5600 UI) en los últimos 3 años. Mientras estaba caminando presentó una caída al suelo por fallo de la pierna derecha. Durante el último año refería dolor en ambos muslos. La radiografía del fémur derecho mostró una fractura atípica transversa en el tercio medio de la diáfisis femoral, cuya cortical aparecía engrosada. La radiografía del fémur izquierdo permitió observar un engrosamiento cortical focal triangular de 14 mm, con una línea transversal radiolúcida. La gammagrafía ósea con Galio-67 reveló un foco hipercaptador a ese nivel. El estudio del metabolismo óseo fue normal (calcio iónico, PTHi, crosslaps-B y osteocalcina), salvo una concentración de 25OHD de 17 ng/ml. Caso 2: mujer de 84 años diagnosticada de osteoporosis con múltiples aplastamientos vertebrales, tratada con varios fármacos antirresortivos (calcitonina, etidronato y alendronato sucesivamente) en los últimos 10 años, salvo un periodo de 18 meses con teriparatida hace tres años. Mientras estaba caminando cayó al suelo sin razón aparente, presentando a continuación dolor e impotencia funcional en pierna derecha. La radiografía de fémur derecho mostró una fractura diafisaria del tercio distal sin engrosamiento cortical. El índice T de la columna lumbar (L2-L4) fue de -3,8. Las concentraciones de PTHi, crosslaps-B y osteocalcina fueron normales. La de 25OHD fue de 17 ng/ml.

Discusión. Algunos estudios observacionales relacionan el uso de bifosfonatos a largo plazo con el desarrollo de fracturas femorales subtrocantéricas y diafisarias. Se ha propuesto que el tratamiento prolongado con estos fármacos podría facilitar la aparición de un hueso congelado con aumento de fragilidad y propensión a este tipo de fractura. Por otra parte, la fractura podría también deberse a la propia osteoporosis que dio lugar a la administración del bifosfonato. Los estudios epidemiológicos realizados al respecto no son concluyentes. Las enfermas comentadas, presentan aspectos comunes pero difieren en otros semiológicamente importantes.

Conclusiones. Se necesitan estudios que informen sobre la epidemiología y tipos clínicos de las fracturas femorales subtrocantéricas y diafisarias en enfermos tratados con bifosfonatos. La posibilidad de dichas fracturas debe tenerse presente en los pacientes que han recibido estos fármacos durante largo tiempo,

pero no debe motivar la retirada de los mismos cuando están aconsejados.

O-18

ESTUDIO DE PREVALENCIA DE FRACTURA VERTEBRAL A NIVEL DORSAL VISIBLE EN RADIOGRAFÍA DE TÓRAX EN PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA (ESTUDIO PREFRAMI). VALORACIÓN DE LA INERCIA CLÍNICA

S. Santamaría Fernández¹, F. Miralles², A. Ruiz Serrato³, R. Gómez-Huelgas¹, J. García Alegría⁵, A. Ruiz Cantero⁶, C. San Román Terán⁴ y M. García Ordóñez³

¹Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. ²Servicio de Medicina Interna. Clínica Parque San Antonio. Málaga. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital de Antequera. Antequera (Málaga). ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga). ⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga). ⁶Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga).

Objetivos. Estudiar la prevalencia de fractura vertebral a nivel dorsal, los factores de riesgo asociados y grado de diagnóstico y prescripción de tratamiento al alta en los Servicios de Medicina Interna.

Material y métodos. Se realizaron dos cortes de prevalencia y se recogieron 254 pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna de la provincia de Málaga durante el primer semestre de 2010. Pacientes que al final del estudio no disponían de una radiografía lateral de tórax como prueba diagnóstica. Variables estudiadas: peso, talla, IMC, edad, sexo, hábitos tóxicos, antecedentes de fractura por baja carga, antecedentes familiares de primer grado, índice de FRAX, factores de riesgo cardiovascular, enfermedades concomitantes, consumo de fármacos (glucocorticoides, heparinas, glitazonas, antiepilépticos), existencia de fractura en radiografía lateral de tórax (tipo, nivel y grado de fractura), inclusión de diagnóstico de fractura en informe de alta e instauración de tratamiento al alta. Se revisaron las radiografías solicitadas en los 2 cortes así como los informes de alta. El análisis estadístico se realizó con SPSS versión 17.0.

Resultados. De un total de 577 pacientes estudiados, fueron incluidos 254 (154 hombres, 100 mujeres; edad media 66,4 + 14,9 años). La prevalencia de fracturas vertebrales (Fx) no conocidas fue del 14,2% (36 Fx). El 18,6% de los pacientes con Fx eran mayores de 70 años. Los pacientes con Fx presentan una edad media mayor que lo que no tienen (70,14 vs 65,7, $p = 0,035$). Habían tomado previamente tratamiento con esteroides durante al menos tres meses 26 pacientes y la proporción de pacientes con Fx en este grupo era del 15,4%. Se realizó un contraste de medias para la variable índice de FRAX mayor osteoporótica y fractura de cadera, agrupando por presencia de fractura vertebral y el resultado de la prueba fue no significativo ($p = 0,369$ y $p = 0,788$) sugiriendo que no existen diferencias significativas en los índices de FRAX entre los pacientes con fractura vertebral y los que no presentan fractura. Se incluyó en el informe de alta el diagnóstico de fractura vertebral y/o osteoporosis en 3 pacientes (8%) y dos fueron tratados con bifosfonatos y uno con calcitonina.

Conclusiones. 1) Hemos constatado una elevada prevalencia de Fx vertebrales asintomáticas en pacientes ingresados en servicios de MI. 2) El índice FRAX no resultó predictivo de la presencia de fx en esta población. 3) Existe un infradiagnóstico de fx osteoporóticas en la codificación al alta. 4) Hemos comprobado una escasa tasa de tratamiento específico. 5) Son necesarios protocolos de actuación para evitar la inercia clínica del internista con respecto a esta patología.

O-19

ALTERACIONES ÓSEAS EN LA INFECCIÓN POR VIRUS DE LA HEPATITIS C

R. Pelazas González, E. González Reimers, R. Alemán Valls, J. Alvisa Negrín, M. Alonso Socas, J. Gómez Sirvent, A. González Díaz y F. Santolaria Fernández

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

Objetivos. En el alcohólico hay una mayor prevalencia de osteoporosis, influida por función hepática, malnutrición asociada y consumo de alcohol. El deterioro de la función hepática se observa también en la infección por virus C de la hepatitis, entidad que coexiste con consumo de alcohol, con inyección parenteral de drogas, tabaquismo e infección VIH, y, frecuentemente, con marginalidad social y alteración nutricional. El objetivo del presente estudio es analizar la prevalencia de osteopenia/osteoporosis en pacientes afectados de hepatitis C y los factores involucrados en la misma.

Material y métodos. 70 pacientes (20 mujeres) infectados por el virus de la hepatitis C (genotipo 1 = 77%), de 40,99 ± 9,75 años, y 23 controles (10 mujeres), de 39,57 ± 9,11 años. Se les realizó densitometría de cuerpo completo, valoración nutricional (escala subjetiva, IMC, antropometría), determinación de hormonas implicadas en el metabolismo calcio-fosfórico, osteocalcina, D-piridinolina, Cross-Laps, osteoprotegerina (OPG), RANK-L, y citocinas moduladoras.

Resultados. Aun cuando no encontramos diferencias en la densidad mineral ósea entre pacientes y controles, un 30,91% de los pacientes estudiados tenían osteopenia en el cuello de fémur (valorado como T-score del total de cadera), y un 37,3% tenía un T-score anómalo a nivel de columna, incluyendo un 6,78% de osteoporóticos. Mediante análisis de regresión logística (introduciendo edad, sexo, consumo de drogas, consumo de alcohol, tabaco, IMC, protrombina, albúmina, y positividad para el VIH) observamos que la osteopenia/osteoporosis a nivel de columna dependía solamente de la edad, mientras que, a nivel de cuello de fémur, del consumo de droga ($p < 0,001$) y del IMC ($p = 0,023$). Los pacientes tenían similar osteocalcina que los controles, pero una marcada disminución de la vitamina D ($Z = 5,5$, $p < 0,001$), un aumento de los niveles de telopéptido (crosslaps, $z = 2,9$, $p < 0,01$), de TNF- α e IL-6 ($p < 0,001$ en todos los casos).

Conclusiones. Aunque de forma menos notoria que en los alcohólicos, en pacientes con hepatitis C hay un porcentaje importante de individuos afectados de osteopenia u osteoporosis, en los que parece que el factor fundamental es el aumento de la reabsorción ósea. Ni función hepática ni positividad para el VIH parecen jugar un papel.

O-20

HIPERPARATIROIDISMO EN UNA CONSULTA DE OSTEOPOROSIS. ESTUDIO DE LA RELACIÓN ENTRE LA CALCIURIA Y OTROS PARÁMETROS DEL METABOLISMO ÓSEO

J. Blázquez Cabrera¹, L. Navarro Casado², A. Navarro Martínez¹, D. Antón², J. Calbo Mayo¹ y P. Ferreras Fernández¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Análisis Clínicos. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

Objetivos. El objetivo de este estudio ha sido en primer lugar conocer la prevalencia de hiperparatiroidismo en la consulta de osteoporosis. En segundo lugar, estudiar la relación entre calciuria y otros parámetros del metabolismo óseo en los pacientes con PTH elevada de cara a identificar el hiperparatiroidismo primario y secundario, en ausencia de otros datos clínicos.

Material y métodos. El sistema de información del laboratorio (SIL) nos ha proporcionado los datos analíticos de la consulta de osteoporosis referentes a los años 2008, 2009 y los cinco primeros meses de 2010. Hemos analizado los datos de pacientes a los que se les había solicitado PTH. Hemos seleccionado los pacientes con valores elevados de PTH, los hemos agrupado según la calciuria de 24 horas (percentiles 25 y 75) y hemos estudiado, mediante ANOVA, la relación con otros parámetros del metabolismo fosfocálcico: calcio y fósforo en sangre, índice calcio/creatinina e índice fósforo/creatinina en orina y Beta-Crosslaps (CTX) en sangre.

Resultados. Se han analizado 579 muestras con PTH, 520 corresponden a mujeres (89,8%) y 59 a varones (10,2%). La muestra presenta una distribución no normal, siendo la mediana de 55 pg/ml (5 a 377 pg/ml). 395 muestras tuvieron valores normales (68,2%) y 184 (31,8%), valores elevados. Los grupos según la calciuria de 24 horas fueron: grupo 1 (calciuria menor de 102 mg, P25), grupo 2 (calciuria mayor de 272 mg, P75) y grupo 2 (calciuria de 102-272 mg). El ANOVA muestra diferencia significativa entre grupos para calcio (entre G1 y G3; $p < 0,01$), fósforo (entre G2 y G3; $p < 0,05$), índice calcio/creatinina (entre los tres grupos, $p < 0,001$), índice fósforo/creatinina (entre G1 y G3; $p < 0,01$ y entre G2 y G3, $P < 0,05$) y CTX (entre G1 y G3 y entre G2 y G3, $p < 0,05$).

Conclusiones. 1) Cerca de un tercio de las determinaciones corresponden a pacientes con PTH elevadas. 2) En estos pacientes, existe asociación entre la calciuria de 24 horas y otros parámetros del metabolismo fosfocálcico. Los pacientes con calciuria elevada presentan valores de dichos parámetros indicativos de hiperparatiroidismo primario, los de calciuria baja son de hiperparatiroidismo secundario, mientras que los valores intermedios son indefinidos, en ausencia de datos clínicos.

O-21

HIPERPARATIROIDISMO EN UNA CONSULTA DE OSTEOPOROSIS. RELACIÓN CON LOS NIVELES DE VITAMINA D

L. Navarro Casado¹, J. Blázquez Cabrera², D. Antón¹, C. Andrés Fernández¹, E. Sánchez Tejero² y A. Navarro Martínez²

¹Análisis Clínicos ²Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

Objetivos. hiperparatiroidismo es una situación frecuente, principalmente el hiperparatiroidismo secundario al déficit de vitamina D. El objetivo de este estudio ha sido estudiar la correlación de la PTH con los niveles de vitamina D y comparar los datos en dos períodos diferentes con distinto método de determinación de vitamina D.

Material y métodos. El sistema de información del laboratorio (SIL) nos ha proporcionado los datos analíticos de la consulta de osteoporosis referentes a los años 2008, 2009 (primer período: P1) y los cinco primeros meses de 2010 (segundo período: P2). Hemos analizado los datos de pacientes a los que se les había solicitado niveles de 25-OH vitamina D. Muchos de estos pacientes están con tratamiento supletorio de vitamina D. Para la medición de vitamina D, se utilizó el método radioisotópico durante P1 y electroquimioluminiscencia (ECLIA) durante P2. Hemos seleccionado los pacientes con valores elevados de PTH y hemos estudiado la correlación con los niveles de Vitamina D. A continuación hemos agrupado según la calciuria de 24 horas. Hemos tomado como referencia percentil 50 (= 170 mg), que podría ser indicativo de hiperparatiroidismo primario (> 170 mg) o secundario (< 170 mg). Se han comparado los valores de vitamina D entre ambos grupos en P1 y P2, mediante la t de Student.

Resultados. Se han analizado 579 muestras con vitamina D, 534 corresponden a mujeres (91,6%) y 49 a varones (8,4%). La muestra presenta una distribución no normal, siendo la mediana de 52 ng/ml (4,93 a 278 ng/ml) en P1 y 18,7 ng/ml (4,78 a 46,7 ng/ml) en P2. Presentaban PTH elevada (> 65 pg/ml) 184 muestras (34,5%) Encon-

tramos correlación negativa, débil, entre vitamina D y PTH: $r = -0,148$, $p = 0,003$ en global; $r = -0,179$, $p = 0,045$. En la comparación de las muestras de pacientes con PTH elevada según los valores de vitamina D obtuvimos los siguientes resultados: en P1 no hubo diferencia entre ambos grupos. En P2 la media de vitamina D fue 23,6 ng/ml en el grupo con calciuria < 170 mg/d y 15,5 ng/ml en el grupo con calciuria > 170 mg/d ($p = 0,023$).

Conclusiones. 1) Encontramos una correlación débil entre los valores de PTH y vitamina D, tanto en las muestras de pacientes con PTH normal como elevada. 2) Existe una diferencia notable en la media de niveles de vitamina D entre los dos períodos estudiados, atribuible al cambio de método. 3) Tanto en el hiperparatiroidismo primario (previsible) como secundario los niveles de vitamina D son inferiores a los recomendados, según el método actual de medición de la misma.

O-22

VARIACIONES ESTACIONALES EN LA MASA ÓSEA Y LOS MARCADORES DE REMODELACIÓN ÓSEA EN LA COHORTE DE CAMARGO (CANTABRIA)

C. Valero, J. Olmos, J. Hernández, J. Martínez, J. Castillo, J. Riancho y J. González Macías

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

Objetivos. Algunos trabajos han señalado la existencia de una mayor incidencia de fracturas osteoporóticas los meses de invierno. Aunque este hecho puede atribuirse a varios factores, uno de los que puede jugar un papel más importante es la oscilación de vitamina D a lo largo del año, ya que el hecho de que sus niveles sean más bajos en invierno podría determinar tanto una menor masa ósea como una mayor tendencia a las caídas. En este trabajo hemos querido analizar el comportamiento a lo largo del año de la vitamina D, la masa ósea y los marcadores de recambio óseo en una cohorte estudiada en Cantabria.

Material y métodos. Se analizaron 2782 personas incluidas en un estudio poblacional de cribado de osteoporosis y otras enfermedades metabólicas óseas desde enero 2006 a junio 2010. Se recogieron datos epidemiológicos como la edad, el sexo o el consumo de fármacos. Se cuantificaron los niveles séricos de vitamina D (25OHD), de PTH intacta (PTHi) y de dos marcadores de remodelación ósea: el propéptido aminoterminal de procólageno tipo I (PINP) y telopéptido carboxiterminal del colágeno tipo I (β -CTX). Se determinó la masa ósea mediante DXA (Hologic QDR 4500) en columna lumbar (L2-L4) y cuello de fémur (CF), así como mediante ultrasonografía (US) en calcáneo (Sahara. Hologic). El análisis se realizó por trimestres.

Resultados. La media de edad fue de 64 ± 9 años (41-94 años), el 65% eran mujeres. La distribución de los pacientes tratados con fármacos con efecto potencial sobre el metabolismo óseo fue similar a lo largo del año. Los niveles de 25OHD fueron inferiores los dos primeros trimestres ($20,7 \pm 8,2$ y $21,9 \pm 8,4$) que los dos últimos ($25,6 \pm 8,5$ y $24,1 \pm 8,4$), alcanzando la diferencia entre el primer y el tercer trimestre el 20% ($p < 0,001$). La diferencia en los niveles de PTHi entre estos dos mismos trimestres fue del 9% ($58,1 \pm 34,1$ vs. $53,3 \pm 21,2$) ($p < 0,005$). No hubo variaciones en los marcadores del recambio ni en la masa ósea a lo largo del año, aunque en el primer trimestre los valores de masa ósea y los de CTX tendieron a ser inferiores y superiores, respectivamente, a los valores de los demás trimestres. El análisis de los datos tras excluir a las personas que recibían fármacos con efecto sobre el metabolismo óseo mostró resultados similares. La prevalencia de hipovitaminosis D (25OHD < 20 ng/ml) fue del 50% en el primer trimestre, 42% en el segundo, 26% en el tercero y 32% en el último. Los respectivos porcentajes de pacientes con valores inferiores a 30 ng/ml fueron 88%, 84%, 72% y 76%.

Discusión. Las personas estudiadas en nuestro trabajo han mostrado un claro ritmo circanual de vitamina D, con repercusión significativa sobre la PTHi. En la masa ósea y el marcador de resorción se ha observado una tendencia a los cambios que las modificaciones de 25OHD y PTHi hacen esperar, aunque sin alcanzar significación estadística. Probablemente se precise para ello una población de estudio de mayor tamaño. En cualquier caso, no parece que las modificaciones anuales en los niveles de vitamina D tengan trascendencia clínica de importancia sobre el metabolismo óseo en la población general.

Conclusiones. En Cantabria se observan los cambios anuales en los niveles de vitamina D correspondientes a las modificaciones estacionales de la irradiación solar, con repercusión sobre los niveles de PTH. Aunque son necesarios nuevos estudios que lo confirmen, creemos que estos cambios no tienen trascendencia en lo que se refiere al metabolismo óseo.

O-23

PREVALENCIA DE BAJA DENSIDAD MINERAL ÓSEA EN PACIENTES CON ESCLERODERMIA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO

R. Ríos Fernández¹, C. Fernández-Roldán¹, J. Callejas-Rubio¹, C. Pilar Simeón², F. García Hernández², M. Castillo Palma², V. Fonollosa Pla³ y N. Ortego Centeno¹

¹Servicio de Medicina Interna. UE Autoinmunes y Sistémicas. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. ³Servicio de Medicina Interna. Hospitals Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos. Conocer la prevalencia de osteoporosis/osteopenia y el estatus de vitamina D (VitD) en una serie de pacientes de esclerodermia (ES), de tres centros hospitalarios del país, correspondientes a Andalucía y Cataluña. Analizar las variables clínicas y analíticas relacionadas con una baja densidad mineral y si existen diferencias entre los pacientes de una y otra Comunidad Autónoma (CCAA).

Material y métodos. Estudio transversal en junio de 2010, revisando historias clínicas de pacientes diagnosticados de ES. Se recogieron datos referentes a distintas variables clínicas/analíticas, incluyendo niveles de VitD y DMO en función de T-score y Z-score, así como el tratamiento con corticoides y el hecho de recibir suplementos de calcio y/o VitD. Se consideró como punto de corte en el t-score -1 para definir a los pacientes con osteopenia y de -2,5 para definir los pacientes con osteoporosis, un z-score < 1 identificó a los pacientes con una baja masa ósea (BDMO) para su edad. El análisis estadístico se realizó utilizando el programa informático SPSS 17.0.

Resultados. Se revisaron las historias clínicas de 90 pacientes, todas mujeres (77% de postmenopáusicas), con una edad media 56,8 ± 12,8 años. El 73,8% tenían una forma de ES limitada, el 19,3% difusa y sine esclerodermia 6,81%. Con respecto a las variables clínicas/biológicas de los pacientes, hubo diferencias significativas entre Andalucía y Cataluña en CVF (98,5 ± 27,4 vs 81,5 ± 24,1), DLCO (79,2 ± 25,3 vs 60,7 ± 15,5), PAPS (32 ± 8,7 vs 37 ± 11) y creatinina (0,8 ± 0,2 vs 0,9 ± 0,2). Sólo 15 pacientes (17,6%), estaban tomando corticoides a dosis iguales o superiores a 7,5 mg de prednisona/d. En conjunto 76,4% de los pacientes presentaron valores compatibles con BDMO (47,7% osteopenia y 23,3% osteoporosis). Un 39,1% de los pacientes presentaron un z-score inferior a -1. Por CCAA, en Andalucía un 76,9% presentaron BDMO frente al 75,7% en Cataluña. Las diferencias no fueron significativas. En 78 pacientes pudimos obtener los niveles de VitD. Un 81% de los pacientes mostraron hipovitaminosis D (< 30 ng/dl), y un 12,8% insuficiencia de VitD (< 10 ng/dl), a pesar de que el 62,4% recibían suplementos de calcio y VitD. Los pacientes con hipovitaminosis D no mostraron una masa ósea inferior. Por CCAA los niveles de VitD

fueron 25,5 ± 15,2 ng/dl en Andalucía y 20,6 ± 11,1 ng/dl en Cataluña. Dicha diferencia no fue significativa. En el estudio multivariante solamente la edad y la menopausia se relacionaron significativamente con la BDMO. Los pacientes en tratamiento con glucocorticoides no presentaron una mayor tasa de osteoporosis ni osteopenia.

Discusión. La ES podría ser factor de riesgo para la osteoporosis. Los datos publicados son contradictorios. Las variables relacionadas en nuestra muestra con la BDMO son las mismas que las encontradas en la población general.

Conclusiones. La prevalencia BDMO en pacientes con ES es muy alta, independientemente del tipo de esclerodermia y de la CCAA. El déficit de vitamina D es elevado, aunque no pudimos demostrar su relación con la DMO ni diferencias entre las CCAA. Las dosis de suplementos administrados parecen insuficientes para mantener niveles óptimos de la hormona.

O-24

SOBRECARGA DE HIERRO Y MASA ÓSEA EN UN MODELO MURINO

J. González Pérez¹, E. González Reimers¹, M. Durán Castellón¹, L. Galindo Martín², J. Viña Rodríguez¹, M. Sánchez Pérez¹, M. Monedero Prieto¹ y A. Martínez Riera¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de La Laguna (Tenerife). ²Departamento de Química Analítica. Universidad de La Laguna. La Laguna (Tenerife).

Objetivos. El objetivo del presente estudio es analizar si existe relación entre sobrecarga de hierro y masa ósea en un modelo murino tratado según el esquema de Lieber-deCarli.

Material y métodos. Se incluyeron un total de 70 ratas Sprague-Dawley machos de unos 300 g de peso, alimentadas durante 5 semanas con dieta control (18% de proteínas, grupo 1), hipoproteica (2% de proteínas, grupo 2), control alcohólica (36% de etanol, grupo 3) y alcohólica hipoproteica (36% etanol + 2% de proteínas, grupo 4), determinándose tras el sacrificio, el contenido de hierro en hueso y en hígado (mejor parámetro para estimar la reserva corporal de hierro), y la masa ósea mediante histomorfometría de la 1ª y 2ª vértebras lumbares.

Resultados. Hubo diferencias en el contenido óseo de hierro, pero sí en el hepático, más elevado en las ratas del grupo 4, guardando relación inversa con el peso final (r = -0,39, p = 0,002), consumo de dieta (r = -0,39, p = 0,001), IGF-1 (r = -0,54), masa ósea y osteoide (r = -0,38, p = 0,004 en ambos casos). El hierro óseo también mostró una relación inversa con la masa ósea (r = -0,35, p = 0,018) y osteocalcina. Mediante análisis multivariante se vio que la masa ósea se relacionaba con el hierro hepático y la albúmina, en este orden, y el osteoide, con el hierro hepático y hierro óseo.

Discusión. En la hemocromatosis está descrita la osteoporosis, de patogenia multifactorial, en la que pueden influir la sobrecarga de hierro, el hipogonadismo y la hepatopatía. La osteoporosis está presente también en otras entidades que cursan con sobrecarga de hierro, como la beta-talasemia. El exceso de hierro, en virtud de su poder pro-oxidante, puede afectar a la síntesis de osteoide y/o a la mineralización del mismo. Por el contrario, la administración de hierro a adolescentes femeninas se asoció a un ligero aumento de la masa ósea. Tanto alcohol como malnutrición alteran el metabolismo del hierro, produciendo una sobrecarga hepática del mismo. Además, producen osteoporosis. El objetivo del presente estudio es analizar si existe relación entre sobrecarga de hierro y masa ósea en un modelo murino tratado según el esquema de Lieber-deCarli.

Conclusiones. En nuestro modelo, hierro óseo y hierro hepático se relacionan inversamente con la masa ósea y la síntesis ósea.

O-25 LEUCEMIA MIELOBLÁSTICA: 2 PACIENTES, 2 FORMAS DE PRESENTACIÓN

B. Lobão, F. Mesquita, S. Marques, A. Neves, E. Pedroso y A. Lourenço

Serviço de Medicina Interna. Centro Hospitalar de Setúbal. Setúbal (Portugal).

Resultados. Caso 1: varón de 67 años, con macroglobulinemia de Waldenström diagnosticada en septiembre/2008, sometido a 12 ciclos de clorambucil y prednisona, sin alteraciones en el hemograma. Clínicamente estable hasta que en noviembre/2009 es ingresado con una traqueobronquitis. Presentaba bicitopenia con hemoglobina de 6,1 g/dl y plaquetas de 40.000/ μ l. El frotis periférico no mostró formas inmaduras. Durante el ingreso hubo un aumento progresivo de los leucocitos (hasta 230.000/ μ l) a pesar de la mejoría del cuadro infeccioso. Fue realizado medulograma con biopsia ósea, siendo el resultado, según el estudio morfológico y la citometría de flujo, compatible con una leucemia mielomonocítica aguda. Caso 2: mujer de 76 años, sana hasta que en noviembre/2009 refiere quiste infectado en la zona sacro-coxígea y tratamiento antibiótico con amoxicilina; 6 semanas después es ingresada en el hospital en shock séptico. Presentaba pancitopenia con hemoglobina de 8,6 g/dl, plaquetas de 21.000/ μ l y leucocitos de 1.200/ μ l. Se aisló una *Pseudomonas aeruginosa* en el exudado de la lesión cutánea e inició antibioterapia según el test de sensibilidad. No obstante, mantuvo pancitopenia, por lo que se realizó un mielograma con biopsia ósea que reveló anemia refractaria con exceso de blastos tipo 2 (AREB-II). Inició factores de crecimiento celulares, constatándose posteriormente aumento de los leucocitos para 200.000/ μ l. De nuevo, se realizó otro medulograma que mostró 88% de blastos. El cariotipo reveló alteraciones complejas y delección del brazo largo del cromosoma 5 (5q-).

Conclusiones. Presentamos estos casos por la coincidencia en el tiempo de ambas leucemias mielocíticas agudas graves, siendo que en el 1º caso existe una patología hematológica de base sometido a terapéutica con alquilantes, y en el 2º caso una mujer saludable que a partir de una AREB-II (con lesión cutánea como primera manifestación) sufra una evolución leucemoide.

O-26 OSTEOPOROSIS, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

D. Gudiño, A. Tejera Concepción, J. Escobedo Palau, A. Torres Vega, M. López Gámez, C. Rubio Rodríguez, J. Medina García y P. Laynez Cerdeña

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos. Determinar la incidencia de osteoporosis, factores de riesgo asociados y tratamiento administrado.

Material y métodos. Estudio prospectivo, aleatorizado. Criterios de inclusión: Mayores de 18 años, hospitalizados en cualquier servicio de nuestro hospital y valorados por el Servicio de Medicina Interna.

A todos los pacientes se les realizó un cuestionario que incluía factores de riesgo personales y familiares para sufrir osteoporosis, fármacos favorecedores de osteoporosis o de caídas, comorbilidad asociada, tratamiento de osteoporosis previo al ingreso y al alta. Así como, analítica general, DEXA, peso y talla, para determinar el índice de masa corporal (IMC) y el FRAX (Fracture Risk Assessment Tool).

Resultados. Se incluyeron un total de 35 pacientes, durante un periodo de 2 meses, procedentes de su domicilio. El 73% fueron mujeres, con una edad media de 73 \pm 12 años y el 82% estaban in-

gresados en el Servicio de Medicina Interna. El 31,4% presentaron fracturas agudas, la más frecuente fue de cadera-fémur (11,4%). La media de puntuación del índice de comorbilidad de Charlson fue de 6 puntos \pm 2,4 y el IMC medio de 28 \pm 5. Fallecieron durante el ingreso 10 pacientes de los 35. El 74% volvió a su domicilio y el 8,6% ingresó tras el alta en un centro de crónicos. Recibieron tratamiento para osteoporosis al alta el 28,6% de pacientes. En el 22% se pudo constatar osteoporosis y en el 28,6% osteopenia por DEXA. Según el FRAX, el riesgo medio de fractura mayor fue del 9% \pm 8 y el de fractura de cadera 4% \pm 4.

Discusión. Todos los pacientes incluidos tenían factores de riesgo para osteoporosis y el 31,4% ingresaron por una fractura aguda. Hay que tener en cuenta, que la mayoría son pacientes con elevada comorbilidad y edad avanzada (edad media 73 años). Es de destacar que un 50% del total de pacientes, fueron diagnosticados de osteopenia en la DEXA y el riesgo de fractura osteoporótica mayor a 10 años determinada por el FRAX, fue superior en aquellos pacientes que habían sufrido fractura previa clínica o diagnosticados de osteoporosis por DEXA. Por lo que existe un grupo de pacientes catalogados como "osteopénicos" o incluso "normales" por la DEXA, que tienen osteoporosis y tienen o tendrán fracturas.

Conclusiones. La osteoporosis está infradiagnosticada y por lo tanto infratratada. Creemos que la indicación de tratamiento debería basarse en los factores de riesgo y en la clínica del paciente. Un reto a cumplir sería evitar la fractura osteoporótica, que supone elevados costes para el sistema sanitario y personales en cuanto a pérdida de calidad de vida del paciente.

O-27 PROYECTO "FÁRMACOS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y RIESGO DE FRACTURA DE CADERA: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES. GTO-SEMI". FASE 1: RECOGIDA DE CASOS

J. Blázquez Cabrera¹, J. Pérez Castrillón², M. Díaz Curie³, M. Martín Sanz⁴, N. Ortego Centeno⁵, A. Navarro Martínez¹, B. Díaz López⁶, P. Sánchez Molini⁷ y Grupo de Trabajo de Osteoporosis FEMI

¹Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario del Río Hortega. Valladolid. ³Servicio de Medicina Interna. Fundación Jiménez Díaz-UTE. Madrid. ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. ⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. ⁶Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias). ⁷Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Objetivos. Las fracturas constituyen la complicación clínica más importante de la osteoporosis y dentro de ellas, la fractura de cadera es la más grave potencialmente, por su elevada mortalidad, morbilidad e impacto socio-sanitario. Recientemente se ha implicado a algunos grupos de fármacos en el riesgo de fractura de cadera, como son los inhibidores de la bomba de protones (IBP) y los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Por otra parte se ha demostrado una asociación inversa entre presión arterial y masa ósea y recientemente han aparecido datos relativos a la hipertensión arterial (HTA) como un factor de riesgo de fractura. Los objetivos principales son estudiar la asociación entre la toma prolongada de IBP y el riesgo de fractura de cadera, entre la toma prolongada de antidepresivos ISRS y el riesgo de fractura de cadera y entre la HTA y el riesgo de fractura de cadera.

Material y métodos. Se trata de un estudio cooperativo multicéntrico prospectivo caso-control en el que los casos son pacientes, varones o mujeres, ingresados en el hospital por fractura de cadera, y los controles, pacientes (varones o mujeres) de la misma edad, ingresados en un Servicio de Medicina Interna sin fractura de

cadera actual ni previa. Criterios de exclusión en casos y controles: existencia de neoplasia activa concomitante y negativa a participar en el estudio. Estadística. Los datos recogidos serán introducidos en una base de datos Access. El análisis estadístico se hará con el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

Resultados. Hasta el momento se han recogido 263 casos y 205 controles correspondientes a 11 hospitales. Se han puesto en evidencia algunas dificultades en el reclutamiento, como el acceso a los pacientes ingresados en Traumatología y la obtención del consentimiento informado. Es necesario implementar la recogida de casos. El paso siguiente es la inclusión en la base de datos y el análisis estadístico.

Conclusiones. Se ha llevado a cabo la fase de puesta en marcha y recogida de casos y controles del estudio. Se han puesto en evidencia algunas dificultades en el reclutamiento y el número de casos es menor al previsto hasta ahora. Es necesario implementar la recogida de casos. El paso siguiente será la inclusión en la base de datos y el análisis estadístico.

Riesgo vascular

RV-1 CARDIOPATÍA ISQUÉMICA PRECOZ EN LA MUJER

M. Sidahi, M. Mañas, J. Galiana, E. Marchán, P. Calderón, A. Sáenz, I. de la Rocha y E. Puga

Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real.

Objetivos. Describir las características de las pacientes con cardiopatía isquémica precoz en seguimiento en la Unidad de Lípidos del Hospital General de Ciudad Real.

Material y métodos. Se realizó un estudio retrospectivo de las mujeres menores de 65 años con cardiopatía isquémica precoz en seguimiento en la Unidad de Lípidos del Hospital General de Ciudad Real durante los años 1999 y 2009.

Resultados. Se incluyeron 62 pacientes. La edad media fue de 54,8 años (36-65). El 24,2% eran diabéticas, el 62,9% hipertensas. Todas negaban ingesta de alcohol. En cuanto al hábito tabáquico el 74,2% no fumaba y el 9,7% fumaban más de 20 cigarrillos/d. El 37,1% eran muy sedentarias. El índice de masa corporal fue 31,44 (22,3-50,9), la media de la cintura abdominal 96 cm (75-130), de la tensión arterial sistólica 132,5 (85-180) y de la diastólica 81,9 (50-110). En cuanto a los valores analíticos el promedio fue: triglicéridos 193 mg/dl, colesterol total 236 mg/dl (LDLcol 148 mg/dl, HDLcol 49 mg/dl), apolipoproteína A1 145,47 mg/dl, apolipoproteína B 109,42 mg/dl, lipoproteína a 46,8 mg/dl.

Discusión. Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en España. Según datos estadísticos recogidos en 2006 ocasionaron el 32,5% de las muertes en nuestro país (el 36,8% en mujeres y el 28,6% en varones). Las mujeres suelen presentar infarto agudo de miocardio entre 7 y 10 años más tarde que el hombre pero se ha descrito una mortalidad un 20% mayor en el sexo femenino a los 28 días del evento. La presentación clínica en la mujer varía con respecto al varón, se han objetivado mayor frecuencia de infartos silentes y síntomas atípicos, esto en muchas ocasiones conlleva un retraso en la consulta y por consiguiente en el tratamiento. Uno de los pilares básicos para disminuir esta patología es el control de los factores de riesgo cardiovascular. El grupo de pacientes analizado ha sido derivado a la Unidad de Lípidos para realizar prevención secundaria tras sufrir un episodio de cardiopatía isquémica precoz. Nos llama la atención el mal control que presentan de todos los factores de riesgo cardiovascular, con una elevada prevalencia y asociación de casos de hipertensión, diabetes, dislipemia, obesidad y sedentarismo.

Conclusiones. Es necesario un mayor control de los factores de riesgo cardiovascular para prevenir la aparición de la cardiopatía isquémica precoz en la mujer, muy probablemente asociados en su desarrollo a un estilo de vida inadecuado.

RV-2 ASSOCIATION BETWEEN BODY IRON STORES WITH ISCHEMIC STROKE PROGNOSIS AND DEPENDENT STATUS

R. A. B. Mello¹, P. Castro², D. Marques¹, M. Pantarotto¹, G. Moreira¹, E. Azevedo² y T. Cardoso¹

¹Internal Medicine, ²Neurology. Hospital São João, EPE. Porto (Portugal).

Objectives. Iron overload had been associated with greater oxidative stress and brain injury in experimental cerebral ischemia and reperfusion. Transferrin saturation was found to have associations with risk of stroke in white women. Objectives: Evaluate if the plasma levels of ferritin and transferrin, as an index of increased iron stores, have influence with the prognosis of stroke patients.

Material and methods. A total of 69 consecutive patients admitted with diagnosis of acute ischemic stroke and less than 3 hours evolution were retrospectively studied. Serum ferritin level and transferrin level were performed at the first 24 hours after the symptoms, as others biochemistry analysis. The patients were sub classified into two groups according modified functional Rankin Scale (mRS): the non-dependents (with mRS 0-2) and residual dependents or deaths (3-6). The follow confounding factors were considered: history of systemic arterial hypertension, diabetes and atrial fibrillation. A multivariable analysis was done according to the variable studied, using Mann-Whitney test, T test, Chi Square test, as appropriated. The $p < 0.05$ was considered significant.

Results. The median of age was 69 (38-91) years. The variables gender and medical history of systemic arterial hypertension, diabetes and atrial fibrillation were distributed at the same proportion between these two groups, $p > 0.05$. The baseline median systolic blood pressure in the non-dependents group were 149.5 (102-239) mmHg and in residual dependents group, 148 (101-188) mmHg, $p = 0.456$; the admission glucose were 126.5 (10-353) mg/dL versus 125 (72-216) mg/dL, $p = 0.595$; the hemoglobin were 13.3 (11-16) g/dL versus 12.6 (9.3-15.2) g/dL, $p = 0.161$; the National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) score at admission were 5 (1-22) versus 13 (0-23), $p = 0.010$; the ferritin levels were 138 (29-1255) $\mu\text{g/L}$ versus 102 (44-294) $\mu\text{g/L}$, $p = 0.462$; and the transferrin levels mean were higher in the non-dependents group, 220.89 ± 33.54 mg/dL versus 204.55 ± 35.72 , $p < 0.001$.

Conclusions. Although the limited number of patients, we observed that body iron stores, presenting as ferritin and transferrin levels, may have been associated with non-dependent status after 3 months of ischemic stroke and related with the prognosis.

RV-3 MARCADORES METABÓLICOS DE UN ENSAYO CLÍNICO. IMPORTANCIA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO

I. Pérez Jiménez, B. Torres Torres, P. Jiménez López, E. García Peñalver, V. Aguilar Torres, M. Mérida Fernández, A. Guarnido Ramírez y B. Gil Extremera

Unidad de Hipertensión y Lípidos. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Objetivos. En términos de salud, es bien conocida la necesidad de la buena praxis del profesional de enfermería. La investigación ha demostrado cómo los resultados alcanzados son expresión de la

excelencia de su práctica profesional respecto a las habilidades prácticas, metodológicas y grado de competencia.

Material y métodos. El cumplimiento del protocolo del Ensayo Clínico (EC) MK3577-009 contempla la hospitalización durante 24 horas de pacientes diagnosticados de diabetes tipo 2, al menos en tres de las visitas programadas. Dicho protocolo exige la toma de muestras de orina y de sangre para la determinación de insulina, glucagón, glucosa, PK-3577, GLP-1 (activa), GLP-1 (total) y GLP-2 y de muestras de suero y plasma para archivo, en base a las extracciones sanguíneas según el siguiente esquema: Desayuno (inicio, 10.00h): -30', 0', 30', 60', 90', 120' y 180'. Almuerzo (14.30 h): 0', 30', 60', 90', 120' y 180'. CENA (19.00 h): 0', 30', 60', 90' 120' y 180'. Noche (00.00 h) 300', 480', 600', 720' y 780'. Todos los pacientes participantes en el estudio firmaron el consentimiento informado según la normativa ad hoc.

Resultados. Un total de 15 pacientes se incluyeron en el estudio y 5 de ellos (33%) pasaron el periodo de screening cumpliendo la totalidad del protocolo, incluida la hospitalización durante 24 horas en tres de las visitas programadas. Todas las muestras sanguíneas extraídas fueron aceptadas y se determinaron todos los parámetros analíticos.

Discusión. Uno de los pilares de la práctica médica de EC radica en las pruebas de laboratorio, ello implica precisar la evolución metabólica de un determinado fármaco en pacientes protocolizados, siendo determinante la calidad en la toma de muestras.

Conclusiones. Las pertinentes habilidades prácticas del profesional de enfermería son imprescindibles en la optimización de la ejecución de un EC.

RV-4 FACTORES PRONÓSTICOS TRAS UN PRIMER ICTUS ISQUÉMICO ATEROTROMBÓTICO TRAS 10 AÑOS DE SEGUIMIENTO

L. Mérida Rodrigo, F. Poveda Gómez, M. Villena Riuz, M. Martín Escalante, M. Corrales González, R. Quirós López y J. García Alegría

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

Objetivos. Conocer los factores pronósticos asociados a mortalidad tras un primer episodio de ictus isquémico aterotrombótico (AT) a largo plazo.

Material y métodos. Estudio de cohortes retrospectivo. Periodo de inclusión: 1/01/1998 al 31/12/2002. Seguimiento: 5-10 años (promedio 69 meses). Variables: demográficas y factores pronósticos asociados a mortalidad. Análisis del registro de mortalidad del Índice Nacional de Defunciones. Exclusión: extranjeños, ictus previos o hemorrágicos. Fin de seguimiento: 31/12/2007. Se usó t-Student para cuantitativas y Chi-cuadrado para cualitativas.

Resultados. Se incluyeron 305 pacientes (67% varones), edad media: 66 años (IC95% 55-77). El promedio de seguimiento: 69 meses (IC95% 33-105). Entre los antecedentes destacan: HTA 55% (n = 168), DM33% (n = 101), dislipemia 23% (n = 70), insuficiencia renal 2,3% (n = 7), fumadores 27% (n = 89). En el TAC craneal inicial presentaron isquemia aguda 72% (n = 212), y estenosis significativas en el doppler carotídeo 12,5% (n = 14). Tratamiento: antiagregante 97% (n = 295), IECAs 54% (n = 162), ARA-II 15% (n = 45), estatinas 47% (n = 143), antidiabéticos 21% e insulina 17%. La mortalidad final fue del 40% (n = 122), 21% por el ictus inicial y el 13% a un nuevo ictus. Reingresaron el 50%, un 14% por un nuevo ictus (n = 42). Los factores pronóstico se muestran en la tabla.

Conclusiones. 1. A largo plazo el ictus AT presenta una elevada mortalidad. Son factores predictores de mortalidad la diabetes me-

litis, la lesión de órgano diana (insuficiencia renal, insuficiencia cardiaca), la disimetría, así como el edema lesional en el TC de ingreso. Por otro lado, el sexo femenino, la lesión de ACMD y la toma de estatinas, se asociaron a una mayor supervivencia. 2. El ictus como enfermedad cardiovascular, requiere una evaluación global de los factores de riesgo cardiovascular y un tratamiento integral de la prevención secundaria.

Tabla 1 (RV-4). Factores pronósticos en el ictus aterotrombótico: análisis multivariante

Variable	OR	p
DM	1,9	0,005
Insuficiencia renal previa (FG < 60 ml/min)	4,01	0,010
Insuficiencia cardiaca previa	1,94	0,10
Dismetría	3,03	0,021
Predominio ACMD	0,44	< 0,001
Edema perilesional en TC de ingreso	8,41	< 0,001
Uso ARA-II	0,58	0,14
Uso estatinas	0,33	< 0,001

RV-5 RELACIÓN FUNCIONAL ENTRE EL TIEMPO DE CESE TABÁQUICO Y EL ÍNDICE TOBILLO/BRAZO EN VARONES MAYORES DE 65 AÑOS

P. Alcázar Carmona¹, L. Salcedo Jódar², H. Ortega Abengózar¹, L. Rodríguez Rojas¹ y R. Cicuendez¹,

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

Objetivos. Estimar la relación funcional entre el tiempo de cese del hábito tabáquico y el índice tobillo/brazo en un grupo representativo de varones mayores de 65 años residente en un medio rural.

Material y métodos. Se seleccionó una muestra aleatoria de 300 varones mayores de 65 años correspondiente a una zona básica de salud de 5500 habitantes de la provincia de Ciudad Real. Todos los participantes fueron clasificados según diferentes variables de riesgo cardiovascular: tabaquismo, tensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus, obesidad y consumo de alcohol. En todos ellos se midió el índice tobillo/brazo (ITB). En el grupo de ex-fumadores se exploró la relación funcional entre el tiempo transcurrido sin fumar y el valor del ITB en dos fases: primera fase de exploración gráfica mediante un método local no paramétrico (loess) y en una segunda fase mediante una regresión curvilínea con diferentes formas funcionales (lineal, cuadrática, cúbica, exponencial, logarítmica y logística) seleccionando la que tuviera un mayor coeficiente de determinación (r^2). Todos los cálculos se realizaron con el programa estadístico PASW 18.0 (SPSS Inc).

Resultados. Se seleccionaron 300 pacientes, con una edad media de 72,7 años (DE: 4,7 años; rango de 65 a 80 años). De ellos, 125 (41,7%) eran ex-fumadores y 58 fumadores actuales (19,3%). En los ex-fumadores el diagrama de dispersión con el método local no paramétrico mostró una relación creciente entre el tiempo de cese tabáquico y el valor del ITB. La correlación entre variables fue positiva (r de Pearson = 0,18; p = 0,048). Entre las formas funcionales exploradas la cúbica fue la que mostró el mayor coeficiente de determinación (r^2 = 0,035).

Conclusiones. 1. Existe una relación funcional positiva y significativa entre el tiempo de cese tabáquico y el ITB. 2. Existe un posible efecto umbral a partir de los 15 años de cese tabáquico a partir del cual las relaciones entretiempo de cese e ITB son crecientes. 3. La varianza explicada por los modelos funcionales explorados es baja,

siendo la función pública la de mayor capacidad explicativa (compatible con el método local no paramétrico).

RV-6 PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA MUESTRA DE VARONES DE UNA POBLACIÓN RURAL

P. Alcázar Carmona¹, L. Salcedo Jódar², L. Rodríguez Rojas², H. Ortega Abengózar² y M. Martínez Gabarrón²

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

Objetivos. Estimar la prevalencia de diferentes Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV), modificables o no, en una muestra de varones de edades comprendidas entre los 65 y los 80, de una población rural.

Material y métodos. Se seleccionó una muestra aleatoria de 300 varones mayores de 65 años. Todos los participantes fueron clasificados según diferentes variables de riesgo cardiovascular: tabaquismo, tensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus, obesidad y consumo de alcohol, así como antecedente de cardiopatía isquémica (CI) o accidente cerebrovascular (ACV). En todos ellos se midió el índice tobillo/brazo (ITB). Mediante el programa estadístico PASS Statistic 18 SPSS se realizó un estudio de frecuencias para valorar la prevalencia de las diferentes variables consideradas para el estudio, con el fin de estimar la prevalencia de cada uno de los FRCV incluidos.

Resultados. Además de los FRCV comunes a toda la muestra que serían el sexo (varones) y la edad, el 17,3% no tiene ningún otro FRCV, el 29,7% tiene uno añadido y el 59% tiene 2 o más FRCV. Respecto a los FRCV modificables, observamos que el 33,7% presenta sobrepeso y el 34,3% presenta obesidad. El 19,3% fuma y el 41,7% son ex fumadores. El 40,3% consume alcohol diariamente y el 29% tiene un consumo moderado/excesivo (> a 3 UU). El 11,3% presenta algún tipo de dislipemia, el 18,3% son diabéticos y el 59% son hipertensos. En cuanto a FRCV no modificables, el 3,7% de la muestra ha presentado algún tipo de evento cerebrovascular. El 4,3% tiene diagnóstico de cardiopatía isquémica. El 59% de la población presenta un ITB en rango patológico diagnóstico de arteriopatía periférica y el 17,3% presentan un ITB en rango de arteriosclerosis.

Discusión. El presente estudio nos muestra la elevada prevalencia de los FRCV modificables. La DM merece una consideración especial, al ser el FRCV que más ha aumentado su prevalencia últimamente. Los estudios más recientes muestran, en general, una prevalencia con valores del 6,7-18,3%. En nuestra muestra se ajusta a estas últimas referencias teniendo un 18,3% de diabéticos. De especial mención es el caso del sobrepeso y la obesidad que llega hasta el 68% y que en cierta forma podría justificar la alta tasa de hipertensos y diabéticos que obtenemos. En el caso de la HTA, nos sorprende la elevada prevalencia de hipertensos, de un 59%, bastante superior a los resultados de otros estudios revisados. Probablemente en relación a las condiciones, hábitos, estilo de vida de una zona rural y también al envejecimiento de la población, y se observa claramente la relación causa efecto entre un IMC elevado e HTA. En nuestro estudio la prevalencia de enfermedad cardiovascular es del 4,3% inferior a la revisada en la literatura que muestra una prevalencia alrededor del 7,5%. La prevalencia de enfermedad cerebrovascular en nuestra muestra es del 3,7% respecto a la que se revisó que está en torno al 4%. Observamos que el 42% tiene un ITB (0,9-1,1), el 15% (0,6-0,9) y el 2% (0,4-0,6), el 17,3% tiene un ITB > 1,3.

Conclusiones. Los resultados del presente estudio muestran una elevada prevalencia de los diferentes FRCV modificables, contrastando ello con la prevalencia a la baja respecto a la lite-

ratura revisada en enfermedad cerebrovascular y cardiopatía isquémica.

RV-7 ESTUDIO DE LA DISFUNCIÓN ENDOTELIAL EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR EL VIH MEDIANTE FLUJIMETRÍA DIGITAL DOPPLER LÁSER (FDDL)

J. Santos Morano¹, M. González Correa², P. Sáez Rosas¹, E. Sánchez Ruiz Granados¹ y A. Grilo Reina¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Cardiología. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla.

Objetivos. Valorar la función endotelial mediante FDDL, en pacientes con infección por el VIH con y sin tratamiento antirretroviral.

Material y métodos. Se realizó un estudio descriptivo transversal en el que se incluyeron pacientes diagnosticados de infección por VIH remitidos a una consulta especializada de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario de Valme. Las variables recogidas fueron por un lado todos los factores de riesgo cardiovascular y datos referentes a la infección por el VIH a través de la historia clínica y los parámetros de función endotelial medidos mediante FDDL. El análisis estadístico se realizó utilizando el programa SPSS 12.0.

Resultados. Se incluyeron en el estudio 18 pacientes con una mediana (Q1-Q3) de edad de 46 (40-48) años de los que el 72% eran varones. La mayoría realizaba tratamiento con un análogo más un no análogo (72%) frente a un análogo más un IP (22%). 1 paciente (5%) no realizaba tratamiento. De los que recibían análogos, 6 (33%) tomaban abacavir. En cuanto a los factores de riesgo cardiovascular, la hipercolesterolemia era el más frecuente (61%) seguido de tabaquismo (55,6%) e hipertrigliceridemia (44,4%). No había ningún paciente hipertenso ni diabético. La mediana del IMC era de 24 (22-26). Por otro lado, la mediana de tiempo de diagnóstico de VIH era de 12 años (10-18) y todos tenían carga viral indetectable y niveles de CD4 por encima de 500. En el análisis univariante el IMC ($p = 0,03$), realizar tratamiento actual con ABC ($p = 0,03$), tiempo total de tratamiento con ABC ($p = 0,01$) y tiempo total de tratamiento con IP ($p = 0,04$) se relacionaban con AH menores. El tratamiento actual con IP no llegó a la significación estadística ($p = 0,09$).

Discusión. Existen múltiples evidencias de que los pacientes infectados por el VIH tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular arteriosclerótica. Dichas evidencias provienen tanto de estudios cuyas variables primarias han sido las propias manifestaciones clínicas de enfermedad como diversos marcadores de arteriosclerosis prematura y disfunción endotelial (flujo mediado por ecografía-doppler -FMD-, FDDL...). En los últimos años están apareciendo numerosos estudios transversales tanto en adultos como en niños, la mayoría con escaso número de pacientes, que evalúan la disfunción endotelial mediante FMD. En estos estudios se observa que la mayor disfunción endotelial en pacientes VIH está relacionada con el propio virus, con los FRCV clásicos y con el TARGA. La relación más clara se da con los inhibidores de la proteasa (IP), aunque hay estudios en sanos en los que no empeora la función endotelial con dichos fármacos. En cuanto a los inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos existen estudios in vitro y en ratas con zidovudina y más recientemente con abacavir (ABC) que demuestran empeoramiento de la función endotelial con respecto a otros antirretrovirales. En la actualidad no existen estudios amplios que estudien la disfunción endotelial mediante FDDL en pacientes infectados con el VIH.

Conclusiones. Los pacientes que tienen una peor función endotelial son aquellos que están en tratamiento con IP o, como se ha visto en estudios recientes, con abacavir y aquellos con un IMC mayor.

RV-8 PREVALENCIA DE LA ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA EN UNA POBLACIÓN RURAL

P. Alcázar Carmona¹, L. Salcedo Jódar², H. Patiño Ortega¹,
M. Martínez Gabarrón¹, H. Ortega Abengózar¹, R. Cicuéndez Trilla¹
y L. Rodríguez Rojas¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Urgencias. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

Objetivos. Estimar la prevalencia de la arteriopatía periférica en una muestra de varones de edades comprendidas entre los 65-80 años. Asociar la presencia de arteriopatía periférica a otros factores de riesgo cardiovascular.

Material y métodos. Se seleccionó de forma aleatoria una muestra de 300 varones de edades comprendidas entre 65-80 años. Mediante el programa estadístico PASS Statistic 18 SPSS se realizó se analizó la prevalencia mediante análisis de frecuencias de la arteriopatía periférica determinada mediante ITB. Se incluyeron los factores de riesgo cardiovascular: HTA, tabaquismo, diabetes mellitus, dislipemia y antecedentes de evento cardiovascular mayor.

Resultados. Respecto al ITB obtuvimos una medición media de 1,09, con una desviación típica de 0,22, mínimo de 0,40 y un máximo de 1,59. Observamos que el 29,7% de la muestra tiene un ITB normal, 52,7% tiene un ITB < 1,1 y un 17,3% presenta unas mediciones de ITB > 1,3. Un 42,7% (n = 128) sujetos presentan un ITB comprendido entre 0,9-1,1. El 17% (n = 51) tienen un ITB por debajo de 0,9. Se observa una asociación de EAP con el hábito tabáquico, tanto si se ha sido fumador como ex-fumador con significación p < 0,018, resultado que se ha obtenido mediante un análisis bivariable mediante pruebas de t de Student.

Discusión. Ante los resultados obtenidos, cabe destacar el impacto de la agrupación y la adición de FRCV (clustering) sobre el riesgo de presentar algún ECV, en este caso Arteriopatía periférica. Del mismo modo, en nuestra muestra los resultados coinciden con diversos estudios acerca de los factores aterogénicos en la comunidad, donde se demuestra la importancia del hábito de fumar como principal factor de riesgo implicado en vasculopatía periférica tanto en fase sintomática como asintomática.

Conclusiones. La prevalencia de arteriopatía periférica medida por ITB en nuestra muestra se ajusta a la encontrada en la literatura. Llama la atención que el 42,7% presenta un ITB entre 0,9-1,1, estadio latente de arteriopatía periférica o estadio asintomático. Dado que la enfermedad aterosclerótica se inicia en etapas tempranas de la vida, es necesario realizar tareas de prevención primaria para disminuir su incidencia y complicaciones en la edad adulta, mediante una estrategia global de prevención, control y tratamiento de los FRCV.

RV-9 SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN OCTOGENARIOS

J. Cabrerizo García¹, M. Martín¹, B. Zalba Etayo² y J. Pérez Calvo¹

¹Servicio de Medicina Interna ²Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Objetivos. Valorar las características y evolución del síndrome coronario agudo en pacientes de 75 o más años.

Material y métodos. Estudio descriptivo de cohortes prospectivo en 161 pacientes de 75 años o mayores ingresados con síndrome coronario agudo con y sin elevación del segmento ST según criterios de la AHA/ACC en el H. Clínico de Zaragoza durante un período de 24 meses consecutivos. Descripción de las principales características y su evolución a corto plazo durante un período de seguimiento de seis meses.

Resultados. La edad media fue de 79,35 años. Algo más de la mitad eran varones: 96 (59,6%) frente a 65 mujeres (40,4%). Los

antecedentes más frecuentes registrados fueron: HTA (65,2%), tabaquismo (17,4%), dislipemia (29,2%) diabetes mellitus (26,7%), insuficiencia cardiaca (8,1%), angor previo (33,5%) e IAM previo (18%). Según la estratificación de riesgo GRACE, el 47,8% pertenecían al grupo de alto riesgo, el 46% al de medio y el 5% al de bajo riesgo. El 44,7% presentaban fracción de eyección normal y el 39,1% deprimida. La función renal media de la muestra era de 61,35 ml/min/1,73 m² (DE 21,8) y el 54% tenían un aclaramiento < 60 ml/min/1,73 m² según la ecuación MDRD-4. En la analítica destacaba una creatinina media de 1,3 mg/dl (DE 0,6), leucocitosis de 10.857,8 cel/mm³ (DE 3.832,2), glucemia 171 mg/dl (DE 75) y fibrinógeno 466,7 mg/dl (DE 169,7). Las enzimas cardíacas estaban elevadas en el 77,6% y la TnI en el 98,1%. Con respecto al segmento ST, 93 pacientes (57,7%) lo tenían elevado. En este grupo se realizaron 49 fibrinolisis y 48 IPC (33,3% primarias, 33,3% tardías y 33,3% de rescate). El 23,6% presentaron arritmias cardíacas durante el ingreso. Durante el período de seguimiento de 6 meses fallecieron 39 pacientes (24,2) y la mayoría, 29 (18%) lo hicieron durante el ingreso. La causa más frecuente de mortalidad, en 17 exitus (10,6%), fue el shock cardiogénico.

Discusión. La esperanza de vida a los 75 años todavía es de 12-13 años. Frecuentemente estos pacientes son excluidos de los ensayos clínicos. Disponemos de menos información sobre las características del síndrome coronario agudo en este colectivo y datos de otros estudios han de extrapolarse a este sector de la población. Los pacientes añosos presentan un perfil clínico más desfavorable y la hipertensión, principalmente sistólica, es el factor de riesgo más frecuente. La función renal, con frecuencia alterada, condiciona el tratamiento y pronóstico.

Conclusiones. La distribución por sexo es similar a diferencia de pacientes más jóvenes. El perfil del anciano es un varón hipertenso, dislipémico, con angor previo, con fracción de eyección frecuentemente conservada y deterioro de la función renal. La mayoría presentan una estratificación de alto riesgo según la escala GRACE. Su manejo es menos agresivo que en el resto de la población. La mortalidad es elevada y se produce sobre todo durante el ingreso. La causa más frecuente de mortalidad es el shock cardiogénico.

RV-10 PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO VASCULAR Y SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR AGUDA INGRESADOS EN UN ÁREA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

V. Manzano Román, M. Escobar Llompert, S. Romero Salado,
R. Corzo Gilabert y O. Mera Gallardo

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).

Objetivos. Nuestro objetivo es conocer la incidencia de este síndrome y cada uno de sus criterios así como de los principales factores de riesgo vascular en los pacientes hospitalizados en el área de especialidades médicas de nuestro hospital que han sido ingresados por un evento cerebrovascular isquémico agudo.

Material y métodos. Estudio transversal donde se revisaron los pacientes ingresados por un evento cerebrovascular agudo en los Servicios de Medicina Interna y Neurología de nuestro centro entre el 1 de marzo y el 31 de mayo de 2010. Se elaboró un protocolo de recogida de datos donde se incluyeron los siguientes ítems: N° de Hª clínica, sexo, edad, peso, talla, IMC, diabetes mellitus conocida, hipertensión conocida, hipercolesterolemia conocida, hipertrigliceridemia conocida, tabaquismo, sedentarismo, perímetro abdominal, HDL-colesterol, nivel de triglicéridos plasmáticos, presión arterial y glucemia plasmática en ayunas. Para el diagnóstico de síndrome metabólico se aplicaron los criterios de la ATP III.

Resultados. Se incluyeron un total de 62 pacientes, 42 varones y 20 mujeres con edades comprendidas entre 41 y 92 años (media: 68,91 años). 35 pacientes (56,45%) cumplían criterios de síndrome metabólico. El criterio más prevalente fue la presencia de HDL-colesterol patológico (< 40 en varones o 50 en mujeres) presente en el 85,71% de los pacientes con dicho síndrome. 33 pacientes (53,22%) del total y 25 pacientes (71,42%) de quienes cumplían criterios de SM presentaban perímetro abdominal alterado (> 102 cm en varones o 88 en mujeres). De los 35 pacientes diagnosticados de SM, 18 (51,42%) cumplían 3 criterios diagnósticos, 13 (37,14%) 4 criterios y 4 (11,42%) cumplían la totalidad de criterios para SM. Analizando los factores de riesgo vascular obtenemos que el 45,16% eran diabéticos, el 66,12% hipertensos, 46,77% afectados de hipercolesterolemia, 38,70% con hipertrigliceridemia, 70,96% con tabaquismo activo o ex-fumadores, 45,16% sedentarios. 39 pacientes (62,9%) presentaban IMC > 30 y por tanto, al menos, obesidad grado I.

Discusión. En nuestra serie objetivamos una alta incidencia de pacientes que cumplían criterios de síndrome metabólico llegando al 56,45% del total. Desglosando los factores de riesgo vascular más prevalentes destaca la alta incidencia de tabaquismo activo o ex-tabaquismo de los enfermos ingresados por evento cerebrovascular isquémico agudo que llega a superar el 70% del total así como de hipertensión (66,12%), diabetes mellitus y sedentarismo (ambos con 45,16%). Igualmente llamativa la alta incidencia de obesidad con más de un 62% de pacientes con IMC por encima de 30.

Conclusiones. La incidencia de síndrome metabólico es elevada en nuestra serie en la que el tabaquismo, la hipertensión arterial, la diabetes y el sedentarismo están relacionados con el desarrollo de eventos cerebrovasculares. Igualmente encontramos correlación entre obesidad y riesgo ictus. El diagnóstico de síndrome metabólico parece identificar un riesgo vascular adicional sustancial por encima de la consideración de los factores de riesgo individuales. Es preciso un mejor conocimiento del síndrome y sus consecuencias al demostrarse que estos pacientes sufren un riesgo de mortalidad cardiovascular 2-3 veces superior al de la población general.

RV-11 DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON Y SIN ELEVACIÓN DEL ST EN NUESTRO MEDIO

J. Cabrerizo García¹, M. Matía¹, B. Zalba Etayo² y J. Pérez Calvo¹

¹Servicio de Medicina Interna ²Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Objetivos. Conocer las características y evolución del SCASEST y SCACEST en nuestro medio.

Material y métodos. Estudio descriptivo de cohortes prospectivo de 559 pacientes atendidos por síndrome coronario agudo con y sin elevación del segmento ST de alto riesgo durante 24 meses consecutivos y seguimiento de 6 meses en el H. Clínico de Zaragoza.

Resultados. 351 (62,8%) con SCACEST y 208 con SCASEST (37,2%). Los grupos etarios más frecuentes en ambos casos fueron entre 66-80 años (41,9% y 46,6% respectivamente) y entre 50-65 años (31,3% y 33,7%). El grupo < 50 años era de 17,4% en SCACEST y 11,1% para SCASEST. En el grupo de más edad (> 80 años): 9,4% tenían SCACEST y 8,7% SCASEST. Varones: el 79% y 75% respectivamente. Como antecedentes registrados en más ocasiones destacar: HTA en 50,7% y 63,5% (p = 0,02), tabaquismo en 47,3% y 37% (p = 0,01), dislipemia en 41,9% y 52,4% (p = 0,01) y diabetes en 17,7% y 28,8% (p = 0,002). Presentaron antecedentes de angor e insuficiencia cardiaca con mayor frecuencia los pacientes con SCASEST (p < 0,05). La fracción de eyección deprimida y las arritmias, sin embargo, se objetivaron en mayor porcentaje de los SCACEST con p < 0,05. Fallecieron el 8% y el 7,7% en el ingreso y el 3,1% y 5,2% a los 6 meses, con p no significativa. Si hubo diferencias en la detección de eventos durante los seis meses (angor,

relAM y/o insuficiencia cardiaca) siendo más frecuentes en el SCASEST (22,6% frente al 16%, p = 0,033).

Discusión. La relación entre SCASEST y SCACEST ha cambiado con el tiempo y la tasa de SCASEST ha ido aumentando con respecto a la del SCACEST. La mortalidad en el ingreso es superior en el SCASEST y conforme pasa el tiempo la diferencia se iguala e incluso es superior en el SCASEST. Los pacientes con SCASEST tienden a ser más mayores, con más comorbilidades y mayor grado de enfermedad vascular y coronaria.

Conclusiones. 1. El SCA predomina en el sexo masculino. 2. Conforme se incrementa la edad la frecuencia de SCASEST es mayor. 3. Los pacientes con SCASEST presentan mayor número de factores de riesgo y enfermedad cardiovascular previa. 3. La depresión de fracción de eyección y la presencia de arritmias se relacionan más con SCACEST. 4. No hallamos diferencias significativas en la mortalidad a los seis meses de seguimiento.

RV-12 FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA COHORTE DE PACIENTES VIH

M. Matía Sanz, R. Pelayo Cacho, L. Clavel Conget, M. Aibar Aguerri, P. Martín Fortea, M. Callejo Plaza, C. Gómez del Valle y M. Bucard Bariud

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

Objetivos. Debido a la disminución de la morbi-mortalidad de la población VIH desde la introducción de la terapia de alta resolución (TARGA), serías complicaciones no infecciosas, tales como enfermedad cardiovascular, están aumentando y son objeto de estudio en la actualidad. El objetivo del estudio es analizar los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) clásicos y emergentes en una muestra de pacientes VIH y comparar estos resultados con la cohorte multidisciplinar DAD.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de una muestra de pacientes seleccionados al azar diagnosticados de infección por VIH que son tratados mediante TARGA y son controlados en las consultas del servicio de Infecciosos del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas y analíticas para su estudio y se utilizó para su análisis el programa estadístico SPSS.

Resultados. La muestra se compuso de un total de 39 pacientes con un 71,8% de varones y un 28,2% de mujeres con una edad media de 48 años (DE 7,05). El 17,9% presentó enfermedad cardiovascular sintomática en forma de accidente cerebrovascular isquémico (ACV) sin encontrarse en ningún otro paciente síndrome coronario agudo ni enfermedad arterial de las extremidades inferiores. El porcentaje de FRCV que presentaron fueron: antecedentes familiares en 30,8%, tabaquismo en 87,2%, obesidad en 2,56%, sedentarismo en 28,2%, hipertensión arterial en 15,4%, diabetes mellitus en 5,1%, hipercolesterolemia en 15,4%, hipertrigliceridemia en 25,6% y lipodistrofia en 46,2%. El tiempo medio desde el diagnóstico de infección por VIH fue de 16,4 años (DE 5,18), el tiempo desde el inicio de TARGA de 13,1 años (DE 3,76) y el tiempo desde el inicio de inhibidores de proteasas de 90 meses (DE 3,76). Respecto al subgrupo de pacientes con eventos isquémicos el porcentaje de tabaquismo (100%), sedentarismo (42,9%), hipertensión arterial (57,1%), hipercolesterolemia (28,65), hipertrigliceridemia (42,9%) y lipodistrofia (57,1%) fueron mayores que sobre el total de la muestra, además de encontrar niveles de IL-6 más elevados: 68,5 pg/ml (DE 29,7) en este subgrupo sobre el total 25,7 pg/ml (DE 26,3). Destaca la elevada prevalencia de FRCV con una media de 2,44 (DE 1,19) en el total de la muestra y de 3,29 (DE 1,38) en la población que presentó eventos isquémicos y la existencia de al menos 2 FRCV en el 82,05% del total de la muestra y del 100% de los casos con episodios isquémicos.

Discusión. Las características demográficas de los pacientes incluidos en nuestro estudio se muestran algo diferentes a las descritas en las principales series europeas y norteamericanas. Si comparamos nuestros datos con los resultados del estudio DAD observamos una mayor prevalencia de tabaquismo, antecedentes familiares, HTA y diabetes mellitus y en cambio, menor índice de obesidad. En lo relativo a la dislipemia las frecuencias son similares. Se objetiva también que el tabaco es el factor de riesgo más prevalente, con una frecuencia mucho mayor que en la población general, por lo que constituye el principal factor a controlar. El porcentaje del 17,9% de frecuencia de ACV es bastante elevado en comparación con otros trabajos y llama la atención la ausencia de otros eventos cardiovasculares en nuestra serie.

Conclusiones. El estudio confirma en nuestra muestra la alta prevalencia de eventos cardiovasculares en pacientes VIH y el elevado número de FRCV que presenta esta población siendo el tabaco el más frecuente.

RV-13

IMPACTO DEL FILTRADO GLOMERULAR EN LA SUPERVIVENCIA A LARGO PLAZO TRAS UN PRIMER EPISODIO DE ICTUS

L. Mérida-Rodrigo, M. Marcos-Herrero, F. Poveda-Gómez, F. Moreno-Martínez, R. González-Vega, L. Hidalgo-Rojas y J. García-Alegria

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

Objetivos. Conocer las características y la asociación entre el filtrado glomerular (FG) y la supervivencia tras un primer episodio de ictus isquémico a largo plazo.

Material y métodos. Estudio de cohortes retrospectivo de todos los pacientes ingresados. Período de inclusión: 1/01/1998 al 31/12/2002. Período de seguimiento: 5-10 años (promedio 66 meses). Variables del estudio: demográficas, analíticas, y evolutivas. Análisis del registro de mortalidad del Índice Nacional de Defunciones. Criterios de exclusión: extranjeros, episodio previo ictus, ictus hemorrágicos. Fin de seguimiento a 31/12/2007. Se usó t-Student para cuantitativas y Chi-cuadrado para cualitativas.

Resultados. Se incluyeron 415 casos, siendo el 73,5% (n = 305) aterotrombótico (AT) y el 26,5% (n = 110) cardioembólicos (CE). Predominó el sexo masculino (Global: 60%. AT 67% vs CE 40%, p < 0,001). Entre los antecedentes destacan diabetes mellitus 31% (AT 33% vs 24,5%, p = NS), hipertensión arterial 54% (AT 55% vs CE 52% p = NS), dislipemia 20% (AT 23% vs CE 11%, p = 0,04) e insuficiencia cardíaca 39% (AT 6,2% vs CE 18%, p < 0,001). Entre las variables analíticas presentaban un filtrado glomerular medio de 81,04 ml/h (IC95% 59,6-108,45) (AT 82,4 ml/h, IC95% 55,3-109,6 vs CE 77 ml/h, IC95% 49,2-104,8, p = NS). Tuvieron filtrado glomerular < 60ml/h tras el ingreso durante el seguimiento 111 pacientes (27,3%). Del total presentaban FG > 60 ml/h el 27% (n = 112) (AT 28% vs CE 24%; p = NS), entre 30-60 ml/h 24,8% (n = 101) (AT 22 vs CE 31, p = NS) y menor a 30ml/h el 22% (n = 101) (AT 2,3% vs CE 2,8%; p = NS). Para el total de la muestra la mortalidad fue del 44,6% (42,5% AT vs 57,5% CE). Del total de enfermos fallecidos el 26,4% (n = 113) presentaban insuficiencia renal, de los que el 39% (n = 43) tenían un aclaramiento < 60 ml/h p < 0,001). Se apreció una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de un mayor deterioro de la función renal y una peor evolución por cada 10 años de seguimiento (OR 11,1 IC95% 5,7-16, p < 0,001), aunque ajustándolo por edad, sólo existe asociación con mayores de 80 años (vivo 47,4% vs exitus 65,5%, p = 0,011). Se aprecia una correlación lineal entre edad, filtrado glomerular y mortalidad, con significación estadística (p < 0,001).

Conclusiones. 1. Tras un primer ictus, el hecho de presentar durante el seguimiento un deterioro del filtrado glomerular, se asocia

de manera significativa con un peor pronóstico vital, sobre todo en pacientes de edad avanzada. 2. La enfermedad renal es una manifestación más de lesión de órgano diana en pacientes con alto riesgo vascular, que cursa de manera silente, siendo necesario un enfoque global de los pacientes afectados por un evento cerebrovascular para incrementar la supervivencia.

RV-14

CARACTERÍSTICAS BASALES Y SUPERVIVENCIA TRAS UN PRIMER EPISODIO DE ICTUS CARDIOEMBÓLICO

L. Mérida Rodrigo, M. Núñez Rodríguez, F. Poveda Gómez, J. de la Torre Lima, M. Noureddine López, A. del Arco Jiménez y J. García Alegria

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

Objetivos. Conocer las características y factores asociados a mortalidad tras un primer ictus cardioembólico (CE) a largo plazo.

Material y métodos. Estudio de cohortes retrospectivo. Período de seguimiento: 5-10 años (promedio 58 meses). Variables del estudio: demográficas, terapéuticas y evolutivas. Análisis del registro de mortalidad del IND. Criterios de exclusión: extranjeros, episodio previo ictus, ictus hemorrágicos. Se usó t-Student para cuantitativas y Chi-cuadrado para cualitativas.

Resultados. Se incluyeron 110 pacientes, con edad media de 73 años (IC95% 62-84 años), el 40% (n = 44) fueron varones. El seguimiento medio fue de 58 meses (IC95% 15-101). Presentaban diabetes mellitus 24,5%, hipertensión arterial 52%, dislipemia 11%, insuficiencia cardíaca 18,2% y diagnóstico previo de fibrilación auricular el 41% (n = 45), de los que 77,7% (n = 35) eran crónicas (FAC) y el resto paroxísticas (FAP). Estaban anticoagulados el 23,3% (n = 15) con INR medio de 1,6 (IC95% 1-2,2), estando 35,5% (n = 16) antiagregados y el resto sin tratamiento. La hemiplejía (26,4%), la hemiparesia (51,8%) y la alteración del nivel de conciencia (20%) fueron las manifestaciones más frecuentes. En cuanto a los test complementarios presentaron FA en el electrocardiograma 103 pacientes (92,7%), signos de isquemia aguda en el TC de ingreso en el 73,4% (n = 80) de los casos. Al alta recibieron tratamiento anticoagulante un 57,3% (n = 63) y antiagregante el 43,7%, IECAs se utilizaron en el 42,7% y ARA-II en el 9%. En la tabla se muestra las variables asociadas a mortalidad. La mortalidad al año fue del 23%, a los 5 años del 47% y al finalizar el seguimiento el 57,3% (n = 63) pacientes, el 40% (n = 24) fue por el ictus inicial y un 18% (n = 11) por un nuevo ictus.

Conclusiones. El ictus CE posee una elevada mortalidad tras 10 años de seguimiento. El ictus como primera manifestación clínica de la FA, hace que debamos estar más alerta en esta patología. En el momento del diagnóstico el INR está infraterapéutico en un elevado porcentaje de pacientes.

Tabla 1 (RV-14). Variables asociadas a mortalidad en el ictus cardioembólico

Variable	OR	IC-95%	p
Diabetes	1,6	1,2-2,2	0,02
B-bloq	0,33	0,3-0,8	< 0,001
Estatinas	1,79	1,5-2,1	0,05
Hemiplejía	1,49	1,1-2,0	0,001
Alteración visual	1,46	1,08-1,98	0,03
I. renal III/IV	1,3	1,09-2,23	< 0,001
Dilatación AI	2,25	0,6-6,27	0,055
Isquemia aguda TC	1,68	1,02-2,75	0,03
Edema perilesional	1,88	1,5-2,2	0,007
Anticoagulación	0,56	0,4-0,7	< 0,001

RV-15 HIPERTRIGLICERIDEMIA GRAVE EN POBLACIÓN AMBULATORIA

E. García Peñalver¹, P. Jiménez López¹, T. de Haro Muñoz²,
A. Poyatos Andújar³, I. Pérez Jiménez¹, R. Granados Valverde¹,
M. Abarca Martínez¹, M. Mérida Fernández¹ y B. Gil Extremera¹

¹Unidad de Hipertensión y Lípidos. Servicio de Medicina Interna,
²UGC de Laboratorios, ³Análisis Clínicos. Hospital Universitario
San Cecilio. Granada.

Objetivos. Estudio descriptivo de pacientes del Hospital Clínico San Cecilio que presentan valores de triglicéridos por encima de 500 mg /dl. Periodo del estudio 2006-2009. Se analiza la relación existente entre triglicéridos, sexo y edad.

Material y métodos. De 2.524 pacientes del Hospital Clínico San Cecilio que presentaron valores elevados (entre 500 y 4.950 mg/dl) de triglicéridos, el 94% (2.378) presentaron cifras entre 500 y 1.500 mg/dl. Para este grupo de pacientes estudiamos mediana de edad, intervalo de edad y diferencias entre valores de triglicéridos, edad y sexo.

Resultados. Para el grupo en estudio, la media de triglicéridos es de 706 ± 209 mg/dl, el 70% son hombres, la media de edad es de 56 ± 14 años y el intervalo de edad que presenta una mayor frecuencia es 50-74 años. Para los distintos intervalos de triglicéridos existen diferencias estadísticamente significativas (p = 0,005) entre hombres y mujeres. También se obtienen diferencias significativas (p < 0,01) entre los distintos intervalos de edad entre hombres y mujeres. Mientras que el 93% de los hombres tienen edades entre los 25 y 74 años; casi el 80% de las mujeres son mayores de 50 años. Otro dato a destacar es que para todos los intervalos de edad el porcentaje de hombres es siempre mayor, salvo en el caso de los mayores de 74 años, donde las mujeres presentan un mayor porcentaje.

Discusión. Apenas hay aportaciones en la literatura médica de casos de hipertrigliceridemia con valores tan elevados como los aquí reseñados, lo que hace prestar una atención mayor a este importante factor de riesgo cardiovascular.

Conclusiones. 1. De los pacientes que presentan valores elevados de triglicéridos, una gran mayoría son hombres. 2. La frecuencia mayor se encuentra en las edades entre 50-74 años. 3. En la edad superior a 74 años, el porcentaje de mujeres es mayor.

RV-16 LA EVALUACIÓN DEL BENCHMARKING PARA LA MEJORA DEL MANEJO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2: METODOLOGÍA Y DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA ESPAÑOLA

C. Brotons¹ y M. Tafalla²

¹Unidad de Investigación. EAP Sardenya-IIB Sant Pau. Barcelona.
²Departamento Médico. AstraZeneca. Madrid.

Objetivos. Las complicaciones micro y macrovasculares de la diabetes tienen un importante impacto sobre la supervivencia, la calidad de vida y los costes sanitarios. Los tratamientos e intervenciones efectivas reducen esta carga y mejora la calidad de los cuidados de los pacientes. El benchmarking o retroalimentación es un proceso en el que se comparan los resultados de alguien con los de otras personas. La aplicación formal del benchmarking, que fue desarrollada por Xerox en la década de 1980, es una innovación relativamente moderna en los estudios de gestión de calidad. Los métodos de retroalimentación, en los que los médicos reciben informes sobre su rendimiento en comparación con el rendimiento medio de un grupo de colegas, han sido muy utilizados y estudiados. Según una de las teorías en las que se basan estos métodos, la observación de la actuación personal dentro del contexto de la actuación de los colegas es un potente motivador del cambio. Se ha demostrado que la retroalimentación con guías o marcadores de calidad como indi-

cadore de referencia de los resultados o intervenciones también mejora la calidad del cumplimiento de las guías de práctica clínica y otras áreas de gestión. El objetivo principal del estudio es demostrar que el benchmarking mejora la calidad de la asistencia al paciente, en especial el control de la diabetes, los lípidos y la presión arterial, mediante la determinación del porcentaje de pacientes del grupo de benchmarking que alcanzan los objetivos predeterminados para la HbA1c, el colesterol LDL y la presión arterial frente al grupo control (grupo sin benchmarking) tras un seguimiento de doce meses.

Material y métodos. España es uno de los 6 países participantes en el estudio OPTIMIZE, junto con Reino Unido, Grecia, Portugal, Bélgica y Luxemburgo. Los pacientes debían ser diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2 con o sin tratamiento. Los parámetros de interés a evaluar fueron el porcentaje de pacientes que alcanzaban los valores objetivo definidos por las Guías Europeas (2007) para HbA1c (< 7%), LDL-C (< 80 mg/dl) and PAS (< 130 mmHg). Los médicos fueron asignados aleatoriamente a recibir feedback sobre sus resultados en comparación con los de los otros participantes de forma anónima o al grupo control (razón 3:1).

Resultados. En España se incluyeron 310 pacientes, 255 pertenecientes a los médicos del grupo de benchmarking (recibieron retroalimentación) y 55 al grupo control. El 52,9% de los pacientes eran varones y el 77,4% ≥ 60 años. No se encontraron diferencias relevantes en los grupos de estudio. Sólo el 32,6% tenían cifras de colesterol LDL < 100 mg/dl, el 43,3% HbA1c ≤ 7% y el 23,6% PA sistólica < 130 mmHg. Sólo el 1,3% de los pacientes tenían las tres medidas en rangos de control clínico.

Discusión. La ausencia de diferencias relevantes en las características de los pacientes entre los grupos asegura su comparabilidad. En general el nivel de control basal de HbA1c, colesterol LDL y PAS es altamente mejorable.

Conclusiones. Los resultados clínicos en los pacientes podrían verse mejorados con la puesta en marcha de modelos de gestión asistencial innovadores como el benchmarking. Cualquier nuevo modelo debe ser, no obstante, evaluado por medio de estudios aleatorizados para demostrar su efectividad.

RV-17 ANALYSIS OF VASCULAR RISK FACTOR IN A DIABETIC POPULATION

N. Loureiro¹, G. Joana¹, A. Isabel¹, P. Paula² y F. Graça¹

¹Internal Medicine Service, ²Cardiology Service. Tâmega and Sousa
Medical Center-Padre Américo Unit. Penafiel (Portugal).

Objectives. The increase in the prevalence of Diabetes mellitus (DM) and the elevated morbidity and mortality associated to this disease result from macrovascular complications. It is extremely important to control the variable risk factors existing in this population, like hyperglycemia, blood pressure, and the lipid profile, which ultimately defines what is called metabolic syndrome. Thus, the early treatment and the rigorous control of these factors may contribute to an improvement in the quality of life of the diabetic population and a significant reduction in terms of health care costs. This work intends to characterize the main vascular risk factors of diabetic patients hospitalized in the Internal Medicine and Cardiology Service of Tâmega and Sousa Medical Center.

Material and methods. Transverse retrospective study comprising 269 patients, over 18 years old, hospitalized in the Internal Medicine and Cardiology Service with DM type 2 diagnosis during the first quarter of 2008. Data collection utilizing the clinical process, in which the following pieces of information were extracted: age, sex, high blood pressure and dyslipidemia antecedents, current treatment (insulin and/or oral anti-diabetics; statin, and/or "non-statin" [nicotinic acid, ezetimibe or fibrates] and anti-platelet); ana-

lytical values for total cholesterol and HDL and LDL fractions, triglycerides and HbA1c.

Results: From the 269 patients hospitalized with DM type 2 diagnosis, 103 patients were excluded, for not presenting in the clinical process any register of the variables being studied, resulting a final population of 166 patients. It was verified that there were no differences related to gender. The ages varied from 40 to 92 years old, and the average found was 67 years of age. Blood hypertension was present in 85.5% of the patients. Around 37% of the patients studied presented dyslipidemia, and from those without a known diagnosis of dyslipidemia (63%), 37% presented LDL > 100 mg/dL. From all the patients under anti-hyperlipidemic treatment, more than half presented LDL > 70 mg/dL (55%), and in 27.4% the level of LDL was over 100 mg/dL. About 45% of the patients treated presented LDL < 70mg/dL and all of them had been medicated with either statin itself or a combined treatment. Regarding the HDL cholesterol fraction, it was verified that most of the patients (around 89%) presented low values. Regarding the glycemic profile and the hypoglycemic treatment, it was observed that 10.2% of the diabetic patients hadn't been medicated with oral anti-diabetics and/or insulin and that most of them (76.5%) presented HbA1c > 6.5%. From all the patients under treatment, only 27% presented HbA1c < 6.5%, most being medicated with oral anti-diabetics. Only 47% of the patients had been medicated with anti-platelets.

Discussion. The vast majority of the patients presented blood hypertension and nearly a third was known to have dyslipidemia. Through the analysis of the data collected it was verified that there is a poor control of the vascular risk factors in the diabetic population being studied. Although under treatment, a large number of diabetic patients presented poor glycemic and lipidic control, and more than half of these patients weren't under the protection of the anti-platelet.

Conclusions. The authors conclude that in spite of having well-defined objectives in the guidelines for the treatment of diabetes, we still notice the poor rate of patients under control and the necessity of greater commitment on the part of all health professionals, not neglecting that the patient will need a more active participation in the treatment, in order to have better results.

RV-18 EFECTO COMPARATIVO ENTRE OLMESARTÁN Y LERCANIDIPINO SOBRE LAS VARIACIONES NOCTURNAS DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL NO CONTROLADA

F. Muñoz Rodríguez¹, J. Murillo Sanchis², R. Canals Febrer¹, J. Tricas Leris¹, E. Mauri Nicolás¹, B. Vilaseca Arroyo¹, P. Vázquez¹ y J. Vilaseca Bellsolà¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Endocrinología. Fundació Privada Hospital de Mollet. Mollet del Vallès (Barcelona).

Objetivos. Comparar la eficacia de olmesartán y lercanidipino en el control de la presión arterial (PA) en pacientes hipertensos no controlados según el momento de su administración. Analizar la capacidad de ambos fármacos para modificar el perfil "non-dipper" y revertir dicho patrón en patrón "dipper".

Material y métodos. Se seleccionaron pacientes con hipertensión arterial (HTA) previamente conocida con o sin tratamiento farmacológico y que no estuviesen correctamente controlados mediante una monitorización ambulatoria de la presión arterial (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. Los pacientes con un patrón "dipper" o "extreme dipper" recibieron olmesartán o lercanidipino en dosis matutina. Los pacientes con patrón "non-dipper" o "riser" recibieron olme-

sartán o lercanidipino en dosis única al ir a dormir. Tras 12 semanas se repitió la MAPA.

Resultados. Se incluyeron en el estudio 75 pacientes (61% hombres) con una edad media de 62 (11) años. Antes de la intervención terapéutica los patrones circadianos fueron: "Extreme dipper" 8%, "Dipper" 33%, "Non-dipper" 43% y "Riser" 16%. 36 pacientes recibieron olmesartán y 39 lercanidipino. La administración de olmesartán en dosis matutina respecto a la toma vespertina supuso una mayor reducción de la PAD en la consulta (-17 vs -7,1 mmHg, p = 0,01), PAS (-20,5 vs -11,4 mmHg, p = 0,03) y PAD (-14,5 vs -8,2 mmHg, p = 0,03) durante las 24 horas, PAS (-22,4 vs 10,3 mmHg, p = 0,01) y PAD durante el día (-15,4 vs -8,3 mmHg, p = 0,02). En el 47% de los pacientes se modificó el patrón circadiano de la PA y la administración nocturna condicionó un cambio favorable en el patrón en mayor porcentaje (72,7% vs 16,7%; p = 0,05). La administración de lercanidipino en dosis vespertina respecto a la toma matutina supuso una mayor reducción de la PAS durante las 24 horas (-17,4 vs -10,8 mmHg; p = 0,04), PAS (-23,3 vs -0,6 mmHg; p < 0,001) y PAD (-10,2 vs -0,9 mmHg; p < 0,001) durante la noche. En el 72% de los pacientes se modificó el patrón circadiano de la PA y la administración nocturna de lercanidipino condicionó un cambio de patrón favorable en una mayor proporción de pacientes (89,5% vs 11,1%; p < 0,001). Cuando comparamos ambos antihipertensivos en dosis única matutina observamos una mayor reducción con olmesartán de la PAS durante las 24 horas (-20,5 vs -10,8 mmHg; p = 0,01) y PAS durante la noche (-14,9 vs -0,6 mmHg; p < 0,001). Se produjo un cambio de patrón en el 50% de los pacientes y éste fue desfavorable en el 86,7% de las ocasiones sin diferencias entre ambos antihipertensivos. Al comparar la administración vespertina de ambos fármacos, observamos un efecto hipotensor similar, excepto una mayor reducción con lercanidipino de la PAS durante el periodo nocturno (-23,3 vs -14,1 mmHg; p = 0,02). Se observó un cambio de patrón en el 67% de los pacientes y éste fue favorable en el 83,3% de los casos, aunque sin diferencias entre olmesartán y lercanidipino.

Conclusiones. Olmesartán parece tener un efecto hipotensor más potente cuando se administra por la mañana, aunque la toma nocturna permite revertir el patrón circadiano de la PA hacia un patrón más fisiológico. Lercanidipino parece tener un efecto hipotensor más potente cuando se administra por la noche y consigue restaurar el patrón circadiano fisiológico de forma significativa. Olmesartán tiene un efecto hipotensor más prolongado que lercanidipino a lo largo de las 24 horas.

RV-19 ASOCIACIÓN ENTRE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y EVENTOS ISQUÉMICOS EN VIH

M. Matía Sanz, R. Pelay Cacho, L. Clavel Conget, M. Navarro Aguilar, M. Iguzquiza Pellejero, M. Serrano Herrero, C. Gómez del Valle y M. Aibar Arregui

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

Objetivos. Analizar la asociación entre los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) clásicos y emergentes en una muestra de pacientes VIH con los eventos isquémicos que han presentado, así como conocer el efecto del tratamiento antirretroviral sobre el metabolismo lipídico e hidrocarbonado, los niveles de citoquinas, la situación inmunológica del paciente y la carga viral.

Material y métodos. Estudio observacional retrospectivo analítico longitudinal de una muestra de 39 pacientes seleccionados al azar diagnosticados de VIH que son controlados en el servicio de Infecciosos del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

Resultados. Tras el análisis estadístico de las variables se obtuvo la existencia de una asociación estadísticamente significativa entre ACV e HTA (p = 0,03) y ACV y mortalidad (p = 0,008) y una tendencia

entre ACV y antecedentes familiares ($p = 0,19$), obesidad ($p = 0,12$), IL6 ($p = 0,09$) y número de FRCV ($p = 0,053$). Los niveles de IL6 se correlacionaron significativamente de forma positiva con los años de infección por VIH ($p = 0,01$) pero no con los años de tratamiento. También se observó una tendencia positiva entre los niveles de IL6, carga viral y lipodistrofia. Respecto a la relación entre la alteración del metabolismo lipídico y el tiempo de infección por VIH y el tiempo de tratamiento con TARGA se observó una asociación positiva aunque no estadísticamente significativa con la hipercolesterolemia ($p = 0,08$ y $p = 0,11$ respectivamente). También se analizó la repercusión de varios años de tratamiento sobre los niveles de colesterol, TG, metabolismo hidrocarbonado y citoquinas, objetivándose una elevación estadísticamente significativa de los valores de colesterol ($p = 0,02$) y TG ($p = 0,009$), una disminución estadísticamente significativa de los niveles de IL1 ($p = 0,005$), IL4 ($p = 0,01$) y IL6 ($p = 0,000$) y una tendencia a disminuir los valores de IL2 ($p = 0,12$), IL12 ($p = 0,10$) y TNF ($p = 0,06$).

Discusión. Recientes publicaciones apuntan que la enfermedad cardiovascular en pacientes VIH es un proceso multifactorial y complejo en el que se asocia la interacción del virus con el huésped y los efectos del tratamiento antirretroviral. Como es evidente, en nuestro trabajo se comprobó la asociación de eventos isquémicos con los FRCV clásicos (HTA, antecedentes familiares y obesidad), así como su mayor prevalencia en este último grupo. También se observó, una relación entre los niveles de colesterol y el tiempo de infección y TARGA (tendencia). Datos muy interesantes se observan en cuanto al papel de la inflamación como mediador del riesgo CV de los pacientes VIH. De acuerdo con el estudio SMART que sugiere un posible nexo de unión entre estos factores, en nuestra muestra se observan niveles más elevados de citoquinas proinflamatorias (IL1, IL2, IL6, L12 y TNF) previo al tratamiento con TARGA. Además, respecto a la IL6 se obtuvo una asociación significativa con el tiempo de infección y una tendencia con lipodistrofia y los casos de ACV. Estos resultados, abren paso a futuras áreas de investigación en VIH y enfermedad cardiovascular, sin olvidar la importancia de la detección y control de los FRCV tradicionales en esta población.

Conclusiones. El estudio confirma en nuestra muestra, la alta prevalencia de eventos cardiovasculares en pacientes VIH y su asociación a los FRCV clásicos (HTA), así como a una posible implicación de otros factores emergentes (IL6) y su interacción con el propio virus y el tratamiento.

RV-20 IS THE AVERAGE FASTING BLOOD GLUCOSE LEVEL A GOOD PARAMETER FOR EXCLUDING DISGLYCEMIA IN PATIENTS WITH STRESS HYPERGLYCEMIA ADMITTED IN AN INTERNAL MEDICINE WARD?

J. Figueira-Coelho, O. Pereira, I. Agudo, B. Picado, P. Mendonça y J. Neves-Costa

Medicine I. Hospital Curry Cabral. Lisboa, Portugal.

Objectives. Patients admitted in the Internal Medicine ward frequently present stress hyperglycemia. It is usually difficult to understand if these patients have diabetes or prediabetes, in order to recommend and plan a preventive attitude after discharge. The American Diabetes Association (ADA) suggests, in the 2010 guidelines, and based in the ADAG study, that a HbA1c 5.7 - 6.4% should diagnose pre-diabetes and that a HbA1c \geq 6.5% indicates diabetes. Therefore, an HbA1c $<$ 5.7% excludes disglycemia. The objective of this study was to evaluate if the average of fasting blood glucose levels during the hospital stay of these patients could exclude patients without disglycemia based on a cutoff value, and if this cheaper parameter would be equivalent to the diagnosis based on HbA1c.

Material and methods. Over a period of 6 months, a total of 119 patients were admitted to our working group in an Internal Medi-

cine ward. Of these, 87 were excluded because they already had the diagnosis of Diabetes or Prediabetes on admission. The remaining 32 were included in the study. The patients were on a normocaloric padronized diet, no dextrose containing intravenous solutions or insulin was administered, and none of the patients was on corticotherapy or any drug known to alter glucose metabolism. The HbA1c on the admission day was determined by HPLC/DCCT method. The blood glucose levels at 6h (fasting) were measured, on each day of hospital stay, with a blood glucose monitor using test strips. The average of fasting blood glucose levels was then calculated.

Results: The 32 patients were all Caucasian, had an average age of 72.8 years old (68-88), 40.6% were male; 24 had HbA1c $<$ 5.7% (4.8 - 5.6) and 8 had HbA1c 5.7-6.4% (5.2-6.3), with single fasting blood glucose levels 74-171 mg/dL and 76-216 mg/dL, respectively. None of the patients had HbA1c $>$ 6.5%. The lowest average fasting blood glucose level obtained in the HbA1c 5.7-6.4% group was 110.3 mg/dL; 50% of the patients in the HbA1c $<$ 5.7% group had average fasting blood glucose levels below 110.3 mg/dL. These results were independent of patient age, sex, admission diagnosis and duration of hospital stay.

Discussion. Based on the diagnosis of Diabetes by the HbA1c value, as proposed by ADA, an averaged fasting blood glucose value below 110mg/dL can only exclude disglycemia in 50% of patients admitted in the Internal Medicine ward.

Conclusions. Despite being a cheaper method when compared to the measurement of HbA1c, the average fasting blood glucose level is an inadequate test for excluding disglycemia in patients admitted in the Internal Medicine ward, who potentially present stress hyperglycemia.

RV-21 PREVALENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO Y FACTORES DE RIESGO VASCULAR EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO INGRESADOS EN ÁREAS DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

R. Corzo Gilabert, M. Escobar Llompert, O. Mera Gallardo y V. Lechuga Flores

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).

Objetivos. Nuestro objetivo es conocer la incidencia los principales factores de riesgo vascular así como de síndrome metabólico y cada uno de sus criterios en los pacientes hospitalizados en el área de especialidades médicas de nuestro hospital que han sido ingresados por síndrome coronario agudo.

Material y métodos. Estudio transversal donde se revisaron los pacientes ingresados por síndrome coronario agudo en los Servicios de Medicina Interna y Cardiología de nuestro centro entre el 1 de marzo y el 31 de mayo de 2010. Se elaboró un protocolo de recogida de datos donde se incluyeron los siguientes ítems: N° de Hª clínica, sexo, edad, peso, talla, IMC, diabetes mellitus conocida, hipertensión conocida, hipercolesterolemia conocida, hipertrigliceridemia conocida, tabaquismo, sedentarismo, perímetro abdominal, HDL-colesterol, nivel de triglicéridos plasmáticos, presión arterial y glucemia plasmática en ayunas. Para el diagnóstico de síndrome metabólico se aplicaron los criterios de la ATP III.

Resultados. Se incluyeron un total de 63 pacientes, 39 varones y 24 mujeres con edades comprendidas entre 38 y 89 años (media: 68,80 años). 36 pacientes (57,14%) cumplían criterios de síndrome metabólico. Los criterios más prevalentes fueron la presencia de glucemia plasmática basal alterada y HDL-colesterol patológico ($<$ 40 en varones o 50 en mujeres) presente en el 61,90% de los pacientes con dicho síndrome. 34 pacientes (58,73%) del total de enfermos presentaban perímetro abdominal alterado ($>$ 102 cm en varones o 88 en mujeres). De los 37 pacientes diagnosticados de SM,

17 (47,22%) cumplían 3 criterios diagnósticos, 10 (27,77%) 4 criterios y 9 (25%) cumplían la totalidad de criterios para SM. Analizando los factores de riesgo vascular obtenemos que el 68,25% eran hipertensos, 61,90% presentaban o tenían antecedentes de tabaquismo, 53,96% hipercolesterolemia, 52,38% diabetes mellitus tipo 2, 46,03% sedentarismo y 39,68% hipertrigliceridemia. 37 pacientes (58,73%) presentaban IMC > 30 y por tanto, al menos, obesidad grado I.

Discusión. En nuestra serie objetivamos una alta incidencia de pacientes que cumplían criterios de síndrome metabólico llegando al 57,14% del total. Desglosando los factores de riesgo vascular más prevalentes destaca la alta incidencia de hipertensión (68%) y tabaquismo activo/extabaquismo (61,9%) en los enfermos ingresados por síndrome coronario agudo. También encontramos altos porcentajes de diabéticos e hipercolesterolémicos (52,38 y 53,96% respectivamente). Igualmente llamativa la alta incidencia de obesidad con más de un 58% de pacientes con IMC por encima de 30.

Conclusiones. La incidencia de síndrome metabólico es elevada en nuestra serie en la que la hipertensión arterial, el tabaquismo, la diabetes y la hipercolesterolemia están relacionados con el desarrollo de eventos coronarios agudos. Igualmente encontramos correlación entre obesidad y riesgo de SCA. Este síndrome establece un riesgo vascular adicional sustancial por encima de la consideración de los factores de riesgo individuales. Es preciso un mejor conocimiento del síndrome y sus consecuencias al demostrarse que estos pacientes sufren un riesgo de mortalidad cardiovascular 2-3 veces superior al de la población general.

RV-22

CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO DE ALTO RIESGO EN HOMBRES Y MUJERES

J. Cabrerizo García¹, M. Callejo¹, R. Ridruejo Sáez², B. Zalba Etayo² y J. Pérez Calvo¹

¹Servicio de Medicina Interna ²Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Objetivos. Estudiar las características diferenciales del síndrome coronario agudo de alto riesgo en mujeres y hombres.

Material y métodos. 559 pacientes con síndrome coronario agudo con y sin elevación del segmento ST de alto riesgo según criterios de la AHA/ACC atendidos en el H. Clínico de Zaragoza durante 24 meses consecutivos y con seguimiento posterior de 6 meses. Estudio descriptivo de cohortes prospectivo.

Resultados. La mayoría eran varones: 437 (78,2%), frente a 22 mujeres (21,8%). El 75,8% se producen en la franja de 50 a 80 años. Al dividir la muestra por grupos etarios y sexo en: < 50, 50-65, 65-80 y > 80 años, se observa que hasta los 65 años los varones sufren más eventos coronarios: < 50 años: 17,6% varones frente 5,7% mujeres y entre 50 y 65 años: 36,8% varones frente a 15,6% mujeres. A partir de 66 años son más frecuentes en mujeres: entre 66 y 80 años: 39,6% varones y 58,2% mujeres y a partir de 80 años: 5,9% varones y 20,5% mujeres. (p < 0,05). Las mujeres eran más hipertensas que los varones (63,1% frente a 53,3%, p = 0,06), fumaban menos (16,4% frente a 51%, p < 0,05) y la frecuencia de diabetes era mayor (32% frente a 19%, p = 0,03). La frecuencia de dislipemia era similar (43,4% y 46,5%). Las mujeres habían tenido de forma significativa más insuficiencia cardiaca previa al evento (9,8% frente a 2,7%, p = 0,002) y los hombre más infartos previos (8,2% frente a 16,9% p = 0,015). Los varones presentaban más frecuencia de elevación del ST: 64,1% frente a 58% en mujeres. La fracción de eyección estaba más deprimida en mujeres (44,1% frente a 33,7%, p = 0,063) y presentaban más insuficiencia renal (< 60 ml/min/1,73 m² según MDRD-4): 40,2% frente a 20,1%, p < 0,05.

En ambos grupos predominaban la elevación de troponina (99,2% en mujeres y 98,2% en hombres) pero las mujeres tenían más riesgo según la estratificación GRACE (GRACE alto: 33,6% en mujeres y 15,8% en varones; GRACE medio: 37% frente a 30,9%; y GRACE bajo: 29,4% y 53,4%; p < 0,005). Durante el ingreso las mujeres presentaban más insuficiencia cardiaca (36,1% frente a 18,5%, p < 0,05) y fallecían más que los varones (14,8% frente a 5,9%, p < 0,05). La mortalidad total hasta el sexto mes de seguimiento también era mayor en las mujeres (18,9% frente a 9,4%, p < 0,05) así como los eventos cardiovasculares adversos del tipo angor post-infarto, re-infarto e insuficiencia cardiaca (27,9% frente a 15,8%, p < 0,05).

Discusión. El síndrome coronario agudo de alto riesgo es más frecuente en el varón. Las mujeres son de mayor edad, más hipertensas, con más insuficiencia cardiaca previa y diabetes pero fuman menos. El perfil en la mujer es de mayor gravedad que en el varón según estratificación de riesgo GRACE. La evolución es más desfavorable en las mujeres, con más insuficiencia cardiaca y renal, mayor mortalidad y eventos cardiovasculares adversos en los seis meses de seguimiento.

Conclusiones. La mayor prevalencia de diabetes, hipertensión arterial, insuficiencia renal e insuficiencia cardiaca pueden influir de forma importante en estas diferencias, parece que el papel del sexo se diluye en los análisis multivariantes de otros estudios. Serían necesarias campañas de información y educación destinadas tanto a los profesionales como a la población general para mejorar la atención de la enfermedad cardiovascular en la mujer.

RV-23

FIBRILACIÓN AURICULAR EN LA ÚLTIMA DÉCADA EN ÁVILA

E. Rodríguez Beltrán, J. Barragán Casas, C. Rodríguez Blanco, O. Abdallaoui, M. López Fernández, M. Garcinuño Jiménez, L. Andreu Urioste y D. Sánchez Fuentes

Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Ávila. Ávila.

Objetivos. Valorar la distribución de los pacientes ingresados en el área sanitaria de Ávila con el diagnóstico de fibrilación auricular (FA) en los años 2000, 2005 y 2009.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de los episodios de FA en los años 2000, 2005 y 2009.

Resultados. A continuación se muestran los episodios y el número de pacientes con FA en las tablas. El número de pacientes varones y mujeres fueron: 2000: 336/314, en 2005: 407/411 y en 2009: 563/554, respectivamente.

Conclusiones. Hay un progresivo incremento de pacientes y episodios con FA entre el 58-63% desde el año 2000 al 2009, fundamentalmente en mayores de 60 años. La distribución entre varones y mujeres fue similar. Los servicios con mayores ingresos por FA fueron Medicina Interna (50.6-63%) y Cardiología (11.5-25.9%). La diferencia en el último año en Traumatología se debe a que en este año la hospitalización era llevada a cabo por un clínico.

Tabla 1 (RV-23). Episodios de FA en el área sanitaria de Ávila

Años	Total FA (episodios/pacientes)	Diagnóstico principal (episodios/pacientes)	Diagnóstico secundario (episodios/pacientes)
2000	830/650	64/61	766/589
2005	1052/818	52/51	1.000/767
2009	1.417/1.117	101/100	1.316/1.017

Tabla 2 (RV-23).

Años	2000	2005	2009
< 40	4	1	4
41-50	12	10	8
51-60	30	20	35
61-70	88	77	112
71-80	255	271	349
81-90	212	362	498
91-100	48	77	107
> 100	1	0	4
Total	650	818	1.117
M. Interna	423	663	718
Cardiología	215	121	279
Traumatología	24	20	259
Otros	178	248	321

RV-24

GRADO DE OBESIDAD, MAPA Y ARTERIOESCLEROSIS SUBCLÍNICA

A. Fernández-Fúnez¹, M. Rodríguez¹, R. Pastor², J. Vera³, C. Navarro¹, A. Vicente⁴, E. Marcos² y S. Gómez-Biedma³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Radiodiagnóstico, ³Análisis Clínicos ⁴Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital General de Almansa. Almansa (Albacete).

Objetivos. Conocer las diferencias en el comportamiento de la monitorización de la presión arterial ambulatoria (MAPA) y los resultados de técnicas que exploran la arterioesclerosis subclínica (ASC) en un grupo de obesidad moderada (GOM) frente a un grupo de obesidad severa (GOS).

Material y métodos. Estudio prospectivo, observacional de 33 personas obesas (índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m²), entre 18 y 50 años, sin DM, HTA ni dislipemia, ni antecedentes cardiovasculares. Los pacientes se clasificaron en dos grupos: GOM obesos con IMC entre 30 y 34,9 kg/m² y GOS obesos con IMC ≥ 35 kg/m². Se realizaron determinaciones antropométricas y porcentaje de grasa corporal. Se analizaron en sangre: glucosa, insulina, índice HOMA, HbA1c, colesterol total, col-LDL, col-HDL, triglicéridos, proteína C reactiva ultrasensible, leptina, nectina, resistina e índice albúmina-creatinina en orina. Se realizó una MAPA durante 24 horas, determinación del índice tobillo-brazo (ITB) (con un eco-Doppler portátil) y por ecografía Doppler carotídea se evaluó el grosor íntima-media de la carótida (GIM) y la relación entre el diámetro de la arteria carótida común y el GIM (R D/G). El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Ensayos Clínicos del hospital y todos los pacientes dieron su consentimiento informado. El análisis estadístico se ha realizado con el programa informático SPSS 10.0.

Resultados. Se estudiaron 33 personas obesas (21 mujeres y 12 hombres), con una edad media de 36,5 \pm 10 años (r: 18 y 50), el IMC medio fue 36,1 \pm 4,6 kg/m² (r: 30,0 - 44,6). El GOM lo formaron 16 pacientes (4 hombres y 12 mujeres) y el GOS 17 pacientes (8 hombres y 9 mujeres). Al analizar las diferencias demográficas y antropométricas encontramos edad: 36,2 \pm 11,4 años en el GOM vs 37,2 \pm 9,6 en el GOS, sin diferencias significativa. El porcentaje de grasa no presentó diferencias significativas entre ambos grupos: 40,2 \pm 5,4% en el GOM vs 43,2 \pm 5,4% en el GOS. Aunque el índice abdomen-cadera fue mayor en el GOS tampoco hubo diferencias significativas: 0,89 \pm 0,08 en el GOS vs 0,91 \pm 0,11 en el GOM. Encontramos 3 fumadores en cada grupo. Los parámetros bioquímicos relacionados con el RCV, así como las citoquinas implicadas en la obesidad, no presentaron diferencias entre ambos grupos: HbA1c: 5,1 \pm 0,2 en GOM vs 5,2 \pm 0,2 en GOS; HOMA de 2,5 \pm 1,8 mg/dl en GOM vs 2,9 \pm 2,4; colesterol-LDL: 126 \pm 27 mg/dl en GOM vs 120 \pm 16 en GOS; triglicéridos: 11 \pm 48 mg/dl en GOM vs 138 \pm 75 en GOS;

PCR: 5,9 \pm 12 mg/dl en GOM vs 7,5 \pm 8,9 en GOS; leptina: 36 \pm 27 ng/ml en GOM vs 39 \pm 23 en GOS; resistina: 241 \pm 108 pg/ml en GOM vs 277 \pm 98 en GOS; adiponectina: 689 \pm 390 pg/ml en GOM vs 956 \pm 881 en GOS; índice creatinina-albúmina: 5,1 \pm 1,5 en GOM vs 4,1 \pm 1,4. La MAPA no mostró diferencias entre las medidas de presiones arteriales entre ambos grupos; sí encontrándose diferencias en la presión del pulso (PP) despierto: 47 \pm 5,6 mmHg en GOM vs 52 \pm 6,2 en GOS (p = 0,03); la PP dormido: 45,6 \pm 6,1 mmHg en GOM vs 50,7 \pm 7,6 en GOS (p = 0,04). Al analizar los parámetros que exploran la ASC, el ITB: 1,03 \pm 0,12 en GOM vs 1,14 \pm 0,13 en GOS (p = 0,02). El GIM: 0,70 \pm 0,12 mm en GOS vs 0,52 \pm 0,15 en GOM (p = 0,001) y R D/G: 14,6 \pm 4,5 en GOM vs 11 \pm 2 en GOS (p = 0,006).

Conclusiones. En este estudio encontramos una mayor diferencia de la PP en los pacientes más obesos (GOS), así como en el ITB y en el GIM valores más próximos a los considerados patológicos frente al grupo de menor obesidad (GOM), sin que esto se acompañase de diferencias en los parámetros bioquímicos ni en los niveles de citoquinas. Evidentemente se precisa ampliar el presente estudio para confirmar estos resultados.

RV-25

PONER EN RADAR: MEDICINA PERIOPERATORIA, SEGURIDAD E INVESTIGACIÓN COMPARATIVA EN CIRUGÍA VASCULAR MAYOR DE ALTO RIESGO

N. Marín-Gómez¹, J. Moreno², M. Esteban¹, H. Kessel³, B. Cervantes¹ y F. Utrilla²

¹UGC Medicina Interna, ²UGC Cirugía Vascular, ³UGC Medicina Interna-Geriatria. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

Objetivos. Las variaciones en mortalidad relacionadas con la cirugía vascular mayor con hospitalización se relacionan más con la escasa reserva funcional de los pacientes que con el nivel del centro o la frecuencia de complicaciones significativas. Por otra parte, una complicación mayor es una escalada de cuidados con grados variables de anticipación, capacidad de detección y agilidad en el tratamiento. Describimos los resultados observados -no administrativos- en una investigación comparativa correspondiente a un programa de medicina perioperatoria concebido como una red estructurada de relaciones centrada en el paciente orientado a la seguridad y los resultados, y que aspira a rescatar precoz y efectivamente al mayor número de pacientes complejos y vulnerables mediante una actitud de "Poner en radar", antes -evaluación riesgo anestésico, durante -check list intra-, y después de cirugía (anticipación a las complicaciones mayores estandarizadas).

Material y métodos. Investigación comparativa-observacional en la que caracterizamos a un grupo de 135 pacientes [edad media 65,3; nivel ASA para el 20% > 3; 11% gran dependencia; alta comorbilidad: 5,7 (2-13) diagnósticos/paciente y 2,82 (1-5,3) disfunciones orgánicas]; atendidos durante dos años (2008-09), en un entorno clínico real. Los datos son clínicos, el registro prospectivo y la fuente no administrativa. Estadística no inferencial.

Resultados. Fallecieron 8 pacientes de 135, es decir la mortalidad atribuible a los 5 GRDs de Cirugía Vascular Mayor seleccionados fue del 5,9%. Sufrieron alguna complicación mayor 35 pacientes (25,9% de la serie) y de entre éstos murió 1 de cada 4. Las complicaciones mayores siguieron una distribución esperable y se asociaron a los fallos orgánicos con peor pronóstico, determinados probablemente por la elevada comorbilidad (ictus agudo, fallo cardiopulmonar, fracaso renal agudo e infecciones -no superficiales- sepsis o shock séptico). De todas las complicaciones registradas en la serie, e independiente de la gravedad potencial, las más frecuentes fueron la que denominamos "hiperglucemia no permisible" que observamos en el 35% y los trastornos del medio interno que le siguió con un 21%.

Discusión. Las tasas de mortalidad asociadas a Cirugía Vascular Mayor con hospitalización pueden variar por un factor 2 con un

comportamiento bastante homogéneo de las tasas de complicaciones mayores en el postoperatorio; y sin que estas diferencias expliquen suficientemente el llamativo amplio rango publicado en diferentes entornos. La hipótesis del "failure to rescue" podría, alternativamente, capturar mejor estas notables discrepancias. Toda complicación "el día después" de cirugía vascular mayor con hospitalización implica un riesgo y supone, si es detectada, necesariamente, una escalada de cuidados, factores ambos que pueden amplificar la probabilidad de muerte, intensificar el sufrimiento y, desde luego, los costes.

Conclusiones. El internista "actuando con" Cirugía Vascular aporta cultura de seguridad y tiene probablemente el potencial de aportar un beneficio equiparable al que ya está generando el chequeo pre e intraoperatorio, el lavado sistemático de manos, la adecuada profilaxis antibiótica y otras innovaciones centradas en el paciente.

RV-26 EFECTO SOBRE LA FOSFOLIPASA A2 DEL CONSUMO MODERADO DE DIFERENTES TIPOS DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS TRAS LA INGESTA DE UNA DIETA RICA EN GRASAS EN JÓVENES SANOS

A. Torres¹, V. Cachafeiro², M. Nieto³, N. Aldezábal¹, J. Millán¹, C. Recarte¹, V. Lahera² y L. Álvarez-Sala¹

¹Unidad de Lípidos y Riesgo Cardiovascular. Medicina Interna II. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

²Departamento Fisiología. Facultad de Medicina. UCM. Madrid.

³CSIC-ICICOR. Valladolid.

Objetivos. La arteriosclerosis es un proceso complejo donde la fosfolipasa A2 constituye uno de sus mediadores. En diferentes trabajos se ha visto que la fosfolipasa A2 plasmática (PPA2) colabora en la inducción de la diferenciación de los monocitos, incrementando su capacidad adhesiva y migratoria. Muchos estudios epidemiológicos han demostrado el beneficio de moderadas cantidades de bebidas alcohólicas en la morbi-mortalidad cardiovascular. Parte de este efecto se ha atribuido al efecto anti-inflamatorio de determinadas bebidas. Sin embargo, se discute si todas tienen los mismos efectos beneficiosos. El objetivo es conocer el efecto que origina la ingesta de moderadas cantidades de diferentes tipos de bebidas alcohólicas tras una dieta rica en grasa en las concentraciones plasmáticas de fosfolipasa A2.

Material y métodos. Se ha realizado un diseño cruzado en 4 semanas diferentes. En cada semana se administraban la misma cantidad de alcohol en diferentes tipos de bebidas (vino tinto, vodka o brandy). Los mismos 16 sujetos sanos recibieron la misma dieta rica en grasas (1.487 kcal/m²) en 4 semanas diferentes junto a una bebida alcohólica diferente en cada semana. En la 4^o semana (fase de control) no se administraba alcohol, supliéndose sus calorías con azúcar. Las muestras sanguíneas se obtenían el primer y el 5^o día de cada semana de estudio. Se determinaron las concentraciones de PPA2. Se calculó la normalidad de la muestra con el test de Kolmogorov-Smirnov así como los cambios relativos de PPA2. Para comparar las concentraciones y los cambios relativos se empleó la t de Student para datos apareados. Los valores de p inferiores a 0,05 los consideramos significativos. Empleamos el SPSS 15.0 para el análisis estadístico.

Resultados. La dieta rica en grasas origina un incremento de PPA2 (p > 0,05). Observamos que la ingesta de cantidades moderadas de vino tinto así como otras bebidas alcohólicas disminuían las concentraciones plasmáticas de PPA2 (p > 0,05). No obstante si comparamos los cambios relativos de PPA2, la dieta rica en grasas incrementa en un 2% ± 0,50 los niveles de PPA2. Si añadimos vino tinto, estos disminuyen un 20% ± 0,49 respecto el previo. El brandy origina una disminución del 5% ± 0,35 y el vodka, con menor cantidad de polifenoles incluso lo incrementa un 7% ± 0,41 (p > 0,05).

Discusión. La dieta rica en grasas parece originar un incremento de las concentraciones plasmáticas de PPA2, como marcador de inflamación. La ingesta de cantidades moderadas de vino tinto tiende a reducir el incremento de PPA2 originado por la dieta hipercalórica. No obstante, otras bebidas como el brandy también disminuyen la concentración pero en menor medida que el vino tinto, e incluso el vodka las incrementa.

Conclusiones. Aquellas bebidas con mayor concentración de polifenoles, como el vino tinto, parece que tienden a disminuir el efecto proinflamatorio de la dieta rica en grasas. Dada la escasa muestra estudiada, que en algunos casos no permitió estudiar los 16 sujetos de cada fase, no se puede concluir definitivamente que las bebidas con polifenoles reduzcan las concentraciones de PPA2 inducida por la dieta rica en grasas.

RV-27 SUBCLASES DE LIPOPROTEÍNAS VALORADAS POR RMN Y LA INFLUENCIA DEL GENOTIPO APOE EN LA ARTERIOSCLEROSIS CAROTÍDEA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

G. Vives¹, M. González², S. Amorós¹, R. Ferré², J. Ribalta², G. Dallinga-Thie³, S. Parra¹ y A. Castro¹

¹Unitat de M. Autoimmunes, Servei de Medicina Interna. IISPV,

²Unitat de Recerca en Lípids i Arteriosclerosi, Facultat de Medicina. Hospital Universitari Sant Joan. Reus (Tarragona).

³Laboratory of Experimental Vascular Medicine, Academical Medical.

Objetivos. Los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) presentan una arteriosclerosis acelerada. Dado que el perfil lipídico valorado convencionalmente (colesterol total plasmático, triglicéridos, LDLc, HDLc) no se presenta sistemáticamente alterado en el LES, proponemos la hipótesis de que una caracterización más detallada en las subclases de lipoproteínas, mejoraría la predicción del riesgo de arteriosclerosis en estos pacientes.

Material y métodos. Se valoró cuantitativamente la presencia de arteriosclerosis, midiendo el grosor íntima-media carotídeo (IMT) en sesenta y ocho pacientes con LES y se relacionó con el perfil de lipoproteínas generado por resonancia magnética nuclear (NMR). Se midió el colesterol transportado por las lipoproteínas remanentes (RLPc) y se evaluó el efecto modulador del genotipo APOE sobre el perfil lipoproteico y la arteriosclerosis asociada con LES.

Resultados. De entre las subclases de NMR, la concentración de IDL mostró la correlación más fuerte con mIMT (R = 0,360; p = 0,004) y maxIMT (R = 0,430, p < 0,0001). La RLPc también se correlacionó positivamente con la mIMT (R = 0,250, p = 0,048). La IDL evaluada por RMN explicó el 20,2% de la variabilidad en la arteriosclerosis carotídea en estos pacientes. Con referencia a la medida de las partículas de las lipoproteínas, se demostró que a menor diámetro, mayor grosos de IMT. Observamos las siguientes correlaciones inversas diámetro de lipoproteína-IMT: VLDL (R = -0,285, p = 0,024), LDL (R = -0,265, p = 0,036) y HDL (R = -0,190, NS). Los portadores del alelo apoE2 presentaban mayor riesgo debido a una acumulación significativa de partículas de IDL. (E2 (93,9 nmol/L) versus E3 (31,8 nmol/L); p = 0,005).

Discusión. El parámetro que mejor explica la progresión de la IMT carotídea en pacientes LES, es la concentración plasmática de IDL, la cual es significativamente superior en pacientes portadores del alelo E2. Ello se explicaría por la menor afinidad que la apoE2 tiene por los receptores hepáticos remanentes. Nuestros resultados muestran que las partículas más pequeñas son las más aterogénicas, lo que se confirma con la correlación inversa entre diámetro de subclases de VLDL, LDL, HDL, y la IMT. Ello está asociado con una mayor capacidad de penetración en el endotelio arterial y una mayor susceptibilidad a la oxidación.

Conclusiones. La concentración plasmática de IDL es mejor predictor de la progresión de la IMT en pacientes LES, que los parámetros lipídicos tradicionales. El genotipo de ApoE, especialmente el alelo E2, es un factor de riesgo para la arteriosclerosis en estos pacientes ya que provoca aumento de IDL.

RV-28 FAMILIAL HYPOBETALIPOPROTEINEMIA (FHBL): THREE UNRELATED CASES

R. Martín Morales¹, J. García Díaz², P. Tarugi³, P. González Santos¹, P. Saavedra Vallejo⁴, L. Magnolo³ J. Mesa Latorre² y P. Valdivielso¹

¹Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria. Málaga. ²Servicio de Medicina Interna, Genética Clínica y U. de Lípidos, ⁴Servicio de Endocrinología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid). ³D. Medical Science. University of Modena and Reggio Emilia. Modena (Italia).

Objectives. Extremely low levels of serum cholesterol are seen in patients with disseminated cancer, malnutrition, hyperthyroidism, AIDS and malabsorption. Very rarely, it is caused primarily by mutations in genes involved in synthesis of VLDL (MTP, apoB) or in the catabolism of LDL (PCSK9). FHBL is characterized by plasma levels of total cholesterol, LDL cholesterol or apolipoprotein B under 5th percentile of normality. This disorder is due to mutations in the apoB gen. The aim of our communication is to show clinical, analytical and molecular data of three unrelated cases of FHBL.

Material and methods. We included three patients who were referred to Lipid Clinic because of low levels of total and LDL cholesterol. Demographic, anthropometry, alcohol and smoking habits, physical examination, liver ultrasound, fasting lipids and lipoproteins including apoB, basic serum biochemistry, thyroid status, serological test to HIV and hepatitis virus were assessed. Malignancy was ruled out by clinical and complementary test. Once the clinical diagnosis was suspected, a blood sample was taken to measure the length of truncated apoB and to sequence the apoB gene exons.

Results. Main data are summarized in table 1. All patients and their affected relatives were free of any disease or complaint; malignancy, thyroid disease, malnutrition, severe malabsorption or chronic disease and severe vegetarian diet were clinically excluded. Only two patients had increased transaminases levels, and two had also liver steatosis by ultrasound. Patient # 3 had vitamin D malabsorption.

Conclusions. We have shown three new unrelated cases of FHBL, two of them with mutations no previously reported (apoB-80.93 and 48.32). All patients with FHBL were heterozygotes and asymptomatic. FHBL should be taken into account in case of low LDL cholesterol and apo B when no secondary cause was present.

Table 1 (RV-28).

	Patient 1	Patient 2	Patient 3	Non-affected relatives
Sex/Age	Male/30	Female/19	Male/68	NA
LDL cholesterol (mg/dL)	21	24	37	130 ± 20
apo B (mg/dL)	26	24	26	96 ± 13
Truncated apoB (% apoB-100)	80.93	55.25	48.32	NA
Effect on apoB protein	Arg3672X	Arg2507X	Ser2184fs Val2193X	Not found

RV-29 VALORES DE HDL EN PACIENTES QUE INGRESAN CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL ST. VALOR DE LAS MEDIDAS TERAPÉUTICAS

R. Alcaraz Martínez¹, M. González², M. Pérez², J. Ruiz Ros², F. Herrero¹, E. López¹, J. Egea¹ y F. Morales¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Cardiología. Hospital J.M. Morales Meseguer. Murcia.

Objetivos. El objetivo del estudio es analizar el nivel de HDL en pacientes que ingresan con un primer infarto agudo de miocardio (IAM) y su modificación con una terapia estándar de estatinas y dieta o bien sólo con dieta durante dos meses.

Material y métodos. Se extraen muestras de sangre periférica dentro de las 10 horas de inicio del dolor a 74 pacientes (56 varones de 65 ± 11 años) que ingresan por IAM con elevación del ST (IAM-CEST). Fueron aleatorizados a recibir tratamiento con 40 mg de pravastatina o no desde el momento del diagnóstico y hasta los primeros dos meses. A todos se les indico medida higiénico dietéticas (MHD) con dieta mediterránea, ejercicio físico, dejar de fumar.

Resultados. Los niveles de HDLc de todos los pacientes colesterol fueron de 38,5 ± 8,2 mg/dl. En el momento del ingreso 32 de los 56 hombres (57%) y 15 de las 18 mujeres (83,3%) presentaban niveles de HDLc inferiores a las recomendaciones las guías vigentes (> 40 mg/dl en hombres y de 46 mg/dl en mujeres). La administración de pravastatina y MHD en 37 de los 74 pacientes estuvo asociada a una elevación significativa de los niveles de HDL desde el ingreso (39,1 mg/dl) hasta los dos meses (46,2 mg/dl) p < 0,001. Los paciente que sólo recibieron las MHD mostraron una elevación también significativa (p < 0,001) de los niveles de HDLc (38 mg/dl vs 43,8 mg/dl). A pesar de que la elevación fue más acentuada en el grupo que recibió el fármaco, las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Las diferencias no eran significativas (p = 0,3) en la HDL a los dos meses. Globalmente, tras los dos meses de tratamiento y medidas dietéticas solo el 28% de los hombres y el 58% de las mujeres tenían HDLc fuera de rango según las guías vigentes.

Discusión. En el marco de la prevención cardiovascular el objetivo primordial es el nivel de lipoproteína de baja densidad (LDLc) siendo los niveles de HDLc poco trascendentes a pesar de que, multitud de estudio catalogan dichos niveles como un factor de riesgo independiente para sufrir un Infarto agudo de miocardio (IAM). También se conoce el escaso efecto del tratamiento con estatinas sobre los niveles de HDL.

Conclusiones. 1. Los niveles de HDLc colesterol están elevados en más del 50% de los hombres y 80% de la mujeres que de forma consecutiva ingresan en nuestro centro por IAMCEST. 2. Las MHD inducen una elevación significativa de los niveles del HDLc. La administración adicional de pravastatina no consigue una mejoría significativa de estos valores.

RV-30 CONTROL DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

A. González-Torre González, N. Díez Herrán, C. Valero Díaz de Lamadrid, J. González Fernández, P. Garmilla Ezquerro, J. Lozano Polo, R. Jaso Tejera y S. Neila Calvo

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

Objetivos. El objetivo fundamental del presente estudio es describir los factores de riesgo cardiovascular y su grado de control en un grupo de pacientes con elevado riesgo cardiovascular por haber presentado un evento coronario agudo.

Material y métodos. En el presente estudio se incluyeron 20 pacientes con edades entre los 44 y 81 años (media de 62,5) que habían sufrido un síndrome coronario agudo entre 5 y 8 años antes. Se recogieron variables antropométricas, factores de riesgo cardiovascular definidos, lesión de órgano diana o enfermedad clínica asociada distinta de la cardiopatía isquémica. Se recogieron diversos parámetros analíticos y un registro de Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial (MAPA) a fin de conocer con precisión el control de la tensión arterial. También se consideró la toma de medicación, incluyendo estatinas, betabloqueantes, inhibidores del sistema renina-angiotensina, antiagregantes y otros. Tras la MAPA los pacientes fueron seguidos durante 4 años.

Resultados. Los factores de riesgo cardiovascular en nuestros pacientes eran HTA en 11, DM en 2, DLP en 11, tabaquismo en 7 y antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura en 2. En cuanto a su repercusión sobre órgano diana o enfermedad clínica establecida, se encontró HVI en 4 pacientes, microalbuminuria en 1, ACVA en 1, arteriopatía periférica en 1 e insuficiencia renal en 1 paciente, respectivamente. Cuando se consideró el control lipídico se encontró un control adecuado en sólo 1 paciente, siendo el control adecuado de las cifras de colesterol total en 7 (35%), Col HDL 12 (60%), TG en 15 (75%) y Col LDL en 7 (35%). Pese a que sólo 11 de los pacientes se conocían hipertensos, el control de la TA durante 24 h era inadecuado en el 80% (16/20) de los casos, estando peor controlada la TAS que la TAD (80% vs 65%). El control de los diferentes FRCV se muestra en el siguiente gráfico. Este pobre control de los FRCV implica un mal pronóstico, lo cual se comprueba en el seguimiento posterior a la MAPA. 3 pacientes (15%) desarrollaron algún tipo de alteración del metabolismo de los hidratos de carbono; ocho pacientes (40%) sufrieron complicaciones a nivel cardiovascular, de los cuales presentaron eventos coronarios 6 (30%): angor estable 2 (10%), 4 con SCA (20%); un paciente TV que precisó implantación de DAI (5%), y otro, ictus de CMD y trombosis de la basilar (5%). La tasa de mortalidad fue del 10% en seguimiento a los 4 años. Pese a ello, el abordaje terapéutico era poco agresivo. Estaban antiagregados 17 pacientes (85%). Un paciente estaba anticoagulado con acenocumarol (5%). 7 pacientes recibían un inhibidor del sistema renina-angiotensina (35%), 9 betabloqueantes (45%) y 9, estatinas (45%).

Conclusiones. 1. Los pacientes con SCA presentan un riesgo cardiovascular elevado, que en nuestra serie alcanza un 40% de eventos cardiovasculares en sólo 4 años. 2. El control de los diversos FRCV en estos pacientes es manifiestamente mejorable. 3. El perfil lipídico es el peor controlado, seguido de HTA, diabetes y tabaquismo. 4. Un porcentaje no despreciable presenta alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono en años sucesivos.

RV-31 MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL (MAPA) EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

N. Díez Herrán, A. González -Torre González, C. Valero Díaz de Lamadrid, G. Fernández Calleja, M. Aller Fernández, J. Lozano Polo, A. Campo Ruiz y S. Nieto Martínez

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

Objetivos. El objetivo fundamental del presente estudio es describir el grado de control de las cifras de TA y los parámetros de la MAPA en un grupo de pacientes de alto RCV por haber presentado un evento coronario agudo.

Material y métodos. En el presente estudio se incluyeron 20 pacientes con edades comprendidas entre los 44 y 81 años que habían sufrido un síndrome coronario agudo entre 5 y 8 años antes. Se realizó un registro de MAPA de 24 h con un dispositivo DYASIS Inte-

gra II programado para obtener lecturas cada 20 minutos durante el período diurno y cada 30 minutos durante la noche. Se definieron 4 patrones circadianos de reducción nocturna de la TA, dipper, no dipper, dipper extremo o riser. Se consideró que existía alta variabilidad de la TA cuando la desviación estándar de la media de TAS de 24h era superior a 15 mmHg.

Resultados. Los pacientes incluidos en el estudio, independientemente de haber presentado un SCA, presentaban un control insuficiente de diversos factores de riesgo cardiovascular. Nuestros pacientes presentaban una TA media de 137,4/84,4 en el estudio de 24 h. Cuando se consideraron los períodos diurno y nocturno, las cifras de PA fueron 141,8/87,7 y 125,5/75,4 mmHg, respectivamente. El grado de control de las cifras de TA era claramente insuficiente, al igual que ocurría con los restantes FRCV. Sólo 4 pacientes (20%) estaban controlados en cuanto a cifras de TAS en el período de 24 h. Ese control era mejor en cuanto a la TAS en el período nocturno así como a la TAD en el período diurno. En cuanto al tratamiento, 7 pacientes recibían un inhibidor del sistema renina-angiotensina, 9 betabloqueantes, 2 diuréticos y 4 calcioantagonistas. Seis pacientes no recibían tratamiento antihipertensivo alguno. En contraste con ello, sólo un paciente presentaba un control adecuado de todos los parámetros de la MAPA. Cuando se consideró el período diurno, se encontraban controlados 4 pacientes (20%). Si se consideraba el período nocturno estaban bien controlados 7 pacientes (35%). Cuando se consideraba el control de 24 h globalmente, sólo tres de los pacientes (15%) estaban controlados. Cuando se consideró el patrón circadiano se encontró que 7 pacientes presentaban patrón no dipper y 1 paciente patrón riser, siendo los otros 12 pacientes dipper. Esta distribución es similar a la de otras series con similar RCV. Al considerar el grado de variabilidad de la TA, se encontró que un 75% de los pacientes presentaban una alta variabilidad de la TA, que en la literatura se ha relacionado con un riesgo cardiovascular elevado. Esta cifra es claramente superior a la encontrada en la literatura incluso en poblaciones con elevado RCV.

Conclusiones. 1. Los pacientes con alto RCV que han sufrido un SCA presentan en un elevado porcentaje un control insuficiente de sus cifras de TA. 2. Nuestros pacientes presentan un porcentaje de patrón circadiano no dipper similar a otras poblaciones con elevado RCV. 3. También presentan una elevada variabilidad en las cifras de TA, incluso superior a la descrita. 4. Se requiere un abordaje terapéutico más agresivo en cuanto al uso de medicación antihipertensiva.

RV-32 GRADO DE CONTROL AMBULATORIO DE PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN MEDICINA INTERNA. ESTUDIO BARVI

R. Puerta Louro¹, S. Molinos Castro², J. de la Cruz Álvarez³, L. González Vázquez¹, C. Rodríguez-Gallego López³, P. Pesqueira Fontán², M. Gayol Fernández² y J. Díaz Peromingo²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Povisa. Vigo (Pontevedra).

²Servicio de Medicina Interna. Fundación Pública Hospital da Barbanza. Ribeira (A Coruña).

³Servicio de Medicina Interna. Gestión Sanitaria Gallega, S.L.U. (Hospital Ntra. Sra. de Fátima). Vigo (Pontevedra).

Objetivos. La diabetes tipo 2 es una entidad que es manejada comúnmente por distintas especialidades médicas además de por Atención Primaria. El presente estudio pretende evaluar el grado de control de pacientes con diabetes tipo 2 en el ámbito de la consulta de Medicina Interna.

Material y métodos. Estudio transversal, multicéntrico realizado en hospitales de área del BARbanza (A Coruña) y de Vigo (BARVI) con recogida de las siguientes variables: sexo, edad, hemoglobina glicosilada (HbA1c), tensión arterial sistólica (TAS) y diastólica (TAD), LDL colesterol, índice de masa corporal (IMC) y hábito tabá-

quico. Se evaluó el grado de control de las distintas variables con arreglo a las recomendaciones de las guías reconocidas en la actualidad.

Resultados. Se incluyeron 259 pacientes de los cuales 157 (60,6%) eran mujeres y 102 (39,4%) hombres. La edad media fue de 73 años (rango 32-94). Los valores medios de las distintas variables fueron los siguientes: HbA1c 6,7%, TAS 136 mmHg, TAD 76 mmHg, LDL 107 mg/dL e IMC 28. En cuanto al tabaco, 44 (17%) pacientes eran fumadores y 215 (83%) no. En cuanto a los objetivos terapéuticos, 161 (62,2%) pacientes tenían una HbA1c < 7%, 101 (39%) tenían una TAS < 130 mmHg, 168 (64,9%) una TAD < 80 mmHg, 105 (40,5%) un LDL < 100 mg/dL y 34 (13,1%) un IMC < 25.

Conclusiones. 1. Los pacientes incluidos en este estudio son predominantemente mujeres y con una edad media de 73 años. 2. El grado de control glucémico en términos de HbA1c es superior al 60% al igual que el de la TAD. 3. Los aspectos en los que es necesaria una mejoría en términos de control de factores de riesgo en nuestro estudio son la reducción de la TAS, las cifras de LDL y del binomio sobrepeso-obesidad.

RV-33

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES CON INFARTO CEREBRAL ISQUÉMICO EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

J. Castellanos Monedero¹, H. Ortega Abengozar¹, J. Tenias², A. Escalera Zalvide¹, M. Franco Huerta¹, M. Galindo Andugar¹, M. Martínez Gabarrón¹ y L. Rodríguez Rojas¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Área de Investigación, Docencia y Formación. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

Objetivos. Describir las principales características de los infartos cerebrales isquémicos ingresados en un hospital de segundo nivel.

Material y métodos. Desarrollamos un estudio prospectivo observacional en el Servicio de Medicina Interna del Hospital General La Mancha Centro de Alcázar de San Juan desde el día 1 de enero de 2008 hasta 28 de febrero de 2009. Se escogió a los pacientes que ingresaron con el diagnóstico de infarto cerebral isquémico (n = 380), en la Sección de Neurología y en el Servicio de Medicina Interna. Tras aplicar criterios de exclusión presentamos una población final para el estudio de 94 pacientes. (Fallece un paciente durante el seguimiento). El infarto cerebral isquémico fue definido como el déficit neurológico focal de aparición súbita y que persiste más de 24 horas. A todos los pacientes se les realizó una Tomografía Axial Computarizada (TAC) sin contraste para descartar la presencia de hemorragia intracraneal. El tamaño del infarto cerebral se dividió en < 15 mm, 15-30 mm y > 30 mm.

Resultados. La edad media de los pacientes seleccionados fue de 72,7 años (desviación estándar: 12,7 años; rango de 34 a 92 años). Más de la mitad de los casos (55,3%) eran hombres. Entre los factores de riesgo destaca el antecedente de hipertensión arterial (72,3%), diabetes mellitus (36,2%) y dislipemia (16%). Presentaban tabaquismo el 9,65 y enolismo el 7,4%. Las enfermedades más prevalentes eran las enfermedades cardiovasculares (33%) y las neurológicas (36,2%). El 84% de los pacientes tomaba algún fármaco, antiagregante, hipolipemiente o antihipertensivo, previo al ingreso. De estos los más consumidos eran los IECAS-ARAI en 42,6% de los casos. Los infartos más frecuentes fueron los infartos parciales de la circulación anterior con un 34,6% seguidos de los infartos lacunares en 31,2% de los casos. El tamaño más frecuente de infarto cerebral fue el de menor de 15mm en un 72,3% de los casos. La puntuación media al ingreso del índice de Barthel fue de 87,7 y la puntuación media de la escala NIHSS fue de 9,6 puntos. La estancia media hospitalaria fue 10,1 días.

Discusión. El infarto cerebral isquémico es una enfermedad que presenta entre su etiología factores no modificables como la edad,

el sexo o la etnia y factores modificables como la hipertensión, la diabetes, la dislipemia o el tabaquismo. Es una enfermedad que causa una importante morbilidad y mortalidad por la incapacidad que genera a los pacientes que la padecen. Nuestro estudio ha sido diseñado para conocer cuáles son los factores más prevalentes y cuál es el grado de afectación que genera esta patología.

Conclusiones. Los infartos cerebrales afectan más a varones de edad avanzada. La hipertensión es el factor de riesgo cardiovascular más prevalente. Los infartos más frecuentes son de la circulación anterior. Por realizarse el TAC en el momento del ingreso la mayoría de los infartos son de tamaño pequeño (menor de 15 mm). La estancia media es prolongada mayor de 7 días.

RV-34

LA PROTEÍNA C REACTIVA ULTRASENSIBLE Y SU RELACIÓN CON EL TAMAÑO DEL INFARTO CEREBRAL

J. Castellanos Monedero¹, H. Ortega Abengozar¹, J. Tenias², A. Escalera Zalvide¹, M. Franco Huerta¹, M. Galindo Andugar¹, M. Martínez Gabarrón¹ y L. Rodríguez Rojas¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Área de Investigación, Docencia y Formación. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

Objetivos. Determinar si los niveles sanguíneos de la Proteína C reactiva ultrasensible (PCR-hs) en la fase aguda del infarto cerebral isquémico presentan relación con el tamaño del infarto medido por TAC.

Material y métodos. Desarrollamos un estudio prospectivo observacional en el Servicio de Medicina Interna del Hospital General La Mancha Centro de Alcázar de San Juan desde el día 1 de enero de 2008 hasta 28 de febrero de 2009. Se escogió a los pacientes que ingresaron con el diagnóstico de infarto cerebral isquémico (n = 380), en la Sección de Neurología y en el Servicio de Medicina Interna. Tras aplicar criterios de exclusión presentamos una población final para el estudio de 94 pacientes (fallece un paciente durante el seguimiento). El infarto cerebral isquémico fue definido como el déficit neurológico focal de aparición súbita y que persiste más de 24 horas. A todos los pacientes se les realizó una Tomografía Axial Computarizada (TAC) sin contraste. Dividimos a los infartos en < 15 mm, 15 a 30 mm o > 30 mm. La PCR-hs se determinó el día del ingreso y a las 72h del mismo, hay una tercera determinación que denominamos "cambio de PCR-hs" que es la resultante de la diferencia entre la PCR-hs de las 72h y la PCR-hs del ingreso (PCR-hs de las 72h - PCR-hs del ingreso). Mediante un test de Kruskal-Wallis se analizó las diferencias de media de PCR-hs en cada uno de los tamaños de infarto cerebral. El análisis se realizó con el programa SPSS v15.0.

Resultados. La edad media de los pacientes seleccionados fue de 72,7 años (desviación estándar: 12,7 años; rango de 34 a 92 años). Más de la mitad de los casos (55,3%) eran hombres. Entre los factores de riesgo destaca el antecedente de hipertensión arterial (72,3%), diabetes mellitus (36,2%) y dislipemia (16%). Al comparar mediante un test de Kruskal-Wallis las medias de PCR-hs en función del tipo de infarto cerebral se observa de forma estadísticamente significativa que los infartos de mayor tamaño (> 30 mm) presentan niveles de PCR-hs más altos que los infartos de menor tamaño (p < 0,04).

Discusión. Lo que ponen de manifiesto los estudios revisados en la literatura es que independientemente de la prueba de imagen realizada para demostrar la lesión isquémica, TAC o RMN y que independientemente de la fórmula matemática empleada para calcular el tamaño, los infartos de mayor tamaño presentan cifras de PCR-hs más elevadas que los de menor tamaño.

Conclusiones. Los infartos cerebrales isquémicos de mayor tamaño presentan cifras de PCR-hs más elevadas que los infartos de menor tamaño.

RV-35

LA PROTEÍNA C REACTIVA ULTRASENSIBLE COMO MARCADOR DE DEPENDENCIA FÍSICA EN LA FASE AGUDA DEL INFARTO CEREBRAL

J. Castellanos Monedero¹, L. Fernández-Espartero Gómez¹, J. Tenias², A. Escalera Zalvide¹, M. Franco Huerta¹, M. Galindo Andugar¹, R. CicuéndezTrilla¹ y H. Ortega Abengozar¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Área de Investigación, Docencia y Formación. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

Objetivos. Determinar si la Proteína C reactiva ultrasensible es útil como marcador analítico de dependencia en la fase aguda del infarto cerebral isquémico comparándola con el índice de Barthel.

Material y métodos. Desarrollamos un estudio prospectivo observacional desde el día 1 de enero de 2008 hasta 28 de febrero de 2009. Se escogió a los pacientes que ingresaron con el diagnóstico de infarto cerebral isquémico (n = 380), en la Sección de Neurología y en el Servicio de Medicina Interna. Tras aplicar criterios de exclusión presentamos una población final para el estudio de 94 pacientes (fallece un paciente durante el seguimiento). A todos los pacientes se les realizó una Tomografía Axial Computarizada (TAC) sin contraste. Los infartos cerebrales se dividieron en lacunares (29) y no lacunares (64). La PCR-hs se determinó el día del ingreso y a las 72h del mismo. Desarrollamos una tercera determinación que denominamos "cambio de PCR-hs" que es la resultante de la diferencia entre la PCR-hs de las 72h y la PCR-hs del ingreso (PCR-hs de las 72h-PCR-hs del ingreso). En el estudio la PCR-hs se dicotomizó en < 1,5 mg/dL y ≥ 1,5 mg/dL en el ingreso, a las 72h y el "cambio" de la PCR-hs. Se valoró la dependencia funcional con el índice de Barthel, la primera determinación preguntando a los familiares el estado previo al ingreso y la segunda determinación a las 72 del infarto. Se calculó en el estudio el "cambio" de Barthel durante el ingreso (Barthel a las 72h del ingreso menos el Barthel previo al ingreso). Analizamos la relación del índice de Barthel y la PCR-hs mediante el coeficiente de correlación de Spearman y mediante regresión logística. Para el análisis estadístico empleamos el programa SPSS v 15.0.

Resultados. La puntuación media del índice de Barthel al ingreso fue de 87,7. Fueron independientes (100 puntos) el 81,7% de los pacientes. La puntuación media del índice de Barthel a las 72h fue de 61,4 puntos. Fueron independientes (100 puntos) el 49,5% de los pacientes. La media de la PCR-hs del ingreso fue de 0,98, la media de la PCR-hs de las 72h fue de 2,67 y la media de la diferencia de la PCR-hs fue de 1,69. Mediante el coeficiente de correlación de Spearman se analizó la relación entre la Proteína C Reactiva ultrasensible y el índice de Barthel en el total de infartos, en los infartos lacunares y en los no lacunares. En el total de los infartos se observa una correlación negativa entre la PCR-hs de las 72h y el Barthel de las 72h (r = -0,303, p < 0,003), también se observa esta correlación entre el "cambio" de la PCR-hs y el Barthel de las 72h (r = -0,372, p < 0,001). La correlación también se observa entre el "cambio" de la PCR-hs y el "cambio" del Barthel (r = -0,305, p = 0,003). En los infartos lacunares se obtiene resultados similares. En los lacunares no existe esta relación. Mediante regresión logística estudiamos la relación entre el empeoramiento en la puntuación del índice de Barthel y la PCR-hs medida de forma cualitativa, obteniendo una relación estadísticamente significativa con el "cambio" de la PCR-hs > 1,5 mg/dl y el índice de Barthel (OR 3,30 p < 0,018)

Discusión. En nuestro trabajo se pone de manifiesto que los pacientes con infartos no lacunares presentan niveles de dependencia mayores (puntuaciones en el índice de Barthel más bajas) así como niveles sanguíneos más altos de PCR-hs.

Conclusiones. El presentar un "cambio" de PCR-hs mayor de 1,5 mg/dl se relaciona con presentar mayor dependencia.

RV-36

COMBINATION OF AMLODIPINE/VALSARTAN/HYDROCHLOROTHIAZIDE AND AMBULATORY BLOOD PRESSURE

C. Calvo Gómez¹, J. López Paz¹, A. Hermida Ameijeiras¹, M. Pena Seijo¹, G. Calvo González¹, M. Romero Míguez¹, A. Pose Reino¹ y A. Coca Payeras²

¹Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela (A Coruña).

²Unidad de Hipertensión Arterial. Hospital Clínic i Provincial. Barcelona.

Objectives. Most moderate-to-severe hypertensive patients require 2 or more agents to achieve the blood pressure (BP) control target. The antihypertensive efficacy of both combinations amlodipine/valsartan (AML/VAL) and valsartan/hydrochlorothiazide (VAL/HCT) has been shown; however, there are very few data about the triple combination AML/VAL/HCT. The objective of this study has been to evaluate the efficacy of this triple combination on the ambulatory BP.

Material and methods. A retrospective analysis with grade 2-3 hypertensive patients receiving in a sequential way AML 10 mg or VAL 320 mg in monotherapy was made. If the ambulatory BP control target was not achieved (diurnal BP 135/85 mmHg), patients took the combination AML/VAL 10/320 mg daily and, if BP was still high, HCT 25 mg/day was added. The assessment of the antihypertensive efficacy was based on ABPM (Spacelabs 90297) with 3-month intervals.

Results: Antihypertensive efficacy was evaluated in 61 patients (54.7 years old) who received the triple combination AML/VAL/HCT. Baseline values of ambulatory SBP/DBP were 159.1/102.5 mmHg in 24h, 162.3/104.8 mmHg day and 148.4/95.1 mmHg night. After the triple antihypertensive combination, a significant reduction of the ambulatory BP was shown: -32.1/-20.2 mmHg in 24h BP, -32.8/-20.7 mmHg in diurnal BP and -29.5/18.8 mmHg in nocturnal BP, without changes in the heart rate. The ambulatory BP control target was achieved in more than 80% of patients and a higher incidence of side effects was not shown regarding double therapy AML/VAL.

Conclusions. This analysis shows the antihypertensive efficacy and safety of the triple combination AML/VAL/HCT in the treatment of moderate-to-severe hypertensive patients.

RV-37

LA PROTEÍNA C REACTIVA ULTRASENSIBLE COMO MARCADOR DE SEVERIDAD EN LA FASE AGUDA DEL INFARTO CEREBRAL

J. Castellanos Monedero¹, R. CicuéndezTrilla¹, J. Tenias², A. Escalera Zalvide¹, M. Franco Huerta¹, M. Galindo Andugar¹, M. Martínez Gabarrón¹ y L. Rodríguez Rojas¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Área de Investigación, Docencia y Formación. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

Objetivos. Determinar si la proteína C reactiva ultrasensible es útil como marcador de severidad en la fase aguda del infarto cerebral isquémico comparándola con la escala del Instituto Nacional Americano de Ictus (NIHSS).

Material y métodos. Desarrollamos un estudio prospectivo observacional desde el día 1 de enero de 2008 hasta 28 de febrero de 2009. Se escogió a los pacientes que ingresaron con el diagnóstico de infarto cerebral isquémico (n = 380), en la Sección de Neurología y en el Servicio de Medicina Interna. Tras aplicar criterios de exclusión presentamos una población final para el estudio de 94 pacientes (fallece un paciente durante el seguimiento). A todos los pacientes se les realizó una Tomografía Axial Computarizada (TAC) sin

contraste. Los infartos cerebrales se dividieron en lacunares (29) y no lacunares (64). La PCR-hs se determinó el día del ingreso y a las 72h del mismo. Desarrollamos una tercera determinación que denominamos "cambio de PCR-hs" que es la resultante de la diferencia entre la PCR-hs de las 72h y la PCR-hs del ingreso (PCR-hs de las 72h-PCR-hs del ingreso). En el estudio la PCR-hs se dicotomizó en $< 1,5$ mg/dL y $\geq 1,5$ mg/dL en el ingreso, a las 72h y el "cambio" de la PCR-hs. La severidad del infarto cerebral se valoró en el momento del ingreso mediante la escala del Instituto Nacional Americano de Ictus (NIHSS). Se estratificó la severidad según la puntuación definida por Montaner et al. Mediante el coeficiente de correlación de Spearman y regresión logística analizamos la relación entre la escala NIHSS y la PCR-hs. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v15.0.

Resultados. La media de la PCR-hs del ingreso fue de 0,98, la media de la PCR-hs de las 72h fue de 2,67 y la media de la diferencia de la PCR-hs fue de 1,69. La puntuación media de la escala NIHSS fue de 9,6 puntos. Presentaron déficit grave (más de 20 puntos) el 18,3% de los pacientes y no presentaron déficit el 21,5% de los pacientes. Mediante una correlación de Spearman analizamos la relación entre la PCR-hs y la escala NIHSS en cada uno de los grupos de infartos (lacunares y no lacunares) y en el total. Se observa de forma estadísticamente que la PCR-hs de las 72h y el "cambio" de la PCR-hs presentan una relación positiva y estadísticamente significativa con la escala NIHSS ($r = 0,251$ $p = 0,015$) ($r = 0,258$ $p = 0,013$), pero sin embargo esto no se observa al estudiar cada uno de los tipos de infarto por separado. Con un sistema de regresión logística analizamos la relación entre la escala NIHSS y la PCR-hs cualitativa. Se observa que el presentar una PCR-hs a las 72h del ingreso mayor de 1,5 mg/dl se relaciona de forma estadísticamente significativa con puntuaciones más altas en la escala NIHSS (OR = 5,89 $p = 0,009$). Esto mismo se observa con el "cambio" de la PCR-hs (OR = 9,95 $p = 0,003$).

Discusión. Existen distintos tipos de estudios para abordar este tema, en un grupo de ellos evalúan que puntuaciones de la escala NIHSS agrupa los distintos tipos de infartos y en otros estudios analizan que puntuaciones de la escala NIHSS tiene cada grupo de infarto cerebral, y después analizan el comportamiento de la PCR-hs. Independientemente del análisis se obtienen resultados similares a los de nuestro estudio, los infartos no lacunares presenta puntuaciones más altas en la escala NIHSS y niveles sanguíneos más elevados de PCR-hs.

Conclusiones. La proteína C reactiva ultrasensible podría ser utilizada como marcador de severidad. El presentar durante el ingreso un "cambio" en la PCR-hs mayor de 1,5 mg/dl podría ser empleado como marcador de severidad.

RV-38 INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO MÉDICO EN LOS NIVELES DE PROTEÍNA C REACTIVA ULTRASENSIBLE EN LA FASE AGUDA DEL INFARTO CEREBRAL

J. Castellanos Monedero¹, L. Rodríguez Rojas¹, J. Tenais², M. Franco Huerta¹, M. Galindo Andugar¹, A. Escalera Zalvide¹, H. Ortega Abengozar¹ y L. Fernández-Espartero Gómez¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Área de Investigación, Docencia y Formación. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

Objetivos. Estudiar si la proteína C reactiva en la fase aguda del Infarto Cerebral se ve influenciada por la toma previa de estatinas, IECAS, ARA II o antiagregantes.

Material y métodos. Desarrollamos un estudio prospectivo observacional desde el día 1 de enero de 2008 hasta 28 de febrero de 2009. Se escogió a los pacientes que ingresaron con el diagnóstico de infarto cerebral isquémico ($n = 380$), en la Sección de Neurología y en el Servicio de Medicina Interna. Tras aplicar criterios de exclu-

sión presentamos una población final para el estudio de 94 pacientes (fallece un paciente durante el seguimiento). A todos los pacientes se les realizó una Tomografía Axial Computarizada (TAC) sin contraste. Los infartos cerebrales se dividieron en lacunares (29) y no lacunares (64). La PCR-hs se determinó el día del ingreso y a las 72h del mismo. Desarrollamos una tercera determinación que denominamos "cambio de PCR-hs" que es la resultante de la diferencia entre la PCR-hs de las 72h y la PCR-hs del ingreso (PCR-hs de las 72h-PCR-hs del ingreso). En el estudio la PCR-hs se dicotomizó en $< 1,5$ mg/dL y $\geq 1,5$ mg/dL en el ingreso, a las 72h y el "cambio" de la PCR-hs. Se recogió el tratamiento que presentaban previo al ingreso, haciendo especial referencia a la toma de antiagregantes, IECAS, ARA-II y estatinas. La PCR-hs se determinó el día del ingreso y a las 72h del mismo, hay una tercera determinación que denominamos "cambio de PCR-hs" que es la resultante de la diferencia entre la PCR-hs de las 72h y la PCR-hs del ingreso (PCR-hs de las 72h - PCR-hs del ingreso). Para comparar si influía la toma de fármacos en los niveles de PCR-hs se empleo el test estadístico de ji cuadrado. Para el análisis de los datos se empleo el programa SPSS v15.0.

Resultados. La media de la Proteína C Reactiva Ultrasensible (PCR-hs) al ingreso fue de 0,98 mg/dL, la media de la PCR-hs a las 72h fue de 2,67 mg/dL y la media del cambio de la PCR-hs fue de 1,69 mg/dL. Los fármacos más empelados eran los IECAS y ARAII en un 42,6% de los pacientes, tomaban estatinas el 18,1% de los pacientes y el 40% de los pacientes tomaba algún antiagregante (aspirina, clopidogrel o ticlopidina). Mediante un test de Ji cuadrado estudiamos si la toma o no de uno de estos grupos de fármacos influía o no en los niveles sanguíneos de PCR-hs, en ninguno de los grupos se observaba de forma estadísticamente significativa que los pacientes que tomaran fármacos tenían PCR-hs más baja, tan solo estaba cerca de la significación estadística los pacientes que tomaban IECAS o ARAII ($p = 0,07$).

Discusión. Existen varios estudios en la literatura que explican como la toma de alguno de estos grupos de fármacos se relaciona con la disminución de la PCR-hs en el tiempo, pero sin embargo no existen estudios que nos expliquen si los pacientes que toman estos fármacos de forma crónica presentan niveles sanguíneos de PCR-hs más bajos que aquellos que no los toman cuando se presenta un evento cardiovascular agudo como es el caso de los infartos cerebrales. En nuestro estudio se pone de manifiesto que la toma de estos fármacos no se relaciona con presentar en la fase aguda del infarto cerebral niveles sanguíneos de PCR-hs más bajos que aquellos pacientes que no los toman.

Conclusiones. La toma previa de fármacos como IECAS, ARAII, antiagregantes o estatinas no influye en los niveles sanguíneos de PCR-hs en la fase aguda del infarto cerebral isquémico.

RV-39 CEFALEA EN RACIMOS Y LA ASOCIACIÓN CON SAHS QUE AUMENTA EL RIESGO VASCULAR

J. Navarro Calzada¹, C. Gómez del Valle¹, S. Santos Lasaosa², A. Velázquez Benito², B. Sierra Bergua¹, P. Cía Gómez¹, P. González García¹ y C. Pérez Lázaro²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Objetivos. Dada la relación fisiopatológica observada en varios estudios entre la cefalea en racimos episódica (CR) y el síndrome de apnea hipopnea del sueño (SAHS) se planteó realizar un estudio para valorar estos datos en la clínica. El objetivo de este estudio fue determinar la preeminencia de patrones circadianos asociados al SAHS, con mayor riesgo cardiovascular asociado, en una monitorización ambulatoria de tensión arterial de 24 horas.

Material y métodos. Se realizó un estudio de carácter prospectivo para registrar el patrón circadiano de la tensión arterial mediante la colocación de una MAPA (monitorización ambulatoria de la

presión arterial) en pacientes con CR seguidos en la Unidad de Cefaleas de nuestro hospital. Se registraron las siguientes variables: edad, sexo, índice de masa corporal IMC, tensión arterial sistólica y diastólica diurna y nocturna con sus respectivas cargas, la puntuación en la escala de Epworth y la ratio noche/día.

Resultados. Se recogieron como válidos los estudios de MAPA de 24 horas de 28 pacientes con CR. La media de edad fue de 44,18 años (DE: 9,68) y de ellos el 100% eran varones. El IMC medio fue de 26,94 (DE: 3,89). El valor medio de la escala de Epworth fue de 6,89 (DE: 4,32). Las medias de tensión arterial sistólica TAS y tensión arterial diastólica TAD fueron de 119,50 mmHg y 74,71 mmHg respectivamente. Al desglosarlas las medias diurnas fueron de 123,82 mmHg y 78,82 mmHg y las nocturnas 114,05 mmHg y 69,21 mmHg. Las cargas diurnas fueron 11,93% para la sistólica y 15,37% para la diastólica, y las nocturnas 32,10% y 17,20%. Respecto a los patrones circadianos se obtuvieron un 46,42% de patrón dipper, un 46,42% de patrón non dipper y un 7,14% de patrón riser. La media de la ratio noche/día obtenida fue 0,92 (DE 0,6).

Discusión. Dados los resultados obtenidos parece haber un predominio de patrones asociados a mayor riesgo cardiovascular (53,56%) en estos pacientes, que son los relacionados con el SAHS, hecho que parece seguir apoyando su correlación.

Conclusiones. Se continuarán realizando más estudios en dichos pacientes para aumentar la potencia estadística de los resultados que nos ayuden a corroborar la tendencia en la correlación observada respecto a estas dos patologías.

RV-40.

¿ES EL PATRÓN CIRCADIANO DE TENSIÓN ARTERIAL EN LOS PACIENTES JÓVENES?

E. Puerto Pérez, P. Miramontes González, N. Cubino, A. Romero Alegría, J. Martín Oterino y A. Sánchez Rodríguez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.

Objetivos. Patrón de ritmo circadiano de la tensión arterial que predomina en los pacientes jóvenes hipertensos. Porcentaje de hipertensión refractaria en pacientes jóvenes. Tratamiento de elección es este tipo de enfermos.

Material y métodos. Hemos realizado un estudio retrospectivo y transversal en el que hemos incluido a 94 pacientes, menores de 50 años, que han sido seguidos en la unidad de hipertensión del Hospital Virgen Vega de Salamanca en el último año. A todos ellos se les ha realizado un estudio que incluye; analítica, Rx de tórax y monitorización ambulatoria de 24 h de la presión arterial (MAPA). Los patrones definidos en el MAPA son: dipper reducción TA 10-20% de basal, dipper extremo reducción > 20% de TA, no dipper descenso de TA < 10%, riser elevación nocturna de TA.

Resultados. La edad media de los pacientes 44, 9 años, de predominio varones 59,57%, mujeres 40,42%. Los patrones circadianos son; dipper 51,06%, no dipper 27,66%, riser 12,76%, dipper extremo 8,51%. El tratamiento de elección fue; IECA 36,17% seguido de ARA-II con 31,91%, Ca-antagonista 14,89%, b-bloqueantes 19,14%, diuréticas 17,02%. Presentan hipertensión refractaria el 10,63% de los pacientes.

Discusión. Como podemos observar el patrón que predomina en los hipertensos jóvenes es el dipper, aunque existe un alto porcentaje de pacientes no dipper. Con respecto al tratamiento de elección, fueron los IECAS y ARAII los más empleados en nuestra Unidad de HTA. El motivo podría ser por la existencia de diferentes estudios (LIFE, SCOPE, MOSES) que demuestran, que estos fármacos presentan un menor número de eventos vasculares, respecto al resto de fármacos antihipertensivos. Las cifras de HTA refractaria de nuestros pacientes fue del 10%, parámetros que se encuentran dentro de las estimaciones actuales que son 15% aproximadamente (según estudio ALLHAT).

Conclusiones. Se ha objetivado en diversos estudios, que el patrón no dipper y el riser tienen peor pronóstico que el dipper en cuanto a la morbi-mortalidad cardiovascular, en los cuales existe un aumento de la HVI, deterioro de la función renal y enfermedad vascular silente. Se ha descrito una mayor frecuencia de patrón circadiano anormal en diabético, hipertenso con lesión de órgano diana o en el anciano. En muchas ocasiones es más importante considerar el horario del tratamiento según el perfil circadiano del paciente que, el aumento de la dosis o el cambio en la combinación terapéutica. Este tipo de prueba diagnóstica, la MAPA, nos permite la posibilidad de individualizar el tratamiento antihipertensivo. En relación con la terapia, lo más importante para evitar eventos vasculares es la reducción de la PA arterial, aunque existen efectos beneficiosos importantes independientes del descenso de la PA. Inicialmente en pacientes jóvenes estaría indicado al inicio, cualquiera de los siguientes fármacos; b-bloqueantes, ARA-2, IECA, Ca-antagonista y diurético.

RV-41

COMPORTAMIENTO DE LA ESCALA DEL NATIONAL INSTITUTE OF STROKE (NIHSS) EN CADA UNO DE LOS TIPOS CLÍNICOS DE INFARTO CEREBRAL ISQUÉMICO

J. Castellanos Monedero¹, R. Cicuéndez Trilla¹, J. Tenias², A. Escalera Zalvide¹, M. Galindo Andugar¹, M. Franco Huerta¹, L. Rodríguez Rojas¹ y M. Martínez Gabarrón¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Área de Investigación, Docencia y Formación. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

Objetivos. Conocer el comportamiento de la escala del National Institute of Stroke (NIHSS) en la fase aguda del infarto cerebral en cada uno de sus tipos clínicos.

Material y métodos. Desarrollamos un estudio prospectivo observacional desde el día 1 de enero de 2008 hasta 28 de febrero de 2009. Se escogió a los pacientes que ingresaron con el diagnóstico de infarto cerebral isquémico (n = 380), en la Sección de Neurología y en el Servicio de Medicina Interna. Tras aplicar criterios de exclusión presentamos una población final para el estudio de 94 pacientes. (Fallece un paciente durante el seguimiento). A todos los pacientes se les realizó una Tomografía Axial Computarizada (TAC) sin contraste. La clasificación clínica se realizó mediante la clasificación del Oxfordshire Community Stroke Project (OSCP). Esta clasificación divide los infartos cerebrales en infarto total de la circulación anterior (TACI), infarto parcial de la circulación anterior (PACI), infarto de la circulación posterior (POCI) e infarto lacunar (LACI). También se agruparon en lacunares y no lacunares. La severidad del infarto cerebral se valoró en el momento del ingreso mediante la escala NIHSS. Se estratificó la severidad según la puntuación definida por Montaner et al. Se analizó mediante t de Student la comparación de medias en la puntuación en los infartos lacunares frente a los no lacunares, mediante Kruskal-Wallis se compararon las distintas puntuaciones en la escala NIHSS en los grupos de infartos lacunares o no lacunares. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v15.0.

Resultados. La edad media de los pacientes seleccionados fue de 72,7 años (desviación estándar: 12,7 años; rango de 34 a 92 años). Más de la mitad de los casos (55,3%) eran hombres. El 34% de los pacientes presentó un PACI y el 31% presentó un LACI. Agrupados en infartos no lacunares y lacunares el 69% eran no lacunares. La puntuación media en la escala NIHSS fue de 9,6, el 34% de las puntuaciones se agruparon en el grupo moderado que engloba las puntuaciones de 6 a 15 puntos. La media de puntuación en los infartos lacunares fue de 4,8 y en los no lacunares fue de 11,7. Esta diferencia fue estadísticamente significativa con una p < 0,001. Los infartos en la escala NIHSS clasificados como moderados y graves se en-

contraban entre los infartos no lacunares, sin embargo los clasificados como sin déficit o déficit ligero se encuadraban en los infartos no lacunares. Esta diferencia era estadísticamente significativa con una $p < 0,01$.

Discusión. En nuestro estudio observamos una relación estadísticamente significativa entre el NIHSS y el tipo de infarto. Los infartos no lacunares presentaban puntuaciones más altas en la escala NIHSS. También estudiamos en qué puntuaciones de la escala NIHSS se agrupaban los infartos. Se observó que los infartos no lacunares presentaban puntuaciones más altas, agrupándose en las puntuaciones que corresponden, según la escala, con infartos moderados y graves. Los infartos lacunares, sin embargo, se agrupaban en las puntuaciones que corresponden a los infartos leves según la escala NIHSS.

Conclusiones. Los infartos no lacunares presentan puntuaciones más altas en la escala NIHSS. Los grupos de infartos moderados y graves según la escala NIHSS se presentan con mayor frecuencia en los infartos no lacunares.

RV-42

VARIABILIDAD DE PUNTUACIÓN EN EL ÍNDICE DE BARTHEL EN CADA UNO DE LOS TIPOS CLÍNICOS DE INFARTO CEREBRAL ISQUÉMICO

J. Castellanos Monedero¹, M. Martínez Gabarrón¹, J. Tenais², M. Ramírez Ortega³, M. Franco Huerta¹, M. Galindo Andugar¹, A. Escalera Zalvide¹ y R. Cicuéndez Trilla¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Área de Investigación, Docencia y Formación, ³Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

Objetivos. Conocer el comportamiento del índice de Barthel en cada uno de los tipos clínicos del infarto cerebral isquémico agudo.

Material y métodos. Desarrollamos un estudio prospectivo observacional desde el día 1 de enero de 2008 hasta 28 de febrero de 2009. Se escogió a los pacientes que ingresaron con el diagnóstico de infarto cerebral isquémico ($n = 380$), en la Sección de Neurología y en el Servicio de Medicina Interna. Tras aplicar criterios de exclusión presentamos una población final para el estudio de 94 pacientes (fallece un paciente durante el seguimiento). A todos los pacientes se les realizó una Tomografía Axial Computarizada (TAC) sin contraste. La clasificación clínica se realizó mediante la clasificación del Oxfordshire Community Stroke Project (OSCP). Esta clasificación divide los infartos cerebrales en infarto total de la circulación anterior (TACI), infarto parcial de la circulación anterior (PACI), infarto de la circulación posterior (POCI) e infarto lacunar (LACI). También se agruparon en lacunares y no lacunares. Se valoró la dependencia funcional con el índice de Barthel. La valoración del índice de Barthel se realizó en dos tiempos la primera determinación preguntando a los familiares el estado previo al ingreso y la segunda determinación a las 72h del infarto. Se calculó en el estudio el "cambio" de Barthel durante el ingreso (Barthel a las 72h del ingreso menos el Barthel previo al ingreso). Para el estudio se aplicaron los test de t de Student y Kurskal-Wallis. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v15.0.

Resultados. La edad media de los pacientes seleccionados fue de 72,7 años (desviación estándar: 12,7 años; rango de 34 a 92 años). Más de la mitad de los casos (55,3%) eran hombres. El 34% de los pacientes presento un PACI y el 31% presento un LACI. Agrupados en infartos no lacunares y lacunares, el 69% eran no lacunares. La puntuación media del índice de Barthel al ingreso fue de 87,7 puntos y el 81,7% presento una puntuación de 100. La puntuación del índice de Barthel a las 72h del ingreso fue de 61,4 puntos y sólo el 49% presentaba puntuación de 100. El "cambio" a las 72h fue de -26,3 puntos. Empeoran en la puntuación del Barthel el 40,9% de los pacientes. No existen diferencias estadísticamente significativas en-

tre las medias del índice de Barthel en los infartos lacunares y no lacunares en el momento del ingreso. A las 72 la media de puntuación del índice de Barthel en los lacunares es de 74,66 puntos y de 55,39 en los no lacunares, siendo esta diferencia estadísticamente significativa con una $p = 0,02$. Los niveles de dependencia son más desfavorables en los TACI que en el resto, tanto en el Barthel previo al ingreso ($p = 0,025$) como el medido a las 72h del ingreso ($p < 0,001$).

Discusión. El infarto cerebral isquémico es una de las enfermedades con más morbilidad. Existen diferentes escalas para determinar dependencia en estos pacientes. En nuestro trabajo hemos valorado cuál es el comportamiento del índice de Barthel en los diferentes tipos de infarto según la clasificación clínica OSCP. Nuestros resultados se pueden comparar a los existentes en la literatura pero sin embargo nos diferenciamos de estos estudios al observar cual es el grado de influencia del infarto en los pacientes que lo sufren y cuál es el cambio que presentan en el desarrollo de su actividad diaria.

Conclusiones. Los pacientes con infartos no lacunares y en especial los infartos TACI presentan puntuaciones más bajas en el índice de Barthel, siendo por tanto infartos más dependientes.

RV-43

CAPACIDAD DISCRIMINATIVA DE LA PROTEÍNA C REACTIVA ULTRASENSIBLE PARA ESTABLECER SEVERIDAD, DISCAPACIDAD Y ESTANCIA HOSPITALARIA EN LOS PACIENTES CON INFARTO CEREBRAL ISQUÉMICO

J. Castellanos Monedero¹, M. Martínez Gabarrón¹, J. Tenais², M. Ramírez Ortega³, A. Escalera Zalvide¹, M. Franco Huerta¹, M. Galindo Andugar¹ y R. Cicuéndez Trilla¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Área de Investigación, Docencia y Formación, ³Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

Objetivos. Conocer la capacidad de la proteína C reactiva ultrasensible (PCR-hs) para poder diferenciar en la fase aguda del infarto aquellos más severos, más dependientes y los que presentaran una estancia media mayor.

Material y métodos. Desarrollamos un estudio prospectivo observacional desde el día 1 de enero de 2008 hasta 28 de febrero de 2009. Se escogió a los pacientes que ingresaron con el diagnóstico de infarto cerebral isquémico ($n = 380$), en la Sección de Neurología y en el Servicio de Medicina Interna. Tras aplicar criterios de exclusión presentamos una población final para el estudio de 94 pacientes (fallece un paciente durante el seguimiento). A todos los pacientes se les realizó una Tomografía Axial Computarizada (TAC) sin contraste. La PCR-hs se determinó el día del ingreso y a las 72h del mismo, hay una tercera determinación que denominamos "cambio de PCR-hs" que es la resultante de la diferencia entre la PCR-hs de las 72h y la PCR-hs del ingreso (PCR-hs de las 72h - PCR-hs del ingreso). Se crearon indicadores dicotómicos para el déficit neurológico (presencia o ausencia del mismo, según la escala del National Institute of Stroke (NIHSS)), la estancia hospitalaria (prolongada mayor de 7 días o no) y para la dependencia (independiente o dependiente según el índice de Barthel). La capacidad discriminativa se analizó mediante curvas ROC (Receiver Operator Characteristics curves). El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v15.0.

Resultados. La capacidad de la PCR-hs para detectar un déficit neurológico según la escala NIHSS presenta un área bajo la curva al ingreso de 0,614 IC95% (0,476-0,752), la PCR-hs de las 72h presenta un área bajo la curva de 0,726 IC95% (0,602-0,851), El "cambio" de la PCR-hs presenta un área bajo la curva 0,707 IC95% (0,585-0,829). La capacidad de la PCR-hs para detectar dependencia según el índice de Barthel presenta un área bajo la curva al ingreso de 0,522 IC95% (0,404-0,640), la PCR-hs de las 72h presenta un área bajo la curva de 0,636 IC95% (0,520-0,751), El "cambio" de la PCR-hs pre-

senta un área bajo la curva 0,688 IC95% (0,576-0,800). La capacidad de la PCR-hs para detectar estancia prolongada mayor de 7 días presenta un área bajo la curva al ingreso de 0,495 IC95% (0,372-0,617), la PCR-hs de las 72h presenta un área bajo la curva de 0,616 IC95% (0,502-0,729), El "cambio" de la PCR-hs presenta un área bajo la curva 0,675 IC95% (0,565-0,784).

Discusión. En nuestro estudio hemos intentado evaluar cual es la capacidad de la PCR-hs para diferenciar dependencia, severidad y estancia hospitalaria. Se muestra que la PCR-hs presenta buena capacidad discriminativa en la escala NIHSS con áreas bajo la curva de 0,7 en la PCR-hs de las 72h y el "cambio" de la PCR-hs. Sin embargo la PCR-hs tiene menor fuerza para la estancia hospitalaria y para el índice de Barthel con áreas bajo la curva inferiores a 0,7.

Conclusiones. La PCR-hs de las 72h y el "cambio" de la PCR-hs presentan una buena capacidad discriminativa en la escala NIHSS. Sin embargo, no son tan útiles en la estancia hospitalaria ni en el índice de Barthel.

RV-44

CIRUGÍA METABÓLICA, UNA ALTERNATIVA PARA EL CONTROL DEL RIESGO CARDIOVASCULAR

E. Puerto Pérez¹, I. González¹, A. Romero¹, S. Márquez¹, J. Fernández², L. Mateos¹ y A. Sánchez¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Cirugía. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.

Objetivos. La cirugía metabólica es aquella que persigue una corrección en las comorbilidades asociadas al síndrome metabólico (DM tipo 2, HTA, dislipemia, obesidad). Se ha objetivado en diferentes estudios, el beneficio que se obtiene en pacientes con síndrome metabólico sin obesidad mórbida con esta intervención. Consiste en una derivación gastro-intestinal, que evita que los alimentos pasen por el duodeno y primera porción de yeyuno, generando una estimulación de diferentes hormonas que provoca una disminución de la glucemia en sangre y mejora de la resistencia a la insulina. Con este estudio pretendemos valorar, si tras dicha cirugía los pacientes han conseguido los objetivos de control de todos los factores de riesgo cardiovascular.

Material y métodos. Hemos realizado un estudio trasversal y observacional, en el cual hemos incluido a 5 pacientes, que han sido intervenidos de cirugía metabólica por el Servicio de Cirugía General del Hospital Virgen Vega de Salamanca en el último año. Los criterios de selección fueron; edad 18-65a, IMC < 35, DM tipo 2, dislipemia e hipertensión mal controlada con tratamiento farmacológico. Al inicio se determina una analítica con LDL, HDL, HbA1c. A todos ellos se les realiza un by-pass gástrico por laparoscopia y un seguimiento postquirúrgico en los siguientes seis meses.

Resultados. El 60% eran mujeres y el 40% varones con una edad media de 61,6a. De todos los pacientes el 100% consiguieron una HbA1c < 7% a los dos meses de la cirugía, siendo posible retirar antidiabéticos orales e insulina en el 60% de los enfermos. Los niveles de LDL conseguidos sin tratamiento con estatina fueron < 100 mg/dl en el 80% de los pacientes. Fue posible la retirada de 2 fármacos antihipertensivos en todos los enfermos, incluso en uno de ellos se retiró toda la medicación inicial. La media de pérdida de peso fueron 10 Kg.

Discusión. Como se puede objetivar, los resultados corto plazo en estos pacientes son inminentes, ya que se han controlado los principales factores de riesgo vascular, como la hipertensión, dislipemia, diabetes y obesidad. En este tipo de cirugía se objetivado la remisión de la diabetes en un 85% de los casos a largo plazo y mejoría de un 15%. En el caso de nuestros enfermos los primeros meses fueron favorables, consiguiéndose los objetivos de control sin medicación en el 60% de los casos. Posiblemente esta cifra no sea tan elevada como en otras series, dado que el tiempo transcurrido tras

la cirugía era corto La pérdida de peso, podría haber sido un eje fundamental en la mejoría tanto de la DM, como de la HTA, dado que se considera que la patogenia del síndrome metabólico puede estar en relación con la obesidad abdominal y la resistencia a la insulina.

Conclusiones. Aunque los factores de riesgo vascular, tiene muchas herramientas posibles y menos agresivas que la cirugía para su manejo, que van desde cambios de estilos de vida, hasta todo un arsenal de fármacos, la cirugía metabólica es una solución a tener en cuenta como tratamiento definitivo en este tipo de pacientes con dificultad para la realización del tratamiento, más si tenemos en cuenta la debilidad de la condición humana ante los placeres de la vida.

RV-45

PREVALENCIA DE INSUFICIENCIA RENAL EN ANCIANOS NO INSTITUCIONALIZADOS

R. Puchades¹, F. Rodríguez¹, R. Gabriel² y C. Suárez¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. ²Unidad de Investigación. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos. El objetivo primario fue estimar la prevalencia de insuficiencia renal (IR) mediante la estimación del filtrado glomerular (FG) en una población de ancianos (edad ≥ 65 años) no institucionalizados.

Material y métodos. Estudio observacional de corte transversal obtenido de una submuestra aleatoria (N = 237) de sujetos ≥ 65 años de un área de Madrid del proyecto EPICARDIAN (Epidemiología CARDiovascular en ANCIANOS). La definición de insuficiencia renal (IR) se estableció en base al FG calculado por fórmula MDRD abreviada, definiendo IR si FG < 60 mL/min/1,73 m² y se estratificó en: Estadio I: FG ≥ 90 mL/min/1,73 m², Estadio II: FG ≥ 60 y < 90 mL/min/1,73 m², Estadio III: FG entre ≥ 30 y < 60 mL/min/1,73 m², Estadio IV: FG ≥ 15 y < 30 mL/min/1,73 m² y Estadio V: FG < 15 mL/min/1,73 m². Por otra parte, según creatinina se definió IR si la creatinina era ≥ 1,3 mg/dl en varones o ≥ 1,2 mg/dl en mujeres. Se analizó la prevalencia de pacientes con IR y creatinina normal (FG < 60 ml/min/m² y creatinina < 1,2 mg/dl en mujeres o < 1,3 mg/dl en varones) frente a los pacientes con IR por los dos métodos (FG < 60 ml/min/m² y creatinina ≥ 1,2 mg/dl en mujeres o ≥ 1,3 mg/dl en varones). Se realizó un análisis univariable y multivariable de regresión logística para determinar la relación entre filtrado glomerular y variables independientes.

Resultados. Las características basales de la población estudiada fueron: edad media 73 años, diabetes mellitus 9,7%, tabaquismo 15,6%, hipertensión arterial 77,2%, obesidad (índice de masa corporal ≥ 30 Kg/m²) 16,5% e hipercolesterolemia 40,5%. La prevalencia de IR en ancianos según MDRD abreviada fue del 21,5%. La edad fue el único factor asociado de forma independiente en el análisis multivariable. La prevalencia de IR según los niveles de creatinina fue del 14,13%. En los pacientes con IR y creatinina normal la prevalencia fue del 7,2%, sin mostrar relación con las variables estudiadas.

Discusión. En nuestro trabajo, uno de cada cinco ancianos tuvo un FG < 60 mL/min/1,73 m² (estadio 3-5 de IRC). Estos resultados son similares a los descritos en otros estudios (NHANES y Ausdiab). La prevalencia de IR en pacientes con niveles de creatinina dentro del rango normal se muestra inferior respecto a estudios previos, así como la asociación con otras variables probablemente debido al tamaño muestral.

Conclusiones. La determinación de IR mediante FG según fórmula MDRD abreviada debe considerarse en todo paciente ≥ 65 años para una mejor estimación del riesgo cardiovascular ya que aumenta en un 50% el diagnóstico de IR respecto a su diagnóstico por los niveles de creatinina, siendo la edad el único factor asociado independiente.

RV-46 ESTADO INFLAMATORIO EN PACIENTE CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST

R. Alcaraz¹, M. González², M. Pérez Paredes², J. Ruíz Ros²,
F. Herrero¹, N. Campillo³, M. Gil¹ y E. López¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Cardiología.
Hospital J.M. Morales Meseguer. Murcia. ³Servicio de Medicina
Interna. Complejo Universitario Santa María del Rosell.
Cartagena (Murcia).

Objetivos. El objetivo del estudio es describir la evolución de los niveles de leucocitos, proteína C reactiva ultrasensible (PCRh) y velocidad de sedimentación globular (VSG) en la primera hora, como marcadores sensibles de inflamación, en pacientes que ingresan con diagnóstico de infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST).

Material y métodos. Se extrajo sangre periférica a 74 pacientes consecutivos (65 años de edad media, 53 varones) con IAMCEST para el estudio de niveles de PCRh y número de leucocitos en el momento de diagnóstico (dentro de las 10 primeras horas del inicio del dolor), 48 horas, 7 séptimo día (momento del alta), segundo y sexto mes. La VSG se midió al séptimo día. Fueron excluidos todos los pacientes con enfermedad neoplásica, inmunológica o infecciosa concomitante.

Resultados. Los niveles de leucocitos y PCR durante el periodo del estudio muestran un ascenso con pico de PCRh a las 48 horas ($28,46 \pm 18,47$) y de leucocitos en el momento del ingreso (11.212 ± 3.270), con $p < 0,001$. Los niveles de VSG media al séptimo día fueron 51 ± 27 , encontrando en 7 pacientes VSG de 100 mm/h.

Discusión. Numerosos estudios ponen de manifiesto una respuesta inflamatoria, equiparable a un proceso infeccioso, tras la necrosis miocárdica secundaria a oclusión coronaria tras ruptura y trombosis de una placa inestable.

Conclusiones. En pacientes con IAMCEST se observa un estado inflamatorio exacerbado con una marcada leucocitosis desde el momento del diagnóstico, niveles medios de PCRh a las 48 horas del ingreso 5 veces superior a la normalidad y con cifras de VSG al séptimo día elevadas en todos los pacientes.

RV-47 VALOR DE LA INTERLEUCINA 1B COMO MARCADOR DE RESISTENCIA A LA INSULINA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

J. Vargas Hitos, M. Zamora Pasadas, J. Sabio,
N. Navarrete Navarrete, C. Hidalgo Tenorio, M. Arenas Mir,
P. Baños Piñero y J. Jiménez Alonso

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

Objetivos. Evaluar el valor de la interleucina 1 β (IL-1 β) como marcador de resistencia a la insulina (RI) en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES).

Material y métodos. Estudio transversal sobre 128 pacientes con LES (≥ 4 criterios ACR). En ellos fueron medidos la actividad (SLE-DAI) y daño acumulado del LES (SDI), mientras que en sangre fueron determinadas glucemia basal, hemoglobina glicosilada (HbA1c), insulina, péptido C, velocidad de sedimentación glomerular (VSG) y proteína C reactiva (PCR). A partir de los valores de glucemia basal e insulinemia fue calculado el índice HOMA-R. También fue recogido el porcentaje de pacientes con antecedentes de DM tipo 2 y los que se encontraban en tratamiento con prednisona y/o hidroxicloroquina (HCQ), así como las dosis acumuladas de ambos fármacos. De forma arbitraria, los pacientes cuyo índice HOMA-R era mayor o igual al percentil 75 de la población de estudio ($\geq 2,51$), fueron considerados sujetos con RI. Para comparar variables cuantitativas

se utilizó el test t de Student y para las cualitativas el test Chi-cuadrado de Pearson. Los resultados fueron expresados como mediana (rango) para variables cuantitativas y número absoluto (porcentaje) en las cualitativas.

Resultados. Los pacientes lúpicos con RI tuvieron valores significativamente más elevados de glucemia en ayunas ($p < 0,0001$), HbA1c ($p = 0,001$), insulina ($p < 0,0001$), péptido C ($p < 0,0001$) e IL-1 β ($p = 0,012$). Además, el porcentaje de pacientes con DM tipo 2 fue significativamente mayor en el grupo con RI ($p = 0,027$). No obstante, ni el porcentaje de pacientes en tratamiento con prednisona y/o HCQ ni sus respectivas dosis medias acumuladas, así como tampoco los valores medios de SLEDAI, SDI, PCR ni VSG resultaron significativamente diferentes entre los pacientes con y sin RI.

Discusión. En población general, la IL-1 β ha sido relacionada con el metabolismo hidrocarbonado, habiéndose encontrado que sus niveles plasmáticos se correlacionan con las cifras de glucemia basal y que modificaciones en los genes que regulan la transcripción de la IL-1 β se asocian a estados de RI y DM tipo 2. En los pacientes con LES, la IL-1 β sólo aparece citada en la literatura médica como un mediador proinflamatorio involucrado en la patogénesis del LES. La presencia de unos valores significativamente mayores de IL-1 β en el grupo de pacientes con RI, (no explicados por un mayor uso de prednisona o HCQ ni por una actividad inflamatoria mayor en el grupo con RI), sugiere que dicha citoquina podría servir de marcador de RI en los pacientes con LES.

Conclusiones. La IL-1 β podría ser útil en la identificación de pacientes lúpicos con RI.

RV-48 UTILIDAD DE MARCADORES DE ARTERIOSCLEROSIS SUBCLÍNICA EN LA EVALUACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR GLOBAL EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

S. Amorós¹, S. Parra¹, G. Vives¹, R. Ferré¹, J. Ribalta², F. Marimón¹
y A. Castro¹

¹Servicio de Medicina Interna. IISPV, ²Unitat de Recerca Lípids.
IISPV. Hospital Universitari Sant Joan. Reus (Tarragona).

Objetivos. Los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) presentan un incremento de la morbimortalidad por a eventos cardiovasculares. Por esta razón, nos planteamos como objetivo comparar la evaluación del riesgo cardiovascular en pacientes con LES utilizando marcadores de arteriosclerosis subclínica y su relación con las tablas de estimación de riesgo cardiovascular clásicas.

Material y métodos. Se incluyeron 71 pacientes con LES y 62 controles sanos. El estudio de aterosclerosis subclínica se realizó mediante la determinación del Grosor Intima-Media en carótidas (GIMc), el Índice Tobillo-Brazo y función endotelial que se realizó mediante el estudio de Tonometría Arterial Periférica (PAT-2000) obteniendo el índice de hiperemia reactiva digital (HRD). Esta técnica también obtiene un índice de rigidez arterial central, el Augmentation Index (AI). Se calculó el riesgo cardiovascular según Framingham (FRS), REGICOR y SCORE.

Resultados. No se observaron diferencias entre el grupo control y los pacientes con LES en cuanto a la estimación de riesgo cardiovascular según FRS y REGICOR. Los pacientes con LES presentaron un incremento significativo del valor del GIMc respecto el grupo control. El 52,7% de los pacientes con LES con estimación de riesgo cardiovascular bajo según FRS, presentaban un GIM patológico ajustado por edad y sexo. El GIMc se correlacionó directamente con la estimación de riesgo (FRS: $r = 0,599$; $p < 0,001$, SCORE: $r = 0,575$; $p < 0,001$ y REGICOR $r = 0,425$; $p = 0,001$). El valor de ITB no se correlacionó con la estimación de riesgo. Tampoco obtuvimos correlaciones entre el riesgo cardiovascular estimado y el grado de disfunción endotelial por HRD. El marcador de rigidez arterial central (AI) se encontraba aumentado en los pacientes con LES respecto la

población control (5,61 (12,88) vs 20,51 (22,16), $p < 0,001$). La rigidez arterial central (AI) ajustada por edad y tensión arterial sistólica se correlacionaba con la estimación de riesgo cardiovascular según FRS ($r = 0,435$ $p < 0,001$), REGICOR ($r = 0,375$ $p < 0,001$) y SCORE ($r = 0,406$ $p < 0,001$) y también con el valor del GIMc ($r = 0,395$ $p < 0,001$).

Discusión. La evaluación en la práctica clínica del riesgo cardiovascular en los pacientes con LES puede infraestimar el riesgo, debido a que las tablas utilizadas en la población general no incluyen en el cálculo factores pro-inflamatorios que favorecen un proceso aterosclerótico acelerado. Nuestro estudio presenta que las tablas de riesgo cardiovascular no detectan a una proporción de pacientes que presentan arteriosclerosis subclínica (52,7%). La presencia de rigidez arterial central (AI) se correlaciona mejor que el grado de disfunción endotelial con la presencia de arteriosclerosis subclínica y el riesgo cardiovascular.

Conclusiones. Las tablas para el cálculo del riesgo cardiovascular infraestiman la presencia de arteriosclerosis subclínica en los pacientes con LES. La presencia de rigidez arterial central se correlaciona con el riesgo cardiovascular y la presencia de arteriosclerosis subclínica. La utilización en la práctica clínica de marcadores de arteriosclerosis subclínica (GIMc y AI) puede ser de utilidad para una valoración más óptima del riesgo cardiovascular individual en los pacientes con LES.

RV-49

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS ATENDIDOS POR DESCOMPENSACIÓN METABÓLICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL

C. González Becerra¹, I. Vallejo Maroto¹, S. Ogalla Vera², R. Aparicio Santos¹, M. Gómez Hernández¹, M. Benticuaga Martínez¹, C. Palmero Palmero¹ y A. Fernández Moyano¹

¹Servicio de Medicina Interna ²Servicio de Medicina de Familia. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla.

Objetivos. Conocer las características de los pacientes diabéticos atendidos por Descompensación metabólica en el Servicio de Urgencias de nuestro centro hospitalario.

Material y métodos. Seleccionamos de forma aleatoria un total de 172 pacientes con diabetes atendidos en el Servicio de Urgencias de nuestro centro por Descompensación metabólica durante el 2009. Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo analizando sexo, edad, tipo de Diabetes, existencia de otros FRV (tabaquismo, HTA, dislipemia, obesidad), presencia de LOD, de Cardiopatía y/o Nefropatía, cifras de PA y glucemia capilar, valores analíticos como la glucemia plasmática, cifras de creatinina y de hemoglobina, tratamiento prescrito con ADOS (incluido grupo), insulino terapia (incluida pauta) y tratamiento con antiagregantes, estatinas, IECAS/ARA II. Recogimos el motivo que provoca la visita en Urgencias, las modificaciones del tratamiento y derivación al alta.

Resultados. El 83,7% eran DM tipo 2, tenían una edad media de 65,87 (DE: 19,26) años y eran predominantemente mujeres (57%). El registro en la historia clínica de los otros factores de riesgo vascular fue escaso. No se identificó en un 72,7% el tabaquismo, 23,8% la HTA, 51,2% la dislipemia y 87,8% la obesidad). De los registrados 5,8% eran fumadores, 65,1% eran HTA, 32,6% dislipémicos y 11,6% obesos. La existencia de LOD no se registró en 74,4% de los pacientes, estando presente en 22,1% de los registrados. La cardiopatía no se registró en 56,4% (presente en 33,1%) y la nefropatía no se recogió en 83,1% (presente 14,5%). La PAS fue de 143,49 (DE: 27,17); la PAD fue de 73,95 (DE: 15,59) mmHg; las cifras de glucemia capilar fueron 151,91 (rango de 15-600) mg/dl, la de glucemia plasmática 213,87 (DE: 152,79) mg/dl, las de creatinina 1,21 (DE: 0,80) mg/dl y las de Hemoglobina 12,85 (DE: 2,07) g/dl -El 68,1%

realizaban tratamiento con ADOS (24,4% con SU, 37,2% metformina, 4,7% glinidas, 1,2% inhibidores glucosidasa, 0% glitazonas y 0,6% incretinomiméticos). El 61% tenía prescrita insulina (11% régimen basal plus, 10,5% insulina basal, 14,5% mezclas, 17,4% pauta intensiva y 7% otras pautas). El 38,4% estaban antiagregados, 32,6% tenían prescritas estatinas, 33,1% IECAS y 18,6% ARA II. El motivo más frecuente de consulta fue la hipoglucemia (66,3%). 30,2% consultó por descompensación hiperglucémica y 3,5% por cetoacidosis. En un 38,4% se modificó el tratamiento al alta y solo el 10,5% fue derivado a Atención especializada.

Conclusiones. La mayoría de los pacientes diabéticos que atendemos en Urgencias de nuestro hospital son mujeres de mediana edad con DM tipo 2. En muchos casos no realizamos una valoración correcta del riesgo vascular de estos pacientes. El motivo más frecuente de consulta es la hipoglucemia. La mayoría están tratados con ADOS, fundamentalmente metformina. En los insulinizados no hay un claro predominio de una pauta concreta. El porcentaje de prescripción de AAS, estatinas, IECAS/ARA II es bajo.

RV-50

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PIE DIABÉTICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS

A. Pérez Ramírez, E. Martín Ponce, M. Duran Castellón, M. Martín González, M. Alonso Socas, F. Santolaria Fernández, J. Pérez Burkhardt y M. Sánchez Pérez

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de La Laguna (Tenerife).

Objetivos. El pie diabético es una enfermedad que determina una alta tasa de amputaciones de los miembros inferiores con un elevado grado de invalidez. Realizamos un estudio descriptivo para conocer el desarrollo de dicha enfermedad.

Material y métodos. Se incluyeron a los pacientes que ingresaron en el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Universitario de Canarias, con sótico de pie diabético, durante un periodo de dos años, desde enero de 2008 a diciembre de 2009. Valoramos las comorbilidades asociadas. Se clasificaron en tres grupos según la causa u origen del mismo en neuropático, isquémico e infeccioso, valorando la mortalidad por grupos y según el tipo de amputación. Además analizamos los gérmenes más frecuentes encontrados.

Resultados. Ingresaron durante el periodo de estudio, 70 pacientes con una edad media de 69,4 años de edad, de los cuales un 70,4% era hombres y 29,8% eran mujeres, hasta el 79% eran hipertensos, el 60% dislipémicos y un 33% presentaban cardiopatía isquémica coronaria. El 25,4% eran fumadores y el 23,9 exfumadores. Al analizar la relación entre estos factores de riesgo y la mortalidad no encontramos diferencia entre los grupos en ninguna de las variables antes mencionadas. Se diagnosticaron de pie diabético de origen neuropático 15 pacientes y hasta el 80% se amputaron, 20 pacientes de origen isquémico se amputan el 90% y de origen infeccioso 35 pacientes con un 85,7% de amputados. Las amputaciones más frecuentes se efectuaron a nivel del pie dentro de ellas la amputación digital, dichos resultados no fueron estadísticamente significativos ($p = 0,706$). Tuvieron mayor mortalidad el origen isquémico del pie diabético el 45%, seguido del infeccioso 20% y el origen neuropático tuvo un 6,7% de mortalidad, sin significación estadística con $p = 0,023$. La amputación supracondílea tuvo mayor mortalidad en los dos años siguientes al estudio. No encontramos diferencias significativas entre vivos y muertos al analizar diferentes parámetros como la glucosa basal, la HbA1c, colesterol total, HDL o LDL colesterol, BUN o creatinina. Presentaron cultivos positivos el 36% de los casos. El germen más frecuentemente encontrado fue la Pseudomona aeruginosa, seguido del Enterococcus faecalis, el MRSA y el Escherichia coli en los cultivos realizados en nuestro estudio, siendo el antibiótico más utilizado las quinolonas junto a la amoxicilina y las cefalosporinas de tercera generación.

Conclusiones. Existe un alto porcentaje de amputación en los pacientes estudiados siendo la causa infecciosa la más frecuente.

RV-51

ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTITROMBÓTICO EN FA

A. Arenas Iglesias, V. Arenas García, E. Armesto González, C. Calvo Rodríguez, A. Fernández Pantiga, P. Martínez García, M. Villanueva Montes y D. Pérez Martínez

Servicio de Medicina Interna. Hospital San Agustín. Avilés (Asturias).

Objetivos. El objetivo de este estudio es analizar la adecuación de la prescripción de fármacos anticoagulantes en pacientes con FA utilizando la Índice CHADS2 recomendada en diferentes guías de actuación clínica, teniendo en cuenta la presencia o ausencia de contraindicaciones para la misma.

Material y métodos. Realizamos un estudio retrospectivo analizando todos los pacientes que fueron dados de alta en el periodo comprendido entre los meses de julio a diciembre del año 2009 por el Servicio de Medicina Interna del Hospital San Agustín en los que figurase el diagnóstico de fibrilación auricular paroxística, Arritmia completa por fibrilación auricular o fibrilación auricular crónica, tanto en el diagnóstico principal como secundario en el informe de alta. Se comparó el tratamiento recibido con la presencia de indicación de tratamiento según el Índice CHADS2 que analiza la presencia de IC o FE < 40%, HTA, DM, edad > 75 años y ACV/AIT, otorgando 1 punto a cada ítem salvo ACV/AIT que recibiría 2 puntos, siendo indicativo de anticoagulación una puntuación mayor o igual a 2, antiagregación una puntuación de 0, valorando anticoagulación o antiagregación si la puntuación es de 1. En la realización del estudio estadístico se utilizó el programa SPSS (versión 11.5). Se realizó un análisis descriptivo determinándose números absolutos y porcentajes. En la comparación de variables cualitativas se utilizó la Chi cuadrado y la prueba exacta de Fisher.

Resultados. Un porcentaje importante de los pacientes incluidos en el estudio no estaban adecuadamente tratados (14% entre los tratados con ACO, 73% entre los tratados con antiagregante y 93% entre los que no recibían tratamiento alguno). Además, el porcentaje de tratamientos inadecuados era mayor en el grupo de edad > 75 años (48,1%), encontrando las mayores coincidencias de tratamientos en el grupo entre 65-75 años (74,1%). No se encontró ninguna contraindicación absoluta que justificase el no uso de ACO y sí un porcentaje de contraindicaciones relativas (0,8% para mal absorción, 7% para alcoholismo, 45,4% para pacientes con bajo nivel intelectual, 13,8% para pacientes psiquiátricos y 0,8% para pacientes con mal pronóstico).

Discusión. Según datos tomados de cuatro de los estudios con mayor tamaño muestral (Cardiovascular Health Study [CHS], Framingham Heart Study [FHS], Western Australia Study y Rochester MN Study), la prevalencia global de la FA en la población general se encuentra en torno al 1,5-6,2%, de ahí la gran importancia de su estudio y de la evaluación de la idoneidad del tratamiento. Según el estudio de Ruiz Ortiz et al, de los pacientes con indicación para la anticoagulación, habían sido anticoagulados finalmente el 92%. Estos resultados son claramente mejores a los de nuestro estudio que reflejan un 57% de pacientes anticoagulados cuando presentaban un índice de CHADS2 igual o superior a 2. En el estudio CARDIO-TENS 1999 los pacientes anticoagulados con mayor frecuencia eran los menores de 69 años (39%) mientras que los que tenían una edad superior a 70 años no superaban el 35%, resultados similares a los obtenidos en nuestro estudio.

Conclusiones. El empleo de tratamiento anticoagulante al alta hospitalaria en pacientes con FA es menor del recomendado por las principales guías actualmente en vigor, sobre todo en los pacientes de edad avanzada. En muchos casos, todavía se prefiere optar por una actitud intermedia, como el empleo de antiagregantes, con la

consiguiente pérdida de beneficio potencial, sin existencia de contraindicaciones absolutas para ACO que avalen dicha decisión y sí la presencia de un número considerable de contraindicaciones relativas, que están expuestas a la subjetividad del facultativo.

RV-52

INFLUENCIA DE LA ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE/ANTICOAGULANTE EN LA MORTALIDAD

L. Alcuria Ledo, V. Arenas García, V. Díaz Fernández, C. Calvo Rodríguez, A. Fernández Pantiga, P. Martínez García, M. Villanueva Montes y J. Ferreiro Celeiro

Servicio de Medicina Interna. Hospital San Agustín. Avilés (Asturias).

Objetivos. El objetivo de este estudio es evaluar si la mortalidad precoz en los pacientes con FA se ve modificada en relación al tratamiento anticoagulante/antiagregante adecuado o no.

Material y métodos. Realizamos un estudio retrospectivo analizando todos los pacientes que fueron dados de alta en el segundo semestre del año 2009 por el Servicio de Medicina Interna del Hospital San Agustín en los que figurase el diagnóstico de fibrilación auricular paroxística, Arritmia completa por fibrilación auricular o fibrilación auricular crónica, tanto en el diagnóstico principal como secundario en el informe de alta. Se analizó la adecuación al tratamiento según el Índice de CHADS2 y se observó la mortalidad a 9 meses del ingreso. En la realización del estudio estadístico se utilizó el programa SPSS (versión 11.5). Se realizó un análisis descriptivo determinándose números absolutos y porcentajes. En la comparación de variables cualitativas se utilizó la Chi cuadrado y la prueba exacta de Fisher.

Resultados. Un porcentaje importante de los pacientes incluidos en el estudio no estaban adecuadamente tratados (14% entre los tratados con ACO, 73% entre los tratados con antiagregante y 93% entre los que no recibían tratamiento alguno). Sin embargo, no existieron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a mortalidad entre tratamientos (27,6% para el grupo tratado con ACO, 34,6% para el grupo tratado con antiagregante y 41,9% para el grupo que no recibía tratamiento alguno, con $p = 0,116$) y ni siquiera si el tratamiento era el correcto o no (31,2% de mortalidad para el grupo de tratamientos coincidentes y 32,4% de mortalidad para el grupo de tratamientos no coincidentes, con $p = 0,834$). Se analizó la mortalidad por FR incluidos en nuestro estudio, contraindicaciones y grupo de edad no encontrándose ningún factor de peso determinante para la misma.

Discusión. Según datos tomados de cuatro de los estudios con mayor tamaño muestral (Cardiovascular Health Study [CHS], Framingham Heart Study [FHS], Western Australia Study y Rochester MN Study), la prevalencia global de la FA en la población general se encuentra en torno al 1,5-6,2% de ahí la gran importancia de su estudio y de la evaluación de la idoneidad del tratamiento. En nuestro estudio, no existieron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a mortalidad entre tratamientos y ni siquiera si el tratamiento era el correcto o no. En el estudio de Ruiz Ortiz et al se realizó un análisis multivariable, en el que el tratamiento anticoagulante y la embolia previa fueron factores independientes predictores de eventos embólicos y, a su vez, estos dos factores y la edad predijeron de forma independiente la mortalidad, sin embargo nuestro estudio no encontró ningún dato concluyente al respecto.

Conclusiones. La adecuación del tratamiento antitrombótico en pacientes con FA no se asocia con la mortalidad a 9 meses de los mismos. Tampoco existen diferencias significativas en cuanto a la mortalidad por los factores analizados en nuestro estudio (ACV/AIT, HTA, DM, IC o FE < 40%, edad), en parte porque probablemente existen factores importantes en la misma, no analizados. Se trata de un estudio de adecuación al tratamiento antitrombótico, donde

los factores analizados constituyen mayor riesgo de embolismo y, por tanto, invalidez, más que de mortalidad. Sería necesario el análisis de otros factores de riesgo de mayor peso en mortalidad para extraer datos concluyentes en el grupo de pacientes incluidos en el estudio.

RV-53

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS ATENDIDOS POR HIPOGLUCEMIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL

C. González Becerra¹, I. Vallejo Maroto¹, S. Ogalla Vera², R. Aparicio Santos¹, M. Gómez Hernández¹, M. Benticuaga Martínez¹, M. Álvarez Alcina¹ y A. Fernández Moyano¹

¹Servicio de Medicina Interna ²Servicio de Medicina de Familia. Hospital San Juan De Dios del Aljarafe. Sevilla.

Objetivos. Conocer las características de los pacientes diabéticos atendidos por Hipoglucemia en el Servicio de Urgencias de nuestro centro hospitalario.

Material y métodos. Seleccionamos de forma aleatoria un total de 114 pacientes con diabetes atendidos en el Servicio de Urgencias de nuestro centro por hipoglucemia durante el 2009. Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo analizando sexo, edad, tipo de diabetes, existencia de otros FRV (tabaquismo, HTA, dislipemia, obesidad), presencia de LOD, de cardiopatía y/o nefropatía, cifras de PA y glucemia capilar, valores analíticos como la glucemia plasmática, cifras de creatinina y de hemoglobina, tratamiento prescrito con ADOS (incluido grupo), insulino terapia (incluida pauta) y tratamiento con antiagregantes, estatinas, IECAS/ARA II. Recogimos las modificaciones del tratamiento y derivación al alta.

Resultados. El 85,1% eran DM tipo 2, con edad media de 69,03 (DE: 18,98) años y predominantemente mujeres (56,1%). Encontramos diferencias en la media de edad ($p < 0,000$) entre los DM tipo 1 y tipo 2. El registro en la historia clínica de los otros factores de riesgo vascular fue escaso. No se identificó en un 76,3% el tabaquismo, en un 22,8% la HTA, en un 50,9% la dislipemia y en un 86% la obesidad. De los registrados 1,8% eran fumadores, 71,9% eran HTA, 36% dislipémicos y 13,2% obesos. La existencia de LOD no se registró en 72,8% de los pacientes (presente en 25,4% de los registrados). La cardiopatía no se registró en 56,1% (presente en 35,1%) y la nefropatía no se recogió en 78,1% (presente 18,4%). La PAS fue de 142,69 (DE: 26,98); la PAD fue de 72,31 (DE: 15,03) mmHg; la glucemia capilar media fue de 44,84 mg/dl, la creatinina 1,22 (DE: 0,91) mg/dl y la Hemoglobina 12,52 (DE: 1,94) gr/dl- El ADO más usado fue la metformina (42,1%), seguido de las sulfonilureas (28,1%), (de ellos 19,3% glibenclámda), y en menor medida el resto (3,5% glinidas, 1,8% inhibidores glucosidasa y 0% gli tazonas e incretinomiméticos). El 67,5% estaban insulinizados. Con respecto al régimen de insulino terapia, el 10,5% tenía una insulina basal, el 14,9% régimen basal plus, el 15,8% mezclas, 18,4% pauta intensiva y 7% otras pautas. La insulina basal más usada fue la glargina (21,1%), seguida de la NPH (18,4%) y la detemir (4,4%). El 40,4% estaban antiagregados, 35,1% tenían prescritas estatinas, 39,5% IECAS y 18,4% ARA II. En un 39,5% se modificó el tratamiento al alta y sólo el 2,6% fue derivado a Atención especializada.

Conclusiones. La mayoría de los pacientes diabéticos que atendemos en Urgencias de nuestro hospital por hipoglucemia son DM tipo 2 ancianos con un discreto predominio de mujeres, encontrando diferencias con significación estadística en la edad entre los tipo 1 y los tipo 2. En muchos casos no realizamos una valoración correcta del riesgo vascular de estos pacientes. La mayoría están tratados con ADOS, fundamentalmente metformina y en 2º lugar SU (glibenclámda.) En los insulinizados no hay un claro predominio de una pauta concreta. La Insulina basal más usada es la

glargina. El porcentaje de prescripción de AAS, estatinas, IECAS/ARA II es bajo. No se plantean apenas modificaciones de tratamiento ni indicaciones de seguimiento especializado en estos pacientes en la asistencia por su descompensación. Probablemente el perfil de pacientes por edad hubiera requerido de optimización del tratamiento (retirada de glibenclámda y revisión de la insulino terapia).

RV-54

PERFIL DIFERENTE DE PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 1 Y TIPO 2 ATENDIDOS POR DESCOMPENSACIÓN METABÓLICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL

S. Ogalla Vera¹, C. González Becerra², I. Vallejo Maroto², R. Aparicio Santos², M. Gómez Hernández², M. Álvarez Alcina², C. Palmero Palmero² y A. Fernández Moyano²

¹Servicio de Medicina de Familia, ²Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla.

Objetivos. Conocer las diferencias en el perfil de pacientes con DM tipo 1 y DM tipo 2 atendidos por Descompensación metabólica en el Servicio de Urgencias de nuestro centro hospitalario.

Material y métodos. Seleccionamos de forma aleatoria un total de 172 pacientes con diabetes atendidos en el Servicio de Urgencias de nuestro centro por descompensación metabólica durante el 2009. Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo analizando sexo, edad, tipo de diabetes, existencia de otros FRV (tabaquismo, HTA, dislipemia, obesidad), presencia de LOD, de cardiopatía y/o nefropatía, cifras de PA y glucemia capilar, valores analíticos como la glucemia plasmática, cifras de creatinina y de Hemoglobina, tratamiento prescrito con ADOS (incluido grupo), insulino terapia (incluida pauta) y tratamiento con antiagregantes, estatinas, IECAS/ARA II. Recogimos el motivo de atención en Urgencias, las modificaciones del tratamiento y derivación al alta.

Resultados. Encontramos diferencias en las medias de edad ($p < 0,000$) entre los DM tipo 1, 32,81 años (DE: 9,48) y 272,03 años (DE 13,46). Los DM tipo 1 eran predominantemente varones (55,6%) mientras que en los DM2 eran en un 59,3% de mujeres. El registro en la historia clínica de los otros factores de riesgo vascular y presencia de LOD fue escaso en ambos grupos, sobre todo en los DM1. En DM2 se registró la HTA en 85,5% (presente en 74,5% de ellos). Encontramos diferencias en la PAS ($p = 0,029$), media PAS 123,50 mmHg en DM 1, (DE 16,73) y media PAS 145,31 mmHg en DM2, (DE 27,27) y en las cifras de creatinina ($p = 0,004$), 1,26 (DE: 1,51) mg/dl en DM1 y 1,20 (DE: 0,59) mg/dl en DM 2. En los DM1 predominaba el uso de pauta intensiva (77,8%) y de glargina como insulina basal (70,4%). El 53,8% de los DM2 ya estaban insulinizado, sin claro predominio de pauta (16,6% con mezclas); el 80,7% realizaba tratamiento con ADOS con predominio de uso metformina (44,1%), seguido de SU (29%), de ellos 17,9% glibenclámda. La prescripción de AAS, estatinas e IECAS/ARA II fue baja fundamentalmente en DM 1. El motivo más frecuente de consulta en ambos grupos fue la hipoglucemia (63% en DM1 y 66,9% en DM2). Apenas se realizaron modificaciones de tratamiento en ambos grupos y la mayoría fue derivado a A. primaria.

Conclusiones. Los pacientes DM 1 que atendemos en Urgencias de nuestro hospital suelen ser jóvenes, con ligero predominio de sexo masculino. Suelen realizar pauta de insulino terapia intensiva con insulina glargina y consultan por hipoglucemias. Los DM 2 suelen ser mujeres mayores, hipertensas tratadas con metformina y en alto porcentaje insulinizadas, que consultan por hipoglucemia. En ambos grupos no se estratifica correctamente el riesgo cardiovascular. El manejo de los factores de riesgo podría optimizarse. La visita de urgencias no condiciona un cambio en el tratamiento en la mayoría de las ocasiones.

RV-55 ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL EN LA DIABETES MELLITUS

R. Martín Díaz¹, L. Lozano Maneiro², L. Alegre Zahonero², E. Madroñal Cerezo¹, R. Calderón Hernaiz¹, D. Rejas Velásquez¹, J. Canora Lebrato¹ y A. Zapatero Gaviria¹

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

Objetivos. La enfermedad renal crónica (ERC) es un importante problema sanitario en nuestro país, afectando a más de 1.500.000 personas. Su asistencia sanitaria conlleva un elevado coste, tanto económico (en los pacientes en diálisis entre 32.000 y 47.000 €/paciente/año según la modalidad) como personal. Cada año inician tratamiento renal sustitutivo unos 6000 pacientes, siendo la diabetes mellitus (DM) la causa más frecuente entre los 45 y los 75 años (22.4% del total de los casos), con una prevalencia global de DM como causa de ERC terminal del 14.4% a fecha de 2007. Son factores pronóstico en el deterioro de la función renal el grado de control de la diabetes (HbA1c), la proteinuria, los factores de riesgo cardiovascular (tabaquismo, TA, dislipemia), la obesidad, la anemia y la acidosis; factores sobre los que es posible actuar terapéuticamente. Nuestro objetivo es describir el perfil del paciente con ERC en estadio terminal derivado para valoración de inicio de tratamiento renal sustitutivo (diálisis) en el que la causa del deterioro de la función renal fuese nefropatía diabética.

Material y métodos. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo desde el 1/1/2008 al 15/6/2010 de los pacientes con ERC atendidos en el H.U. Fuenlabrada derivados para valoración de inicio de terapia renal sustitutiva (diálisis) cuya causa de derivación fuese nefropatía diabética. Se excluyeron aquellos pacientes que fuesen derivados de forma aguda por empeoramiento de su patología renal secundaria a una causa intercurrente.

Resultados. Durante el periodo en estudio se derivaron 83 pacientes, de los cuales 25 (30,12%) tenían DM entre las causas de la ERC. De éstos, 16 (64%) eran varones y 9 (36%) mujeres, con una edad media de 64,48 ± 14,71 años (intervalo 31-84). Un 16% eran DM-I, siendo el 84% restante DM-II. La HbA1c media de 7,09. Un 36% de los pacientes tenían otra causa del deterioro de la función renal, siendo la mayoría (44,44%) nefroangioesclerosis, seguido de nefropatías tubulointersticiales crónicas (11,11%). Un 22,22% tenían más de una causa adicional. El valor medio de creatinina fue de 3,68 ± 0,92 mg/dl (intervalo 2,47-5,7) con un MDRD de 16,93 ± 3,27 ml/min (10,9-23,3). La proteinuria media estimada (medida por el índice Pro/Cro) fue de 5,07 ± 3,85 g/24h (0,18-15). La Hb media fue de 11,64 ± 1,29 g/dl (mínima 9,7, máxima 11,73), presentando nuestros pacientes un valor de calcio medio (ajustado por albúmina) de 9,27 mg/dl con un fósforo medio de 4,39 mg/dl y una PTH media de 200,24 U/l. Los valores medios de PCR fue de 1 mg/dl y de albúmina 3,26 g/dl. Respecto al control de los factores de riesgo cardiovascular, el 44% (11 pacientes) nunca había fumado, el 24% (6 pacientes) habían abandonado el hábito tabáquico y un 32% (8 pacientes) seguían fumando en el momento de la derivación. La TA media fue de 143,76 ± 16,48/73,92 ± 14,41 mmHg, el nivel medio de colesterol de 190,33 mg/dl (con un LDL medio de 104,18 mg/dl) y 195,29 mg/dl de TG. El 40% de los pacientes (10) tenían alguna cardiopatía de base, siendo la más frecuente la insuficiencia cardíaca (70%), seguida de la cardiopatía isquémica (40%), valvulopatías (20%) y cardiopatía hipertensiva (10%). En un 40% de los pacientes coexistían varias causas de cardiopatía.

Conclusiones. La diabetes mellitus es una de las principales causas de ERC en estadio final. Es necesario un mayor control de los factores de riesgo cardiovascular, así como de las complicaciones y comorbilidades asociadas para intentar disminuir la progresión del deterioro de la función renal y con ello la necesidad de terapia sustitutiva renal.

RV-56 HEMOGRAMA, ESTUDIO DE COAGULACIÓN Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN LOS PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO Y LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

J. Vargas Hitos, M. Zamora Pasadas, J. Sabio, N. Navarrete Navarrete, C. Hidalgo Tenorio, V. Manzano Gamero, I. Fernández Egea y J. Jiménez Alonso

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

Objetivos. Estudiar la posible contribución de los parámetros del hemograma y estudio de coagulación al desarrollo de enfermedad aterotrombótica en los pacientes con síndrome metabólico (SM) y lupus eritematoso sistémico (LES).

Material y métodos. Estudio transversal en 128 pacientes con LES (≥ 4 criterios ACR). En todos ellos se determinaron hemograma completo, [número de hematíes, hemoglobina (Hb), volumen corpuscular medio (VCM), número de leucocitos y número de plaquetas], y valores de fibrinógeno, dímero D (DD) y homocisteína. Además, se valoró la presencia de SM (NCEP-ATP III), que fue tomada como variable dependiente. Se excluyeron aquellos pacientes con enfermedad infecciosa o inflamatoria sistémica, (excepto LES) en el momento del estudio. Para comparar las distintas variables cuantitativas se utilizó el test t de Student, expresándose los resultados como mediana (rango).

Resultados. Los pacientes lúpicos con SM presentaron cifras significativamente más elevadas de fibrinógeno (p = 0,023), DD (p = 0,009) y homocisteína (p = 0,026) que los pacientes sin SM. Sin embargo, no se hallaron diferencias significativas entre los pacientes con y sin SM en cuanto a los distintos parámetros del hemograma estudiados.

Discusión. La homocisteína representa, tanto en población lúpica como en población general, un factor de riesgo para la aparición de eventos tromboticos en distintas localizaciones y el desarrollo de enfermedad aterosclerótica precoz. Igualmente, los valores de fibrinógeno y DD se han asociado a un elevado riesgo cardiovascular y el desarrollo de trombosis. En el presente estudio, la elevación de homocisteína, fibrinógeno y DD se relacionó con el diagnóstico de SM, por lo que el aumento de riesgo cardiovascular que conlleva dicho síndrome en los pacientes con LES podría estar en relación con un estado protrombótico mediado por estos 3 péptidos.

Conclusiones. La homocisteína, el fibrinógeno y el DD podrían contribuir al desarrollo de enfermedad aterotrombótica en los pacientes lúpicos con SM.

RV-57 EL CAPTOPRIL MEJORA EL ESTADO OXIDATIVO INTESTINAL EN RATAS HIPERTENSAS

O. Aramburu Bodas¹, J. Arias Jiménez¹, M. Monserrat García², A. Blanca Lobato³, S. Zambrano Sevilla³, M. Ruíz-Armenta³, A. Mate Barrero³ y C. Vázquez Cueto³

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

²Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla.

³Departamento de Fisiología. Facultad de Farmacia. Universidad de Sevilla. Sevilla.

Objetivos. Cada vez son más los estudios que muestran el papel del estrés oxidativo en el origen y/o mantenimiento de la hipertensión arterial. Muchos trabajos demuestran la alteración del estado oxidativo sistémico y orgánico en modelos de ratas con hipertensión arterial. Por otro lado, el captopril es un fármaco antihipertensivo que inhibe la enzima convertidora de la angiotensina I (ECA), teniendo también propiedades antioxidantes. El objetivo de este trabajo es estudiar las propiedades antioxidantes del captopril en el intestino de ratas hipertensas.

Material y métodos. Sendos grupos de 6 ratas normotensas (Wistar-Kyoto, WKY) e hipertensas (spontaneously hypertensive rats,

SHR), de 16-20 semanas de edad, fueron tratadas con captopril (80 mg/kg de peso y día) durante 12 semanas en el agua de bebida. También usamos grupos de ratas WKY y SHR a los que no se administró captopril. Tras el tratamiento, se procedió a la extracción del íleon para analizar la actividad de las enzimas antioxidantes glutatión peroxidasa, glutatión reductasa y superóxido dismutasa; adicionalmente, se ha medido la actividad de la NADPH oxidasa (una de las principales enzimas responsables de la producción del radical libre anión superóxido). Se analizaron las diferencias entre grupos con el programa estadístico GraphPad.

Resultados. Nuestros resultados muestran una disminución significativa en la actividad de todas las enzimas antioxidantes determinadas en el intestino de ratas hipertensas con respecto a las normotensas. Esta reducción en la actividad enzimática revierte tras el tratamiento con captopril.

Discusión. Estudios previos realizados en nuestro laboratorio muestran las propiedades antioxidantes del captopril en sangre y corazón de ratas hipertensas. Los resultados del presente estudio muestran también una disminución significativa en la actividad de las enzimas antioxidantes en el intestino de ratas hipertensas con respecto a las normotensas, como ocurre en otros tejidos. Esta reducción es revertida mediante el tratamiento con captopril. Estos resultados confirman estudios previos y demuestran las propiedades antioxidantes del captopril en las ratas hipertensas, tanto a nivel sistémico como local.

Conclusiones. 1. Las ratas hipertensas tienen una disminución significativa en la actividad de las enzimas antioxidantes en el tejido intestinal. 2. La administración oral de captopril revierte esta disminución de actividad enzimática antioxidante en el intestino de ratas hipertensas. 3. Estos resultados confirman estudios previos y demuestran las propiedades antioxidantes del captopril en las ratas hipertensas, tanto a nivel sistémico como local.

RV-58

INFLUENCIA DEL CONTROL GLUCÉMICO EN LA PREVENCIÓN SECUNDARIA DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR, CEREBROVASCULAR O ARTERIAL PERIFÉRICA PREVIA. RESULTADOS DEL REGISTRO FRENA

M. Camafort¹, L. Ramón², J. Sánchez Muñoz-Torrero³, J. Sahuquillo⁴, L. López-Jiménez⁵, R. Coll⁶, M. Monreal⁷ y Grupo FRENA

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal Móra d'Ebre. Móra d'Ebre (Tarragona). ²Servicio de Cirugía Vascular. Hospital Mutua de Terrasa. Terrasa (Barcelona). ³Servicio de Medicina Interna. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres. Servicio de Medicina Interna. Hospital Municipal de Badalona. Badalona (Barcelona). ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Córdoba. ⁵Servicio de Rehabilitación, ⁶Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona).

Objetivos. Valorar la influencia de un control glucémico más estricto (HbA1c media < 7%) frente a un control menos estricto, en la evolución y pronóstico de pacientes con diabetes mellitus (DM) tipo 2, con al menos un episodio previo de enfermedad arterial, incluyendo cardiopatía isquémica, ictus, AIT y enfermedad arterial periférica.

Material y métodos. FRENA es un registro prospectivo, multicéntrico, que valora el manejo y pronóstico de pacientes con un episodio de enfermedad arterial en los 3 meses previos. Se recogen datos de la historia clínica del paciente, comorbilidad, exploración física, analítica y del tratamiento. Asimismo se registran todos los nuevos episodios de enfermedad arterial y/o muerte. Todos los pacientes son seguidos al menos un año.

Resultados. 974 pacientes con DM tipo 2. De ellos 480 (49%) presentaban niveles medios de HbA1c < 7%. Después de un seguimiento me-

dio de 14 meses, 126 pacientes (13%) presentaron nuevos episodios de enfermedad arterial: 43 infarto de miocardio, 29 ictus, y 64 isquemia crítica de extremidades. Un 15% fallecieron en los 15 días posteriores. La incidencia de nuevos episodios isquémicos por 100 pacientes/año fue significativamente menor en aquellos con HbA1c < 7,0% (razón de tasas: 0,6, IC95%: 0,4 a 0,9). Estas diferencias persistieron después del análisis multivariante (riesgo relativo: 0,6, IC95%: 0,4 a 0,9). Estos pacientes también presentaron una mortalidad cardiovascular significativamente menor (razón de tasas: 0,5, IC95%: 0,2-0,96) así como una mortalidad global significativamente menor (razón de tasas: 0,6, IC95%: 0,3-0,99). Sin embargo, esta diferencia sólo fue significativa y evidente en pacientes con cardiopatía isquémica.

Discusión. El papel del control intensivo de la glucemia en la prevención de complicaciones vasculares de la DM tipo 2 es un tema controvertido. Los datos del seguimiento del estudio UKPDS sugieren que un tratamiento antidiabético intensivo y precoz es eficaz. Nuestro estudio presenta datos de pacientes con DM tipo 2 avanzada y en prevención secundaria, (32% a un 40% en estudios previos). Nuestros datos sugieren que la eficacia de un control glucémico intensivo depende del territorio afecto.

Conclusiones. En pacientes ambulatorios con DM tipo 2, en prevención secundaria, un buen control glucémico (HbA1c < 7,0%) implica una menor incidencia de nuevos episodios isquémicos, en relación a aquellos con mal control glucémico. Después de ajustar los factores de confusión estas diferencias fueron sólo evidentes en pacientes con cardiopatía isquémica.

RV-60

ANTIAGREGACIÓN PRIMARIA EN PACIENTES CON MUY ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR

J. Tamarit García¹, B. Roig Espert², C. Sala Sainz¹, L. Sánchez Suárez¹, J. Giner Morales¹, I. Carbonell Casañ¹, V. Navarro Ibáñez² y A. Artero Mora¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital de Manises. Manises (Valencia).

Objetivos. Valorar la prescripción de antiagregantes en prevención primaria en pacientes con muy alto riesgo cardiovascular (mortalidad > 10% a los 10 años) según criterios de la American Heart Association (AHA).

Material y métodos. Estudio transversal, descriptivo y observacional en pacientes hospitalizados entre enero y marzo de 2010 en el Servicio de M. Interna de 2 hospitales de la Comunidad Valenciana (Hospital Dr. Peset y Hospital de Manises). La selección de pacientes se estableció teniendo en cuenta la edad, sexo y la presencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV): tabaquismo, hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), dislipemia, antecedentes cardiovasculares personales y familiares. También se constataron los diferentes tratamientos llevados al ingreso. Los criterios de inclusión fueron: > 70 años y riesgo cardiovascular moderado (3-4% Score), > 60 años con DM o fumadores y < 50 años con DM y algún FRCV. Como criterios de exclusión se tomaron: Evidencia previa de lesión arteriosclerótica (coronaria, cerebrovascular, y/o periférica), enfermedad neoplásica no controlada, o deterioro cognitivo mayor a 4 según la escala GDS (Global Deterioration Scale) y/o grado de dependencia para la actividad de la vida diaria > 3 medido por el índice de Katz. La muestra se obtuvo de pacientes ingresados por procesos agudos o exacerbaciones de alguna enfermedad médica no vascular. Las analíticas utilizadas fueron de la fecha más reciente previa al ingreso hospitalario sin exceder de los 6 meses anteriores.

Resultados. De los 47 pacientes con muy alto riesgo cardiovascular (RCV) según Score el 61,7% estaban con antiagregación primaria frente a un 38,3% que no la llevaba (tabla). En los pacientes con RCV < 10% únicamente el 22,3% estaba con antiagregantes de forma primaria.

Conclusiones. En nuestra muestra, a pesar de la escasa evidencia científica y la consiguiente controversia sobre la utilidad de la antiagregación primaria, se evidencia una clara tendencia a mantener la antiagregación en los pacientes que cumplirían criterios para la misma siguiendo las directrices de la AHA.

Tabla 1 (RV-60). Riesgo cardiovascular a los 10 años

	RCV ≤ 2%	RCV 3-4%	RCV 5-9%	RCV ≥ 10%	Total
Sin tratamiento	3	18	43	7 (14,9%)	71
Anti coagulación	0	3	13	11 (23,4%)	27
AAS	0	7	11	12 (25,5%)	30
Clopidogrel	0	0	5	9 (19,2%)	14
AAS + Clopidogrel	0	0	0	8 (17%)	8
Total	3	28	72	47	150

RV-61

HIPOCITRATURIA PRIMARIA, LITIASIS URINARIA E HIPERTENSIÓN ARTERIAL

S. Suárez Ortega, J. Almaraz Marroquin, J. Artilles Vizcaino, J. Sánchez Hernández, R. Castillo Rueda, L. Salas Reinosa, I. Oliva Afonso y P. Betancor León

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Dr. Negrín. Las Palmas (Gran Canaria).

Objetivos. La hipocitratúria es un hallazgo frecuente en procesos acidóticos. Como entidad primaria, habitualmente asociada a un perfil genético, es extremadamente rara. Se manifiesta por litiasis urinaria bilateral, circunstancia que por otro lado se asocia con elevada frecuencia a la hipertensión. Presentamos un estudio descriptivo de la hipocitratúria primaria en una consulta de hipertensión arterial.

Material y métodos. Se analiza la prevalencia y manifestaciones clínicas de la hipocitratúria primaria en una consulta de Hipertensión. Para su detección se valoraron como datos orientadores: el debut de la litiasis antes de los 30 años, la presencia de litiasis bilateral, ausencia de hiperparatiroidismo, el sedimento urinario normal y/o urocultivo negativo y la falta de respuesta al tratamiento convencional. Todos los pacientes recibían 12.5 mg de hidroclorotiazida en el momento de realizar la orina de 24 horas.

Resultados. Se han estudiado 1.600 hipertensos en el curso de 18 años; de ellos 198 (12,4%) tenían litiasis urinaria, y en 19 casos se demostró hipocitratúria primaria, con las siguientes características en el momento del diagnóstico: La edad media fue 40,47 ± 14,8 años, en un intervalo entre 14-60. Doce (63%) eran mujeres. Cuatro casos formaban parte de una misma familia (patrón autosómico dominante). Todos los pacientes con hipocitratúria presentaron cólicos renales y litiasis bilateral. La citratúria media fue de 52,1 ± 33,2 mg/día, con un rango de 5-95 mg/día (valores normales de 140 a 940 mg/día). No se apreciaron diferencias en la eliminación de uratos (566 ± 178,1 mg/día), calciuria (250,8 ± 97,7 mg/día) y natriuria (168,8 ± 74,7 mEq/día) respecto a una población previamente analizada de 900 hipertensos. Once casos presentaron hipercalcemia (estando con 12,5 mg de hidroclorotiazida), 6 osteoporosis, 7 precisaron litotricia y en 16 se objetivaron alteraciones dentales.

Discusión. La hipocitratúria sería sospechada en pacientes con litiasis urinaria hipercalcémica que no se controla con tiazidas, si se ha descartado hiperparatiroidismo primario. Antes de considerar trastorno primario se deben descartar las múltiples causas secundarias

Tabla 1 (RV-62). Antiagregación primaria-ADA 2010/AHA 2009

	Sin tratamiento	Anticoag	AAS	Colpi	AAS + Clop	Total
Cumple crit-ADA	40 (47%)	11 (13%)	17 (20%)	14 (16,5%)	3 (3,5%)	85
RCV > 10% AHA	7 (14,9%)	11 (23,4%)	12 (25,5%)	9 (19,2%)	8 (17%)	47

(acidóticas) e infecciones urinarias. El tratamiento apropiado mejora el perfil clínico de los pacientes con hipocitratúria primaria.

Conclusiones. 1. La hipocitratúria primaria es un trastorno raro a descartar en la litiasis urinaria bilateral y en edades jóvenes. 2. Para su diagnóstico deben excluirse otras causas de hipocitratúria secundaria y de litiasis bilateral. 3. La coexistencia con HTA es un hallazgo habitual y se encuadra en el binomio HTA-litiasis urinaria. 4. El tratamiento se centra en combinar citratos y tiazidas, con lo que mejora la clínica urinaria y la HTA.

RV-62

CÓMO ESTAMOS UTILIZANDO LA ANTIAGREGACIÓN EN PREVENCIÓN PRIMARIA

J. Tamarit García¹, B. Roig Espert², F. García Tolosa¹, C. Sala Sainz¹, L. Sánchez Suárez¹, A. Sáez Segura¹, V. Navarro Ibáñez² y A. Artero Mora¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital de Manises. Manises (Valencia).

Objetivos. Valorar la prescripción de antiagregantes en prevención primaria en pacientes diabéticos o con muy alto riesgo cardiovascular (mortalidad > 10% a los 10 años).

Material y métodos. Estudio transversal, descriptivo y observacional en pacientes hospitalizados entre enero y marzo de 2010 en el Servicio de M. Interna de 2 hospitales de la Comunidad Valenciana (Hospital Dr. Peset y Hospital de Manises). La selección de pacientes se estableció teniendo en cuenta la edad, sexo y la presencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV). También se constató el tratamiento al ingreso. Los criterios de inclusión fueron: > 70 años y RCV moderado (3-4% Score), > 60 años con DM o fumadores y < 50 años con DM y algún FRCV. Como criterios de exclusión se tomaron: lesión arteriosclerótica previa, enfermedad neoplásica no controlada, o deterioro cognitivo mayor a 4 GDS (Global Deterioration Scale) y/o grado de dependencia para la actividad de la vida diaria > 3 medido por el índice Katz. -La muestra se obtuvo de pacientes ingresados por procesos agudos o exacerbaciones de enfermedad médica no vascular. Las analíticas fueron de la fecha más reciente previa al ingreso sin exceder de los 6 meses.

Resultados. De los 85 pacientes diabéticos de nuestra muestra (150 pacientes) el 40% estaban antiagregados frente al 100% que deberían haberlo estado siguiendo los criterios de la ADA-2010 (tabla). De los 47 pacientes con riesgo cardiovascular (RCV) > 10% a los 10 años el 61,7% estaban con antiagregación primaria frente a un 38,3% que no lo estaban siguiendo directrices de la AHA-2009. 1) American Diabetes Association (ADA)-2010: recomienda tratar con AAS en prevención primaria a diabéticos (V > 50 años y M > 60 años) con RCV > 10% a los 10 años con 1 factor de riesgo cardiovascular adicional (HTA, tabaquismo, dislipemia, albuminuria o historia familiar de enfermedad cardiovascular). 2) American Heart Association (AHA)-2009: recomienda tratar con AAS en prevención primaria cuando RCV > 10% a los 10 años.

Conclusiones. Una gran parte de los pacientes diabéticos de nuestra muestra cumple criterios de antiagregación pero no está antiagregado, sin embargo un elevado porcentaje de pacientes con alto RCV lleva tratamiento antiagregante. A raíz de la controversia existente en los últimos años en cuanto a la indicación de antiagregación primaria en pacientes diabéticos, se observa una excesiva precaución y no inicio de antiagregación en estos pacientes frente a una tendencia de a la antiagregación de pacientes de alto riesgo cardiovascular. Ver tabla 1 (RV-62).

RV-63 ERAS (ESTUDIO DE RESISTENCIA A LA ASPIRINA EN SALAMANCA)

J. Miramontes González, J. Martín Oterino, E. Puerto Pérez, A. Romero Alegría, C. Montilla Morales, L. Mateo Polo y A. Sánchez Rodríguez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.

Objetivos. Los antiagregantes plaquetarios representan, tanto en prevención primaria como secundaria, uno de los mayores grupos de fármacos de uso habitual en el ámbito del riesgo vascular. De los fármacos, disponibles el de mayor uso, independientemente de dosis, es el ácido acetilsalicílico (AAS). El efecto antiagregante de los fármacos que administramos no se cuantifica de forma rutinaria a diferencia de la acción que producen otros fármacos, por ejemplo tras la administración de una estatina se realiza una medición de lípidos, o realizamos una MAPA tras un cambio de antihipertensivos. El objetivo de este estudio es conocer la respuesta a la acción antiagregante del AAS en los pacientes que ingresan en un servicio de M. Interna.

Material y métodos. Los datos pertenecen a los pacientes que ingresan en un servicio de M. Interna que pertenece a un hospital de tercer nivel. Seleccionamos los que en su tratamiento habitual figura el AAS, realizamos un test de Morinsky-Green para descartar los pacientes que presenten dudas en el cumplimiento terapéutico. Se realiza una extracción de sangre venosa periférica y se procesa en un tiempo menor de 1 hora mediante un test de PFA-100.

Resultados. Se seleccionaron en el ingreso 157 pacientes, tras el test de cumplimiento terapéutico (al paciente o al cuidador principal) la cifra de pacientes a los que se realiza la determinación es de 93. Los resultados muestran un total de 57 pacientes resistentes y 46 pacientes sensibles a la antiagregación con AAS.

Discusión. La resistencia a los antiagregantes plaquetarios es conocida. No existe un método para valorar la resistencia a los fármacos antiagregantes que aunque consensos y que este aceptado por las distintas sociedades. El PFA-100 (sensibilidad 94,9%, especificidad 88,8%), es uno de los métodos más aceptados por su experiencia de uso y por su disponibilidad. Existe un alto porcentaje de pacientes que presentan resistencia a distintos fármacos antiagregantes y es necesario conocer esta resistencia para valorar la respuesta al tratamiento.

Conclusiones. 1. En nuestro medio, con un test de PFA100, existe una resistencia a la antiagregación con AAS mayor del 50%. 2. Es necesario conocer la respuesta a los tratamientos antiagregantes para valorar si la conducta terapéutica es adecuada o es necesario cambiar de fármacos. 3. Es necesario desarrollar test que ayuden a valorar la respuesta a los tratamientos antiagregantes.

RV-64 ANTIAGREGACIÓN PRIMARIA EN DIABÉTICOS CON MUY ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR

B. Roig Espert¹, J. Tamarit García², L. Sánchez Suárez², C. Sala Sáinz², F. García Tolosa², A. Sáez Segura², V. Navarro Ibáñez¹ y A. Artero Mora²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital de Manises. Manises (Valencia). ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Objetivos. Valorar la prescripción de antiagregación en prevención primaria en pacientes con muy alto riesgo cardiovascular (mortalidad > 10% a los 10 años) según criterios de la American Diabetes Association (ADA) 2010.

Material y métodos. Estudio transversal, descriptivo y observacional en pacientes hospitalizados entre enero y marzo de 2010 en

el Servicio de M. Interna de 2 hospitales de la Comunidad Valenciana (Hospital Dr. Peset y Hospital de Manises). La selección de pacientes se estableció teniendo en cuenta la edad, sexo y la presencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV): tabaquismo, hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), dislipemia, antecedentes cardiovasculares personales y familiares. También se constató el tratamiento al ingreso. Los criterios de inclusión fueron: > 70 años y riesgo cardiovascular moderado (3-4% Score), > 60 años con DM o fumadores y < 50 años con DM y algún FRCV. Como criterios de exclusión se tomaron: evidencia previa de lesión arteriosclerótica (coronaria, cerebrovascular, y/o periférica), enfermedad neoplásica no controlada, o deterioro cognitivo mayor a 4 según la escala GDS (Global Deterioration Scale) y/o grado de dependencia para la actividad de la vida diaria > 3 medido por el índice de Katz. La muestra se obtuvo de pacientes ingresados por procesos agudos o exacerbaciones de enfermedad médica no vascular. Las analíticas fueron de la fecha más reciente previa al ingreso sin exceder de los 6 meses.

Resultados. De los 85 pacientes diabéticos de nuestra muestra (150 pacientes) el 40% estaban antiagregados frente al 100% que deberían haberlo estado siguiendo los criterios de la ADA-2010 (la edad media de la muestra fue de 75,95 años con un mínimo de 32 años, y los pacientes < 50 años fueron varones diabéticos y con otro factor de riesgo cardiovascular) (tabla). 1) ADA-2010: Recomendación tratar con AAS en prevención primaria a pacientes diabéticos (V > 50 años y M > 60 años) con riesgo cardiovascular (RCV) > 10% a los 10 años con 1 FRCV adicional (HTA, tabaquismo, dislipemia, albuminuria o historia familiar de enfermedad cardiovascular).

Conclusiones. A pesar de los recientes criterios del uso de la antiagregación primaria en los pacientes diabéticos, menos de la mitad de los pacientes de nuestra muestra que debería haber estado con tratamiento antiagregante lo estaba. A raíz de la controversia suscitada en los últimos años respecto a la antiagregación primaria en la diabetes tendemos a no utilizar antiagregación en una gran parte de los pacientes que cumplen criterios para ello.

Tabla 1 (RV-64). Antiagregación primaria-ADA 2010

DM	Sin tratamiento	Anticoag	AAS	Clopi	AAS + Clop	Total
Cumple criterios	40	11	17 (20%)	14 (16,5%)	3 (3,5%)	85

RV-65 CONCORDANCIA ENTRE LA DETERMINACIÓN DEL ÍNDICE TOBILLO-BRAZO Y EL ACLARAMIENTO DE CREATININA EN PACIENTES INGRESADOS EN 2 SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA

B. Roig Espert¹, J. Tamarit García², F. García Tolosa², C. Sala Sáinz², L. Sánchez Suárez², A. Sáez Segura², V. Navarro Ibáñez¹ y A. Artero Mora²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital de Manises. Manises (Valencia) ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Objetivos. Determinar si existe concordancia entre la determinación del aclaramiento de creatinina y el índice tobillo-brazo (ITB) en pacientes hospitalizados en dos Servicios de Medicina Interna. Valorar la diferencia de dicha concordancia en 2 poblaciones diferenciadas por la presencia o ausencia de diabetes mellitus.

Material y métodos. Estudio transversal, descriptivo y observacional en pacientes hospitalizados entre enero y marzo de 2010 en el Servicio de M. Interna de 2 hospitales de la Comunidad Valenciana (Hospital Dr. Peset y Hospital de Manises). La selección de pacientes se estableció teniendo en cuenta la edad, sexo y la presen-

cia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV): tabaquismo, hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), dislipemia, antecedentes cardiovasculares personales y familiares. También se constató el tratamiento al ingreso. Los criterios de inclusión fueron: > 70 años y riesgo cardiovascular moderado (3-4% Score), > 60 años con DM o fumadores y < 50 años con DM y algún FRCV. Como criterios de exclusión se tomaron: Evidencia previa de lesión arteriosclerótica (coronaria, cerebrovascular, y/o periférica), enfermedad neoplásica no controlada, o deterioro cognitivo mayor a 4 según la escala GDS (Global Deterioration Scale) y/o grado de dependencia para la actividad de la vida diaria > 3 medido por el índice de Katz. La muestra se obtuvo de pacientes ingresados por procesos agudos o exacerbaciones de enfermedad médica no vascular. Las analíticas fueron de la fecha más reciente previa al ingreso sin exceder de los 6 meses.

Resultados. En nuestra población diabética (85 pacientes de los 150 estudiados) la presencia de un aclaramiento anormal (< 60 ml/min) junto con una determinación de ITB patológico (< 0,9) se presentó en un 14,1% de los pacientes frente a un 27,1% con ITB patológico a pesar de tener un aclaramiento de creatinina normal (tabla).

Conclusiones. Existe una elevada prevalencia de enfermedad arterial periférica asintomática que puede llegar a ser detectada mediante la realización de un ITB, prueba simple y de bajo coste. En nuestra muestra, la población con alteración del aclaramiento de creatinina presentó una menor incidencia de ITB patológico, independientemente de la presencia de DM. Nuestro estudio apunta una tendencia significativa a favor de la realización del ITB independientemente del aclaramiento de creatinina del paciente, puesto que éste no padece discriminar la presencia de enfermedad arterial subclínica.

Tabla 1 (RV-65). Diabéticos

DM	ITB < 0,9	ITB normal	ITB > 1,2	Total
Acl. creat < 60	12 (14,1%)	14 (16,5%)	7 (8,2%)	33 (38,8%)
Acl. creat > 60	23 (27,1%)	20 (23,5%)	9 (10,6%)	52 (61,2%)
Total	35 (41,2%)	34 (40%)	16 (18,8%)	85 (100%)

RV-66

PATRONES CIRCADIANOS E ÍNDICE DESCANSO-ACTIVIDAD: SU CORRELACIÓN CON EL RIESGO VASCULAR EN LA MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL

S. Suárez Ortega, M. Serrano Fuentes, J. Artilles Vizcaino, A. Conde Martel, S. Santana Báez, B. Alonso Ortiz, P. Jiménez Santana y P. Betancor León

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Dr. Negrín. Las Palmas (Gran Canaria).

Objetivos. La monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) es un método idóneo para corroborar el diagnóstico, estudiar el ritmo circadiano y analizar el nivel de control del hipertenso. Se analizan los MAPAS de 750 hipertensos, con el objetivo de definir la prevalencia de patrones circadianos, índice descanso/actividad y su relación con el riesgo vascular en la hipertensión arterial (HTA).

Material y métodos. En el curso de 5 años se ha realizado un MAPA a 912 hipertensos, según el proyecto Cardiorisc, teniendo características de validez, 780, que son los analizados en esta presentación. La muestra se centra en hipertensos evaluados por primera vez o de difícil control. Se analiza la prevalencia de patrones circadianos, el índice descanso/actividad y su relación con el riesgo vascular. Datos obtenidos aplicando SPSS 16.

Resultados. La edad media fue de 52,4 ± 15,3 (rango: 14-89 años); 404 (51,8%) de los 750 hipertensos eran mujeres. 58 (7,4%) hipertensos tenían HTA secundaria. La distribución en los 4 patrones clásicos ha sido: dipper (304, 38,9%), no-dipper (333, 42,7%), riser (95, 12,2%) y dipper extremo (48, 6,1%). El índice descanso actividad osciló entre 0,65 y 1,97, con un valor medio de 0,90. De los 780 valores del índice hubo 750 valores fueron diferentes, lo que configura prácticamente un valor diferente para cada hipertenso analizado. El riesgo vascular en el valor inferior a 0,9 (395, 50,6% de los hipertensos) se distribuyó en bajo en 293 (74%) y alto en 102 (36%); cuando el índice fue mayor de 0,9 (385, 49,4%) la distribución del riesgo fue bajo en (224, 58%) y alto en (160, 42%). Se establece un coeficiente de correlación de Pearson entre el nivel de riesgo (valores de 1 a 5) y el índice de 0,192, con una p = 0,001, siendo estadísticamente significativo el valor < 0,01. Si se considera el riesgo como variable cualitativa el coeficiente de correlación de Kendall fue asimismo estadísticamente significativo. La realización del índice descanso-actividad condicionó un cambio cronoterápico en 385 hipertensos (49%).

Discusión. La MAPA es el método idóneo para valorar la variabilidad de la Presión arterial. El cociente descanso/actividad es uno de los parámetros más sencillos que definen dicha variabilidad y permiten una correlación con el riesgo vascular del hipertenso.

Conclusiones. 1. La distribución de los patrones clásicos del MAPA es similar a los casos del proyecto Cardiorisc. 2. El índice actividad/descanso tiene un significado similar a los patrones clásicos, pero con un significado más preciso. En lugar de existir 4 patrones existen 750 valores lineales, que incrementan el riesgo a medida que aumenta dicho índice. 3. El patrón del MAPA y el índice descanso-actividad proporcionan un método idóneo para definir los cambios cronoterápicos del tratamiento en el hipertenso.

RV-67

¿AUMENTARÁ LA UTILIZACIÓN DE LA ANTICOAGULACIÓN ORAL EN FIBRILACIÓN AURICULAR CON LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES?

R. Puerta Louro, L. González Vázquez, M. Valle Feijoo, P. Sánchez Conde, F. Fernández Fernández, S. Araujo Fernández, A. Arca Blanco y J. de la Fuente Aguado

Servicio de Medicina Interna. Hospital Povisa, S.A. Vigo (Pontevedra).

Objetivos. Las dos principales indicaciones de la anticoagulación oral (ACO) son el tratamiento de la enfermedad tromboembólica venosa y la prevención del embolismo sistémico. Si bien con la evidencia de enfermedad tromboembólica no suele plantear dudas su indicación, el hecho de prevenir eventos embólicos frente a la aparición de complicaciones hemorrágicas, que puede tener consecuencias fatales, plantea más dudas. El objetivo de este estudio es comparar las complicaciones hemorrágicas de los pacientes anticoagulados frente a la aparición de eventos embólicos en los pacientes con fibrilación auricular (FA) durante el mismo período de tiempo.

Material y métodos. Realizamos un análisis retrospectivo de todos los pacientes ingresados en nuestro hospital desde el 1 de enero al 31 de diciembre del año 2006, entre cuyos diagnósticos incluían efecto adverso anticoagulante, y aquellos con diagnóstico de ictus identificando además los que también presentan FA. Recogimos la edad, sexo, diagnóstico de base, otros diagnósticos, días de estancia, curso clínico, tipo de evento hemorrágico, si existía sobrecoagulación, factores que aumenten el riesgo de sangrado, y factores de riesgo de ictus.

Resultados. Identificamos en 2336 pacientes anticoagulados (50% con FA) 30 complicaciones hemorrágicas que precisaron ingreso hospitalario, edad media de 75 años, 53% varones, el 73% ingresó en Medicina Interna, con una estancia media de 12,5 días. Fallecieron

6 casos (20%). Los eventos hemorrágicos más frecuentes son cerebrales 9 (30%) de las cuales hemorragias intraparenquimatosas (HI) 5, hematomas subdurales (HS) 3, y una hemorragia subaracnoidea (HSA); además presentan hemorragia digestiva (HD) 8 (27%), hemoptisis 5 (15%), partes blandas 4 (13%), hematuria 3 (10%), epix-tasis 2 (7%), hemotórax 1 (3%) y metrorragia 1 (3%). Tenía sobrecoagulación un 48%, y factores que aumentan el riesgo de sangrado: > 65 años un 90% (> 75 años un 63%), accidente cerebral vascular previo 10%, antecedente de HD 20%, hematocrito < 30% un 23%, creatinina > 1,5 mg/dl un 30%, diabéticos 17% y un paciente con IAM reciente. Los 6 exitus, 5 tenían hemorragia intracerebral (4 HI y 1 HSA que además presentaba aneurisma de la arteria cerebral anterior) y 1 HD alta. Durante este período se diagnostican 50 casos con HI y fallecen 33% de no anticoagulados (15/45), frente a 80% de anticoagulados (4/5); mientras que los HS fallecieron 25% (2/8) de no anticoagulados y ninguno anticoagulado (0/3). Identificamos 297 estancias hospitalarias con ictus isquémico de las cuales 67 casos presentan FA entre sus diagnósticos (23%), con una edad media de 81 ± 8 años (53-98), 40% varones, y mortalidad del 4.5% (3 pac). Otros diagnósticos más comunes asociados son hipertensión 57%, diabetes mellitus 24%, enfermedad coronaria 16% e insuficiencia cardiaca 1.5%. Sólo 16 pacientes (24%) recibían ACO y de los 56 que no lo estaban, 24 pacientes no fueron anticoagulados: 16 porque tenían contraindicación y 8 sin contraindicación.

Conclusiones. Los pacientes anticoagulados presentan múltiples factores de riesgo de sangrado, y algunos además lo son para el desarrollo de ictus en los pacientes con FA, por lo que los clínicos decidimos que el riesgo de sangrado para el paciente sobrepasa el beneficio de la ACO. En nuestra serie fallecen 6 pacientes anticoagulados (50% indicación por FA) por desarrollo de evento hemorrágico mayor, y fallecen 3 pacientes con ictus isquémico y otros 16 pacientes con secuelas neurológicas secundarias al evento isquémico que contraindicación la ACO al alta. ¿Los nuevos anticoagulantes podrán cambiar este temor a la anticoagulación por menos eventos hemorrágicos, ausencia de control y temor a sobrecoagulación?

RV-68 ESTUDIO DEL CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS (DM) EN PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA (MI)

L. Ruiz Rivera, A. Ruiz-Sancho, F. Anguita Santos, D. Sánchez Rico y A. Lluna Carrascosa

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Objetivos. Valorar el grado de control metabólico de los pacientes con DM que ingresan en el Servicio de MI por cualquier motivo.

Material y métodos. Se está realizando un estudio observacional prospectivo de los valores de hemoglobina glicosilada A1c (HbA1c) de los pacientes que ingresan en un Servicio de Medicina. Se han recogido los datos clínicos y analíticos, incluyendo HbA1c de todos los pacientes que ingresaron de forma consecutiva en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico San Cecilio de Granada desde el 15 de abril del 2010. Se presentan resultados de un corte a 15 de junio de este mismo año. Se han excluido a los pacientes sin antecedentes de DM. Se han clasificado según las cifras recomendadas por las guías: IDF, NICE y ADA para el buen control metabólico.

Resultados. Se han incluido 103 pacientes. De los cuales el 44,7% eran varones. La edad media era de 69,52 años. El número de diabéticos tipo 2 era de 42 (40,8%) Los resultados de la HbA1c de los pacientes diabéticos se expresan a continuación: -Según los criterios de la IDF (Hb A1c < 6,5%) 10 pacientes (23,8%) presentan buen control frente a 32 (76,2%) que presentan mal control. Según los criterios NICE (Hb A1c entre 6,5-7,5%) 16 pacientes (38,1%) presentan buen control frente a 26 (61,9%) que presentan mal control. Según los criterios de la ADA (Hb A1c < 7%) 21 pacientes (50%) presentan buen control frente a 21 (50%) que presentan mal control.

Discusión. La prevalencia de pacientes diabéticos ingresados en Medicina Interna es elevada. El porcentaje de pacientes no controlados es muy alto, variando éste según las distintas guías desde 50% al 76,2%. El UKPDS estableció la importancia de controlar la glucosa para prevenir complicaciones vasculares en personas con diabetes tipo 2 siendo la HbA1c la medida elegida para monitorizar la glucosa plasmática. Sin embargo tras los datos del estudio ACCORD quizás el control tan exhaustivo en nuestros pacientes no sea lo ideal. Es importante individualizar adaptando los objetivos de control a las características clínicas de nuestros pacientes para así poder prevenir las complicaciones de la DM a corto y a largo plazo.

Conclusiones. Según la IDF el 23,8% de nuestros pacientes presentan un buen control de la enfermedad, según las guías NICE el 38,1% presentan buen control ascendiendo este porcentaje al 50% si seguimos las indicaciones de control de la ADA.

RV-69 ÍNDICE TOBILLO-BRAZO Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

M. Rodríguez Pecci, J. de la Fuente Aguado, J. Montero Tinnirello, F. Fernández Fernández, A. Sanjurjo Rivo, P. Sánchez Conde, S. Araujo y H. Enríquez Gómez

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

Objetivos. Describir las características demográficas, factores de riesgo cardiovascular y prevalencia de enfermedad arterial periférica en una población de pacientes con EPOC. Comparar diferencias en la muestra de acuerdo al sexo, presencia o no de enfermedad arterial periférica y severidad de la enfermedad pulmonar.

Material y métodos. Estudio prospectivo observacional y de corte transversal. Se incluyeron pacientes EPOC según criterios GOLD en forma consecutiva entre septiembre de 2008 y marzo de 2010. Se registraron edad, sexo, hábito tabáquico, factores de riesgo y enfermedad CV y severidad de la EPOC. Se obtuvo glucemia, perfil lipídico, hemoglobina glucosilada, proteína C reactiva, fibrinógeno y micro albuminuria. Se midieron peso, talla, índice de masa corporal (IMC) y cálculo de mortalidad CV según SCORE. Se midió el índice tobillo-brazo (ITB).

Resultados. Se incluyeron 246 pacientes, 195 hombres, con una edad promedio de $70,2 \pm 11$ años. Ciento noventa y un pacientes (77,6%) tenían antecedente de tabaquismo de los que el 29,8% fumaban activamente con un promedio de $45,47 \pm 21,5$ paquetes/año. El valor promedio del VEF1 fue de $50,72\% \pm 15,33$. La prevalencia de HTA fue de 57,3%, diabetes 27,2%, dislipemia 27,6%, obesidad 33,7%, cardiopatía isquémica 14,2% e ictus 5,3%. Treinta y dos pacientes (13%) tuvieron claudicación intermitente. Se realizó ITB a 228 pacientes con un valor de $0,97 \pm 0,36$ (0-3). Ochenta y un pacientes (35,5%) presentaron ITB patológico de los que sólo 20 (24,7%) refirieron claudicación intermitente, por lo que hubo un 75,3% de enfermedad arterial periférica asintomática. Al comparar pacientes con enfermedad arterial periférica (EAP) (ITB < 0,9) con respecto a los que no la presentaban, en el primer grupo fue más prevalente el sexo masculino (88% vs 71,6% con $p = 0,005$) y el antecedente de tabaquismo (89,2% vs 73,2% con $p = 0,005$) con una edad más avanzada ($71,9$ vs $69,3$ con $p = 0,08$). Este grupo tuvo mayor prevalencia de HTA y eventos CV previos (69% vs 54,3% con $p = 0,03$ y 34,5% vs 21,3% con $p = 0,03$), una media de SCORE más elevada y un FG menor ($4,3$ vs $3,1$ con $p = 0,001$ y $53,8$ vs $57,1$ con $p = 0,009$) así como una enfermedad pulmonar más grave evidenciada por un VEF1 más bajo (46,7% vs 52,3% con $p = 0,001$) y valores de fibrinógeno más elevados (536 vs 485 con $p = 0,02$). Al comparar por sexos, los hombres tuvieron mayor antecedente de tabaquismo (89,2% vs 33,3% con $p < 0,001$), un VEF1 más bajo (48,7% vs 58,2% con $p < 0,001$), mayor prevalencia de claudicación intermitente (100% vs 0% con $p < 0,001$) y de EAP (40% vs 18% con $p 0,01$) con un predominio de enfermedad moderada/severa con respecto a las mujeres.

Discusión. La prevalencia de claudicación intermitente en la EPOC oscila entre el 5 y el 34% y nuestros resultados se inscriben en un término medio a los comunicados. Se han reportado elevados porcentajes de EAP asintomática en pacientes con otras comorbilidades distintas a la EPOC y que ello conlleva alta mortalidad y riesgo de eventos CV reforzando el hecho de que la EAP puede ser un indicador de progresión de enfermedad aterosclerótica en otros territorios vasculares.

Conclusiones. El principal hallazgo de nuestro estudio fue una elevada prevalencia de EAP en pacientes con EPOC y la asociación entre la presencia de un ITB patológico y una mayor severidad de la enfermedad pulmonar. Los pacientes EPOC con enfermedad arterial periférica tuvieron una edad más avanzada, peor control de las cifras de presión arterial, mayor prevalencia de antecedente de tabaquismo y una enfermedad pulmonar más grave.

RV-70

PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE LA PROVINCIA DE CÁDIZ

P. Jiménez Aguilar¹, J. Martínez García², S. Romero Salado¹, J. Andrey Guerrero¹, R. Corzo Gilabert¹, V. Pérez Vázquez¹ y F. Gómez Rodríguez¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz). ²Profesor Educación Física. IES Las Banderas. El Puerto de Santa María (Cádiz).

Objetivos. Realizar un análisis del estado de riesgo cardiovascular en una población de estudiantes de un colegio de educación secundaria entre adolescentes con edades comprendidas entre 12 y 18 años, detectando: factores de riesgo cardiovascular (FRCV) incluyendo el índice de masa corporal (IMC), perímetro cintura abdominal (PC), tabaquismo e indagar la percepción corporal propia de los sujetos.

Material y métodos. Realizamos una encuesta de forma anónima incluyendo preguntas sobre tabaquismo y percepción corporal, cálculo del IMC y del PC. Elaboramos una base de datos en sistema Excel donde se incluían todos estos parámetros analizándolos según edad y sexo.

Resultados. Se analizaron 105 estudiantes (61 mujeres y 44 hombres). El 68,5% tenían un IMC normal, 1,9% con delgadez aceptable y un 6,6% con delgadez moderada. El 11,42% tenían sobrepeso (58,3% mujeres). Por edades encontramos mayor prevalencia de sobrepeso en los adolescentes de 15 y 16 años. En la distribución de casos con obesidad grado I, encontramos mayor prevalencia en los sujetos de 15 años. No encontramos sujetos con mayor grado de obesidad en nuestra serie. Hemos encontrado aumento del PC en el 20,95% (73,9% mujeres). El 26,16% se declaraban fumadores activos (67,9% mujeres). El 30,47% de encuestados no estaba a gusto con su aspecto físico (71,8% mujeres). El 4,76% de los casos presentaban 3 FRCV (tabaquismo, PC e IMC).

Discusión. En nuestra serie hemos detectado una serie de FRCV cuyo porcentaje es a tener en cuenta. Así; hay mayor número de mujeres con IMC superior al rango de la normalidad (IMC: 18-25) y con aumento del PC que en la población masculina. Hay que destacar que aun siendo bajo el porcentaje de casos hemos hallado la presencia de tres FRCV casi en un 5% (80% mujeres). Respecto al hábito tabáquico más del 25% se declaran fumadores activos a pesar de la información sobre los efectos perjudiciales conocidos sobre este tóxico. Es curioso además que casi el 70% de estos se trate adolescentes mujeres, coincidiendo este dato con las diferentes estudios, que recogen un incremento del porcentaje de adolescentes mujeres que empiezan a fumar en países desarrollados, además de que también eran el mayor porcentaje que no tenían una buena imagen sobre su propio cuerpo (30,47% de encuestados no estaba a gusto -de éstos el 71,8% eran mujeres).

Conclusiones. Dentro del campo asistencial del internista se engloba la prevención y tratamiento de los FRCV. Es importante su detección desde edades tempranas así como su labor para recomendar hábitos saludables incluyendo dieta mediterránea, ejercicio, no hábitos tóxicos. La OMS ha calificado la obesidad como la "epidemia en expansión". Se ha convertido en un factor determinante en la aparición de numerosas enfermedades tales como la diabetes, la hipertensión y eventos cerebrovasculares entre otros (incluyendo patología de la conducta alimentaria). Existen numerosos estudios que señalan que la obesidad se inicia cada vez más en edades tempranas. El tabaquismo es un factor de riesgo vascular relacionado con numerosas patologías, el hábito se inicia cada vez a edades más tempranas, con prevalencia más alta en los países desarrollados y con tendencia a predominar en mujeres. Todo esto nos hace pensar que son necesarias medidas de prevención más eficaces en este grupo de población para evitar eventos cardiovasculares futuros.

RV-71

PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN UN PROGRAMA DE ANGIOPLASTIA PRIMARIA

E. Cambroner Cortinas, J. Jiménez Mazuecos, A. Gutiérrez Díez, R. Fuentes Manso, A. Gómez Pérez, I. López Neyra, V. Hidalgo Olivares y M. Iglesias Mier

Servicio de Cardiología. Albacete. Hospital General de Albacete. Albacete.

Objetivos. Conocemos que la insuficiencia renal crónica (IRC) es un predictor de mal pronóstico durante el ingreso hospitalario en pacientes (P) que ingresan por un SCA, a pesar de estrategias de tratamiento agresivas. OBJETIVOS: Determinar el valor pronóstico de los pacientes con IRC que han sufrido un SCACEST en una población de nuestro medio sometida a terapias actuales de reperfusión, tanto durante la hospitalización como en el seguimiento.

Material y métodos. Estudio de cohortes prospectivo de pacientes consecutivos a los que se les somete a angioplastia primaria (AP) por SCA con elevación del ST. Se establecen dos subgrupos: uno formado por P con IRC (conocida o diagnosticada durante el ingreso) (grupo A) comparándolos con P sin esta patología (grupo B). Se analizan la incidencia de complicaciones durante el ingreso y en el seguimiento definidos por la mortalidad total (MT) o el acontecimiento de cualquier evento cardiovascular (EvCv) (combinado de muerte, re-IAM, isquemia recurrente y necesidad de nueva intervención coronaria percutánea).

Resultados. Se analizaron 231 pacientes con SCACEST sometidos a AP. Se diagnosticaron de IRC el 8,7% (19 P). La edad media en el grupo A fue de 68 ± 15 años. El 73,7% eran mujeres. Existía un 49% de HTA, 42% DM, 21,1% fumadores y 57,9% de dislipidémicos (sin diferencias con respecto al grupo B). Sólo se encontraron diferencias en la incidencia de arteriopatía periférica (26,3 vs 5,5%, p = 0,001) y antecedentes familiares de cardiopatía isquémica (5,3 vs 25,5%, p = 0,048). En el grupo A, el 61% ingresaron por IAM anteriores y el 44% eran enfermos multivaso (sin diferencias con respecto al grupo B). No se existieron diferencias con respecto al tipo de tratamiento empleado (68% uso de abciximab, 53% stent recubierto y 53% con revascularización completa). Aunque la MT fue superior en el grupo A no se alcanzaron diferencias significativas (11% vs 4% p: 0,3) pero si se observó una peor evolución en el seguimiento (mediana de seguimiento 379 días) con una MT en el grupo A del 22,2% vs 7,1%, en el grupo B (p = 0,03). Los EvCv hospitalarios fueron superiores en el grupo A (22,2% vs 8,1% el grupo B, p = 0,001 y durante el seguimiento (55% vs 25%, p: 0,07).

Conclusiones. Los pacientes con IRC durante un ingreso por SCA con elevación del segmento ST presentan a pesar de las medidas agresivas actuales de revascularización peor evolución durante el seguimiento que continúa empeorando a lo largo del tiempo.

RV-72 MORTALIDAD DE LA DIABETES MELLITUS CONOCIDA E IGNORADA EN UN PROGRAMA DE ACTP PRIMARIA

E. Cambroner Cortinas, J. Jiménez Mazuecos, A. Gutiérrez Díez, A. Ruiz Tornero, M. Fernández Anguita, J. Córdoba Soriano, J. García García y M. Simón García

Servicio de Cardiología. Hospital General de Albacete. Albacete.

Objetivos. El infarto agudo de miocardio con elevación del ST (SCACEST) es una entidad frecuente y grave. El tratamiento óptimo de reperfusión es la angioplastia primaria (AP) especialmente en pacientes (P) de más alto riesgo como pueden ser los P con diabetes mellitus (DM). **Objetivos:** determinar el valor pronóstico de la diabetes mellitus (ignorada y/o conocida), en los P que han sufrido un SCACEST tanto durante la hospitalización como en el seguimiento.

Material y métodos. Estudio de cohortes prospectivo de P consecutivos a los que se les somete a AP en un centro como el nuestro con programa de angioplastia primaria. Se establecen dos grupos, grupo A formado por DM (conocidos o con dos glucemias basales > 125 mg/dl o una glucemia basal > 125 y > 199 al ingreso) y otro (grupo B) formado por P no DM. Estudiamos la incidencia de mortalidad tanto durante el ingreso como el seguimiento.

Resultados. Se analizaron 231 pacientes con SCACEST sometidos a AP. Se diagnosticaron de DM 114 (49,5%) de los cuales el 54,4% no eran conocidos. En el grupo A la edad media fue de 65,6 ± 12 años, con un 13,4% de mujeres (vs 4,5% grupo B, p: 0,019), 52% HTA, 38% fumadores activos (vs 44,3% grupo B, p: 0,03), 10% dislipémicos, 12% antecedentes de arteriopatía periférica (vs 2,1% grupo B, p: 0,011). La localización del IAM fue anterior en el 45% y el 50% de pacientes tenían enfermedad multivaso, siendo similares las prevalencias. El tiempo puerta balón fue similar. No se encontraron diferencias en el tipo de tratamiento (uso de Ilibl 70%, porcentaje de stent recubierto 19% y grado de revascularización completa 51%). Los pacientes DM presentaron una mortalidad significativamente peor tanto durante el ingreso (6,5% vs 1,2%, p: 0,038) como en el seguimiento (10,5% vs 3,4%, p: 0,016) con una supervivencia al año del 80% en grupo A y del 95% en grupo B (log rak: 0,3, p: 0,047). Los pacientes DM tuvieron mayor deterioro de la FEVI (19% de P con disfunción ventricular severa vs 3% en el grupo B, p: 0,004). No existieron sin embargo diferencias significativas entre P con DM conocida antes del ingreso y la diagnosticada durante el ingreso.

Conclusiones. Los pacientes diabéticos que ingresan por un SCACEST, presentan un peor pronóstico hospitalario que continua empeorando en el seguimiento independientemente de si eran o no conocidos previamente. Por ello es necesario tener una especial consideración con estos pacientes a la hora de optimizar el tratamiento mediante manejo multidisciplinar.

RV-73 PERFIL DE LOS PACIENTES MAYORES QUE INGRESAN POR SCASEST EN UN SERVICIO DE CARDIOLOGÍA

J. Elduayen Gragera¹, L. Muñoz Santos¹, F. Díaz Cortegana¹, M. Yuste Domínguez², S. Sánchez Giral¹, A. Martínez Naharro¹, V. Bejarano Moguel² y C. Villar Mariscal¹

¹Servicio de Cardiología, ²Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Badajoz.

Objetivos. El SCASEST es una entidad que entraña importante morbimortalidad. Esta situación puede ser mayor en los pacientes de edad avanzada, por sus características peculiares. Por ello, nuestro objetivo fue determinar las características de esta enfermedad en los pacientes mayores de 77 años que ingresaban en nuestro servicio.

Material y métodos. Estudio retrospectivo analítico de 200 pacientes mayores de 77 años ingresados en un servicio de Cardiología por SCASEST, con recogida de las variables basales y propias de este grupo de edad, y evaluación de su relación con la mortalidad por todas causas y/o por shock cardiogénico mediante regresión logística.

Resultados. Se trata de una población con una edad media de 80,4 años, con alto riesgo cardiovascular dada la prevalencia de factores de riesgo (FRCV) (tabla). Presentaron una elevación media de troponina I (Tpi) de 25,3, y una clasificación Killip al ingreso mayor de 2 en el 41,3%. Se les realizó revascularización percutánea en el 79,8%, y quirúrgica en un 9,1% adicional. Un 50,3% presentaba enfermedad de más de un vaso. La fracción de eyección (FEVI) media fue del 50,8%. El 85,7% recibió doble antiagregación al alta, junto con el tratamiento estándar. Como rasgos propios, destacar un 46% de anemia al ingreso, un 55,7% de disfunción renal (filtrado menor de 60 ml/min) y en el 29,7% presentaron infección respiratoria durante el ingreso. En el análisis univariante, encontramos relación significativa con la mortalidad en los FRCV, la clasificación Killip, la disfunción renal, la enfermedad multivaso, el nivel de Tpi, la FEVI y la anemia. En el análisis multivariante, la clasificación Killip, la disfunción renal, la anemia y la enfermedad multivaso fueron los mayores predictores de mortalidad.

Discusión. En los pacientes mayores, la prevalencia de FRCV provoca una mayor severidad en forma de peor clasificación Killip o enfermedad coronaria difusa. Además de las medidas habituales, debemos prestar atención especial a determinados factores comórbidos puesto que modifican seriamente el pronóstico de estos enfermos.

Conclusiones. En el tratamiento del SCASEST en los pacientes mayores es fundamental la visión integral, con el fin de obtener un resultado óptimo en el manejo terapéutico del mismo.

Tabla 1 (RV-73). Características basales de la muestra

	Hombre (55%)	Mujer (45%)
Edad	81,3a	79,6a
DM	69,3%	66,8%
DLP	67%	61,3%
HTA	77,1%	73,4%
Hábito tabáquico	60,4%	49,3%
Antec. c. isq	63,1%	62,6%

RV-74 EL TRATAMIENTO CON TELMISARTÁN MEJORA LA RESISTENCIA A LA INSULINA EN PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO Y NIVELES SÉRICOS DE CITOCINAS BAJOS

N. Pacheco¹, A. Costo¹, C. Martín¹, L. Crespo¹, D. Rivas², J. Zamorano², R. Velasco¹ y J. Sánchez Muñoz-Torrero¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad Investigación. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.

Objetivos. El Síndrome Metabólico (SM) es una enfermedad con un componente inflamatorio. El tratamiento con telmisartán mejora la resistencia a la insulina (RI) en pacientes con SM, pero su relación con el estado inflamatorio es desconocida. En pacientes hipertensos con SM, que no han recibido ningún tratamiento previo, investigamos el efecto del tratamiento con telmisartán durante 24 semanas sobre la RI (HOMA) y lo relacionamos con los niveles circulantes de citoquinas.

Material y métodos. Se estudiaron 42 pacientes, 30 (71%) varones, edad media 50 ± 8,2 años. Se analizaron citoquinas y parámetros metabólicos antes y después del tratamiento.

Resultados. En 28 pacientes se observaron niveles bajos de citoquinas (Grupo 1), similar a los sujetos controles, y 14 mostraron niveles elevados (Grupo 2). En el Grupo 1 el tratamiento con telmisartán disminuyó el HOMA a las 24 semanas respecto al basal en un 35% ($4,5 \pm 3,1$ vs $2,9 \pm 2,1$), pero no se observaron cambios en el Grupo 2. En el análisis multivariante, los predictores de mejoría del HOMA fueron: niveles bajos de citoquinas, mientras que la presión arterial sistólica, diastólica y elevación de la PCRhs se relacionó negativamente.

Conclusiones. Nuestro estudio aporta pruebas de un efecto más favorable de telmisartán en la homeostasis de la glucosa en pacientes con SM y niveles bajos de citoquinas circulantes.

RV-75

RIESGO CARDIOVASCULAR ASOCIADO A PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS

D. Salor Moral, N. Cuevas, E. Oliveros, I. Muñoz, A. González, R. Salomón, C. Recarte y J. Millán

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

Objetivos. El objetivo de este estudio es determinar si algún parámetro antropométrico se correlaciona adecuadamente con el riesgo cardiovascular estimado por métodos estandarizados en función del resto de los factores de riesgo, algunos de los cuales pueden estar influenciados por la existencia del sobrepeso u obesidad. Secundariamente, conocer si alguna de las tablas de cálculo del riesgo cardiovascular refleja más fielmente el riesgo asociado al incremento de alguno de esos factores antropométricos (en concreto IMC).

Material y métodos. Se ha realizado un estudio prospectivo transversal en población general española (20 a 90 años) en los que se estimó el riesgo cardiovascular mediante tablas de Framingham, Score, Regicor y Dorica, correlacionando los resultados con el IMC y otros factores de riesgo.

Resultados. Se incluyeron 502 personas (465 válidas para el análisis). El 67,5% eran mujeres y el 32,5% hombres. El IMC medio fue $27,4$ Kg/m² (mujeres) y $28,3$ Kg/m² (hombres), siendo estadísticamente significativo. El 38,3% presentaban sobrepeso y el 28,8% tenían obesidad. La prevalencia de otros factores de riesgo fueron: 8,6% de diabéticos, 24,7% de hipertensos, 33,3% de dislipémicos. El riesgo medio a 10 años resultó ser: 3,99% (Framingham), 2,26% (Regicor), 2,21% (Dorica), y 1,63% (Score). La correlación lineal entre el IMC y el riesgo estimado fue $r = 0,389$ ($p = 0,001$) con Framingham, $r = 0,393$ ($p = 0,001$) con Regicor, $r = 0,389$ ($p = 0,001$) con Dorica, y $r = 0,338$ ($p = 0,001$) con Score.

Conclusiones. Se concluye que existe una relación entre el exceso de peso con la edad y con otros factores de riesgo, así como una correlación lineal elevada entre IMC y riesgo calculado con cualquiera de los métodos estandarizados. Aún en estas condiciones, se debería proponer un instrumento de cálculo de riesgo que tuviera en consideración de manera individualizada el factor sobrepeso u obesidad.

RV-76

ESTUDIO DEL CONTROL DE LÍPIDOS EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS (DM) QUE INGRESAN EN MEDICINA INTERNA (MI)

L. Ruiz Rivera, A. Ruiz Sancho, M. Moreno Higuera, D. Vinuesa García, R. Gálvez López y M. García Morales

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Objetivos. Valorar el grado de control lipídico de los pacientes con DM que ingresan en el Servicio de MI por cualquier motivo.

Material y métodos. Se está realizando un estudio observacional prospectivo del control metabólico de los pacientes diabéticos que ingresan en un Servicio de Medicina Interna. Se han recogido los datos clínicos y analíticos, incluyendo colesterol total (CT), LDL-c, HDL-c y triglicéridos (TG) de todos los pacientes que ingresaron en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico San Cecilio de Granada desde el 15 de abril del 2010 se presentan resultados de un corte a 15 de junio de este mismo año. Se han excluidos los pacientes sin antecedentes de DM. Se han clasificado según las cifras recomendadas por las guías: IDF, SED y ADA para el buen control metabólico. Los objetivos en mg/dl según las distintas guías son: para la IDF: CT < 200, LDL-c < 95, HDL > 39 y TG < 200; según la SED CT < 200, LDL-c < 135, HDL-c > 40 y TG < 200; para la ADA: CT < 200, LDL-c < 100, HDL-c > 40 y TG < 150.

Resultados. Se han incluido 76 pacientes. De los cuales el 43,4% eran varones. La edad media era de 76,5 años. El número de diabéticos tipo 2 era de 35 (46,1%) Los resultados de pacientes diabéticos, expresados en número y porcentaje, con buen control lipídico se expresan a continuación: según los objetivos de la IDF buen control de CT en 29 (89,2%), de LDL en 24 (68,6%), de HDL en 16 (45,7%) y de TG en 30 (85,7%). Según los objetivos de la SED buen control de CT 29 (89,2%), de LDL 31 (88,6%), de HDL 15 (42,9%) y de TG 30 (85,7%). Según los objetivos de la ADA buen control de CT en 29 (89,2%), de LDL en 27 (77,1%), de HDL en 15 (42,9%) y de TG en 20 (57,1%).

Discusión. La prevalencia de pacientes diabéticos ingresados en Medicina Interna es elevada. El porcentaje de pacientes con CT controlado es importante pero si nos centramos en los objetivos a alcanzar de HDL-c éstos no se consiguen en más de la mitad de nuestros pacientes. Se sabe, de acuerdo con los estudios y ensayos realizados en este sentido, que el buen control del perfil lipídico afecta favorablemente a la evolución de la DM y evita complicaciones cardiovasculares. Existe consenso en que los niveles de colesterol LDL deben ser lo más bajos posible y el HDL debería estar por encima de 40 mg/dl. Es importante individualizar adaptando los objetivos de control a las características clínicas de nuestros pacientes para así poder prevenir las complicaciones de la DM a corto y a largo plazo.

Conclusiones. El 89,2% de los pacientes presentan cifras de CT inferiores a 200 mg/dl. En cuanto a objetivos de control LDL-c varían los porcentajes según las distintas sociedades alcanzándose éste en el 68,6% (IDF), 88,6% (SED) y 77,1% (ADA). Los objetivos para el HDL-c se obtienen en el 45,7% (IDF), 42,9% (SED) y 42,9% (ADA). Los TG están en cifras deseadas en el 85,7% (IDF y SED) y 57,1% (ADA).

RV-77

ÍNDICE TOBILLO-BRAZO Y HDL. CÁLCULO DEL RIESGO CARDIOVASCULAR

C. Recarte García-Andrade, M. Ferrer Civeira, Y. Fernández Fernández, B. Martín Puig, O. Marín Casajus, L. Álvarez Sala, S. Gámez Casado y J. Millán

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

Objetivos. El objetivo general de este trabajo es conocer el valor de ITB en la reestratificación del riesgo valorado como bajo o intermedio respecto a las tablas de Framingham. Entre los objetivos secundarios nos hemos planteado establecer la correlación entre el ITB y otras variables independientes cuantitativas y cualitativas, relacionadas con el riesgo cardiovascular.

Material y métodos. Se trata de un estudio observacional transversal, llevado a cabo en atención primaria, mediante un muestreo aleatorio. Se realizaron 2 visitas, primera de screening y la segunda de inclusión. Edad: mayores de 50 años (hombres) y ma-

yoeres de 60 años (mujeres). El riesgo medio calculado de Framingham fue moderado (12,62%). Se estudiaron las siguientes variables: Antecedentes familiares de ECV, tabaco, sedentarismo, IMC, perímetro de la cintura, índice cintura/cadera, perfil lipídico: CT, cLDL, cHDL, TG, presión arterial, glucemia en ayunas, criterios de SM, ITB.

Resultados. En esta población se encontró el ITB alterado en el 15,88% de los sujetos, y tenían criterios de síndrome metabólico el 36,1%. Se estudiaron las variables cuantitativas relacionadas con ITB alterado, encontrándose diferencia estadísticamente significativa entre HDL colesterol normal o disminuido (tabla 1). Variables cualitativas, encontrándose únicamente diferencias estadísticamente significativas en riesgo según Framingham (tabla 2).

Conclusiones. 1. ITB alterado se acompaña de un mayor riesgo CV estimado por Framingham. 2. El descenso de cHDL puede ser una razón para estudiar la afectación subclínica por aterosclerosis mediante ITB.

Tabla 1 (RV-77). Variables cualitativas relacionadas con ITB alterado

Variable	% ITB alterado	% ITB alterado	p
Sexo	M: 10,2%	H: 14,1%	0,228
Tabaco	Sí: 26,6%	No: 14,1%	0,218
PA controlada	Sí: 11,6%	No: 21,3%	0,177
Nat. fam. ECV	Sí: 28,6%	No: 15%	0,342
Diabetes	Sí: 11,76%	No: 17%	0,493
SM	Sí: 8%	No: 18%	0,159
TG	Normales: 5,4%	Hiper: 25%	0,056
cHDL	Normal: 12%	Bajo: 33,3%	0,047
Sedentarismo	Sí: 4,3%	No: 12,3%	0,279
IMC alterado	Si: 14%	No: 14,5%	0,936

Tabla 2 (RV-77). Variables cuantitativas relacionadas con ITB alterado

Variable	ITB alterado	ITB normal	p
Framingham	15,73	11,88	0,002

RV-78 INSUFICIENCIA RENAL EN PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL COMARCAL

J. Arrebola Benítez¹, I. Machuca Sánchez¹, F. García Sánchez¹, J. Manchón Castilla¹, D. Navarro Moreno¹, A. de la Cruz Iglesias¹, J. Mesonero Rodríguez¹ y P. Labrador Gómez²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Nefrología. Hospital Virgen del Puerto. Plasencia (Cáceres).

Objetivos. Analizar la presencia de insuficiencia renal al ingreso en los pacientes atendidos en nuestro servicio de Medicina Interna.

Material y métodos. Se analizaron los informes clínicos de las altas dadas durante tres meses. Se recogieron antecedentes personales, función renal al ingreso y a las 48-72 horas, causa de ingreso, diagnóstico al alta y estancia media. Se valoró la presencia de insuficiencia renal utilizando la ecuación MDRD.

Resultados. Se incluyeron un total de 218 pacientes. La edad media fue 65 ± 14 años. El 66,9% eran varones. Presentan ERC conocida al ingreso 15 pacientes (6,4%). Sin embargo, el 31,3% tenían al ingreso MDRD < 60 mL/min/1,73 m². De ellos, a las 48-72 horas

posteriores al ingreso, presentaban MDRD < 60, un 23% de los pacientes. Los motivos de ingreso más frecuentes fueron: disnea (42,8%) y dolor torácico (22,5%), así como los principales diagnósticos al alta: Insuficiencia cardiaca (18,2%), neumonía (15,3%) y EPOC (13,1%). Del total de altas sólo un 11,9% de los pacientes recibieron el diagnóstico de insuficiencia renal aguda o crónica. La estancia media de los pacientes con ER al ingreso frente a los pacientes con función renal conservada fue 9,7 ± 7,1 vs 7,8 ± 5,1 días (p = 0,037).

Discusión. La insuficiencia renal se expresa por un filtrado glomerular (FG) disminuido o un aclaramiento de creatinina estimado < 60 ml/min/1,73 m². La enfermedad renal crónica en el adulto es considerada como un problema mundial de salud pública y el diagnóstico precoz es importante tanto para la prevención del deterioro de la función renal como de las complicaciones cardiovasculares que conlleva y que son responsables de su elevada morbimortalidad.

Conclusiones. Existe una elevada prevalencia de insuficiencia renal al ingreso de los pacientes en Medicina Interna. A los 48-72h del ingreso uno de cada tres ha recuperado la función renal. La presencia de insuficiencia renal al ingreso supone un aumento de la estancia media de dos días sobre los pacientes con función renal conservada. Sin embargo, existe una infravaloración del problema puesto que sólo consta en algo más del 10% de las altas.

RV-80 CORRELACIÓN DE LA ELASTICIDAD ARTERIAL Y FACTORES RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)

S. Valero González¹, C. Jiménez Ortiz², E. Montero¹, M. López Cano¹, C. Pérez Velilla¹, A. Callejas¹, J. Vargas¹ y M. Yebra Bango¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Neurología. Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. Madrid.

Objetivos. Se ha demostrado que los pacientes con LES tienen más incidencia de enfermedad cardiovascular y que este hecho no se puede explicar sólo con los factores de riesgo convencionales. El objetivo de nuestro trabajo es intentar correlacionar factores específicos del lupus con el incremento de la rigidez arterial.

Material y métodos. Se estudiaron 46 mujeres con LES que siguen revisiones en la Unidad de Enfermedades Autoinmunes del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Se recogieron todas las variables relacionadas con la enfermedad de cada uno de los pacientes. La rigidez arterial se evaluó determinando la velocidad onda pulso (VOP) en el segmento arterial carotidofemoral (VOPcf) mediante software específico utilizando electrocardiograma y velocimetría doppler para determinar el tiempo de llegada de la onda de pulso. Se dividió a los pacientes en dos grupos según el resultado de la VOP, normal o patológico, corregido por edad y tensión arterial según los valores de referencia publicados recientemente por la Sociedad Europea de Cardiología. Los resultados se expresan como media y desviación estándar (DE).

Resultados. La edad media era 45 (19-64) años y la media de los años de evolución del LES era de 14 años (1-35). En el análisis de los datos encontramos que el aumento en la rigidez arterial estaba asociado con el Systemic Lupus International Collaborating Clinics/American College of Rheumatology (SLICC) (1,2 ± 1,4 vs 2,6 ± 1,2; p = 0,01). En el modelo de regresión logística, el SLICC se mantuvo como variable independiente asociado a aumento de rigidez (p = 0,05) y con una Odds Ratio = 1,5 (IC95% 0,99-2,32).

Discusión. La medida de la rigidez arterial es un método objetivo y reproducible para determinar de forma precoz el daño vascular arterial y diversos estudios demuestran que está incrementado en el LES. Su relación con los factores específicos del LES ha arrojado resultados variables en la literatura médica. En nuestro trabajo se

observó una relación directa entre los valores del índice de cronicidad (SLICC) y la rigidez arterial.

Conclusiones. Los resultados de nuestro estudio sugieren que aumentos en el valor del SLICC están relacionados con un incremento de la rigidez arterial.

RV-81
CORRELACIÓN DE ELASTICIDAD ARTERIAL Y CÉLULAS PROGENITORAS ENDOTELIALES CIRCULANTES (CPE) PARA EL DIAGNÓSTICO DE ARTERIOSCLEROSIS SUBCLÍNICA EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)

R. Castejón¹, S. Valero González¹, C. Jiménez Ortiz², S. Mellor Pita¹, A. Sollet¹, P. García Montero¹, J. Vargas¹ y M. Yebra Bango¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Neurología. Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. Madrid.

Objetivos. La alteración del equilibrio entre el daño endotelial y la reparación vascular está potencialmente implicada en el desarrollo de arteriosclerosis prematura en pacientes con LES. Se ha sugerido que la pérdida de elasticidad arterial pueda tener relación con la disminución de las CPE circulantes en sangre periférica que participan en la reparación del endotelio. El objetivo de nuestro trabajo es correlacionar los niveles de células progenitoras circulantes con el incremento de la rigidez arterial.

Material y métodos. Se estudiaron 46 mujeres con LES que siguen revisiones en la Unidad de Enfermedades Autoinmunes del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Se midieron los niveles de células progenitoras endoteliales circulantes en sangre periférica de cada uno de los pacientes. Se identificaron como CPE en la población de linfocitos, las células CD34+/CD133+/VEGF-R+. La cuantificación se llevó a cabo mediante citometría de flujo. La rigidez arterial se evaluó determinando la velocidad onda pulso (VOP) en el segmento arterial carotidofemoral (VOPcf) mediante software específico utilizando electrocardiograma y velocimetría doppler para determinar el tiempo de llegada de la onda de pulso. Se dividió a los pacientes en dos grupos según el resultado de la VOP, normal o patológico, corregido por edad y tensión arterial según los valores de referencia publicados recientemente por la Sociedad Europea de Cardiología. Los resultados se expresan como media y desviación estándar (DE) del porcentaje de células presentes en sangre periférica.

Resultados. La edad media era 45 (19-64) años. El número de CPE de nuestras pacientes fue comparable al encontrado en otras series. Los pacientes con una VOP patológica mostraron un número significativamente menor de CPE que los pacientes con VOP normal (1,0% ± 0,8% vs 1,3% ± 0,6% de las células mononucleadas de sangre periférica; p = 0,01). En el modelo de regresión logística, el número de CPE se demostró como variable independiente asociado a aumento de rigidez (p = 0,02).

Discusión. El LES está asociado con porcentajes elevados de morbimortalidad cardiovascular secundaria a arteriosclerosis prematura y acelerada que no puede explicarse solamente por la presencia de factores tradicionales de riesgo cardiovascular ni por factores propios del LES. La medida de la rigidez arterial es un método objetivo y reproducible para determinar de forma precoz el daño vascular arterial y diversos estudios demuestran que está incrementado en el LES y que un número menor de CPE está relacionado por una deficiente reparación del daño endotelial. Nuestros resultados sugieren que existe una correlación inversa entre la rigidez arterial y el número de CPE circulantes.

Conclusiones. La medición de CPE circulantes puede ser un nuevo marcador biológico de daño vascular precoz en los pacientes con LES.

RV-82
PAPEL DE LA SUBUNIDAD B1 DEL CANAL MAXI-K SOBRE LA PATOGENIA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL CON ESPECIAL REFERENCIA A LA HIPERTENSIÓN QUE ACOMPAÑA AL SÍNDROME DE APNEA DEL SUEÑO

L. Gómez Morales¹, L. Beltrán Romero¹, S. Rodríguez¹, A. González¹, A. Vallejo Vaz¹, S. García Morillo¹, A. Castellano¹ y F. Capote²

¹Unidad Clínico-Experimental de Riesgo Vascular. Medicina Interna, ²Servicio de Aparato Respiratorio. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. El canal Maxi K regula el tono vascular y parece vincular el Síndrome de Apnea-Obstructivo del Sueño (SAOS) con un mayor riesgo cardiovascular. Aunque la hipertensión y las lesiones vasculares son muy frecuentes en esta patología, no todos los pacientes con SAOS son hipertensos, por lo que los mecanismos subyacentes a esta relación no se entienden bien. Pretendemos averiguar si la determinación de la actividad de dicha subunidad, es capaz de discriminar cuál es la población en situación de riesgo vascular. Así como la posible relación entre la expresión de dicha subunidad y la disfunción endotelial en estas poblaciones.

Material y métodos. Población: 25 pacientes con un índice de Apnea-Hipopnea (IAH) mayor a 15. Diseño: la población fue dividida en dos grupos, personas con SAOS e Hipertensión (HT) y personas sólo con SAOS (n 8 y 17 respectivamente), dichos grupos fueron sometido a un tratamiento con Presión Positiva Continua en vía Aérea (CPAP) de tres meses de duración. Determinaciones: antes y después del tratamiento con CPAP se determinó la HT (monitorización 24 horas), se les realizó un estudio de la respuesta hiperémica post-isquemia mediante flujimetría (láser doppler, perimed®, Suecia) y se cuantificó la expresión de la subunidad B1 del canal Maxi-K por PCR cuantitativa a tiempo real. Extracciones: tras 12h de ayuno se realizó la extracción de sangre, pre y post CPAP.

Resultados. En este contexto, hemos observado como el tratamiento con CPAP puede mejorar la expresión de la subunidad B1 del canal Maxi-K, al menos en sujetos con un IAH superior a 60. Por otro lado, estamos observando ligeras tendencias, aunque no significativas, tanto en la expresión de la subunidad B1 como en el Área de Hiperemia (parámetro estadístico utilizado para medir la función endotelial), al analizar antes y después de la CPAP a personas diagnosticadas con un SAOS e HT. Efecto que no se observa en personas sólo diagnósticas con SAOS (tablas 1 y 2).

Conclusiones. Estos resultados obtenidos hasta la fecha, podrían explicar, al menos en parte, la posible relación existente entre la hipoxia generada durante la noche en estas personas y la HT.

Tabla 1 (RV-82). Estudio subunidad B1 en función del IAH

IAH	N	Delta-B1	p
15-60	9	0,386 ± 0,112	0,034
60-120	16	1,169 ± 0,192	0,034

Tabla 2 (RV-82). Estudio subunidad B1 y AH en función del HT

	SAOS (N:17)	SAOS+HT (N:8)	p
Delta B1	0,770 ± 0,38	1,267 ± 0,401	0,098
Delta AH	48 ± 123	536 ± 213	0,101

RV-83

ADECUACIÓN DE LA TERAPIA CON IECA/ARA-II, ESTATINAS Y ANTIAGREGANTES EN SUJETOS DE ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR

C. García Fernández, I. Márquez Gómez, P. Gallardo Jiménez, A. Espejo Gil, M. Chaves Peláez, V. Vallejo Herrera, I. Pérez de Pedro y R. Gómez Huelgas

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

Objetivos. El objetivo principal es analizar la adherencia a las guías de práctica clínica en relación con el empleo de IECA, ARA-II, estatinas y antiagregantes en prevención cardiovascular.

Material y métodos. Estudio transversal analítico realizado con una muestra representativa de 2.270 individuos obtenida aleatoriamente a partir de la población adulta (18-80 años) perteneciente a un centro de salud de Málaga capital. A todos los participantes se les realizó una historia clínica, una exploración física y una analítica de sangre y orina.

Resultados. Un 20,6% de la población cumple los criterios del NCEP-ATPIII para el tratamiento con estatinas, pero sólo consume estatinas un 7,8% de la población y de ese porcentaje, un 41,2% lo hace con indicación real. Por el contrario un 18,9% de los pacientes que no consumen estatinas si que presentan indicación según los citados criterios. El 10% de la población debería estar antiagregada, pero sólo un 4,1% recibe antiagregantes. De este porcentaje un 24,5% no tienen indicación. El 7,2% de los pacientes que no están antiagregados deberían estarlo según indicación médica. El 14,4% de nuestra población tiene indicación de tratamiento con IECA o ARA-II. Un 11% toma este tratamiento hipotensor, pero sólo un 38,8% de éstos tiene indicación.

Discusión. Se observa que es escasa la adecuación a las recomendaciones de medidas farmacológicas de prevención cardiovascular en nuestra población. La inadecuación del tratamiento hipolipemiente es bien conocida. Sólo un tercio de los pacientes diagnosticados de dislipemia en nuestro país está bien controlado, a pesar de que más del 70% reciben tratamiento farmacológico. La antiagregación es una medida básica de prevención, aportando como prevención secundaria una reducción de un cuarto en la recurrencia de eventos vasculares; en sujetos de alto riesgo la reducción del riesgo es del 12%. Numerosos ensayos clínicos como el HOPE, han demostrado los beneficios de los IECA en pacientes con enfermedad cardiovascular o diabetes con lesión de órgano diana.

Conclusiones. 1. El uso de estatinas se aleja de las recomendaciones de las GPC al estar, por una parte infrutilizados en pacientes con indicación para la prevención del riesgo cardiovascular (3,2% vs 20,6% respecto al total de la muestra), y por otra parte inadecuadamente prescritas en más de la mitad de los pacientes. 2. La prescripción de antiagregantes plaquetarios está en menor medida infrutilizada respecto a las recomendaciones (3.1% vs 10% respecto al total de la muestra), si bien una cuarta parte de los pacientes los toman sin indicación. 3. Los IECA y ARA-II están indicados, según recomendaciones de las GPC, en un 14,4% del total de la muestra, encontrando que un 4,2% lo toman adecuadamente mientras que un 62% de los pacientes que lo toman no tienen indicación de los mismos.

RV-84

¿QUÉ IMAGEN DAMOS! ESTUDIO DESCRIPTIVO DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN MÉDICOS ESPECIALISTAS DEL ÁREA MÉDICA DE UN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL SAS

V. Lechuga Flor, V. Manzano Román, S. Romero Salado, O. Mera Gallardo, G. García Domínguez, P. Jiménez Aguilar, V. Pérez Vázquez y F. Gómez Rodríguez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).

Objetivos. Como una imagen vale más que mil palabras, decidimos analizar cuál es la imagen real con la que se enfrenta el pa-

ciente que acude a nuestras consultas o que atendemos ingresado. En base a ello estudiamos los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) presentes en el personal facultativo del área médica y como "factor impacto" la imagen que damos (índice de masa corporal -IMC-, perímetro cintura abdominal -PC- y consumo de tabaco).

Material y métodos. Seleccionamos los médicos pertenecientes al área médica de nuestro hospital (Medicina Interna -MI-, Cardiología -CA-, Endocrino -EN-, Neumología -NM-, Nefrología -NF-, Neurología -NR-, Digestivo -DI-, Infeccioso -IN-, Hematología -HE- y Oncología -ON-). Protocolizamos una encuesta donde se recogieron las variables del estudio: edad, sexo (H/M), sección médica, FRCV (HTA, dislipemia, diabetes, consumo de tabaco, sedentarismo, IMC y PC según valores de la SEEO 2000 y de la OMS respectivamente). Además se analizó la presencia de Síndrome Metabólico en base a los criterios de la AHA 2005.

Resultados. Total de médico del área médica: 59 (39 H/20 M). Total de médico que rellenaron la encuesta y que le fue medido el IMC y PC: 42 (27H/15 M). Se negaron a realizar el estudio 17 médicos (28,8%), siendo 12 H (70%)/5 M (30%). La negativa por sección médica fue: 75% CA, 45,5% MI, 22% NF (1 EN, 1 NM, 1 HE y 1 ON). Presencia de FRCV entre los médicos de participaron en el estudio: HTA 11,9%, dislipemia 19%, fumador 16,6%, sedentarismo 28,5%, PC patológico 28,5%. Graduación según IMC: insuficiente 2,3%, normal 35,7%, sobrepeso I 35,7%, sobrepeso II 11,9%, obesidad tipo I 11,9%, obesidad tipo II 2,3%, obesidad tipo III y IV fueron el 0%. Presencia de síndrome metabólico: 3 facultativos (7,14%).

Discusión. No esperábamos encontrarnos con tanta negativa a ser encuestado y medido. Es muy importante que el 28% del personal facultativo se negara excusándose en que no querían saber sobre todo su IMC y PC (ambos parámetros de marcada importancia en la valoración del riesgo cardiovascular), y sobre todo nos sorprendió que fueran las secciones médicas más implicadas en la prevención de los FRCV las de mayor negativa al estudio (en MI el 45,5% se negaron). También fue importante la presencia de hábito tabáquico, así como la tener un IMC mayor o igual a sobrepeso grado I en el 61% de los facultativos y de PC patológico en el 28,5% (datos directamente relacionados con "la imagen que damos"). Los tres facultativos con síndrome metabólico presentaban además sobrepeso grado I. Hubo una médica con IMC en rango de insuficiente. La presencia conjunta de sedentarismo y sobrepeso mayor o igual a grado I estuvo presente en el 26% de los facultativos.

Conclusiones. Nuestra "imagen" deja mucho que desear en el momento actual y al menos en nuestro hospital y sobretodo en áreas médicas directamente relacionadas con la prevención de FRCV como son Medicina Interna, Cardiología y Nefrología. A pesar de toda la información de primera línea con la que contamos hacemos caso omiso a las recomendaciones higiénico-dietéticas establecidas como eficaces en la prevención de eventos cardiovasculares. Tenemos que mejorar mucho en este sentido, no solo por la "imagen que podemos dar" (y que es importante para nuestros pacientes), sino porque quizá nosotros mismos nos convirtamos en "nuestro propio paciente".

RV-85

EVALUACIÓN DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR ICTUS ISQUÉMICO PREVIAMENTE ANTIAGREGADO CON ÁCIDO ACETILSALICÍLICO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

C. Luque Amado, F. Godoy Guerrero, A. Muñoz Claros, M. Maiz Jiménez, M. González Benítez, A. Pérez Rivera, I. Gallardo Romero y A. Ruiz Cantero

Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga).

Objetivos. Este estudio se realiza en el Hospital de la Serranía de Ronda con el fin de valorar la prevalencia de ictus isquémicos ya se trate de un primer episodio o segundo en pacientes antiagregados

con ácido acetilsalicílico y la relación que pudiera existir con las distintas variables que se describen en nuestra población.

Material y métodos. Se realiza un estudio descriptivo transversal donde se incluyeron todos los pacientes ingresados con el diagnóstico de ictus isquémico tratados con AAS entre enero de 2007 y diciembre de 2008 en el Servicio de Medicina Interna. Se analizaron los siguientes datos: antecedentes de diabetes, hipertensión, dislipemia, cardiopatía isquémica, tabaquismo, cifras de TA a su llegada, perfil lipídico, hemoglobina glicosilada y en el tratamiento prescrito al alta: IECA, ARAII, betabloqueantes, diuréticos, ADO, insulina, hipolipemiantes, antiagregantes, calcioantagonista y bloqueantes alfa.

Resultados. Se incluyeron 75 pacientes de los cuales 29 (38,7%) eran mujeres y 46 (61,3%) hombres. Sin diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres ante un 1º episodio de ictus isquémico y un 2º evento (48% vs 52% en hombres; 62% vs 38%), La edad media era de 73,43 años ($\pm 10,97$), la media de número de FRV fue de 2. Presentaban HTA 57 (76%), DM 39 (52%), dislipemia 39 (52%), cardiopatía isquémica 28 (37,3%). Presentaron un primer episodio de ictus isquémico 40 pacientes (53,3%) y un segundo episodio 35 (46,7%). La dosis de AAS de 100 mg la tomaban 53 pacientes (70,7%), AAS 150 mg 7 (9,3%) y AAS 300 mg 15 (20%). La TA sistólica a la llegada era de 156,83 ($\pm 27,64$) y la diastólica de 80,80 ($\pm 13,98$). La cifra de CT media fue de 178,46 ($\pm 41,53$), HDL 37,79 ($\pm 9,47$), LDL 110,3 ($\pm 37,88$), HbA1c 7,2 ($\pm 1,54$). Se prescribió al alta IECAS 40 (53,3%), ARA II 17 (22,7%), calcioantagonistas 14 (18,7%), bloqueantes alfa 10 (22,7%), clopidogrel 31 (58,7%), insulina 9 (12%), ADO (metformina 16 (21,3%), glibenclamida 6 (8%)), diuréticos (furosemida 5 (6,7%), torasemida 12 (16%)), hipolipemiantes (atorvastatina 18 (24%), simvastatina 23 (30,7%), pravastatina 8 (10,7)), betabloqueantes (carvedilol 15 (20%), bisoprolol 3 (4%), atenolol 1 (1,3%). El análisis multivariante no aportó ningún dato que permita establecer una relación de mayor peso entre tipo de factores de riesgo y riesgo de segundo ACV, ni entre tipo de factores de riesgo y sexo.

Conclusiones. 1. La prevalencia de un segundo evento es alta a pesar del tratamiento antiagregante. Este hecho podría estar relacionado con una falta de respuesta al tratamiento con ácido acetilsalicílico. 2. Las mujeres presentan una tasa de eventos inferior al hombre. 3. No se puede establecer una relación entre número de factores de riesgo y riesgo de segundo ACV ni tampoco hubo relación entre los distintos factores de riesgo, analizados de manera independiente.

RV-86

MEJORÍA DEL CONTROL METABÓLICO EN PACIENTES DIABÉTICOS Y SU RELACIÓN CON LA PAUTA DE INSULINIZACIÓN

F. Olmo Montes¹, N. Jiménez Baquero¹, I. Gómez Vasco¹, L. Martínez Martínez¹, A. Blanco Becerra¹, M. Aguayo Canela¹ y C. Morales Portillo²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla.

Objetivos. El presente estudio pretende analizar la mejoría del control metabólico en 315 pacientes insulinizados en un hospital de día de diabetes, y si existe relación significativa entre la reducción de la hemoglobina glicosilada y el tipo de pauta de insulinización utilizada. Analizamos también la relación entre la dosis total de insulina (DTI) y el control metabólico.

Material y métodos. Se incluyen 315 pacientes atendidos en un hospital de día de diabetes. Los pacientes atendidos se dividen en diabetes tipo 1, tipo 2, gestacional y secundaria. Los tratamientos utilizados fueron basal, basal + bolus, mezclas, NPH+análogos, miscelánea. Se analizan las frecuencias de las variables categóricas (género, motivo de la consulta, tipo de diabetes, tipo de pauta in-

sulínica). Para analizar si existen cambios significativos en la media de HbA1c (pre y post) se utiliza la prueba t de comparación de medias para grupos apareados (antes/después). Se analiza el descenso de HbA1c para grupos independientes (tipos de diabetes y tipos de tratamiento) mediante un ANOVA. Realizamos un análisis post hoc para ver en que grupos podíamos encontrar diferencias significativas. En el análisis de la reducción de la HbA1c y la dosis diaria de insulina, se utilizó una regresión lineal. Se utilizó el paquete estadístico SPSS 15.0.

Resultados. Se analizan 315 pacientes diabéticos de los cuales 107 (34%) eran hombres y 208 (66%) eran mujeres. Del total 55 (17,5%) pacientes fueron atendidos por DM tipo 1, 146 (46,3%) por DM tipo 2, 108 (34,3%) por diabetes gestacional y 6 (1,9%) por diabetes secundaria. La pauta basal se utilizó en 49 (15,6%) pacientes, la pauta basal-bolus en 87 (27,6%), la pauta con mezclas en 84 (26,7%), la pauta con insulina NPH +- análogos de insulina en 84 (26,7%) y el resto de pautas (miscelánea) en 11 (3,5%) pacientes. La media de la HbA1c previa fue 10,79, y a la HbA1c a los 3 meses de tratamiento fue de 7,38. Existiendo un descenso medio de HbA1c de 3,41 puntos (IC entre 2,9 y 3,9) con una $p < 0,001$. Las mayores diferencias (mayores descensos en la Hb glicada) se obtienen con el tratamiento basal + bolus (-3,9 puntos de bajada de la HbA1c respecto a NPH y análogos de insulina, -2,3 puntos de bajada respecto a la pauta sólo con I. basal y -1,92 puntos de bajada media respecto a las mezclas). Hay una correlación lineal inversa (a mayor dosis de insulina diaria mayor reducción de la HbA1c).

Discusión. El progreso de la diabetes mellitus hace que la célula beta acabe agotándose, por lo que el tratamiento con la pauta bolus-basal imitaría la función de la célula beta, logrando un adecuado control metabólico. La reducción media de hemoglobina glicosilada fue de 3,41 ($p < 0,001$), probando la eficacia del HDD.

Conclusiones. El HDD es una herramienta eficaz para la insulinización de pacientes diabéticos de forma ambulatoria, al proporcionar un dispositivo funcional cercano al paciente con posibilidad para la educación y revisiones flexibles para la titulación de dosis. Entre las pautas de tratamiento insulinica, la terapia intensiva con bolus-basal demostró lograr mayor reducción de HbA1c.

RV-87

PREDICCIÓN EN URGENCIAS DEL RIESGO PRECOZ DE INFARTO TRAS UN ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITORIO

L. Castelo Corral¹, I. Rodríguez Osorio¹, B. Pernas Souto¹, R. Vázquez Vigo¹, M. Vares González¹, I. Ramil Freañ¹, N. Cardoso Calo¹ y R. Nicolás Miguel²

¹Servicio de Medicina Interna, ²UCEM (Unidad de Corta Estancia Médica). Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. A Coruña.

Objetivos. El accidente isquémico transitorio (AIT) es una emergencia neurológica. Estos pacientes (p) tienen un riesgo de infarto isquémico (IC) del 2-4% en 48 h, 6% en 7 días (d) y 10-15% en 90 d. El ABCD2 score se ha propuesto como instrumento para identificar p en alto riesgo de IC precoz ($< 7d$), en los que el ingreso hospitalario sería coste-efectivo (score > 3). Con la intención de elaborar un protocolo para nuestro servicio de Urgencias (SU), tratamos de determinar su capacidad predictiva en nuestra población.

Material y métodos. Estudio de cohorte retrospectivo que incluyó los p ingresados por AIT en el 2008. Se calculó el ABCD2 score en SU (edad > 59 años: 1. PAS > 140 y/o PAD > 90 mmHg: 1. Déficit motor unilateral: 2; Alteración del habla sin déficit motor: 1. Duración > 60 min: 2; entre 10-59 min: 1. Diabetes: 1). Se siguieron hasta Junio/2010, mediante la historia clínica electrónica y contacto telefónico, registrando los episodios de IC y muerte. Aplicamos el análisis univariado de Cox ($p < 0,05$) al score y a cada variable por separado (a 7, 30 y 365 d).

Resultados. Fueron incluidos 172 p, edad media 71,5 años (DE 13,8), 83% > 59 años, 48,8% hombres, 61% hipertensos y 23,3% dia-

béticos. En SU, 77,3% estaban hipertensos. La duración fue de 10-59 min en 21,5% y > 59 min en 39%. Tenían algún déficit motor el 54,5% y alteración del habla, 54%. Hubo 24 IC, 3 fatales. En el análisis univariado, sólo se obtuvo significación estadística para predicción de IC para la variable diabetes en los primeros 30 d (HR 5.47, p 0,013).

Discusión. De los 9 IC en los primeros 7d, 4 (44%) ocurrieron en p con score de 4, que correspondería a riesgo moderado, frente a 2 en p con score 5, 1 con score 6 y 1 con score 7. Esto influido por el elevado número de p que se concentra en este score. Ni el ABCD2 ni sus variables por separado, resultaron ser buenos predictores de IC. Aunque nuestra tasa de IC fue similar a otras series, el pequeño número absoluto de eventos, puede haber limitado la potencia estadística.

Conclusiones. En nuestra serie, el ABCD2 score no fue útil para predecir el riesgo de IC precoz en urgencias. Es necesario un estudio prospectivo con mayor muestra para su validación en nuestra población.

Tabla 1 (RV-87). Supervivencia libre de IC

ABCD2	Total (n)	7 días	30 días	365 días
Riesgo		Eventos (n) IA* (%)	Eventos (n) IA* (%)	Eventos (n) IA* (%)
		HR (IC95%)	HR (IC95%)	HR (IC95%)
1-3	51	1 (1,96%) 1,0	2 (3,92%) 1,0	3 (5,88%) 1,0
4	53	4 (7,55%) 1,2 (0,3-4,9)	4 (7,55%) 5,1 (0,6-45,6)	5 (9,43%) 2,6 (0,5-14,1)
5-7	82	4 (4,88%) 2,5 (0,8-7,4)	5 (6,1%) 2,7 (0,3-23,8)	12 (14,63%) 1,7 (0,3-8,6)

*IA: ratio de incidencia acumulada).

RV-88

IMPACTO EN EL CONTROL METABÓLICO Y PONDERAL DE TERAPIA CON AGONISTAS DEL RECEPTOR DE GLP-1 EN PACIENTES DIABÉTICOS OBESOS: NUESTRA EXPERIENCIA A 6 MESES

R. Aguilar Velasco¹, M. Tomé García², C. Morales Portillo², F. Olmos Montes¹, L. Ibáñez Muñoz¹, E. Huaroc Roca¹, L. Martínez Martínez¹ y M. Romero Correa¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Endocrinología. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

Objetivos. Estudiar la eficacia de los agonistas del receptor GLP-1 como nueva alternativa terapéutica en el control glucémico y ponderal de pacientes diabético tipo 2 obesos.

Material y métodos. Hemos analizado los primeros 64 pacientes con DM2 y obesidad, a los cuales se inicia tratamiento con esta nueva terapia. Se realiza educación diabetológica al inicio y se estudian las siguientes variables, HbA1c, pérdida de peso y efectos secundarios en las visitas programadas al mes, 3 y 6 meses. Nuestra serie presentaba una edad media de 51,9 ± 9,3 años, 35 hombres (54,7%) y 29 mujeres (45,3%). Tenían unos 4,9 ± 4,7 años de evolución de la enfermedad y un mal control metabólico previo expresado como HbA1c de 8,4 ± 1,7%. Con un IMC de 39,8 ± 7,1 Kg/m² y con el siguiente tratamiento previo: 31% monoterapia, 30% doble terapia, 11% triple terapia, 28% tratamiento insulínico. Se realiza un análisis estadístico con SPSSv18, realizando una t-Student para datos apareados.

Resultados. En nuestra serie objetivamos un descenso significativamente estadístico y clínicamente relevante en la HbA1c de 8,4% a 6,7% y 6,3% a los 3 y 6 meses (p < 0,01). Al mismo tiempo que existe una pérdida de peso de 2,5 kg, 5,7 kg y 8,3 kg al mes, 3 y 6 meses (p < 0,01). Se han producido 7 retiradas, 3 por no lograr ob-

jetivos de control y 4 por efectos secundarios gastrointestinales (náuseas, vómitos).

Discusión. Conocemos que la obesidad y la DM2 están íntimamente relacionadas. La pérdida de peso es crucial para el diabético para el control glucémico y para el tratamiento de comorbilidades como HTA y la dislipemia. Con este trabajo queremos resaltar la existencia una nueva ventana abierta en el tratamiento de la diabetes mellitus. Estudios experimentales han demostrado que las terapias basadas en incretinas ejercen un papel protector sobre las células beta t potencialmente podrían bloquear la progresión de la enfermedad. Las incretinas (GLP-1 y GIP) son hormonas gastrointestinales liberadas postprandialmente que estimulan la secreción insulínica de manera glucosa-dependiente, disminuyen la producción de glucagón por la célula alfa con la consiguiente disminución de aporte hepático de glucosa y disminuyendo el peso debido a una acción sobre SNC (inhibiendo el apetito) y sobre receptores gástricos (retrasando el vaciamiento gástrico). Estudios experimentales han demostrado que las terapias basadas en incretinas ejercen un papel protector sobre las células beta y potencialmente podrían bloquear la progresión de la enfermedad. Estas incretinas son degradadas por la enzima DPP-4. Una forma de inhibir esta degradación es el uso de un análogos de GLP1 sc.

Conclusiones. Establecemos el tratamiento con agonistas del receptor de GLP-1 como una buena opción terapéutica en los pacientes diabéticos tipo 2 con obesidad. Los agonistas del receptor de GLP-1 producen como efectos adversos principales molestias gastrointestinales, llegando a interferir en la adherencia al tratamiento. Aportando nuestra experiencia afirmamos que tales efectos se ven reducidos con la incorporación paulatinamente progresiva del tratamiento.

RV-89

ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA SEGÚN LAS GUÍAS MÉDICAS

L. Téllez González, M. Monforte Gómez, B. Sánchez Sauce, C. Rodríguez Leal, O. Martín Segarra, B. Comeche Fernández, I. González Anglada y C. Guijarro Herraiz

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

Objetivos. Los pacientes mayores de 65 años que presentan DM presentan un riesgo cardiovascular elevado, de ahí que las guías clínicas recomienden el tratamiento concomitante con estatinas, antiagregación e IECAs o ARAII. Se ha revisado el manejo terapéutico de la DM en mayores de 65 años al alta de nuestro servicio, así como los factores de la población a estudio que influyen para la no adecuación a las directrices que marcan las guías clínicas.

Material y métodos. Se revisó consecutivamente 198 informes de alta de pacientes atendidos en el SMI del HUFU, excluyendo los exitus, durante los meses de febrero y marzo de 2010 mediante una aplicación informática de la Historia Clínica Electrónica del HUFU. Se recogió las variables edad, sexo, patologías que integran el índice de Charlson, estancia media, enfermedad cardiovascular y tratamiento al alta. El análisis se realizó mediante el programa SPSS 15.0 (descriptivo y regresión logística).

Resultados. De los 198 pacientes, el 27,2% presentaban DM Tipo II con edad media de 78,6 años. El 55,6% eran mujeres. El índice de Charlson medio fue de 3,9 y la estancia media de 7,4 días. El 48,1% sufrían DM con daño de órgano diana, el 46,3% presentaba enfermedad cardiovascular (IAM, EAP, Ictus o AIT), el 20,4% demencia y el 29,6% presentaba insuficiencia renal moderada o grave. Al alta el 50% se fue con estatinas, 59,3% con IECAs y un 7,4% con ARAII, el 48,15 con antiagregante (AA) y el 31,5% con anticoa-

gulación (ACO). El 35,2% mantenía tratamiento con IECAs o ARA II y estatinas. El 92% de los que habían presentado ECV están AA o ACO. Al alta el 7,4% se adecua a las recomendaciones de las guías clínicas (AA, estatina e IECA o ARAII), y un 11,1% deja el hospital sin prescripción alguna de los fármacos anteriormente señalados. Se realizó inferencia estadística con el fin de poner de manifiesto los factores que influían en la ausencia de tratamiento. Los factores a comparar fueron: edad, demencia, institucionalizado y Charlson. La demencia fue el único factor que se acercó a la significación con $p = 0,056$.

Discusión. En nuestra población de estudio la adecuación a dichas recomendaciones es muy escasa, y una cifra no desdeñable no recibe tratamiento de prevención primaria alguno al alta. Parece que la demencia podría ser un factor a tener en cuenta a la hora de obviar dichas recomendaciones terapéuticas.

Conclusiones. Debemos mejorar la adecuación al alta del tratamiento de los pacientes con DM tipo II según las recomendaciones de las guías clínicas, haciendo hincapié en la prescripción de estatinas y antiagregación en el contexto de prevención primaria.

RV-90 RELACIÓN ENTRE VEGF Y EL ÍNDICE TOBILLO-BRAZO EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA

J. López Sáez, F. Molina Ruano, B. Sainz Vera, M. Torres, P. Ruiz Alcantarilla, O. Mera Gallardo, G. García Domínguez y F. Gómez Rodríguez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).

Objetivos. Investigar la relación entre el índice tobillo = brazo (ITB) y el valor sérico del VEGF en enfermos con EAP y por tanto, conocer si los factores reguladores de la angiogénesis están alterados en aquella enfermedad y si aquellos factores están asociados a mayor severidad de la misma.

Material y métodos. Es un estudio de casos y controles, enfermos con claudicación intermitente y 120 normales. El estudio estadístico, fue realizado mediante el programa SPSS-11.0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois). Los datos demográficos están en la tabla. Los sujetos con EAP fueron reclutados de la consulta externa de Medicina Interna con un muestreo consecutivo y los individuos del grupo control de otras consultas, que no mostraban signos ni síntomas de EAP, demostrado por un ITB > 0,9 o mediante otras pruebas diagnósticas. Todos los sujetos firmaron el consentimiento informado. Los sujetos con un ITB < 0,9 fueron clasificados como patológicos. La concentración de VEGF fue determinada mediante un kit comercial de array de proteínas (Randox, Irlanda), según las recomendaciones del fabricante.

Resultados. Las características clínicas están enumeradas en la tabla. Comparando enfermos el grupo de enfermos, significativamente, el mayor porcentaje fueron hombres, diabéticos, hipertensos y con tabaquismo. No se encontró diferencias significativas en cuando al uso de medicamentos del área cardiovascular (IECAS, ARA2, betabloqueantes o estatinas). La concentración sérica de VEGF de los sujetos enfermos fue comparada con la de los sujetos sanos, existiendo diferencias estadísticamente significativas, teniendo valores más altos para los enfermos. La media del ITB fue de 0,55 en los enfermos y de 1,09 en los sujetos sanos.

Discusión. La EAP es una enfermedad importante que aun no tiene reconocimiento en la clase médica y su prevalencia está aumentando. La EAP se caracteriza por un descenso de la perfusión tisular y por hipoxia, así, nuestra hipótesis es que las concentraciones de factores de crecimiento angiogénicos y/o la inhibición de los mismos podría estar alterada en los enfermos con AEP y que estos

factores pueden tener utilidad en el diagnóstico y futuras dianas terapéuticas en esta enfermedad.

Conclusiones. Este estudio observacional, descriptivo de casos y controles, demuestra que los niveles de VEGF están más incrementados en los enfermos con EAP y que se correlaciona con un perfil de ITB patológico. Esta proteína pudiera ser un nuevo marcador de EAP.

Tabla 1 (RV-90). Datos demográficos y resultados

	Casos:120
Hombres, n (%)	62 (49,6%)
ITB, media (mín-máx)	1,09 (0,91-1,36)
Tabaquismo	32 (26,6%)

RV-91 PERFIL CARDIOVASCULAR DE PACIENTES VIH POSITIVOS SEGUIDOS EN UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA

B. Garrido Bernet, S. Vicente Rodrigues, M. Hayek Peraza, M. Miguélez Morales, M. Linares Feria, D. Gudiño, J. Delgado Casamayor y P. Laynez Cerdeña

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos. Los pacientes afectos de VIH presentan una mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (obesidad, hipertensión arterial, dislipemia y resistencia a la insulina) asociados a la terapia antirretroviral (TARGA). La población general canaria presenta un mayor índice de FRCV, especialmente obesidad y niveles elevados de colesterol que la media española. Por ello pretendemos conocer el perfil cardiovascular y la prevalencia de FRCV en los pacientes infectados por VIH en Canarias.

Material y métodos. Estudio observacional y transversal en un Hospital de tercer nivel sobre una cohorte de 1.100 pacientes de los que 750 están con TARGA, incluyendo de forma aleatoria a 300 pacientes (n = 300) durante un periodo de tres meses. Se recogieron las siguientes variables: edad, género, diagnóstico de HTA, diabetes, tabaquismo, dislipemia, obesidad y síndrome metabólico, niveles de colesterol total, triglicéridos, CLDL y cHDL, cifras de tensión arterial y glucemia basal, índice Masa Corporal, antecedentes familiares y personales de enfermedad cardiovascular, índice riesgo cardiovascular de Framingham, tiempo desde diagnóstico y estadio evolutivo del VIH, tipo y tiempo de TARGA. Tratamiento de FRCV.

Resultados. Del total de pacientes incluidos, el 82% (248) eran varones. Media de edad 58,8 años. El 89% recibían TARGA. FRCV: HTA 7%, DM 3%, Tabaquismo 45% hipercolesterolemia 35,5%, hipertrigliceridemia 29%, cHDL bajo 45,7%, antecedentes familiares de ECV 15% y personales 7,3%, de los cuales el 95,7% recibían TARGA. Cumplían criterios de síndrome metabólico el 12,6%, de los que el 95% recibían TARGA. IMC > 30 en 24 varones (10%) y en 9 mujeres (15,3%). El 12% de los pacientes se encontraban en estadio C-3 (SIDA). Con estos datos se calculó el RCV (tabla).

Conclusiones. Los principales FRCV de los pacientes afectos de VIH de la comunidad canaria son la dislipemia y el tabaquismo, siendo la prevalencia de este superior a la de la población general.

Tabla 1 (RV-91).

	A 5 años	A 10 años
Bajo (< 10%)	85,7%	62,1%
Medio (10-20%)	11,6%	24%
Alta (> 20%)	2,3%	13,6%

RV-92 EFECTO DE LA LDL AFÉRESIS SOBRE LA FUNCIÓN ENDOTELIAL: RESULTADOS EN 2 CASOS DE HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR HETEROCIGOTA

A. González, R. Moreno Luna, L. Beltrán Romero,
R. Muñoz Hernández, L. Gómez Morales, S. Rodríguez Suárez,
M. Pizarro y O. Muñoz Grijalvo

Unidad de Riesgo Vascular. Servicio de Medicina Interna.
Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. La LDL aféresis es una técnica de reciente implantación en nuestro medio que permite reducir los niveles plasmáticos de LDL en las hipercolesterolemias refractarias a tratamiento médico. En diversos estudios ha demostrado reducir los niveles de LDLc de forma significativa con respecto a tratamiento médico solo. Además, se ha propuesto que pueda tener un efecto beneficioso en la función vascular aparte de la reducción de LDLc por mejorar las propiedades reológicas plasmáticas al retirar citocinas proinflamatorias, moléculas de adhesión y fibrinógeno, factores emergentes relacionados con el riesgo vascular. La flujimetría láser-doppler permite estudiar de forma indirecta la disfunción endotelial al analizar los cambios producidos en la microcirculación tras isquemia transitoria y reperfusión. En nuestro estudio analizamos la función endotelial en dos casos de hipercolesterolemia familiar heterocigota antes y después de una sesión de LDL aféresis.

Material y métodos. Dos pacientes, mujeres de 44 y 45 años, con hipercolesterolemia familiar heterocigota que presentan en su evolución eventos cardiovasculares isquémicos mayores con aterosclerosis clínica y subclínica en progresión y niveles de LDLc muy por encima de objetivo (LDLc 184 y 241 mg/dl respectivamente) a pesar de tratamiento médico a dosis plenas. Por este motivo se incluyen en programa de LDL aféresis. Desde la primera sesión se observa una mejoría clínica evidente y reducción de los niveles de LDLc. Se realizó un estudio de la respuesta hiperémica post-isquemia (vasodilatación dependiente de endotelio) mediante flujimetría en condiciones de ayuno (láser doppler, perimed®, Suecia) antes y 24 horas después de una sesión de LDL aféresis por adsorción directa de lipoproteínas de sangre completa (DALI-system (TM), Fresenius).

Resultados. Observamos un incremento de la respuesta hiperémica post-isquemia tras la sesión de LDL aféresis en ambas pacientes. El aumento es mayor en la paciente que parte de peor respuesta hiperémica post-isquemia inicial (caso 1) en la que el área de hiperemia prácticamente se duplica.

Discusión. Se ha planteado que la LDL aféresis pueda tener efectos beneficiosos sobre la función endotelial aparte de la reducción de LDLc. Los resultados de nuestro estudio, aunque con un número de casos aún muy reducido que limita su interpretación, apoyan esta posibilidad.

Conclusiones. La LDL aféresis, además del efecto directo en la reducción de los niveles de LDLc, podría tener un efecto indirecto (mediado por la reducción del LDLc y/o por la mejoría de las propiedades reológicas del plasma) consistente en una mejora de la vasodilatación dependiente de endotelio y, por tanto, de la función

endotelial en pacientes con hipercolesterolemias refractarias tratados con esta técnica.

RV-93 EVOLUCIÓN DE LOS INGRESOS POR ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN LA ÚLTIMA DÉCADA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

I. González Anglada, C. Guijarro Herraiz,
B. Herreros Ruiz-Valdepeñas, C. Rodríguez Leal,
G. Palacios García Cervigón, L. Moreno Núñez,
S. Sánchez de la Torre y V. Castilla Castellano

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

Objetivos. La enfermedad cardiovascular (CV) es la primera causa de muerte en nuestro país. En los últimos años se observa una disminución de la mortalidad CV, sin embargo el número de hospitalizaciones tanto por ECV como por fracaso de los órganos diana (ICC e insuficiencia renal) va en aumento. 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: nuestro estudio quiere valorar la evolución de los ingresos por enfermedad CV a lo largo de los diez últimos años en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón según el CMBD.

Material y métodos. Se analizó el CMBD del Hospital Universitario Fundación Alcorcón y se recogieron todos los episodios de hospitalización en adultos por cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular, enfermedad vascular periférica, fibrilación auricular, insuficiencia cardiaca e insuficiencia renal desde 1999 hasta diciembre de 2008. Se realizó un análisis descriptivo de los casos y se valoró la tendencia a lo largo de los años. El análisis se realizó con el paquete estadístico SPSS 15.0.

Resultados. Desde 1999 hasta diciembre de 2008 ingresan 155.701 pacientes adultos (> 18 años), 42,7% varones, con una edad media de 59 años. A lo largo de los diez años se observa un incremento en el número de ingresos (11.908/17.646), en la edad media (57,4/60,3), en el peso del GRD (1,54/1,82), en la estancia hospitalaria (5,8/6,4), en el índice de Charson (0,81/1,2) y en el de institucionalizados (3,7%/5,4%). El porcentaje de fallecidos no se modifica de forma significativa (4,7/4,8). En cuanto a la ECV presenta un incremento a lo largo de la década estadísticamente significativo tanto en la cardiopatía isquémica, ACVA, enfermedad vascular periférica, insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal, así como la fibrilación auricular y sus factores de riesgo: HTA, diabetes e hipercolesterolemia. Ver tabla 1 (RV-93).

Conclusiones. En la última década se observa un aumento en los ingresos por enfermedad cardiovascular, insuficiencia cardiaca e insuficiencia renal, así como de la de sus factores de riesgo. En paralelo también existe un incremento en la edad de los pacientes, en su gravedad y en la carga de enfermedad, mientras que la mortalidad permanece estable.

Tabla 1 (RV-93). Enfermedades cardiovasculares por años

%	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Ingreso	5,6	8,2	9	9,2	10,4	10,7	10,9	10,9	11,3	11,2
Exitus	4,7	4,5	4,8	4,9	5	4,7	4,3	4,5	5,1	4,8
IAM	3,7	3,6	3,4	3,2	5,3	5,5	5,6	5,8	6	6,2
ACVA	4,7	4,3	5,1	4,7	5,1	5,3	5,7	5,9	6,5	6,1
Eperif	3,8	4,1	3,7	3,7	3,5	3,6	4,1	4,3	4,7	4,3
ICC	7,6	6,5	6,7	8,2	8	7,9	8,1	7,9	8,8	8

RV-94 TROMBOSIS VENOSAS DE LA RETINA EN UNA UNIDAD DE RIESGO VASCULAR

J. Valle Puey¹, J. Navarro Calzada¹, V. Garcés Horna¹, M. Herrero Torrus¹, M. Esquillon Rodrigo², A. Cecilio Irazola³, J. Cabrerizo García¹ y M. González García¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Tudela (Navarra). ³Servicio de Medicina Interna. Hospital García Orcoyen. Estella/Lizarrá (Navarra).

Objetivos. Conocer el número de pacientes atendidos en la Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular del HCU Lozano Blesa con episodios de Trombosis venosa retiniana, sus características y los factores de riesgo que asocian, así como la coexistencia de trombofilia plasmática o episodios trombóticos previos, y la estrategia terapéutica empleada.

Material y métodos. Estudio descriptivo de los episodios de trombosis venosas retinianas recibidos en la Unidad de Hipertensión y riesgo vascular del HCU Lozano Blesa de Zaragoza entre enero de 2008 y marzo de 2010. Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, tipo de trombosis (de vena central o de rama venosa retiniana), presencia de patología ocular, de factores de riesgo vascular clásicos (edad > 65 años, HTA, dislipemia, DM, hábito tabáquico), la existencia de trombofilia plasmática, de episodios de trombosis previos, y el tratamiento empleado.

Resultados. De los 29 casos recibidos entre enero de 2008 y marzo de 2010, 18 fueron mujeres y 11 hombres, con una edad de media de 64 años. 9 casos fueron de vena central de la retina y 20 de rama venosa. Ningún caso tenía antecedentes de Trombosis previa y sólo en 2 existía patología ocular (glaucoma y uveítis). En cuanto a los factores de riesgo vascular asociados en los pacientes: 5 eran fumadores, 11 diabéticos, 16 obesos, 19 dislipémicos y 24 eran hipertensos. La coexistencia de múltiples factores de riesgo fue muy frecuente, con 16 de 29 pacientes con 3 o más factores de riesgo asociados. Solo 3 tenían algún tipo de trombofilia (2 con anticoagulante lúpico positivo, y uno con resistencia a proteína C activada). Fueron antiagregados 21 pacientes y 8 no recibieron tratamiento específico.

Discusión. Las trombosis venosas retinianas son una causa frecuente de pérdida visual permanente. Su manejo requiere fundamentalmente identificar y controlar los factores de riesgo vascular frecuentemente asociados, aunque en algunos casos seleccionados (pacientes jóvenes, ausencia de factores de riesgo identificables, recurrencia de trombosis oculares o de otros territorios) requerirá un estudio más detallado con el objetivo de identificar posibles estados de hipercoagulabilidad. El tratamiento no está claro y se precisan más estudios para definir estrategias específicas en pacientes con estados de hipercoagulabilidad diagnosticados, ya que no está clara la relación directa de muchos de ellos con los episodios de trombosis venosa ocular, sobretudo en pacientes con múltiples factores de riesgo asociados.

Conclusiones. La trombosis venosa retiniana más frecuente en nuestra muestra es la de rama venosa. Es más frecuente en mujeres de edad media avanzada. Es rara la presencia de trombofilia plasmática o de patología ocular previa, y no hay asociación en los casos estudiados a trombosis en otros territorios. El tratamiento más comúnmente empleado es la antiagregación con AAS, muchas veces obligada por la existencia de un riesgo vascular alto asociado a la coexistencia de múltiples factores de riesgo. Entre éstos, el más prevalente fue HTA, seguido de la dislipemia y la obesidad.

RV-95 TELEMEDICINA. LAS 10 PRIMERAS FIBRINOLISIS EN EL ICTUS

A. Fernández Moyano¹, A. Palomino García³, M. Jiménez Hernández³, F. Varela², C. Pérez Paredes², E. Vigil Martín⁴, A. Ramos Guerrero¹ y J. García Garmendia²

¹Servicio de Medicina Interna, ²SCCU. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla. ³Servicio de Neurología. Unidad de Neurociencias, ⁴Servicio de Documentación Clínica. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. La dispersión geográfica condiciona la accesibilidad de la población a los Hospitales de tercer nivel con disponibilidad de neurólogo de guardia. Se ha desarrollado un programa de telemedicina entre el Servicio de Neurología del Hospital Virgen del Rocío y el Área Médica del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe (HSJD-A). El objetivo ha sido evaluar la efectividad y la seguridad de este programa de telemedicina en fibrinólisis del ictus.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de los primeros 18 meses (enero del 2009 a mayo del 2010), aportándose datos descriptivos. El programa consiste básicamente en conectar por videoconferencia el box de observación de un Hospital comarcal -HSJD-A- con el box de Neurología del Hospital de referencia -Virgen del Rocío-, estableciéndose comunicación visual y auditiva entre ambos profesionales y con el enfermo. Se utiliza la estación clínica "Tele-Ictus" como herramienta informática de comunicación y de ayuda a la toma de decisiones, y es un programa activo las 24 horas del día los 365 días al año. El sistema permite transferencia de información escrita, de resultados analíticos y de imágenes en tiempo real, siendo toda la información clínica compartida simultáneamente por ambos equipos profesionales, permitiendo consensuar decisiones.

Resultados. Se han realizado un total de 10 fibrinólisis, correspondiendo 4 al año 2009 y 6 al primer semestre del 2010, lo que supone un 4% y 10% respectivamente de los pacientes potencialmente fibrinolizables (excluido criterio temporal). La edad media fue de 61 años (rango: 46-80 años), con 55% de mujeres. No hubo ninguna muerte intraepisodio ni complicación hemorrágica, mejorando la escala NIHSS 5 puntos respecto al ingreso (15 con IC 8-24 al ingreso vs 10 con IC 0-22 al alta). En el seguimiento ha habido 2 exitus. La demora en llegada al Hospital ha sido de 90 minutos, y el tiempo puerta-aguja de 69 minutos.

Conclusiones. 1. La aplicación de un programa de fibrinólisis del ictus a través de telemedicina, se ha mostrado efectivo y seguro. 2. El tiempo puerta aguja cumple los objetivos establecidos en el Plan Andaluz de Ataque Cerebral Agudo (PLACA).

RV-96 ASOCIACIÓN DEL POLIMORFISMO DE ENOS P. GLU298ASP Y TRIGLICÉRIDOS

J. Miramontes González¹, C. Cieza Borrella², L. Corral Gudino¹, R. González Sarmiento², I. Alaez Cruz¹, J. Martín Oterino¹ y A. Sánchez Rodríguez¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Medicina Molecular. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.

Objetivos. La valoración del riesgo vascular y sus distintos componentes implica una valoración conjunta y global. No solo se ha de valorar los niveles o cifras de los parámetros que usamos en la práctica clínica para estratificar a nuestros pacientes. Uno de los factores de riesgo que se valoran de forma constante y de gran peso en las tablas de cálculo de riesgo vascular son los lípidos. Uno de los componentes del análisis de los lípidos que valoramos son los triglicéridos (TG). Paralelamente de una forma progresiva el componente genético, que subyace a los parámetros analíticos, ha cobra im-

portancia y se analiza en el sentido de un mejor conocimiento de la enfermedad a la hora de elegir opciones terapéuticas. En este trabajo se analiza la asociación entre TG y eNOS, enzima responsable de la síntesis de óxido nítrico a nivel endotelial y uno de los elementos claves en la disfunción endotelial.

Material y métodos. Se selecciona un grupo de 298 pacientes pertenecientes a un servicio de M. Interna. A estos pacientes se les realiza una determinación en sangre periférica y se hace una determinación rutinaria de lípidos. Se extrae el valor de TG y se analiza en conjunto con los datos del sexo de los pacientes. El análisis estadístico se realiza mediante el paquete SPSS 11.0.

Resultados. Se presentan en las tablas.

Discusión. La valoración del riesgo vascular debe realizarse de forma global y la etiología múltiple de los distintos factores de riesgo nos obliga a investigar desde las costumbres del paciente a los factores genéticos que condicionan la expresión fenotípica de cada paciente.

Conclusiones. Los niveles de TG no se asocian con el polimorfismo P. GLU298ASP en la población estudiada.

Tabla 1 (RV-96). Distribución por sexo y edad

Sexo	Género	Edad
Hombres	143 (48%)	73,97 años (12,64)
Mujeres	155 (52%)	70,33 años (13,59)

Tabla 2 (RV-96). Distribución de cifras de TG en número absoluto y polimorfismos. Test estadístico

	Número absoluto	Polimorfismos	Test de chi cuadrado
TG < 150	91	25 (TT) 44 (TG) 22 (GG)	0,229
TG > 150	207	103 (TT) 40 (TG) 64 (GG)	0,229

RV-97 PAPEL DE LOS EVENTOS VASOMOTORES DURANTE LA MENOPAUSIA EN PARÁMETROS DE RIESGO CARDIOVASCULAR

J. García Castro¹, A. García Martín², M. Cortés Berdonces², M. Avilés Pérez², I. Luque Fernández² y M. Muñoz Torres²

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

Objetivos. Evaluar la posible relación entre parámetros de riesgo cardiovascular y eventos vasomotores en la menopausia.

Material y métodos. Estudio transversal de 99 mujeres menopáusicas con edad media de 56 ± 4 años sin enfermedad conocida ni tratamiento médico. Se recogieron datos de hábitos de estilo de vida, valores antropométricos, cifras de tensión arterial sistólica (TAS) y diastólica (TAD) y parámetros bioquímicos que incluyeron glucemia basal y perfil lipídico. Se analizó la asociación entre parámetros de riesgo cardiovascular y sintomatología vasomotora evaluada mediante cuestionario de frecuencia y escala Cervantes de calidad de vida relacionada con la menopausia. Análisis de datos mediante programa SPSS.15 (test t-Student y chi-cuadrado).

Resultados. El 72,7% de las mujeres padecían síntomas vasomotores: el 55,57% de forma diaria y el 44,43% de forma semanal. Existieron diferencias en los valores de TAS determinadas por la presencia o ausencia de síntomas vasomotores (129,89 ± 16,66 vs

121,48 ± 21,38 mmHg, p = 0,028) y según la frecuencia diaria frente a la semanal (129,58 ± 17,21 vs 123,28 ± 14,96 mmHg, p = 0,035). Cuando se establecieron grupos en función de cifras tensionales patológicas (TAS > 140 mmHg y TAD > 90 mmHg), el porcentaje de pacientes con síntomas vasomotores fue mayor en hipertensas (TAS: 10% vs 5% p = 0,011 y TAD: 9% vs 3% p = 0,05). Respecto al análisis de la escala Cervantes, las mujeres con cifras tensionales elevadas presentaron una puntuación mayor en el dominio relacionado con la sintomatología vasomotora (TAS: 9,48 ± 4,61 vs 7,12 ± 4,51 p = 0,04 y TAD: 9,93 ± 4,65 vs 7,22 ± 4,5 p = 0,037).

Discusión. Los síntomas vasomotores, generalmente conocidos como "sofocos o bochornos", constituyen el motivo de consulta más frecuente de las mujeres menopáusicas. La enfermedad cardiovascular es la principal causa de mortalidad en las sociedades occidentales pero en mujeres constituye una patología de la posmenopausia. Estudios recientes postulan el papel desfavorable de la intensidad y frecuencia de los eventos vasomotores sobre parámetros de riesgo cardiovascular. Las posibles causas se relacionan con la activación del sistema nervioso simpático y la inhibición del parasimpático que se produce durante los episodios.

Conclusiones. En la población estudiada, existe una asociación entre las cifras de tensión arterial sobre todo sistólica y la presencia y frecuencia de síntomas vasomotores. Estos hallazgos sugieren que la sintomatología vasomotora puede aumentar el riesgo cardiovascular de mujeres menopáusicas.

RV-98 PREVALENCIA DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA (IRC) E INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA OCULTA (IRCO) EN UNA POBLACIÓN DE MEDICINA PREVENTIVA

M. García Cors¹, S. Martín Fusté¹, R. Armengol Rauet¹, R. Malo Barres¹, F. Galindo Gali¹, L. Sánchez Sitjes¹, E. Marcos Cidreira¹ y M. Girabent Farrés²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Catalunya. Sant Cugat del Vallès (Barcelona). ²Epidemiología Clínica. Universitat Internacional de Catalunya. Sant Cugat del Vallès (Barcelona).

Objetivos. Estudio de la prevalencia de IRC e IRCO y su relación con los factores de riesgo cardiovascular en una cohorte de pacientes de medicina preventiva.

Material y métodos. Estudio con diseño observacional, transversal y recogida de datos de pacientes que acudieron a nuestro centro para una revisión médica. De cada participante se registraron datos demográficos, antropométricos, de función renal y factores de riesgo cardiovascular. Se calculó el filtrado glomerular según la ecuación MDRD y los estadios de IR según la KDQI. Se definió IRCO como disminución del FG según MDRD ≤ 60 ml/min/1,73 m² con creatinina ≤ 1,3 mg/dl en hombres y a ≤ 1,2 mg/dl en mujeres.

Resultados. Se han valorado 1.832 pacientes, 1.467 hombres (H) y 365 mujeres (M), con una edad media de 54,89 ± 14,31 años, distribuidos según rango de edad: < 40 años 16,5% (303), entre 40 y 64 años 57% (1044), ≥ 65 años 26,5% (485). La prevalencia de IRC estadio 3 a 5 es de 14% (256), 9,2% H (135) y 33,2% M (121). La prevalencia según rango de edad es: entre 40 y 64 años de 9,6% y ≥ 65 años de 31%. El 98,8% de los pacientes con IRC se clasifican en el estadio 3. La prevalencia de IRCO es de un 6,9%, 1,7% H (25) y 28,2% M (103) que corresponde a un 50% de los pacientes con IRC, con una asociación significativa al sexo femenino y a edad superior a 65 años.

Discusión. La IRC es una entidad de interés creciente en salud pública dada su elevada prevalencia y su asociación con estados inflamatorios desde estadios precoces que comporta un incremento del riesgo de morbimortalidad cardiovascular. La prevalencia de IRC en pacientes asintomáticos es elevada en nuestra población, de los cuales la mitad cumplen la definición de IRCO. Destaca la prevalen-

cía de un 50% de IRCO en el subgrupo de mujeres de más de 65 años. La determinación automatizada del aclaramiento de creatinina junto con la creatinina sérica podría incrementar el porcentaje de diagnóstico de IRC y su control evolutivo estricto posterior.

Conclusiones. La IRC/IRCO es una entidad prevalente en nuestro medio, especialmente en el grupo de edad de más de 65 años y mujeres. Dado que su presencia se relaciona con un incremento en el riesgo de la morbimortalidad cardiovascular, y que tiene implicaciones en la prescripción y dosificación farmacológica, creemos conveniente la búsqueda sistemática de dicha entidad especialmente en personas de edad avanzada.

Tabla (RV-98).

Número pacientes	Edad media	Insuficiencia renal crónica	Insuficiencia renal crónica oculta
N 1.832		256 (14%)	128 (6,9%)
H 1.467	54,89 ± 14,3	H 135 (9,2%)	H 25 (1,7%)
M 365		M 121 (33,2%)	M 103 (28,2%)

RV-99

VALORACIÓN DEL "FATTY LIVER INDEX" (FLI) EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ESTEATOSIS HEPÁTICA EN NUESTRA POBLACIÓN

M. García Cors¹, J. López Vivancos¹, R. Armengol Rauet¹, E. Marcos Cidreira¹, F. Galindo Gali¹, F. del Molino Sanz¹, G. Munne² y M. Girabent Farrés³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital General de Catalunya. Sant Cugat del Vallès (Barcelona). ³Epidemiología Clínica. Universitat Internacional de Catalunya. Sant Cugat del Vallès (Barcelona).

Objetivos. Valorar la aplicabilidad del índice FLI en la población estudiada por el servicio de Medicina Preventiva.

Material y métodos. Se han utilizado de forma retrospectiva los datos de las revisiones médicas efectuadas por el servicio de Medicina Preventiva de nuestro centro. Se valoraron 885 pacientes de los que disponíamos de ecografía hepática. Se clasificaron los pacientes, con sospecha de enfermedad hepática (GOT > 30 UI L, GPT > 30 UI L y/o GGT > 35 UI L) y sin sospecha de enfermedad hepática. Aplicamos: FLI = $(e^{0,953 \cdot \log(\text{trigl})} + 0,139 \cdot \text{BMI} + 0,718 \cdot \log(\text{ggt}) + 0,053 \cdot \text{P cint} - 15,745) / (1 + e^{0,953 \cdot \log(\text{trigl})} + 0,139 \cdot \text{BMI} + 0,718 \cdot \log(\text{ggt}) + 0,053 \cdot \text{P cint} - 15,745) \cdot 100$.

Resultados. Aplicando el FLI hallamos en el P. de corte de 60, una sensibilidad de 62,9% (IC95%; 56,3-69,2), una especificidad de 76,5% (IC95%; 73-79,7) y un VPP de 2,7 en el que se encuentran el 35,3% de los pacientes.

Discusión. En nuestro estudio para lograr una especificidad del 86% con un VPP de 4,3, igual que en trabajo de Bedogni, en el que se encuentran el 36% de sus pacientes, precisamos un P de corte entre 75 y 80, en el cual se encuentran sólo del 15 al 20% de nuestros pacientes. De nuestros pacientes con alteración de la biología

hepática, en un 61,1% no se objetivaba esteatosis ecográfica, un 13,2% de los pacientes con el diagnóstico ecográfico de esteatosis, no presentaba alteración de la biología hepática.

Conclusiones. La aplicación del FLI puede resultar interesante como índice para valorar la presencia o no de esteatosis hepática en una población a estudio. Dado que la ecografía hepática es una técnica simple e inocua, debe seguir considerándose como el mejor método para aproximarnos al diagnóstico en la práctica diaria, en todos los pacientes con alteración de la biología hepática, y también en aquellos que, aún sin alteración de las pruebas hepáticas, presenten diabetes mellitus y/o dos o más componentes del síndrome metabólico. Ver tabla 1 (RV-99).

RV-100

INSULINA GLARGINA EN LA UNIDAD METABOLICOVASCULAR DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

K. Lundelin¹, A. Sánchez¹, C. Velasco¹, R. Torres², J. Fraile¹, P. Martínez¹ y J. García Puig¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Bioquímica Clínica. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos. Los análogos de la insulina humana han modificado el tratamiento de la diabetes mellitus. La insulina glargina es un análogo de acción lenta que no tiene pico de acción y produce menos episodios de hipoglucemia que la insulina NPH. Hemos evaluado las modificaciones de la HbA1c, glucemia basal y peso, así como la incidencia de hipoglucemias en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) tratados con insulina glargina en la Unidad Metabólico Vascular (UMV) del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario La Paz.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de pacientes con DM2 (criterios ADA) tratados con insulina glargina en la UMV durante los últimos 6 años (2004 a 2010). Todos los pacientes recibieron instrucciones para administrarse insulina y educación diabetológica por parte de un médico y enfermera. A partir de una base de datos creada con las historias clínicas de la unidad se cuantificaron las variables seleccionadas. El análisis de datos se realizó con SPSS versión 15.

Resultados. Recogimos 51 pacientes (39 hombres, 76%) con una edad media de 64,1 años (DE, ± 9,2 años), diagnosticados de DM2 con una evolución media de 13,5 ± 7,4 años. Un total de 17 pacientes (33%) habían sufrido una complicación macrovascular y 20 pacientes (39%) presentaban afectación microvascular. El seguimiento medio desde el inicio de la insulina glargina fue de 12,2 ± 10,6 meses. La dosis media de insulina glargina administrada, al efectuar esta valoración, fue de 35 ± 18 UI/día en monodosis. La concentración de HbA1c media descendió de 8,7 ± 1,2% a 7,8 ± 1,0% (p = 0,001; descenso medio del 10%). La glucemia basal media descendió de 185 ± 57 mg/dL a 145 ± 44 mg/dL (p = 0,001). El peso medio al inicio del tratamiento fue de 81,6 Kg y al final del seguimiento de 81,6 Kg (p = 0,972). Registramos 3 episodios de hipoglucemia considerable (incidencia de hipoglucemia con insulina glargina, 5,7 por cada 100 pacientes tratados durante un año) y un paciente fue

Tabla 1 (RV-99). Aproximación diagnóstica del FLI según los datos de nuestro estudio de medicina preventiva

P. corte	%	Sensibilidad	Especificidad	V. predictivo +	V. predictivo -
≥ 30	68,2	92,6	40,4	1,6	0,2
≥ 40	56,2	84,3	53,9	1,8	0,3
≥ 50	44,7	76,4	66,6	2,3	0,4
≥ 60	35,3	62,9	76,5	2,7	0,5
≥ 70	24,5	51,5	85,1	3,5	0,6
≥ 80	15,7	36,7	91,6	4,4	0,7
≥ 90	4,9	13,1	98,1	7,1	0,9

diagnosticado de hipernefroma (tasa de incidencia cruda, 1,9 por 100 pacientes-año).

Conclusiones. La administración de insulina glargina a pacientes con DM2 se acompaña de un descenso de la HbA1C relevante, con escasos episodios de hipoglucemia y sin variaciones significativas en el peso.

RV-101 CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS TERAPÉUTICOS EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

K. Lundelin¹, R. Bailen¹, A. Sánchez¹, C. Velasco¹, J. Fraile¹, R. Torres² y J. García Puig¹

¹Servicio de Medicina Interna ²Bioquímica Clínica.
Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos. La American Diabetes Association (ADA) ha establecido unos objetivos de presión arterial, lipídicos y metabolismo hidrocárbónico para los pacientes con diabetes. Diversos trabajos han mostrado que el porcentaje de pacientes que alcanzan estos objetivos es muy reducido. Hemos evaluado el grado de cumplimiento de los objetivos establecidos por la ADA y el tratamiento farmacológico prescrito a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) atendidos en la Unidad Metabólico Vascular (UMV) del Hospital Universitario La Paz.

Material y métodos. Seleccionamos pacientes diagnosticados de DM2 (criterios ADA) valorados en la UMV durante el año 2009. Como objetivos de control utilizamos los valores establecidos por la ADA en 2010: HbA1c < 7%, glucemia basal < 130 mg/dL, LDL col < 100 mg/dL, presión arterial sistólica (PAS) < 130 mmHg y presión arterial diastólica (PAD) < 80 mmHg.

Resultados. Recogimos un total de 192 pacientes (142 hombres, 74%). La edad media fue de 65,9 años (desviación estándar 9 años). Un total de 50 pacientes (26%) habían sufrido un evento cardiovascular. El objetivo y porcentaje de enfermos controlados fue (de mayor a menor): PAD (58%), HbA1c (56%), LDL colesterol (49%), glucemia basal (39%) y PAS (30%). Un total de 11 pacientes (6%) cumplía todos los objetivos. Se halló una diferencia significativa en el cumplimiento de objetivos entre los pacientes con y sin evento cardiovascular en LDL- col (60% vs 45%, respectivamente) ($p = 0,049$) y PAD (70% vs 54%, respectivamente) ($p = 0,036$). Al 64% de los pacientes se les prescribió metformina y un 18% fue tratado con insulina. Los antihipertensivos más utilizados fueron los ARA2 (70%), seguidos de los calcioantagonistas dihidropiridinas (58%). El número medio de fármacos antihipertensivos fue de dos. Un 86% de los pacientes recibió estatinas y un 55% antiagregación plaquetaria.

Conclusiones. Un porcentaje muy escaso de los pacientes con DM2 atendidos en la UMV alcanza los objetivos terapéuticos establecidos por la ADA. Menos de la mitad de los pacientes tienen una glucemia y PA sistólica adecuadas. Por el contrario, más de la mitad presentan una PA diastólica y HbA1c controladas. Los ARA2 y las dihidropiridinas fueron los fármacos antihipertensivos más comúnmente prescritos y a la mayoría de los pacientes con DM2 se les prescribió estatinas.

RV-102 ACTIVIDAD INVESTIGADORA CON MEDICAMENTOS EN UNA UNIDAD METABOLICOVASCULAR: ANÁLISIS DE 17 AÑOS, 1993-2010

C. Velasco¹, K. Lundelin¹, A. Sánchez¹, M. Cabrero¹, J. Fraile¹, P. Martínez¹, R. Torres² y J. García Puig¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Bioquímica Clínica.
Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos. Describir la actividad de investigación relacionada con medicamentos en una unidad metabólico vascular durante 18 años (1993 a 2010).

Material y métodos. Hemos recogido todos los ensayos clínicos (EE.CC.) en los que ha colaborado la Unidad Metabólico Vascular del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario La Paz en el periodo 1993 a 2010. Todos los EE.CC. fueron aprobados por el Comité de Ética e Investigación Clínica del centro. En los últimos 5 años todos los EE.CC. han sido gestionados por la Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Universitario La Paz. A partir de una base de datos creada con la memoria anual de la unidad se cuantificaron las variables seleccionadas. Dos autores comprobaron el 80% de los datos recogidos en la base de datos, a partir de la hoja "estado actual" de cada ensayo, en la que se recoge el nombre de cada paciente y las fechas de las visitas según el protocolo de cada estudio.

Resultados. Un total de 25 empresas farmacéuticas han solicitado nuestra colaboración en 126 EE.CC. De estas empresas, seis (AstraZeneca, BMS, GSK, MSD, Novartis y Servier) han solicitado reiteradamente nuestra colaboración (entre 8 y 27 estudios nuevos). Hemos concluido 116 estudios, 25 en el periodo 1993 a 1999 (2.5 EE.CC./año) y 91 en el periodo 2000 a 2010 (9.1 EE.CC./año). La mayoría de los estudios estaban dirigidos a pacientes con riesgo vascular muy elevado y enfermedades con patologías metabólicas (diabetes tipo 2 e hiperlipidemia) y/o hipertensión arterial. En los EE.CC. finalizados nos hemos comprometido por contrato a aleatorizar 1257 pacientes y han sido evaluables 1803 pacientes (143%). En 16 EE.CC. (14%) no hemos podido cumplir el compromiso adquirido (242 enfermos por contrato, 186 aleatorizados, 77%). En 20 EE.CC. (17%) cumplimos con el número de pacientes acordado (100%) y en 80 estudios (69%) superamos el compromiso contraído (831 enfermos por contrato, 1452 aleatorizados, 175%). Si consideramos un coste en fármacos, visitas y pruebas complementarias por paciente incluido en un EE.CC. de 9,42 euros/semana (490 euros/año), hemos ahorrado al sistema de salud un total de 1.029.200 euros (60.541 euros/año). El beneficio económico para la fundación del hospital, en base a la retención del 20% de la facturación global de cada estudio, ha sido de 450.000 euros (32.143 euros/año). Esta actividad investigadora se ha visto reflejada en diversas publicaciones entre 2004 y 2009 (2 en Lancet y 5 en NEJM). La investigación relacionada con medicamentos en la Unidad Metabólico Vascular ha sido acreditada por AENOR en 2007 y renovado en 2009. En la actualidad estamos colaborando en 10 EE.CC. con 80 pacientes aleatorizados.

Conclusiones. La Unidad Metabólico Vascular del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario La Paz ha desarrollado una actividad investigadora relacionada con EE.CC. considerable. Nuestra colaboración en EE.CC. ha proporcionado un beneficio sustancial para el sistema de salud (ahorro de costes) y para el Hospital (publicaciones e ingresos económicos).

RV-103 MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. ADECUACIÓN A LAS GUÍAS MÉDICAS

L. Téllez González, M. Monforte Gómez, B. Sánchez Sauce, C. Rodríguez Leal, M. Pérez Rueda, M. Delgado Yagüe, I. González Anglada y C. Guijarro Herraiz

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón. Madrid.

Objetivos. El ictus supone un importante problema de salud debido a su elevada prevalencia, a la discapacidad que genera y a su enorme impacto económico. Tras un ictus isquémico, el riesgo de recurrencia durante el primer año es de aproximadamente un 10% y posteriormente, de un 5% anual. Las guías clínicas recomiendan un manejo activo en la prevención secundaria basado en el control de los FRCV mediante un tratamiento concomitante con estatinas, hipotensores y antiagregación (AA) o anticoagulación (ACO). El ob-

jetivo de este trabajo es valorar la adecuación del tratamiento al alta en los pacientes ingresados por ictus en el Servicio de Medicina Interna (SMI) del Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA).

Material y métodos. Se revisó consecutivamente 198 informes de alta de pacientes atendidos en el SMI del HUFA, excluyendo los exitus, durante los meses de febrero y marzo de 2010 mediante una aplicación informática de la Historia Clínica Electrónica del HUFA. Se recogió las variables edad, sexo, patologías que integran el índice de Charlson, estancia media, enfermedad cardiovascular y tratamiento al alta. Se realizó análisis descriptivo mediante el programa SPSS 15.0.

Resultados. De los 198 pacientes, 37 (18,6%) presentó enfermedad cerebrovascular (Ictus o AIT) con edad media de 79,1 años, siendo el 54,1% varones. El índice de Charlson medio fue de 3,1 y la estancia media de 6,8 días. De los casos recogidos como enfermedad cerebrovascular, el 51,4% correspondían a Ictus isquémicos y el 35,1% a ictus embólicos; cursando el 27% con hemiplejía residual. El 24,3% presentaba demencia y un 18,9 fibrilación auricular. Al alta del SMI a un 51,4% se le prescribió estatinas, al 75,7% tratamiento AA, al 18,9% tratamiento ACO y un 59,5% recibió tratamiento hipotensor. Un 45,9% recibió tratamiento concomitante con AA y estatinas, sin embargo la adecuación total (AA+ estatina+ hipotensor) al alta fue sólo de un 29,7%. Se realizó inferencia estadística con el fin de poner de manifiesto los factores que podían influir en esta baja adecuación a las recomendaciones de las guías clínicas. Los factores a comparar fueron: edad, sexo, demencia, institucionalización e índice de Charlson; no encontrándose ningún factor predictor.

Discusión. En nuestra población de estudio la adecuación a las recomendaciones publicadas en las guías clínicas es aún deficiente. Una cifra elevada de pacientes que han presentado un evento cerebrovascular no reciben al alta el tratamiento recomendado en prevención secundaria, como sería el caso de las estatinas y los hipotensores. No hemos encontrado factores que expliquen esta mala adecuación al tratamiento de prevención secundaria de nuevos episodios cerebrovasculares al alta.

Conclusiones. Debemos mejorar la adecuación al alta del tratamiento de los pacientes con enfermedad cerebrovascular basado en las recomendaciones de las guías clínicas, haciendo hincapié en la prescripción de estatinas e hipotensores.

RV-104

ACTIVIDAD URINARIA DEL N-ACETIL-BETA-GLUCOSAMINIDASA EN DIABÉTICOS TIPO 2 EN TRATAMIENTO CON IRBESARTÁN

F. Pérez-Blanco, D. de Vicente Contreras, M. Mendiña Guillén, J. Cantero Hinojosa y F. Miras Parra

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Objetivos. El diagnóstico precoz de la nefropatía diabética (ND) es fundamental, pues existen actualmente fármacos que retrasan su evolución hacia la insuficiencia renal crónica (IRC). El marcador de lesión renal más utilizado es la microalbuminuria, si bien existen otros marcadores que se alteran en estadios más tempranos como la actividad urinaria de la N-acetil-beta-glucosaminidasa (NAG). Pretendemos determinar si la eliminación urinaria de NAG en pacientes con ND se modifica de forma sustancial tras tratamiento con un irbesartán, evidenciando su efecto beneficioso para retrasar la progresión de la ND a IRC.

Material y métodos. Se estudian un total de 76 sujetos de los cuales 34 son sujetos sanos tomados como control y 42 con diabetes mellitus tipo 2 con ND en estadio 3, realizando estudio de estos últimos de forma basal sin el efecto de ningún fármaco antihipertensivo y 6 meses después de iniciar el tratamiento con

150 mg diarios de irbesartán, midiendo la actividad urinaria de la NAG mediante el método espectrofotométrico de Horak en orina de 24 h.

Resultados. La eliminación urinaria de NAG, que aumenta respecto a los controles sanos en los pacientes con ND, desciende de forma significativa ($p < 0,01$), tras 6 meses de tratamiento con irbesartán; existiendo correlación con la creatinina sérica, pero no así con la microalbuminuria. A: $p < 0,01$ respecto al grupo control, b: $p < 0,01$ respecto al grupo de ND sin tratamiento.

Conclusiones. La determinación urinaria de de NAG es un marcador del efecto beneficioso del tratamiento con irbesartán en los diabéticos tipo 2 con nefropatía.

Tabla 1 (RV-104). Resumen de los principales datos del estudio (desviación estándar)

	Controles sanos	ND sin tratamiento	ND con irbesartán
N	34	42	42
Edad	61,3 ± 7,9	62 ± 1,8	62 ± 1,8
Sexo			
hombres%	47,1	48,1	48,1
mujeres%	52,9	51,9	51,9
Urea sérica (mmol/l)	41,4 ± 12,7	53,4 ± 30,7 (a)	48,3 ± 27,6 (a)
Creatinina sérica (µmol/ml)	87,5 ± 19,6	124,2 ± 76,7 (a)	105,3 ± 65,3 (a, b)

RV-105

LA DIABETES EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

A. Zapatero¹, R. Barba², J. Canora¹, R. Martín Díaz¹, S. Plaza³, J. Losa⁴, D. Rejas Velásquez¹ y R. Calderón Herraiz¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada. Fuenlabrada. Madrid. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina. Madrid. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid). ⁴Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón (Madrid).

Objetivos. La prevalencia de diabetes mellitus (DM) en adultos en nuestro país y otros del entorno oscila entre el 5 y el 12%. En Estados Unidos el gasto sanitario relacionado con la DM supone un 14% del total del gasto y más de la mitad esta en relación con la atención a IAM, ictus, Enfermedad renal terminal y úlceras en pies. Los servicios de Medicina Interna (MI) damos un 15% del total de las altas hospitalarias. Tiene interés conocer la prevalencia de la enfermedad entre los pacientes atendidos en nuestros servicios y las enfermedades con las que se asocia más comúnmente.

Material y métodos. Se analizaron todas las altas hospitalarias realizadas en MI durante los años 2006-2008, con los datos obtenidos del CMBD, seleccionándose aquellas en las que en el diagnóstico secundario o principal estuviera reflejado que padecían diabetes mellitus (CIE-9-MC 250.00-250.99). Se compararon las características clínicas y demográficas de los pacientes con y sin diabetes, además de la prevalencia anual de la enfermedad.

Resultados. Se analizaron 1.673.188 registros, estando codificado el diagnóstico de diabetes en 449.822 (26,9%). La tendencia en estos tres años ha sido al alza, pasando de un 26,2% a un 27,7% ($p < 0,001$). La enfermedad es más prevalente en las mujeres (28,9% vs 25,1%) En función de los grupos de edad un 7,1% de los pacientes

con menos de 20 años tiene diabetes, y un 33% de los que tienen de 60-79. Esta prevalencia se reduce discretamente en los pacientes mayores de 80 años (27,5%). Los pacientes diabéticos tienen con más frecuencia cardiopatía isquémica (38,1% vs 25,8%; $p < 0,001$), insuficiencia cardiaca (35,8% vs 24,4%; $p < 0,001$), arteriopatía periférica (39,2% vs 26,2%; $p < 0,001$), accidente cerebrovascular (35,5% vs 26,1% $p < 0,001$), insuficiencia renal crónica (38,5% vs 25,9%; $p < 0,001$), obesidad (46,5% vs 25,4%; $p < 0,001$) o hipertensión arterial (%; $p < 0,001$). Los pacientes con diabetes tienen además un índice de Charlson (2,6 vs 1,4 $p < 0,001$), un peso medio del GRD (1,84 vs 1,75 $p < 0,001$) y una tasa de reingresos superior a los pacientes sin diabetes (30,8% vs 26,3%; RR 1,24 IC95% 1,24-1,25; $p < 0,001$).

Discusión. La diabetes mellitus es una enfermedad muy prevalente entre los pacientes ingresados en medicina interna, especialmente aquellos con patología cardiovascular. Se trata de pacientes que consumen más recursos (peso medio más elevado) y que tienen un 25% de posibilidades más de reingresar que los pacientes sin esta enfermedad. Parece que además su prevalencia está aumentando en los últimos años.

RV-106

¿INFLUYEN LA EDAD Y EL SEXO EN LA INERCIA TERAPÉUTICA EN PREVENCIÓN SECUNDARIA DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR?

L. Roa Santervas¹, M. Monreal², J. Carmona³, E. Aguilar⁴, R. Coll⁵, C. Suárez Fernández⁶ y Grupo FRENA

¹Servicio de Urgencias. Hospital de Fuenlabrada. Fuenlabrada (Madrid). ²Servicio de Medicina Interna, ³Servicio de Rehabilitación. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona). ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Alto Guadalquivir. Andújar (Jaén). ⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital de Alcañiz. Alcañiz (Teruel). ⁶Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Objetivos. Cuantificar inercia terapéutica y sus factores asociados según edad y sexo en pacientes en prevención secundaria de enfermedad cardiovascular.

Material y métodos. Estudio transversal, descriptivo, retrospectivo, con 1660 pacientes incluidos en FRENA. Variable final: inercia, distinguiéndose inercia: en prescripción de fármacos, ante no control de FRCV e inercia en general (al menos una de las dos anteriores). Objetivos control: PA < 140/90 mmHg (130/80 si diabetes), LDL < 100 mg/dl, HbA1c < 7%. Fármacos indicados: beta-bloqueantes tras IAM, estatina si LDL > 100, BSRA en todos, antihipertensivos si HTA y antidiabéticos si HbA1 > 7%. Análisis uní y multivariante.

Resultados. 1.660 pacientes, 432 (26%) mujeres. Edad media 66,32 (DE 11,55); 51,1% con episodio cardiovascular previo (20,8% coronario, 11,7% cerebrovascular y 31,0% arterial periférico). Se comete inercia en 81,5% de los pacientes, La inercia más frecuente

es ante no control de FRCV (85,1%), frente al 53% por no prescripción de fármacos. Al comparar características basales como edad y sexo no se encontraron diferencias significativas en cuanto a inercia. Analizando los distintos tipos de inercia sí se observaron diferencias en cuanto a sexo sufriendo las mujeres menos inercia en prescripción de fármacos (tablas 1y 2).

Discusión. A diferencia con los estudios de cumplimiento terapéutico en nuestro caso no podemos demostrar diferencias en cuanto a cometer inercia ni por edad ni por sexo; aunque sí parece que en cuanto a prescripción de fármacos se comete menos inercia en mujeres.

Conclusiones. La inercia terapéutica es muy frecuente en prevención secundaria independientemente de la edad o sexo de los pacientes.

Tabla 1 (RV-106). Comparación de características basales de los pacientes con y sin inercia

Características	Inercia		p
	Inercia	No inercia	
Edad	66 ± 12	66 ± 11	0,548
20-44	68 (5,0%)	13 (4,2%)	0,466
45-64	460 (34%)	116 (38%)	
65-84	733 (57%)	140 (55%)	
≥ 85	52 (3,8%)	8 (2,6%)	
Sexo (% mujeres)	351 (26%)	81 (26%)	0,873

RV-107

CONTROL DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR TRAS UN ICTUS ISQUÉMICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

S. Araújo Fernández¹, S. Blanco Sio², H. Enríquez Gómez¹, S. Rodríguez Pecci¹, J. Montero¹, P. Sánchez Conde¹, R. Puerta Louro¹ y J. de la Fuente Aguado¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Povisa. Vigo (Pontevedra).

²Atención Primaria. Centro de Salud de Matamá. Vigo (Pontevedra).

Objetivos. Evaluar el grado de control en atención primaria de los principales factores de riesgo cardiovascular (FRCV), incluidas las medidas higiénico-dietéticas y farmacológicas, en pacientes que han sufrido un AIT o ACVA isquémico.

Material y métodos. Se realizó un estudio observacional retrospectivo durante el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de febrero 2008 y el 31 de marzo 2008, en el que se incluyeron pacientes con antecedentes de ictus isquémico pertenecientes al Centro de Salud de Matamá, que acudían a la consulta de atención primaria por cualquier motivo. Los criterios de inclusión fueron ser mayor de 18 años y haber presentado un ictus isquémico.

Tabla 2 (RV-106). Comparación de las características basales de los pacientes con y sin inercia ante no control y en prescripción de fármacos

Características	Inercia en prescripción de fármacos			Inercia ante no control		
	Inercia	No inercia	p	Inercia	No inercia	p
Edad	67 ± 12	66 ± 11	0,363	67 ± 11	67 ± 11	0,495
20-44	45 (5,1%)	36 (4,6%)	0,895	42 (4,3%)	5 (2,9%)	0,571
45-64	304 (35%)	272 (35%)		331 (34%)	57 (33%)	
65-84	496 (56%)	447 (57%)		574 (58%)	106 (62%)	
≥ 85	34 (3,9%)	26 (3,3%)		39 (4,0%)	4 (2,3%)	
Sexo: (% mujeres)	207 (24%)	81 (26%)	0,015	282 (29%)	119 (31%)	0,555

Resultados. Fueron incluidos 60 pacientes con una edad media de $74,6 \pm 13,34$ años, el 50% mujeres. El 78,3% de los pacientes tenían antecedentes de hipertensión arterial, el 43,3% de dislipemia, el 26,7% de diabetes, el 16,7% de cardiopatía isquémica y el 5,4% tenían de claudicación intermitente. Se observó que sólo el 3,3% de los pacientes presentaban un buen control de todos los FRCV. Presentaban una glucemia en ayunas < 120 mg/dl el 68,3%. El 40,7% de los pacientes mantenían cifras de tensión arterial $< 130/80$ mmHg y el 56,7% de los pacientes presentaban cifras de colesterol total < 200 mg/dl. Tras las recomendaciones dietéticas el 30% realizaron ejercicio regularmente, el 81,7% disminuyó la ingesta de sal, el 68,3% redujo la ingesta calórica y el porcentaje de fumadores disminuyó del 36,7% al 10% en el momento de la consulta. Respecto al tratamiento farmacológico, el 36% de los menores de 75 años estaba a tratamiento con clopidogrel frente al 8,7% de los mayores de 75 años y el 31,43% de los pacientes mayores de 75 años seguían tratamiento farmacológico con anticoagulantes orales frente al 8% de los pacientes menores de 75 años.

Conclusiones. Dado que sólo el 3,3% de los pacientes del estudio presentaron un buen control de todos los factores de riesgo cardiovascular, es imprescindible que en las revisiones posteriores al ictus isquémico en atención primaria se intensifiquen las medidas para intentar alcanzar los objetivos marcados en prevención secundaria.

RV-108 MEDICIÓN DE LA GRASA VISCERAL Y CORPORAL TOTAL Y SU RELACIÓN CON PARÁMETROS DE RIESGO METABÓLICO

E. Salamanca Rivera y R. Pérez Temprano

Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

Objetivos. Demostrar la importancia del sobrepeso/obesidad en el síndrome metabólico. Buscar relación de la grasa visceral y la grasa corporal total con el riesgo metabólico. En este caso buscamos la relación de la grasa con la proteína C reactiva ultrasensible. Demostrar la DEXA como método sencillo y poco cruento de medición de la composición corporal.

Material y métodos. Se han tomado 21 voluntarios con IMC de sobrepeso o superior. Se les realizó un estudio analítico con lípidos, niveles de insulina, homocisteína y PCR-ultrasensible, un corte de TAC a nivel de L5 y una DEXA Corporal Total. Se midió la grasa visceral presente en el TAC. En la DEXA se midió la cantidad de grasa total y la abdominal a nivel de L5 y una subzona a dicho nivel desestimando el área de tejido subcutáneo de los flancos. En el análisis de los resultados se ha utilizado el paquete informático SPSS 18.0. Las distintas mediciones de la grasa visceral por TAC y DEXA se han enfrentado con las mediciones de PCR ultrasensible, para buscar la relación. Siempre con un valor de significación del 5%.

Resultados. Grasa medida en corte de TAC y la medida por DEXA en la región completa R^2 : factor de correlación de 0,782 ($p = 0,000$). Grasa visceral en TAC con respecto a la grasa región R1 por DEXA: factor de correlación 0,450 ($p = 0,041$). -Porcentaje de grasa en la subzona visceral y en R1, para el TAC y la DEXA respectivamente, con respecto a la grasa total en dicho corte abdominal: factor de correlación 0,729 ($p = 0,000$). Grasa en región R1 de DEXA y los niveles de PCR-u: factor de correlación 0,707 ($p = 0,01$). Grasa visceral en R1 en porcentaje respecto a la grasa corporal total: factor de correlación 0,601 ($p = 0,039$). Grasa corporal total: factor de correlación 0,826 ($p = 0,001$). -IMC y el perímetro de cintura: respectivamente los factores de correlación 0,788 (0,002) y 0,716 (0,009). Grasa total en TAC: factor de correlación de 0,678 ($p = 0,015$).

Discusión. Existe buena relación entre la grasa medida por TAC y la medida por DEXA a nivel abdominal en las subzonas establecidas. La importancia estriba en la sencillez y escasa radiación para el sujeto que implica en comparación con la TAC. Sería interesante realizar las mismas mediciones en sujetos controles, sin sobrepeso

ni obesidad, para ver el comportamiento de la PCR-u. La región establecida difiere de la que se ha usado en los escasos estudios que existen sobre el uso de la DEXA (miden la región L2-L4). Por tanto establecemos una alternativa que parece igual de válida. Por otro lado sería interesante también completar el estudio sobre los mismos sujetos una vez conseguido la pérdida de peso, viendo el comportamiento de la PCR-u.

Conclusiones. Existe buena correlación entre la TAC y la DEXA para la medición de la grasa visceral, por lo que se podría utilizar este segundo método, al ser menos nocivo que el primero, en la detección de sujetos en riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Además, con la DEXA es posible la medición de otras múltiples subregiones o incluso medir la grasa corporal total sin necesidad de volver a irradiar al paciente. Existe correlación entre la cantidad de grasa visceral y marcadores de inflamación como la PCR ultrasensible, la cual se está postulando en recientes estudios como factor independiente de riesgo cardiovascular.

RV-109 SÍNDROME DE TWIDDLER: UNA COMPLICACIÓN INUSUAL. REVISIÓN DE 4 CASOS

J. de la Hera Fernández, J. Polo Sabau, N. Carrasco Antón, C. Hidalgo Collazos, M. Matías García, C. Nogales Nieves, C. López Rodríguez y D. Nuevo Ejeda

Servicio de Medicina Interna. Fundación Jiménez Díaz-UTE. Madrid.

Objetivos. Analizar los rasgos clínicos y epidemiológicos de tres casos de disfunción de dispositivos intracardíacos implantables en relación con el desplazamiento de los electrodos (síndrome de twiddler), complicación mecánica infrecuente.

Material y métodos. Revisión retrospectiva de las historias clínicas de cuatro pacientes con síndrome de twiddler, según hallazgos electrocardiográficos y radiológicos, con registro de las principales variables clínicas y epidemiológicas, así como la evolución final.

Resultados. De los cuatro casos detectados, tres fueron en mujeres y uno en varón. La edad media fue de 77,75 años (extremos 66-89). Los cuatro pacientes tenían hipertensión arterial y dos de ellos diabetes mellitus. En dos casos se trataba de un marcapasos y en otros dos de DAI-resincronizador. Las manifestaciones clínicas fueron: palpitaciones y disnea (1), contracciones en epigastrio y miembros superiores (1), estimulación diafragmática con espasmos en la región del hipocondrio derecho (1) y ausencia de síntomas con hallazgo casual en revisión rutinaria del dispositivo (1). El electrocardiograma mostró en todos los casos fallos de captura y/o sentido. El tiempo transcurrido entre la implantación del dispositivo y el descubrimiento del síndrome osciló entre 21 y 131 días (media 57,2 días). En los cuatro casos se resolvió la complicación mediante el replante de un nuevo dispositivo, sin que se produjesen incidencias reseñables.

Discusión. El síndrome de twiddler (del inglés "twiddle", "juguetear" o "hacer girar") se produce como consecuencia del desplazamiento de los electrodos de marcapasos cardíacos, desfibriladores implantables u otros dispositivos similares, habitualmente debido al enrollamiento de los cables sobre el generador. Puede acompañarse de signos de disfunción eléctrica del dispositivo, con o sin datos de insuficiencia cardíaca, o bien generar en el paciente sensación de "descarga eléctrica" a distintos niveles (abdomen, diafragma, musculatura pectoral...), con la consiguiente producción de espasmos musculares. Coincidiendo en parte con el perfil de nuestros pacientes, se ha descrito una mayor incidencia en población geriátrica, mujeres, pacientes con sobrepeso y ante la presencia de trastornos mentales.

Conclusiones. El síndrome de twiddler es una complicación infrecuente tras la implantación de diversos dispositivos cardíacos. Debe

sospechase ante la presencia de signos electrocardiográficos de disfunción eléctrica acompañados de manifestaciones clínicas de insuficiencia cardíaca o cuando existe sintomatología derivada de descargas eléctricas anómalas o inadecuadas, sobre todo en pacientes geriátricos o con trastornos mentales, aunque en ocasiones cursa de forma asintomática.

RV-110 ESTUDIO DE PREVALENCIA DE ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA ASINTOMÁTICA EN PACIENTES HIPERTENSOS DE RAZA NEGRA ESTIMADA MEDIANTE EL ÍNDICE BRAZO-TOBILLO

M. Romero Sánchez, J. Marrero Francés, A. Sánchez Purificación, A. Rodríguez Benavente, A. Farfán Sedano, J. San Martín López, O. Mateo Rodríguez y A. Zapatero Gaviria

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

Objetivos. La raza negra en pacientes hipertensos, se ha asociado a un mayor riesgo de aterosclerosis subclínica y de eventos cardiovasculares, fundamentalmente ictus a edades más tempranas. La enfermedad arterial periférica (EAP) es un excelente indicador de aterosclerosis sistémica y un importante predictor de morbimortalidad de origen cardiovascular. El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de EAP asintomática en una muestra aleatoria de pacientes hipertensos de raza negra, atendidos en las consultas de Riesgo Cardiovascular.

Material y métodos. Se evaluó la presencia de EAP mediante la determinación del índice brazo-tobillo (ITB) en pacientes hipertensos de raza negra, atendidos en las Consultas de Riesgo cardiovascular del Hospital de Fuenlabrada. Se definió la EAP como un ITB patológico ($< 0,90$ o $> 1,40$).

Resultados. Se incluyeron 32 pacientes, de los cuales 50% eran varones, con una edad media de 37,5 años. La prevalencia de EAP detectada mediante ITB patológico fue del 12,5% ($n = 4$). En el análisis multivariante, los factores que se asociaron con un ITB patológico fueron la hipercolesterolemia (odds ratio [OR] 6,55; intervalo de confianza [IC] del 95%) y la diabetes mellitus (OR 8,71; IC95%).

Discusión. La raza negra se ha asociado a un mayor riesgo de desarrollar aterosclerosis subclínica, al ser más frecuentes, tanto la hipertensión arterial (HTA), como la diabetes, y a una mayor frecuencia de eventos cardiovasculares y cerebrovasculares que en la población general. Una medida no invasiva del riesgo por EAP es el ITB (cociente entre la tensión sistólica medida en la arteria tibial y la medida en la arteria braquial, utilizando una ratio $\geq 0,9$ como marcador de EAP), que permite identificar sujetos asintomáticos con mayor riesgo vascular, de modo que dicho índice se correlaciona de forma inversa al riesgo. Es un método preciso, sencillo y barato, y que a diferencia de otros métodos diagnósticos de aterosclerosis subclínica, no precisa de personal especialmente cualificado. Un ITB patológico ($< 0,90$ o $> 1,40$ medido en reposo) se asocia a un incremento del riesgo de eventos cardiovasculares y cerebrovasculares y a una mayor mortalidad en la población general. La prevalencia de EAP en la población general varía desde un 3% hasta un 30%, dependiendo de la edad y de los factores de riesgo cardiovascular asociados. La medición del ITB para detectar EAP asintomática en pacientes hipertensos de raza negra, nos permitiría clasificarlos como pacientes de riesgo vascular añadido elevado, y justificaría la intensificación de determinadas medidas terapéuticas para un mejor control de los factores de riesgo cardiovascular.

Conclusiones. La prevalencia de EAP asintomática en pacientes hipertensos de raza negra es discretamente superior a la esperada en la población general para el mismo grupo de edad.

RV-111 EFECTO DE TELMISARTÁN SOBRE LA MICROCIRCULACIÓN RETINIANA Y AUMENTO DEL ÍNDICE ARTERIOVENOSO

M. Pena Seijo¹, A. Pose Reino¹, J. Díaz Díaz², M. Suárez Tembra³, J. Díaz Peromingo⁴, C. Calvo Gómez¹, J. López Paz¹ y A. Hermida Ameijeiras¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela (A Coruña). ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Abente y Lago. A Coruña. ³Servicio de Medicina Interna. Instituto Médico-Quirúrgico San Rafael. A Coruña. ⁴Servicio de Medicina Interna. Fundación Pública Hospital da Barbanza. Ribeira (A Coruña).

Objetivos. La retina es la ventana al árbol vascular y alteraciones en la microcirculación retiniana pueden ir parejas a las producidas a otros niveles de la vasculatura sistémica. Las alteraciones en la microcirculación retiniana en el hipertenso son frecuentes y difíciles de cuantificar en estadios iniciales. Objetivos: a través del cálculo del índice arteriovenoso retiniano podemos cuantificar de forma objetiva ese daño y su correlación con cambios en la microcirculación a otros niveles.

Material y métodos. Hemos incluido 170 fondos de ojo (130 fondos de ojo del Hospital Clínico de Santiago y 40 fondos del Hospital del Barbanza) que corresponden a 85 pacientes del Estudio POSTEL (POSTEL-2007-01, Xunta de Galicia), que finalizaron los 6 meses de tratamiento con telmisartán asociado o no a hidroclorotiazida y carvedilol. Se trataba de hipertensos de novo o hipertensos no controlados con terapia en el momento de la inclusión. Tras una valoración basal y retirar la medicación antihipertensiva previa se les realiza una fotografía digital del fondo de ojo y se inicia tratamiento con telmisartán 80 mg/día al que se asoció hidroclorotiazida a dosis de 12,5-25 mg/día, con el fin de alcanzar objetivo de control de PA según riesgo cardiovascular. A los 6 meses del tratamiento se repite la valoración basal y se realiza una foto de control de ambos ojos. Las fotografías de ambos ojos, fueron analizadas de forma ciega por el mismo experto utilizando un método semiautomático, previamente validado, para calcular el índice arteriovenoso retiniano (IAV), determinado como el cociente entre el diámetro arteriolar y venoso medio. Este índice se calcula a través de dos métodos, el método lineal que es un método simple de procesado de imágenes ya validado y el método snake basado en modelos deformables.

Resultados. El diámetro arteriolar medio aumentó de forma significativa en ambos ojos de forma global en todos los pacientes. No se encontraron diferencias en el diámetro venular tras los 6 meses de tratamiento. El IAV aumentó de forma significativa en ambos ojos. El aumento fue de 0,057 en el Hospital de Santiago y de 0,067 en el Hospital de Barbanza tras 6 meses de tratamiento y adecuado control de las cifras tensionales, $p < 0,001$ en ambos casos.

Conclusiones. La estrategia terapéutica basada en telmisartán en monoterapia o combinado con hidroclorotiazida mejoró la microcirculación retiniana (medida a través del IAV) tras 6 meses de tratamiento a expensas fundamentalmente de un aumento en el diámetro arteriolar.

RV-112 PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA

M. García Cors, R. Armengol Rauet, E. Marcos Cidreira, X. Herranz Pérez, S. Martín Fusté, J. López Vivancos, F. Galindo y M. Girabent Farrés

Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Catalunya. Sant Cugat del Vallès (Barcelona).

Objetivos. Estudio de la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) asociados a insuficiencia renal crónica (IRC) e insu-

ficiencia renal crónica oculta (IRCO) en una cohorte de pacientes atendidos en nuestro servicio de Medicina Preventiva.

Material y métodos. Estudio con diseño observacional, transversal y recogida de datos de pacientes que acudieron a nuestro centro para una revisión médica. De cada participante se registraron los hábitos tóxicos, medidas antropométricas, tensión arterial y determinaciones analíticas glicemia, lípidos, ácido úrico y estudio de función renal y biología hepática. Se calculó el filtrado glomerular (FG) según la ecuación MDRD y los estadios de IR según la KDQI. Se definió IRCO como la presencia de un FG según MDRD \leq 60 ml/min/1,73 m² con creatinina \leq 1,3 mg/dl en hombres y \leq 1,2 mg/dl en mujeres.

Resultados. Se han valorado 1.832 pacientes, 1.467 hombres y 365 mujeres, con una edad media de 54,89 \pm 14,31 años. Un 16,5% eran menores de 40 años, un 57% tenían entre 40 y 64 años y un 26,4% tenían más de 65 años. La prevalencia de IRC estadio 3 a 5 es del 14% y la de IRCO del 6,9%. Encontramos una elevada prevalencia de FRCV, destacando la presencia de: hipercolesterolemia (76,2%), HTA (50,8%), hipertrigliceridemia (29%), obesidad (21%), presión de pulso superior a 65 (18%) y diabetes (9,8%).

Discusión. Se detecta una elevada prevalencia de FRCV en los pacientes con IRC/IRCO, destacando la presencia de hipercolesterolemia con una prevalencia del 76,2% y del 79,9% respectivamente, lo cual podría estar en relación tanto con el papel patogénico de la hipercolesterolemia en la lesión glomerular como en los cambios de la homeostasis lipídica secundarios al estrés inflamatorio de la enfermedad renal crónica. La presencia de estos factores de riesgo no difiere estadísticamente entre el grupo con IRC y IRCO, por ello consideramos muy importante la detección precoz de IRCO en los pacientes con FRCV dado que su mejor control puede frenar la progresión de insuficiencia renal a estadios clínicos más avanzados.

Conclusiones. La elevada prevalencia de FRCV modificables, en especial HTA e hipercolesterolemia, asociados a IRC implica la necesidad de poner especial énfasis en la detección precoz de la misma así como en el estudio global de los FRCV, tanto para evitar la progresión de la insuficiencia renal como para incidir en la mejora de la morbimortalidad cardiovascular.

RV-113 MANEJO HOSPITALARIO DE LA DIABETES EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. Serrano Fuentes, J. Ruiz Hernández, M. León Mazorra, A. Gil Díaz, A. Conde Martel, A. Puente Fernández, D. Godoy Díaz y P. Betancor León

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

Objetivos. Analizar las características de los pacientes diabéticos ingresados en un servicio de Medicina Interna y el tratamiento utilizado previo al ingreso, durante el mismo y al alta.

Material y métodos. Durante un mes se recogieron datos de los pacientes diabéticos ingresados. Se analizaron datos epidemiológicos, clínicos, de control de la diabetes y complicaciones previas, situación funcional y cognitiva, así como los tratamientos recibidos.

Resultados. Se recogen datos de 95 pacientes, el 62,1% de los cuales eran mujeres, con una edad media de 76,16 años. El 88,4% eran hipertensos. Presentaban nefropatía un 32,6%, retinopatía un 16,8%, neuropatía un 13,7% y arteriopatía un 12,5%. Como eventos clínicos asociados encontramos insuficiencia cardiaca en un 46,3%, cardiopatía isquémica en un 32,6% y enfermedad cerebrovascular en un 22%. La hemoglobina glicada media fue de 7,88%, el índice de masa corporal (IMC) de 30,4 y la creatinina 1,22 mg/dL. Un 53,8% de los pacientes eran independientes. Un 29% presentaba deterioro cognitivo. Los datos más relevantes del tratamiento se representan en la tabla.

Discusión. La media de IMC está en rango de obesidad y la media de hemoglobina glicada está por encima de objetivos. La prescripción de insulina de novo durante el ingreso hospitalario se relacionó con los valores de creatinina, con menor peso y con una hemoglobina glicada mayor; la pauta más utilizada fue la bolo-basal seguida por la pauta en escalas; casi una cuarta parte no utilizaban previamente insulina. El uso de ADO durante el ingreso hospitalario se observó en un 22% y se relacionó con menor grado de dependencia, uso previo de ADO y menores niveles de creatinina. La prescripción de insulina de novo al alta se relacionó con mayores niveles de hemoglobina glicada, la pauta más frecuente fue la insulina basal. Se cambió el tratamiento respecto al previo al ingreso a poco más de la mitad de los pacientes y sólo en un 15% se pautó insulina a pacientes que previamente no la utilizaban.

Conclusiones. Observamos que la pauta insulínica más frecuentemente utilizada durante el ingreso hospitalario es la bolo-basal y que se pautó insulina de novo a pacientes con mal control metabólico previo. Sin embargo, y pese a las últimas recomendaciones, se mantiene el uso de ADO durante el ingreso en aproximadamente una cuarta parte de los pacientes y se sigue utilizando la insulina en escalas durante la hospitalización en un porcentaje considerable.

Tabla (RV-113).

Tratamiento	Prehospitalario	Hospitalizado	Al alta
ADO	69,4%	22%	55,78%
Pauta móvil		30,5%	
Terapia insulínica	43,16%	37,9% (bolo-basal),	54,7%

RV-114 METABOLISMO DEL ÁCIDO ÚRICO EN PACIENTES CON GOTA Y SÍNDROME METABÓLICO

J. Fraile Vicente¹, R. Torres², E. de Miguel³, K. Lundelin¹ y P. Martínez¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Bioquímica Clínica, ³Servicio de Reumatología. Complejo Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos. Los pacientes con gota suelen evidenciar otros factores de riesgo vascular, pero desconocemos la prevalencia del síndrome metabólico (SM). Hemos estudiado las características de este síndrome en pacientes con gota primaria y hemos examinado el metabolismo del ácido úrico en los enfermos con y sin SM.

Material y métodos. Estudio piloto en pacientes con gota primaria (criterios de Wallace, 1977), en los que se valoró la presencia concomitante de SM (criterios de ATP III, > 3 criterios). Diseñamos una escala para definir el SM leve y grave, en función de la importancia de la alteración de los 5 criterios para el diagnóstico 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, con una dieta baja de purinas durante 3 a 5 días. 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 de Cockcroft y Gault fueron considerados adecuados. 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).

Resultados. Se incluyeron ciento seis pacientes (104 varones) con una edad media de 59 años. Treinta y cuatro pacientes tenían SM (32%, IC95%, 23-40%). La prevalencia de los criterios de SM asociados a la gota fueron: Hipertensión arterial, 32%; glucosa plasmática en ayunas elevada, 25% (media, 115 mg/dL); circunferencia abdominal aumentada, 32%; concentración sérica de triglicéridos elevada, 27% (media, 256 mg/dL); concentración de HDL disminuida, 19%. La tríada más frecuente para el diagnóstico de

SM fue el aumento de 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) $8,7 \pm 2,2$ mg/dL y de $7,7$ mg/dL \pm $1,4$ mg/dL, respectivamente (diferencia media, $1,0$ mg/dL; IC95% $0,75$ - $1,25$ mg/dL; $p < 0,005$). La excreción media de ácido úrico fue de 471 ± 156 y de 579 ± 234 mg/día/ $1,73$ m² en los pacientes con y sin SM, respectivamente (diferencia media, 108 mg/dL; IC95% 83 - 133 mg/dL; $p < 0,005$). El cociente úrico creatinina fue de $0,36 \pm 0,13$ mg/mg en los pacientes con SM y de $0,36 \pm 0,09$ mg/mg en los que no tenían SM. El urato sérico fue similar en los pacientes con SM grave (17 pacientes, $8,8$ mg/dL) que en los que presentaron SM leve (17 pacientes, $9,0$ 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 $0,34$ mg/mg en los enfermos con gota y SM grave (diferencia media, $0,07$ mg/dL; IC95% $0,01$ - $0,20$ mg/dL; $p = 0,11$).

Conclusiones. Aproximadamente un tercio de los pacientes con gota primaria presentan SM. La presencia de SM parece conferir un mayor deterioro de la excreción renal del ácido úrico.

RV-115 TRATAMIENTO CON ANTI-ALDOSTERÓNICOS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL REFRACTARIA. CINCO AÑOS DESPUÉS

N. Ortega López¹, C. Muñoz Esparza², V. Cabañas Perianes³, J. Vidal Bugallo¹, F. Soria Arcos², M. Molina Boix¹ y G. Ortega López¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Cardiología, ³Servicio de Hematología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Objetivos. Evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento continuado de la hipertensión arterial refractaria con fármacos anti-aldosterónicos.

Material y métodos. Análisis tras cinco años de una cohorte de 64 pacientes con hipertensión arterial refractaria que se controló adecuadamente con fármacos anti-aldosterónicos (espironolactona o eplerenona). Hipertensión arterial esencial refractaria definida como ausencia de signos clínicos o biológicos sugestivos de hipertensión secundaria y persistencia tras re-evaluación de medidas higiénico-dietéticas y al menos tres fármacos antihipertensivos que necesariamente incluyen un diurético y si tolerado un inhibidor de enzima de conversión de angiotensina o antagonista del receptor de angiotensina, administrados según las guías de tratamiento vigentes. Los pacientes recibieron inicialmente 100 mg de espironolactona o eplerenona, a los 7 días se controlaron creatinina y potasio plasmático, y posteriormente se ajustó la dosis al mínimo nivel eficaz según los controles de tensión arterial.

Resultados. Cinco años después, de los 113 enfermos de la cohorte original, 64 continúan en seguimiento tras una media de 3,3 años del inicio del tratamiento. De ellos 58 enfermos han seguido controlados y 6 han seguido un nuevo curso refractario. En doce pacientes han debido suspenderse los anti-aldosterónicos por efectos secundarios que consistieron en insuficiencia renal moderada (4 casos con creatinina > 2 mg/dL) e hiperkalemia $> 5,5$ mEq/L (2 casos) o falta de eficacia (6 casos). Los pacientes con insuficiencia renal leve (creatinina < 2 mEq/L) mantuvieron tratamiento si era eficaz. De los 52 enfermos que continúan tratamiento 12 mantienen dosis de 100 mg diarios, 28 de 50 mg, 10 de 25 mg y 2 de 12,5 mg.

Discusión. En el seguimiento de nuestra cohorte de enfermos con hipertensión arterial esencial refractaria, un alto porcentaje de los enfermos que responden inicialmente al tratamiento mantienen su respuesta a lo largo de más de tres años de seguimiento. El 10% de los pacientes presentaron hiperkalemia o insuficiencia renal moderada que aconsejaron la suspensión del

fármaco, en otro 10% el tratamiento debió suspenderse por falta de eficacia tras el primer año. Los enfermos que presentan insuficiencia renal leve pueden mantener el tratamiento con ajuste de dosis. Son necesarios estudios comparativos con estrategias de tratamiento alternativas para definir mejor el rol de los anti-aldosterónicos en el tratamiento de la hipertensión arterial refractaria.

Conclusiones. El tratamiento con anti-aldosterónicos es eficaz en el control de la HT refractaria a trata miento convencional, la eficacia se mantiene a los cinco años de iniciado el tratamiento en un alto porcentaje de enfermos, con una baja tasa de efectos adversos que precise la suspensión del fármaco. Los controles clínicos permiten la reducción posterior de dosis en un alto porcentaje de enfermos sin merma de la eficacia.

RV-116 USO DE IBP Y CLOPIDOGREL EN PACIENTES INGRESADOS

M. Galindo Andúgar¹, M. Sánchez Ruiz de Gordoa², R. Díaz Martín de la Torre², M. Franco Huerta¹, J. Castellanos Monedero¹, A. Escalera Zalvide¹, L. González Sánchez³ y F. Martínez Pérez⁴

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Farmacia, ³Servicio de Alergología. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real). ⁴Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. Madrid.

Objetivos. Comprobar la correcta indicación en la prescripción de inhibidores de la bomba de protones (IBP) en pacientes que reciben tratamiento con clopidogrel.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal realizado durante la primera semana de junio (un mes después de sesión formativa sobre interacciones entre IBP y clopidogrel). Se incluyeron los pacientes ingresados en nuestro hospital en tratamiento con clopidogrel. Los criterios utilizados para valorar la indicación de IBP fueron: 1) antecedentes de úlcus previo o hemorragia digestiva, 2) reflujo gastroesofágico, 3) toma de AINEs, 4) tratamiento simultáneo con ácido acetilsalicílico, 5) edad avanzada (> 65 años), 6) comorbilidades graves. Se siguieron los pacientes hasta el alta hospitalaria revisando tratamiento recibido durante el ingreso y al alta.

Resultados. Se incluyeron 12 pacientes, 10 varones y 2 mujeres, con edad media de 79,3 años (rango 68-91). Los ingresos se distribuyeron de la siguiente forma: M. Interna 5, Cardiología 4, Geriatria 2, Cirugía 1. El motivo de ingreso por orden de frecuencia fue cardiopatía isquémica (6, 50%), infección respiratoria (4), absceso abdominal (1) y coma hiperosmolar (1). Antes del ingreso tomaban IBP 8 pacientes (5 omeprazol, 2 pantoprazol, 1 esomeprazol). Todos los pacientes menos uno llevaban asociado ácido acetilsalicílico como indicación de IBP, y 10 de ellos además presentaban comorbilidades que justificaban el uso de IBP. Durante el ingreso se retiró IBP a 3 de los pacientes y se sustituyó por ranitidina, a pesar de que al alta en los 4 casos se reintrodujo el mismo IBP que tomaban antes del ingreso; 3 de los 4 estaban a cargo de Cardiología, y el último caso (ingresado en M. Interna) presentó durante el ingreso una hemorragia digestiva por lo que se reintrodujo IBP durante el ingreso y se retiró clopidogrel al no haber indicación actual. Respecto a los 4 pacientes que no tomaban IBP antes de ingresar, se pautó en 3 de ellos (bien indicados) en uno de los cuales se retiró clopidogrel al no estar indicado. Al alta 11 de los pacientes llevaban IBP, 8 continuaron con el mismo que recibían, y en 3 se añadió omeprazol.

Discusión. A lo largo de los meses anteriores se han recibido diferentes alertas respecto a la interacción de IBP con clopidogrel, que han creado bastante confusión. Sin embargo, un hecho llamativo es la supresión durante el ingreso del tratamiento con IBP pero que se reintroduce al alta. Respecto a nuestros datos del año anterior, en

M. Interna se ha mejorado la prescripción de IBP y se han revisado las indicaciones de clopidogrel, suspendiéndose en dos casos en los que ya no estaba indicado.

Conclusiones. La retirada de IBP en pacientes que toman clopidogrel debe hacerse en base a la evidencia y extremando las precauciones, ya que con frecuencia nuestros pacientes reciben además ácido acetilsalicílico y presentan comorbilidades que aumentan exponencialmente el riesgo de complicaciones fundamentalmente hemorrágicas.

RV-117 OBJETIVOS TERAPÉUTICOS EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN UNA CONSULTA GENERAL DE MEDICINA INTERNA. DOS AÑOS DE SEGUIMIENTO

A. Martínez Riera, J. Alvisa Negrín, J. Medina García, J. López Prieto, E. Rodríguez Rodríguez, M. Rodríguez Gaspar, D. García Rosado y F.F. Santolaria Fernández

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de la Laguna (Tenerife).

Objetivos. En el seguimiento de los pacientes con diabetes debemos plantearnos unos objetivos terapéuticos, bien recogidos en las guías clínicas. Quisimos conocer el grado de consecución de los objetivos terapéuticos (glucemia basal < 110 mg/dl, HbA1C < 7%, LDL < 100 mg/dl, HDL > 40 mg/dl en hombres y 50 mg/dl en mujeres, triglicéridos < 150 mg/dl y TA < 130/80), así como el tipo de fármacos que utilizamos, en un grupo de diabéticos (con pluripatología) que acuden a una consulta externa de medicina interna general (no monográfica), donde los pacientes acuden por tener otras enfermedades además de la diabetes y ser de manejo difícil, y que es controlada de forma rotatoria por un médico residente de medicina interna y un médico adjunto del servicio. Por último evaluamos su evolución tras casi 2 años de seguimiento.

Resultados. Analizamos a 100 diabéticos que se reevaluaron tras un período de 20,5 ± 5,6 meses, 50 hombres cuya media de edad era de 63,3 años y 50 mujeres cuya media de edad era de 70,6 años ($p < 0,01$). La media de las glucemias basales fue de 139,1 ± 3,9 mg/dl en el primer control y de 146 ± 4,4 mg/dl en el 2º control, $p = 0,086$), las de HbA1C fueron de 6,59 ± 0,1% y de 6,81% ($p = 0,066$). La media de LDL fue de 91 ± 3,7 mg/dl y las de HDL de 42 mg/dl en los hombres y de 51,2 ± 1,9 en las mujeres y la de los triglicéridos fue de 170,7 ± 11,5 mg/dl (todos sin cambios significativos en el 2º control). Cuando analizamos el porcentaje de pacientes que cumplía los objetivos obtuvimos que un 19% tenía una glucemia basal < 110 mg/dl. Un 70% tenía una HbA1C < 7%. El IMC del grupo fue de 31,07 ± 0,5, sin diferencias entre hombres y mujeres. Un 49% (hombres) y un 50% (mujeres) tenían un IMC > 30. En la 2º evaluación el IMC fue similar (30,85). Un 69% tenían una LDL < 100 mg/dl y un 53% unos triglicéridos < 150 mg/dl. Un 58% de los hombres y un 44% de las mujeres tenían unas HDL > 40 y 50 mg/dl respectivamente. Un 80% tenían cifras de TA sistólicas < 140 mmHg y un 93% una TA diastólica < 90 mmHg. Con respecto a los fármacos que estaban recibiendo, un 64% estaba tratado con IECAS o un ARA-II, un 56% con metformina, un 68% con estatinas o un fibrato, un 63% antiagregados o con anticoagulación oral, un 52% con diuréticos y un 29% estaba tomando algún tipo de psicofármaco.

Conclusiones. Un alto porcentaje de diabéticos alcanzan los objetivos de TA, LDL, HDL (hombres) y HbA1C, mientras que son conseguidos en menor porcentaje, glucemias inferiores a 110, triglicéridos < 150 y HDL > 50 (en mujeres). Tras 2 años de seguimiento no se consigue que los pacientes reduzcan su peso. Un elevado porcentaje de pacientes (entre un 60 y un 70%) tomaban metformina, IECAS o ARA-II y estaban antiagregados o anticoagulados. El conocimiento de estos datos nos debe ayu-

dar a mejorar en el control y en el tratamiento farmacológico de los pacientes diabéticos mayores y afectados de otras enfermedades.

RV-118 ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR: UNA EMERGENCIA CLÍNICA

V. Bejarano Moguel¹, R. Morales Gómez¹, F. Olgado Ferrero¹, E. Gaspar García¹, M. González García¹, M. García Morales¹, J. Elduayen Gragera² y D. Magro Ledesma¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Badajoz.

Objetivos. Estudiar las características y factores de riesgo de aquellos pacientes que ingresan en un Servicio de Medicina Interna con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular (ECV).

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal retrospectivo a partir de los informes de alta de pacientes ingresados durante el año 2009. Analizados mediante el programa estadístico SPSS 15.1.

Resultados. Durante el año 2009, 100 fueron los pacientes ingresados en Medicina Interna con el diagnóstico de ictus isquémico. El 54% mujeres de edad media de 80,04 ± 9,4 años. Un 33% de los casos con antecedentes personales de ECV. Un 3% presentaban antecedentes familiares claros. De los factores de riesgo el 80% de los pacientes son hipertensos, tratados domiciliariamente con inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) o antagonistas de sus receptores (ARA II) (19%) o en asociación con diuréticos (15%). Otros factores de riesgo son: diabetes mellitus (40%, sin tratamiento domiciliario previo en un 62% de los casos) y dislipemia (DLP) (37%, sin tratamiento el 69% de los casos). El 38% presentaban fibrilación auricular (FA) y el 19% cardiopatía isquémica. Un 25% de los enfermos son fumadores y un 14% bebedores habituales. La tensión arterial media a su ingreso fue 149/79 mmHg, con una frecuencia media de 78 latidos por minuto y una temperatura media de 36,4°C. Al 100% de los pacientes se le realiza una analítica completa así como una tomografía (TAC) de urgencia. En planta al 71% de los enfermos se le realiza un control lipídico junto con: doppler de troncos supraaórticos (40%), ecocardiograma (26%), TAC de control a las 24-48 horas (25%), resonancia magnética (RMN 21%), holter (5%), angioRMN (2%), angiografía (1%) según el médico responsable del enfermo. Sólo un 15% de los pacientes fallecieron durante su ingreso. El 25% de los casos fue dado de alta con tratamiento rehabilitador y un 17% con sonda nasogástrica para nutrición, lo que indica una severidad no muy alta del ictus. El 91% se fue de alta con tratamiento antihipertensivo, un 50% con tratamiento antidiabético y 50% con hipolipemiente. Un 80% de los enfermos presentaban un valor mayor o igual a 2 en la escala CHADS 2, con un riesgo moderado-alto de nuevos eventos embólicos, sólo un 15% de los paciente fue dado de alta con tratamiento anticoagulante oral o en forma de heparina, el 37% se trató con antiagregación fundamentalmente con ácido-acetil-salicílico 300 mg. En un 13% de los casos se prescribió anticoagulación y antiagregación. En el análisis multivariante presentaron una relación significativa con la mortalidad la FA, la edad, DLP y la cardiopatía isquémica, siendo la edad el factor más potente.

Discusión. El ictus es un problema de salud en la población anciana, más prevalente en el sexo femenino. Los factores de riesgo juegan un papel importante, por lo que su control es fundamental. Sólo un 25% de los pacientes recibe anticoagulación oral a pesar de tratarse de pacientes con indicación de la misma.

Conclusiones. Debería mejorarse el cumplimiento de las recomendaciones de las guías con una valoración inicial del enfermo por

las escalas neurológicas, funcionales y clínicas. Es conveniente la realización de una historia clínica exhaustiva; datos de la historia familiar, personal y factores de riesgo cardiovascular, un diagnóstico claro o aproximado del evento y un tratamiento completo. Control reglado de los factores de riesgo para prevenir nuevos eventos vasculares.

RV-119 NIVELES DE METALES EN PLASMA Y ORINA. ASOCIACIÓN A HIPERLIPEMIA-LDL

J. Martín Escudero¹, M. Pineda Alonso¹, G. Pérez Paredes¹, E. de Sande Nacarin¹, F. Mena Martín¹, M. Mansego Talavera², F. Chaves Martínez² y J. Redón Mas²

¹Servicio Medicina Interna. Hospital Universitario del Río Hortega. Valladolid. ²Fundación Investigación. Hospital Clínico Universitario. Valencia.

Objetivos. Cuantificación de los niveles de metales en plasma y orina para analizar su relación con el metabolismo lipídico (hipercolesterolemia LDL), y otros factores de riesgo cardiovascular en la población general de Valladolid. Comparar los niveles de metales oligoelementos (cobre, hierro, magnesio, selenio y zinc) y de metales tóxicos (arsénico, aluminio, cadmio, cobalto, cromo, bario, manganeso, níquel y plomo), marcadores de toxicidad del grado de contaminación natural o industrial en nuestra población.

Material y métodos. En una muestra representativa de la población general de Valladolid, de 1.500 individuos muy bien caracterizada fenotípicamente, hemos cuantificado en plasma y orina mediante ICP masas la cantidad de aluminio, antimonio, arsénico, bario, cadmio, cobalto, cobre, cromo, hierro, magnesio, manganeso, níquel, nitratos, nitritos, plomo, selenio y zinc. Analizado su alimentación mediante dos recordatorios de 24 horas y encuesta corta semicuantitativa en raciones. El análisis multivariante mediante regresión logística, y Odds Ratio corregidas por el resto de variables, para valorar mejor la influencia de los metales en sangre y en orina sobre las enfermedades y factores de riesgo cardiovasculares. Variables incluidas en el modelo: edad (< 35, 35-65, > 65), sexo (H/M), niveles metales en sangre en cuartiles, niveles de metales/g creatinina en orina en cuartiles, glucemia, triglicéridos, colesterol LDL, hipertensión arterial, obesidad, dislipemia, tabaquismo (> 10 paquetes-año), microalbuminuria, ACVA, cardiopatía isquémica crónica.

Resultados. No existen diferencias en la excreción media de metales en orina entre hiperlipémicos (N = 280) y no hiperlipémicos (N = 1220). Los niveles de As se relacionan con el mayor consumo de pescado y marisco; Pb con mayor consumo de sal común; Zn con mayor consumo de carnes y harinas. El mayor consumo de pescados-mariscos, hortalizas-verduras y sal común, se asocia mayor excreción en orina de Pb. Las legumbres se asocian con la excreción de Se en orina. Los niveles bajos de As en sangre se asocian a una protección para padecer hiperlipemia (OR = 0,730 (0,548-0,972)). Los niveles elevados de Se (OR = 1,866 (1,389-2,506)) y de Zn en sangre (OR = 1,517 (1,120-2,058)), junto con los niveles elevados de Pb en orina (OR = 1,379 (1,020-1,866)) se asocian a un efecto favorecedor de padecer hiperlipemia. Otros factores significativos: glucosa elevada (OR = 1,488 (1,107-2,004)), edad 35-65 años (OR = 0,256 (0,169-0,389)), obesidad (OR = 1,600 (1,205-2,128)).

Discusión. La carencia de determinados metales esenciales (Cu, Zn y Se) y los niveles elevados otros metales tóxicos (Pb, Al, Cd, As, Mn, Ni, Co, Hg y Cr) en el organismo pueden suponer un importante riesgo para el desarrollo de diferentes enfermedades, pero principalmente pueden afectar al desarrollo de problemas cardiovasculares. No se ha descrito en poblaciones los niveles de metales y su relación con factores de riesgo cardiovascular. Es posible que a través de mecanismos complejos algunos metales actúen

como protectores y otros como favorecedores de hipercolesterolemia LDL.

Conclusiones. Algunos metales tienen asociaciones significativas aparentemente protectoras (arsénico) o favorecedoras (selenio, zinc y plomo) de hiperlipemia-LDL.

RV-120 CORRELACIÓN DE LA FUNCIÓN ENDOTELIAL MEDIDA MEDIANTE FLUJIMETRÍA DOPPLER DIGITAL LÁSER Y LA PRESENCIA DE ENFERMEDAD CORONARIA SEVERA

M. González Correa¹, J. Santos Morano², R. Picón Heras¹, J. Masero Carretero¹, J. Cubero Gómez³, A. Grilo Reina², P. Pérez Santigosa¹ y L. Pastor Torres¹

¹Servicio de Cardiología, ²Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Valme. Sevilla. ³Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. La disfunción endotelial se relaciona con el riesgo cardiovascular (RCV) y la incidencia de eventos cardiovasculares mayores. El método más aprobado para el estudio de la función endotelial (FE) hasta ahora es la ultrasonografía de alta resolución. El test de hiperemia postisquémica mediante flujimetría Doppler digital láser (FDDL) tiene aplicabilidad cada vez más creciente en la relación con el perfil de RCV. En nuestro trabajo relacionamos los parámetros de FE medidos mediante FDDL con la presencia de enfermedad coronaria severa (ECS) medida por angiografía coronaria en pacientes que ingresan en un hospital por dolor torácico y con criterios de alto riesgo de evento coronario a corto plazo.

Material y métodos. Pacientes entre 18 y 80 años sin IAM o implante de stent coronario previo que acuden al servicio de urgencias por dolor torácico y a los que precisan de la realización de coronariografía una vez valorados por la Unidad de Dolor Torácico. Previa a la realización de la coronariografía se realizó el test de FE mediante FDDL.

Resultados. Entre marzo 2009 y enero 2010 se registraron 19 pacientes (p) con una mediana de edad (Q1-Q3) de 52 años (45-64). El 78,9% varones, 31,6% DM 2, 68,4% HTA, 47,4% fumadores, 36,8% hiperlipémicos, 10,5% presentaban claudicación intermitente, 5,3% EPOC, 5,3% ICTUS/AIT previo y el 47,4% presentaban hipertrofia ventricular en el ecocardiograma de ingreso. Todos presentaban una función sistólica de ventrículo izquierdo conservada. Se llevó a cabo la realización de la FDDL y posterior angiografía coronaria en el 100%. Presentaron ECS el 47,4%. Entre los parámetros medidos de FE por FDDL, el tiempo de recuperación del flujo basal (TRFB) se mostró, en el análisis univariado, como predictor de ECS (0,99 seg (0,65-1,16) vs 0,62 seg (0,19-0,96) p = 0,036).

Discusión. El estudio de la microvasculatura mediante FDDL y mediante el método de hiperemia reactiva postoclusiva puede ser utilizado como un indicador sensible de disfunción micro y macrovascular y podría indicar alteraciones en la FE. Numerosos estudios han reflejado cómo alteraciones en la determinación de hiperemia reactiva postoclusiva mediante FDDL se relacionan con un número determinado de factores de RCV y con la presencia de ECS. En nuestro estudio hemos encontrado que alteraciones en la pendiente del inicio de la curva ascendente al inicio de la hiperemia postoclusiva se correlaciona con la presencia de ECS en una muestra de pacientes de RCV intermedio-alto que consultan en el servicio de urgencias por dolor torácico de características típicas para cardiopatía isquémica con perfil clínico de angina de alto riesgo determinado basalmente o mediante tests de inducción de isquemia.

Conclusiones. Existe una asociación entre el TRFB medido mediante FDDL y la presencia de ECS en pacientes que ingresan en un hospital y presentan criterios para realización de coronariografía.

Es necesaria la realización de estudios con mayor calidad y end points de peso para poder sacar conclusiones aplicables a la práctica clínica.

RV-121 PACIENTES DIABÉTICOS INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA: SITUACIÓN EN ZAMORA

P. Sánchez Junquera¹, A. de la Vega Lanciego¹, P. García Carbó¹, E. Martínez Velado¹, M. Chimenó Viñas¹, T. Garrote Sastre², C. Ochoa Sangrador³ y J. Soto Delgado¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Admisión, ³Unidad de Investigación. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora.

Objetivos. La diabetes mellitus afecta al 18% de los pacientes mayores de 75 años en nuestro país. Muchos de los pacientes ingresados en los Servicios de Medicina Interna son diabéticos. Nos propusimos analizar las características de los pacientes diabéticos ingresados por cualquier causa en el Servicio de Medicina Interna del Complejo Asistencial de Zamora y compararlos con los registros ya existentes.

Material y métodos. Estudio observacional descriptivo de pacientes diabéticos ingresados en el S. de Medicina Interna del Complejo Asistencial (Hospital Virgen de la Concha, Hospital Provincial y Hospital de Benavente) durante el mes del marzo de 2010 por cualquier causa. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, procedencia de medio rural o urbano, estancia media hospitalaria, motivo de ingreso, factores de riesgo vascular asociados y desarrollo de complicaciones secundarias a la DM. Los resultados se analizaron con el programa estadístico SPSS 11.5.

Resultados. Ingresaron 98 pacientes diabéticos en el periodo de estudio pero solo se pudieron revisar las historias de 83 dado que, al no estar unificado el archivo, no se pudo acceder a las de los pacientes ingresados en el Hospital de Benavente. 58 eran varones (60%). Las edades estaban comprendidas entre los 15 y los 95 años con una media de 77 años. Por sexo, la mediana de edad fue de 78 años en los varones y 83 en las mujeres. El 48% residían en medio urbano (Zamora 33%, Benavente 9% y Toro 5%). La estancia media fue de 10,4 días con una estancia mínima de un día y máxima de 60. Las infecciones respiratorias fueron el motivo de ingreso más frecuente (19,4%), seguido de otros tipos de infecciones (15%) e insuficiencia cardiaca (7%). Sólo en un 8% el motivo de ingreso fue la descompensación diabética. El 12% de los pacientes no presentaban ningún otro factor de riesgo vascular, el 28% tenían dos o más factores siendo la HTA y la dislipemia los más frecuentes. En un 20% existía al ingreso una o más complicaciones asociadas a la DM. La cardiopatía isquémica fue la más frecuente seguida de la enfermedad arterial periférica.

Discusión. Los pacientes de nuestro medio tenían una media de edad superior a la encontrada en los registros nacionales. Respecto a la estancia hospitalaria hay que señalar la gran variabilidad entre pacientes, característica habitual en los ingresados en Medicina Interna. Se objetiva un escaso porcentaje de pacientes ingresados por descompensación diabética pudiéndose explicar porque en nuestro centro estos pacientes ingresan preferentemente en Endocrinología. La HTA fue el principal factor de riesgo vascular asociado en nuestros pacientes como en otros registros. El desarrollo de enfermedad metadiabética posiblemente no se ajuste a la realidad dado que sólo en un escaso número de pacientes estaba recogido este dato en la historia clínica.

Conclusiones. 1. Nuestros pacientes ingresados con DM tenían edades superiores a los registros nacionales, posiblemente debido al envejecimiento de la población en nuestro medio. 2. Las infecciones fueron la principal causa de ingreso hospitalario. 3. La mayor parte de los pacientes presentaban más de un factor de riesgo

vascular. 4. El desarrollo de enfermedad metadiabética no se recoge con exactitud en la historia clínica.

RV-122 PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL INFARTO CEREBRAL: ¿SE CUMPLEN LAS INDICACIONES?

V. Bejarano Moguel¹, J. Elduayen Gragera², L. Morillo Blanco¹, G. García García¹, A. Calvo Cano¹, E. Gaspar García¹, M. García Morales¹ y D. Magro Ledesma¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Badajoz.

Objetivos. Evaluar el tratamiento realizado como prevención secundaria en los pacientes que han sufrido un infarto cerebral en un Servicio de Medicina Interna.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal retrospectivo a partir de los informes de alta de los pacientes ingresados por ictus isquémico durante el 2009. El análisis estadístico se realiza mediante el programa estadístico SPSS 15.1.

Resultados. De los 100 pacientes estudiados durante el año 2009, el 31% es obeso, 14% bebedor y un 25% fumador de al menos 20 cigarrillos al día. En el 81% de los casos, la única recomendación al alta es una dieta sosa, sin especificar la necesidad de modificar otros estilos de vida. El 80% de los enfermos son hipertensos (HTA), el 91% de recibía tratamiento domiciliario. Al alta, un 6% de pacientes sin antecedentes de HTA, recibieron tratamiento domiciliario. Del total, el 98% recibe tratamiento antiHTA para casa, en un 31% con 1 solo fármaco, 33% con 2 fármacos y un 7% con más de un fármaco. Los fármacos más frecuentes son: diuréticos (40%), ARA II (34%), betabloqueantes (33%), IECA (31%) y antagonistas del calcio (18%). El 99% de las historias no hace referencia al control tensional durante su ingreso ni al alta. El 40% de los pacientes son diabéticos tipo 2 (DM). La mayoría recibe tratamiento domiciliario, y sólo un 3% inicia tratamiento antidiabético durante su estancia hospitalaria. Al alta el 95% se va con tratamiento: 20% antidiabéticos orales, 9% insulino terapia, y un 6% terapia combinada. En el 100% de los informes no se hace referencia al control glucémico durante su ingreso. El 37% de los pacientes son dislipémicos (DLP). El 9% no recibía tratamiento hipolipemiente previamente. Al alta, al 51% se le prescribe tratamiento y sólo un 4% no es tratado al alta. La estatina el fármaco más frecuente, poco habituales los fibratos (1%) o su asociación (1%). Se recetó tratamiento anti-trombótico al alta en un 90%. El 70% antiagregantes plaquetarios, el 29% anticoagulación oral o subcutánea y un 13% con ambos. De los pacientes antiagregados, el 17% se realizó con ácido-acetil-salicílico (AAS 300 mg), 6% con trifusal, 5% clopidogrel y un 1% con doble antiagregación. La anticoagulación se realizó: 15% anticoagulación oral, 14% heparina de bajo peso molecular. Sólo un 18% de los anticoagulados presentan CHADS₂ ≥ 2, siendo, en el resto de los casos otras circunstancias las que motivan este tratamiento. Del total de enfermos ingresado con una clasificación CHADS₂ ≥ 2, un 12% no reciben tratamiento anticoagulante ya que la última palabra la tiene el médico responsable.

Discusión. El sexo, edad, género son factores que no se pueden modificar, pero hay otros (HTA, DM, DLP) que debemos hacer hincapié en su tratamiento, así como la instauración de tratamiento antiagregante o anticoagulante al alta en pacientes con ictus isquémicos con el fin de evitar un nuevo episodio, dando calidad de vida a los pacientes y abaratando costes por dicha enfermedad.

Conclusiones. La recurrencia tras un primer ictus es alta, es imprescindible una adecuada prevención posterior. Para ello es necesario un control exhaustivo de los factores de riesgo cardiovascular (tensión arterial, niveles de glucemia y lípidos),

para ello, se necesita una buena recogida de los datos en las historias clínicas. Es muy necesario recalcar al alta las recomendaciones que lleven a una modificación de los estilos de vida.

RV-123

PROCESOS AUTOINMUNES, EVENTOS VASCULARES E HIPERTENSIÓN COMO MANIFESTACIONES CLÍNICAS ASOCIADAS AL DÉFICIT DE VITAMINA B12

S. Suárez Ortega, D. Godoy Díaz, A. Gil Díaz, I. Oliva Afonso, J. Delgado Martínez, J. Sánchez Hernández, J. Almaraz Marroquín y P. Betancor León

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Dr. Negrín. Las Palmas (Gran Canaria).

Objetivos. Una elevada prevalencia de procesos autoinmunes organoespecíficos, hipertensión (HTA) y eventos vasculares asociados a gastritis crónica y déficit de vitamina B12 (DVB12) ha sido documentada recientemente. Su conocimiento nos orienta a la búsqueda del DVB12 y tratamiento apropiado. Presentamos un análisis de la prevalencia de estos hallazgos en el DVB12.

Material y métodos. Se han diagnosticado 158 pacientes de DVB12 en base a la presencia de manifestaciones clásicas, un evento vascular, HTA o síndrome constitucional. Posteriormente se ha analizado la prevalencia de HTA, hipotiroidismo, gastritis crónica autoinmune, diabetes mellitus tipo 2 y vitiligo y se estudia la utilidad de los niveles de hemoglobina y VCM para decidir la realización del análisis de VB12.

Resultados. De los 158 pacientes 95 eran mujeres (60,1%). La edad media fue de $70,6 \pm 4,6$ (rango: 27-97 años). Se realizó endoscopia alta en 132 (83,5%) casos; en 130 de esos 132 pacientes se demostró gastritis crónica, vinculada a proceso autoinmune en 83 (64%), 35 (27%) a *Helicobacter pylori*, sin poderse etiquetar el resto (12 casos). Se objetivó: HTA en 122 pacientes (77,2%), de los cuales 74 eran diabéticos; evento vascular en 81 (51,3%); cuadro constitucional en 37 (23,4%, de ellos dos con cáncer gástrico); Malestar general en el 100%; diabetes tipo 2 en 82 (43%); distireosis en 44 (27,8%), de esos 44 pacientes 42 eran hipotiroideos; vitiligo en 10 (6,3%). Recibían metformina 35 pacientes (22%). Se detecta correlación estadísticamente significativa entre niveles de VB12 y hemoglobina ($r = 0,326$; $p = 0,001$; $p < 0,01$), y negativa entre VB12 y VCM ($r = -0,190$; $p = 0,017$; $p < 0,05$); en el subgrupo de VB12 < 100 pg/ml con ferritina normal (un total de 34 casos, dos con cero de B12) fueron constantes los niveles de hemoglobina baja y VCM alto. Los niveles de ferritina baja se encontraron en 57 pacientes (36%), este parámetro determina una correlación positiva con el VCM ($r = 0,291$; $p = 0,001$; $p < 0,01$).

Discusión. La visión clásica de correlacionar el déficit de vitamina B12 con anemia macrocítica sólo tiende a cumplirse en valores muy bajos de vitamina B12 (< 100 pg/ml). Un factor que atenúa la macrocitosis en el déficit de B12 es la coexistencia con el déficit de hierro (36%). La alta prevalencia del DVB12 en las edades avanzadas y su coexistencia con procesos organoespecíficos, sobre todo diabetes tipo 2 e hipotiroidismo nos orientan a su búsqueda periódica en la senectud.

Conclusiones. 1. La prevalencia de gastritis crónica autoinmune, el hipotiroidismo y la diabetes mellitus muestran una marcada prevalencia en presencia de DVB12. 2. Asimismo la prevalencia de HTA y la asociación de diabetes con HTA es muy elevada, y la presencia de vitiligo baja. 3. El VCM elevado y la hemoglobina baja incrementan la probabilidad de déficit de VB12, si bien cualquier valor de ambos parámetros no la descarta. 4.-La coexistencia de procesos autoinmunes organoespecíficos se debería considerar expresión de

las alteraciones inmunitarias de la edad (alta prevalencia en la edad geriátrica).

RV-124

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN CON DIAGNÓSTICO DE ICTUS EN 4 SERVICIOS MÉDICOS DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (ESTUDIO OCTOPUS)

B. González Casanova¹, V. Sendín Martín¹, N. Sánchez Martínez¹, P. Ruiz Artacho¹, E. Agrela Rojas¹, I. Jiménez Martínez¹, A. Martín Serrat¹ y S. Serrano Villar²

¹Servicio de Medicina Interna III, ²Servicio de Medicina Interna IV. Complejo Universitario de San Carlos. Madrid.

Objetivos. Realizar un análisis descriptivo retrospectivo de las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con diagnóstico de Ictus durante el periodo 2006-2008, llevado a cabo en los Servicios de Medicina Interna (MIN), Geriátrica, Neurología General y la Unidad de Patología Cerebrovascular (PCV) del Hospital Clínico San Carlos.

Material y métodos. Se seleccionaron todos los pacientes ingresados en estos cuatro servicios médicos entre enero de 2006 y diciembre de 2008 con diagnóstico de Ictus. Se revisaron las historias clínicas y los informes de alta médicos de estos pacientes, recogiendo las variables epidemiológicas en un registro específico.

Resultados. Se obtuvieron un total de 437 pacientes con diagnóstico de Ictus durante el periodo 2003-2008, con una media de edad de 74,47 años (13.00)-de 28 a 99 años (Media- (DE)-Rango), principalmente mujeres (51,7%), y en mayor medida ingresados en el Servicio de PCV (61,1%). En cuanto a los factores de riesgo estudiados, el 63,8% de los pacientes eran hipertensos en tratamiento, presentaban dislipemia el 22,9%, diabetes mellitus el 26,3% y eran fumadores activos el 18,1%. Así mismo, el 17,6% de los pacientes habían presentado un ictus con anterioridad, el 14,9% presentaban cardiopatía isquémica y el 21,1% tenían antecedentes de fibrilación auricular. En cuanto a la etiología del ictus, eran predominantemente aterotrombóticos (35,2%), con transformación hemorrágica en el 5,5%. El 11,9% recibieron como parte del tratamiento fibrinolisis. Los pacientes con peor situación basal ingresaron en Medicina Interna, presentaban un ranking de 0 solo el 23,2%, frente al 68,2% en los pacientes ingresados en PCV. Fallecieron 29 pacientes, de los que el 42,9% se encontraban ingresados en Geriátrica, seguido de Medicina Interna en un 24,6%. Comparando servicios, en PCV ingresaron 267 pacientes (61,2%), en Medicina Interna 71 pacientes (16,2%), Geriátrica 18 pacientes (4,1%) y en Neurología 80 (18,3%). En los pacientes ingresados en PCV la media de edad fue de 70,79 años (2,19)-de 28 a 90 años; en Neurología 75,93 años (1,55), Medicina Interna 83,69 años (2,13) y en Geriátrica la media de edad era de 85,68 años (8,30). Los pacientes ingresados en PCV presentaban fibrilación auricular en el 17,5% frente al 30,3% de los ingresados en Medicina Interna; insuficiencia cardiaca el 7,5% frente al 10,5% de los de Medicina Interna; patología infecciosa crónica el 0,9% en PCV frente al 7,3%; ictus previo, en el 14% de los ingresados en PCV frente al 26,8% en Medicina Interna.

Discusión. En nuestra serie, existe un mayor número de casos en mujeres, siendo la hipertensión arterial el factor de riesgo predominante, seguido de diabetes mellitus y dislipemia. La existencia de una unidad de patología cerebrovascular favorece la atención especializada en dicha patología, lo que conduce a un aumento del número de pacientes que ingresan en estas unidades frente a otros servicios.

Conclusiones. En Medicina Interna ingresan un menor número de pacientes pero de mayor edad y mayor comorbilidad, lo que podría

estar en relación con un aumento de la mortalidad, si bien esto debe ser analizado en posteriores estudios.

RV-125 COMPLICACIONES MICROVASCULARES DE LA DIABETES MELLITUS EN PACIENTES SEGUIDOS EN UN HOSPITAL DE DÍA DE DIABETES

J. Bravo-Ferrer Acosta¹, M. Chacón Serrato¹, M. Romero Correa¹, C. Rivera Rubio¹, J. Sojo Dorado¹, L. Ibáñez Muñoz¹, M. Aguayo Canela¹ y C. Morales Portillo²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Endocrinología. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

Objetivos. Evaluar la presencia de complicaciones microvasculares de la DM en pacientes derivados a una Unidad de Día.

Material y métodos. Estudio descriptivo-transversal que incluye 315 pacientes revisados en la Unidad de Día del HUV Macarena. De los 315 pacientes 107 son varones (34%) y 208 (66%) mujeres. En 45 de éstos, la derivación se produjo por debut de DM 1 (14,3%), debut de DM 2 en 40 (12,7%), diabetes gestacional en 109 (34,6%), DM secundaria en 8 (2,5%), DM 1 descompensada en 6 (1,9%), DM 2 descompensada en 105 (33%) e hipoglucemia en 2 (0,6%). Los diferentes tipos de DM siguen la siguiente relación: 55 (17,5%) DM 1, 146 (46,3%) DM 2, 6 (1,9%) DM secundaria y 108 (34,3%) DG. Se analiza la presencia de complicaciones microvasculares; Retinopatía, mediante historia previa o diagnóstico con retinografía digital/valoración por Oftalmología. Neuropatía mediante historia previa o diagnóstico en la unidad. Nefropatía a través de historia previa/presencia de microalbuminuria. Análisis Estadístico: regresión logística multivariante para el análisis de la relación entre los FR y las complicaciones microvasculares. Paquete estadístico SPSS 18.0.

Resultados. De 315 pacientes se analiza un subgrupo de 312, en los que se evidencia neuropatía en 22 (7%), HTA en 102 (32,7%) y DLP en 91 (29,2%), y otro subgrupo de 311, evidenciándose en 15 nefropatía diabética, así como retinopatía diabética en ese mismo número. En este grupo, 101 presentan hábito tabáquico (32,5%). Al analizar el subgrupo de pacientes con DM 1 y 2, en total 198, se constata neuropatía en 21, 20 en DM 2, y 15 presentan retinopatía (7,5%), todos DM 2. En otro subgrupo de 197 pacientes presentaron nefropatía 13 (6,5%). De un total de 172 sujetos encontramos IR en 18 (10,5%) y enfermedad renal oculta, en 36 (20,9%). Analizamos la relación entre complicaciones microvasculares y reducción de HbA1C, observando mayor reducción en pacientes sin complicaciones microvasculares, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa (ES) ($p = 0,104$). Encontramos asociación ES entre las complicaciones microvasculares y la edad, tiempo de evolución de la DM, HTA, DLP y obesidad. Al realizar la regresión logística multivariante sólo se encontró diferencia ES con la HTA y la edad.

Discusión. A pesar de hallar relación ES entre complicaciones microvasculares, edad e HTA, es conocida la relación de estas complicaciones con otras variables como DLP, obesidad y tabaquismo. Es posible que el hecho de no encontrar significación estadística entre sujetos sin complicaciones microvasculares y menores niveles de HbA1C se deba a factores de confusión que atenuarían la asociación real, sucediendo así con otras variables.

Conclusiones. La baja prevalencia de complicaciones microvasculares descrita en comparación con otras series se debe posiblemente a que un elevado porcentaje de pacientes son derivados por DG y porque un elevado número de pacientes con DM 1 y 2 son derivados por debut en comparación con los derivados por descompensación.

RV-126 CEREBROVASCULAR ACCIDENTS IN YOUNG ADULTS: 5 CASES OF DIFFERENT ETIOLOGIES

D. Trabulo, B. Lobão, S. Marques y E. Pedroso

Unidade Cuidados Intermédios-S. Medicina Interna. Centro Hospitalar de Setúbal. Setúbal (Portugal).

Objectives. Cerebrovascular accidents in young adults are considered a rare pathology. The etiology and diagnosis are frequently a clinical challenge. The objectives of this presentation are to highlight the occurrence, etiology, clinical manifestations, and prognosis of strokes in young adults and review the literature on this subject.

Material and methods. The authors report 5 patients between the ages of 18 and 37 who were admitted to the emergency room of Hospital de S. Bernardo, with the diagnosis of cerebrovascular accident. These patients underwent extensive evaluations including CT scan, MRI, Echocardiogram, autoimmune and coagulation profiles.

Results. The medium age was 27 years old. Risk factors recognized were: hypertension (2), dyslipidemia (1) and alcohol and drug abuse (1). In relation to clinical presentations, all patients presented with sudden onset of hemiparesis, three presented with central facial paralysis, and two presented with global aphasia. Brain imaging revealed ischaemic strokes (three patients), haemorrhagic stroke (one patient) and multiple lacunar infarcts (one patient). Further evaluation with an aim to define the etiology, revealed 5 different causes: poorly controlled primary hypertension; antiphospholipid syndrome; Sneddon syndrome; patent foramen ovale with paradoxical embolism; and septic emboli as a result of bacterial endocarditis. Four patients recovered completely of the hemiparesis, one patient developed Wernicke aphasia and one developed sequelar epilepsy as well as comprehensive aphasia, apraxia and agnosia.

Discussion. The literature review shows that a thorough diagnostic work up is required in young adults with stroke if one is to identify the diverse, but often treatable, causes of stroke in this age group.

Conclusions. Stroke is a significant and uncommon cause of morbidity in young adults. It must be studied with a different protocol from that used for the elderly, due to the difference of the etiology and prognosis.

RV-127 PREVALENCIA DE COMPLICACIONES MACROVASCULARES Y ASOCIACIÓN CON FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES DIABÉTICOS

L. Ibáñez Muñoz¹, E. Huaroc Roca¹, M. Macías Barrera¹, F. Olmo Montes¹, C. Rivera Rubio¹, J. Bravo-Ferrer Acosta¹, M. Aguayo Canela¹ y C. Morales Portillo²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Endocrinología. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

Objetivos. Estudiar la prevalencia de complicaciones macrovasculares (cardiopatía isquémica, arteriopatía periférica e ictus) y su relación con factores de riesgo cardiovascular y con el control metabólico (Hb1Ac) en un grupo de pacientes recogidos desde la consulta de Hospital de Día de Diabetes del Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla).

Material y métodos. Realizamos un estudio descriptivo transversal para el que recogemos datos de la historia clínica de 315 pacientes de la consulta de Hospital de Día de Diabetes, de los cuales 208 (66%) eran mujeres y 107 hombres (34%). Dentro de la muestra tomada, 146 (46,3%) eran diabéticos tipo 2, 55 (17,5%) diabetes tipo 1, 108 (34%) diabetes gestacional y 6 (1,9%) diabetes secundaria.

Realizamos un estudio sobre la prevalencia de complicaciones macrovasculares (CM) en dicha muestra, tomando el diagnóstico de sus antecedentes personales o eventos acaecidos durante el seguimiento de los pacientes. Para relacionar la presencia de CM con la reducción de HbA1c bajo terapia individualizada, edad media de los pacientes y tiempo de evolución de enfermedad aplicamos la prueba T para comparar dos medias. Para analizar la relación de la presencia de CM con los factores de riesgo cardiovascular aplicamos la Chi-cuadrado de Pearson. Se realiza una regresión logística multivariante paso a paso para calcular la OR ajustada de las variables que resultaron relacionadas con las CM en el análisis bivariable previo. Se utilizó el paquete estadístico SPSS 15.0.

Resultados. Se observaron CM en 59 de los 315 pacientes analizados (18,73%): 14 pacientes (4,5%) presentaron arteriopatía periférica, 10 pacientes (3,2%) ictus y 35 (11,3%) cardiopatía isquémica. Todos ellos diabéticos tipo 2. Relacionando la presencia de CM con la reducción de HbA1C observamos que aun siendo mayor el descenso de la misma en pacientes sin CM (3,47 vs 3,13) estas diferencias no fueron significativas ($p = 0,48$). Observamos diferencias significativas ($p < 0,001$) en cuanto al tiempo de evolución de la enfermedad y la presencia de CM (5,5 años mayores); y también en la edad de los pacientes, siendo la edad media en aquellos con CM 19,6 años mayor que los que no las presentan ($p < 0,001$). No apreciamos diferencias en las proporciones de pacientes con CM cuando se distribuyeron por género, por IMC o por la existencia de tabaquismo, en este último caso probablemente por abandono del hábito tabáquico en pacientes con patología cardiovascular ya establecida. Si se encontró asociación estadística entre las CM y la HTA y dislipemia. En el análisis de regresión logística sólo quedaron asociadas con la existencia de CM la dislipemia (OR 1,86) y la edad (OR = 1,02), quedando la HTA con un IC95% de la OR entre 0,955 y 10,597 ($p = 0,059$).

Discusión. En el presente estudio se objetiva la asociación de la edad, el tiempo de evolución y la presencia de HTA y DLP con la aparición CM, no logrando demostrar su relación con IMC, tabaquismo, género ni con los cambios en los valores de HbA1c. La ausencia de CM en diabéticos tipo 1 en nuestra muestra se explica por las características de la consulta, donde se remiten pacientes de debut principalmente.

Conclusiones. El control de factores de riesgo cardiovasculares y el control metabólico en estadios precoces en pacientes diabéticos irán asociados a una menor incidencia de CM.

RV-128 NIVELES DE METALES EN PLASMA Y ORINA E ICTUS

J. Martín Escudero¹, E. de Sande Nacarino¹, G. Pérez Paredes¹, M. Pineda Alonso¹, F. Mena Martín¹, M. Mansego Talavera², J. Redón Mas² y F. Chaves Martínez²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. ²Fundación Investigación. Hospital Clínico Universitario. Valencia.

Objetivos. Cuantificación de los niveles de metales en plasma y orina para analizar su relación con padecer accidente cerebrovascular (ACV), y otros factores de riesgo cardiovascular en la población general de Valladolid. Comparar los niveles de metales oligoelementos (cobre, hierro, magnesio, selenio y zinc) y de metales tóxicos (arsénico, aluminio, cadmio, cobalto, cromo, bario, manganeso, níquel y plomo), marcadores de toxicidad del grado de contaminación natural o industrial en nuestra población.

Materiales y métodos. En una muestra de 1500 individuos representativa de la población general de Valladolid muy bien caracterizada fenotípicamente, hemos cuantificado en plasma y orina mediante ICP masas la cantidad de aluminio, antimonio, arsénico, bario, cadmio, cobalto, cobre, cromo, hierro, magnesio, manganeso, níquel, nitratos, nitritos, plomo, selenio y zinc en plasma sanguíneo y en

orina. Analizado su alimentación mediante dos recordatorios de 24 horas y encuesta corta semicuantitativa en raciones. Análisis multivariante mediante regresión logística, Odds Ratio corregidas por el resto de variables, para valorar mejor la influencia de los metales en sangre y en orina sobre las enfermedades y factores de riesgo cardiovasculares. Variables incluidas en el modelo: edad (< 35, 35-65, > 65), sexo (H/M), niveles metales en sangre en cuartiles, niveles de metales por g de creatinina en orina en cuartiles, glucemia, triglicéridos, colesterol LDL, hipertensión arterial, obesidad, dislipemia, tabaquismo (> 10 paquetes-año), microalbuminuria, ACV y cardiopatía isquémica crónica.

Resultados. En el estudio univariante los pacientes con ACV (N = 42), respecto a la población sin ACV (N = 1.453) se asocian a mayores niveles de aluminio y bario, y menores de hierro en sangre. Hemos analizado la relación entre alimentos ingeridos en raciones y los niveles de metales en sangre y orina, encontrando que: los de bario con consumo de harinas e hidratos de carbono. Hierro con consumo de carnes, legumbres, sal común, cerveza, vino y bebidas alcohólicas. Aluminio no se correlaciona significativamente con ningún tipo de alimento. En el estudio multivariante los niveles altos de aluminio (> percentil 75) en orina (OR = 2.618 (IC95%: 1.408-4.854)) se asocia a una historia de padecer accidente cerebrovascular. Otras variables significativas: edad > 65 años (OR = 9.091 (IC95%: 4.274-19.231)). El resto de variables no muestran OR significativas. El número escaso de pacientes con ACVA (N = 42) puede mantener ocultas otras variables en el modelo.

Discusión. La carencia de determinados metales esenciales y los niveles elevados otros metales tóxicos en el organismo pueden suponer un importante riesgo para el desarrollo de diferentes enfermedades, pero principalmente pueden afectar al desarrollo de problemas cardiovasculares. No se ha descrito en poblaciones los niveles de metales y su relación con factores de riesgo cardiovascular. Es posible que algunos metales por mecanismos complejos actúen como protectores y otros como favorecedores de ictus como en nuestra población el aluminio.

Conclusiones. La excreción elevada de aluminio en orina tienen asociaciones significativas aparentemente favorecedoras de padecer ictus.

RV-129 ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO AL ALTA EN LOS PACIENTES ANCIANOS CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN MEDICINA INTERNA

M. Monforte Gómez, L. Téllez González, B. Sánchez Sauce, C. Rodríguez Leal, C. Villamor Jiménez, C. Aranda Cosgaya, I. González Anglada y H. Martín Álvarez

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

Objetivos. El infarto agudo de miocardio (IAM) supone un importante problema de salud debido a su elevada prevalencia, a la discapacidad que genera y a su enorme impacto económico. Las guías clínicas recomiendan un manejo activo en la prevención secundaria basado en el tratamiento concomitante con antiagregación (AA), estatinas, betabloqueantes (BB) e IECA. El objetivo de este trabajo es valorar la adecuación del tratamiento al alta en los pacientes ancianos ingresados por IAM en el Servicio de Medicina Interna (SMI) del Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA).

Materiales y métodos. Se revisaron consecutivamente 198 informes de alta de pacientes ancianos (> 65 a) atendidos en el SMI del HUFA, durante los meses de febrero y marzo del año 2010, mediante una aplicación informática de la Historia Clínica Electrónica (Selene 4.0). Se recogen las características demográficas, estancia, patologías que integran el índice de Charlson, número de fármacos al ingreso y alta. El análisis se realizó mediante el programa SPSS 15.0 (chi cuadrado, regresión logística y t de Student).

Resultados. Entre los 198 pacientes ancianos, 25 (12,6%) fueron ingresados por infarto agudo de miocardio, un 56% eran mujeres con una edad media de 78 años. Un 20% tenían algún grado de demencia, 28% estaban institucionalizados, la estancia media fue de 7,6 días y el Charlson fue de 5. El 84% eran hipertensos y el 68% diabéticos. Al alta se prescribió tratamiento con antiagregación en un 80%, IECAs un 60%, con ARA II 8%, estatinas un 56%, betabloqueantes un 48%, y anticoagulación un 24%. Si definimos adecuación total a la suma de AAS, estatinas, IECAs y BB, tan sólo la llevaron el 8% de los pacientes. La adecuación de la medicación no se ve influida por variables como sexo, demencia, Índice de Charlson o edad cuando se introducen en el modelo de regresión logística.

Conclusiones. El tratamiento al alta de los pacientes ancianos con IAM es inadecuada con escasas estatinas y betabloqueantes. El tratamiento antiagregante es correcto. Se puede optimizar el tratamiento en estos pacientes con fármacos bien tolerados como las estatinas. Cuando analizamos los pacientes menos adecuados: que no tienen ni AAS ni estatinas encontramos que la institucionalización y el mayor Charlson (más pluripatología) estaban asociados de forma significativa a un peor tratamiento. Hay una tendencia a menor tratamiento en las mujeres aunque no alcanzó la significación.

RV-130

EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE UN NUEVO PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA DIABETES MELLITUS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. López Carmona, D. Narankiewicz, B. Sobrino Díaz, I. Márquez Gómez, C. Lara Rojas, V. Vallejo Herrera, S. Jansen Chaparro y R. Gómez Huelgas

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

Objetivos. El objetivo principal fue evaluar la efectividad de una intervención educativa para cambiar el manejo tradicional de la Diabetes Mellitus en el medio hospitalario, diseñando e implantando un protocolo basado en la terapia insulínica basal-bolus en contraposición a las "sliding-scale". Como objetivos secundarios se analizó la seguridad e individualización de la pauta basal-bolo en pacientes ingresados y los cambios que se en el manejo global de los paciente diabéticos ingresados. (ADOs, terapia insulínica, personal que determina la pauta, seguimiento).

Material y métodos. Estudio cuasiexperimental antes-después de evaluación de intervención mediante la realización de cortes transversales. Se recogieron los datos de las historias clínicas de todos los pacientes no críticos ingresados en nuestro hospital en un mismo día, que cumplían con los criterios de inclusión del estudio. Se escogieron 2 momentos para la recogida de datos, previa a la intervención para determinar la prevalencia de diabetes y el manejo tradicional de estos pacientes y otras tras 12 meses de haberse finalizado la fase de desarrollo e implantación del protocolo para evaluar los resultados. El protocolo incluye una insulina basal de acción lenta + dosis fijas preprandiales de insulina rápida + pauta correctora con insulina practica si precisa. Para establecer el grado de control glucemia se clasificó a los pacientes en tramos según el grado de control siguiendo las directrices de la ADA 2010. El análisis estadístico se realizo con SSPS versión 18.0.

Resultados. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las dos muestras del estudio. Existen diferencias estadísticamente significativas al aplicar un test de homogeneidad a la variable pauta de insulina entre ambos grupos, observándose que se reduce en un 50% los pacientes que "no tienen" insulina prescrita en su tratamiento y una disminución similar aquellos que tienen una "pauta de insulina rápida a demanda (sliding scale), dato que se incrementa en base a la disminución de "basal + correctora". Existe un claro incremento de los individuos tratados mediante "protocolo", 5 veces superior al identificado previo a la

intervención. En el análisis de estos resultados, se ha objetivado que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en la media BMT. ($p = 0,6733$). Si existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos a la hora de determinar el número de hipoglucemias que sufren los pacientes. ($p = 0,0215$).

Conclusiones. Resaltar la efectividad de una intervención para cambiar el manejo tradicional de la diabetes en el medio hospitalario desterrando casi por completo el uso de sliding scale a favor de una pauta basal bolo. Aunque el efecto de la implantación del nuevo protocolo sobre el control glucémico del paciente ha sido nulo, la pauta basal-bolo permite un manejo más seguro e individualizado. Es necesario mantener una intervención continuada, dado que los resultados favorables son sólo parciales y el hospital es un ámbito de actuación complejo.

RV-131

ADECUACIÓN AL TRATAMIENTO ANTITROMBÓTICO EN PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO Y FA

V. Díaz Fernández, A. Arenas Iglesias, E. Armesto González, M. de Zárraga Fernández, A. Fernández Pantiga, P. Martínez García, G. Castaño de las Pozas y V. Bango García

Servicio de Medicina Interna. Hospital San Agustín. Avilés (Asturias).

Objetivos. El objetivo de este estudio es analizar si los pacientes con fibrilación auricular e ictus están adecuadamente tratados según el Índice CHADS2 y si eso influye o no en la mortalidad.

Material y métodos. Realizamos un estudio retrospectivo analizando todos los pacientes que fueron dados de alta en el último semestre del año 2009 con el diagnóstico principal o secundario de fibrilación auricular paroxística, arritmia completa por fibrilación auricular o fibrilación auricular crónica que a su vez tenía o había tenido un ictus de perfil isquémico. Se comparó el tratamiento recibido con la presencia de indicación de tratamiento según el Índice CHADS2. En la realización del estudio estadístico se utilizó el programa SPSS (versión 11.5). Se realizó un análisis descriptivo determinándose números absolutos y porcentajes. En la comparación de variables cualitativas se utilizó la Chi cuadrado y la prueba exacta de Fisher.

Resultados. De los pacientes incluidos en el estudio ($n = 115$), de los cuales el 43,5% ($n = 50$) eran hombres, únicamente un 48,7% ($n = 56$) estaba a tratamiento con ACO, como recomiendan las guías clínicas (del resto, 47,8% ($n = 55$) tratados con antiagregante y 3,5% ($n = 4$) sin tratamiento alguno). Sin embargo, un 38,2% de los tratados con antiagregante, estaban adecuadamente tratados, esto es, en parte por la presencia de contraindicaciones para el tratamiento anticoagulante en este grupo: 66,7% de mal pronóstico vital, 52,4% de bajo nivel intelectual, 28,6% de psiquiátricos, 14,3% de hemorragias activas, 14,3% de epilepsias, 4,8% de HTA grave y 4,8% de alcoholismo. La mortalidad a corto plazo global del grupo fue de un 34,8% ($n = 40$), de los cuales el 67,5% estaban bien tratados ($n = 27$), estando adecuadamente tratado con ACO un 59,2% ($n = 16$).

Discusión. Según datos tomados de dos estudios de gran relevancia en prevención cardioembólica de FA (European Atrial Fibrillation Trial y Stroke Prevention in Atrial Fibrillation) la administración de anticoagulante oral es el tratamiento de elección para la prevención de ictus frente al uso de la antiagregación en pacientes con FA. Además, en el estudio Framingham (uno de los estudios con mayor tamaño muestral) se demostró mayor gravedad y mortalidad en pacientes que han sufrido un ictus y se hallaban en FA crónica, reduciéndose tanto la mortalidad como la gravedad de estos en presencia de tratamiento con ACO, como demuestran algunos estudios observacionales revisados, no así en los pacientes incluidos en nuestro estudio. A pesar de la evidencia científica, existe un por-

centaje elevado de pacientes no tratados con ACO entre los estudios revisados, atendiendo, en parte, a la presencia de contraindicaciones en estos pacientes, como ocurre en nuestro estudio.

Conclusiones. El empleo del tratamiento anticoagulante está infrutilizado en pacientes con fibrilación auricular e ictus, a pesar de las recomendaciones de las principales guías actualmente en vigor. Un pequeño porcentaje de aquellos pacientes no tratados con anticoagulación, atendía a la presencia de contraindicaciones para la misma, mientras que en el resto se atribuye a una actitud más conservadora por parte del facultativo. A pesar de la fuerte evidencia científica a favor de la ACO, no encontramos un mayor beneficio en cuanto a cifras de mortalidad precoz, incluso en aquellos pacientes en los que la anticoagulación era el tratamiento de elección.

RV-132 PRESIÓN ARTERIAL NOCTURNA Y RIGIDEZ ARTERIAL EN UNA COHORTE DE PACIENTES HIPERTENSOS NO TRATADOS

A. Hermida Ameijeiras, M. Pena Seijo, J. López Paz, M. Romero Miguez, G. Calvo González, V. Martínez Durán, A. Pascual Montes y C. Calvo Gómez

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

Objetivos. La reducción del descenso nocturno de la PA considerado como normal está asociada a un aumento de eventos y daño en órganos diana. Las Sociedades Europeas de Hipertensión y Cardiología, han querido reflejar en las recientes Guías de Diagnóstico y Tratamiento de la HTA publicadas en el 2007, la importancia de determinar la PA central (PAC) y la velocidad de onda de pulso (VOP) (como manifestación de la rigidez arterial) para la estimación y manejo del riesgo cardiovascular. El presente estudio pretende evidenciar la relación existente entre el grado de descenso nocturno de PA evaluado mediante monitorización ambulatoria de PA (MAPA) y distintos marcadores de rigidez arterial obtenidos mediante tonometría por aplanamiento en una cohorte de pacientes con HTA no tratados.

Material y métodos. Hemos incluido 23 pacientes diagnosticados de HTA esencial diagnosticados "de novo" excluidos aquellos con HTA secundaria e "HTA de bata blanca". En todos los casos, se realizó MAPA durante 48 horas utilizando un monitor SpaceLabs 90207 y ajustando los períodos diurno y nocturno en cada paciente. Por otra parte se realizó un análisis de onda de pulso mediante tonometría por aplanamiento aplicada en arteria radial asociada a una función de transferencia radial-aorta, utilizando el sistema de análisis de la onda de pulso modelo SCOR-Px (SphygmoCor®). De esta manera se obtuvieron las estimaciones de PAC sistólica/diastólica, presión de pulso (PP), incremento sistólico de presión (ISP), el índice de aumentación ajustado a la frecuencia cardiaca (IA) y la velocidad de onda de pulso (VOP) carotídeo-radial.

Resultados. En esta cohorte de pacientes hipertensos no tratados (N: 23, 43,4% mujeres, de $45,8 \pm 17,6$ años de edad), la media de PAS y PAD clínica se situó en 145/90 mmHg y la presión de pulso (PP) periférica en $54,4 \pm 12,6$ mmHg. Los promedios de PAS y PAD en la MAPA de 48 horas se situó en 138/88 mmHg, con un porcentaje de descenso nocturno de PAS y PAD del 13,5% y 18,4%, respectivamente. La distribución porcentual de pacientes en función del perfil circadiano de PA se establece de la siguiente manera; Riser: 0%; No-Dipper: 14,3%; Dipper: 71,4%; Very Dipper: 14,3%. Los valores promedio de PAC sistólica/diastólica se establecieron en 134/90 mmHg con una PP central de $40 \pm 17,3$ mmHg. El ISP medio se establece en $9,88 \pm 9,26$ mmHg y el IA en el $20,57\% \pm 15,56\%$. La VOP fue de $8,47$ m/sec $\pm 1,38$ m/sec. El análisis de correlación bivariada mostró una correlación estadísticamente significativa e inversamente proporcional entre el grado de profundidad de PAD y el in-

cremento sistólico de presión (R: -0,745; p = 0,001). Del mismo modo existe una correlación negativa significativa entre el descenso nocturno de PAD de 48 horas y el índice de potenciación (R: -0,558; p = 0,020).

Conclusiones. En esta muestra de pacientes hipertensos sin tratamiento se pone de manifiesto el predominio del patrón "dipper" en el grado de descenso nocturno de PA y fundamentalmente la relación inversamente proporcional entre el grado de descenso nocturno de PA y el incremento sistólico de presión arterial o el índice de aumentación, ambos fiel reflejo del grado de distensibilidad arterial y por ende, marcadores de arterioesclerosis.

RV-133 ¿ES VERAZ LA TENSIÓN ARTERIAL (TA) QUE SE MIDE EN LAS PLANTAS DE HOSPITALIZACIÓN DE MEDICINA INTERNA? UNA EXPERIENCIA PILOTO

N. Aldezábal Polo, E. Bello Martínez, A. Torres Dorrego, B. Mora Hernández, A. del Castillo Rueda, M. Barrientos Guerrero, C. Zurita Rodríguez y L. Álvarez-Sala Walther

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

Objetivos. Las guías clínicas recomiendan varias medidas repetidas de TA (mínimo tres) y no 1 sola aislada. Sin embargo, no se suele hacer en los pacientes ingresados en las plantas de hospitalización, en los que 1 sola medición, generalmente a 1ª hora de la mañana, sirve como referencia para el ajuste de la medicación hipotensora. Los fármacos hipotensores se ajustan posiblemente de forma inadecuada en los pacientes hospitalizados en planta porque la medición de la TA en las plantas de hospitalización es incorrecta. Se pretende comparar la TA medida por enfermería (1 sola toma) con la TA medida en 6 tomas, realizándose la media de las 5 últimas.

Material y métodos. La TA de enfermería se midió a 1ª hora de la primera mañana de ingreso, de acuerdo con la práctica habitual de enfermería en la planta (entre 8.00 y 11.00), no necesariamente antes del desayuno, y era independiente de la toma de la medicación del paciente. Se llevó a cabo con un tensiómetro Procure 100, calibrado regularmente. La medición de TA programada la hizo siempre el mismo facultativo, con un aparato BP Tru, BPM 200, instantes antes o después de la toma de enfermería, de forma aleatoria. El aparato hace 6 determinaciones de forma automática y da un resultado final con la media de las 5 últimas. Se incluyeron todos los ingresos de una semana (n: 28, 20 mujeres), con una edad media de 77 años (rango: 44-94 años). Según los antecedentes, 71% eran hipertensos previamente (50% de los hombres y 80% de las mujeres).

Resultados. La media de la TA medida por enfermería fue de 128/69 y la tomada con el tensiómetro BP Tru fue 125/75 (p NS). La TAS tomada por enfermería en comparación con la tomada por el tensiómetro BP Tru fue mayor en el 64,3% de los pacientes, con una diferencia media de 12 mmHg, menor en el 32,1%, con una diferencia media de 11 mmHg, e igual en el 3,6%. La TAD tomada por enfermería en comparación con la tomada por el tensiómetro BP Tru fue mayor en el 32,1%, con una diferencia media de 8 mmHg, y menor en el 67,9%, con una diferencia media de 12 mmHg. La media de las diferencias entre la TAS tomada por el tensiómetro BP Tru y la tomada por enfermería fue de -3,6 mmHg (p = 0,174) teniendo en cuenta los valores relativos, y de 10,5 mmHg si se tienen en cuenta los valores absolutos (p = 0,000002). La media de las diferencias entre la TAD tomada por enfermería y la tomada por el tensiómetro BP Tru: fue de 6 mmHg teniendo en cuenta los valores relativos (p = 0,031) y de 11,4 mmHg teniendo en cuenta los valores absolutos (p = 0,000002).

Discusión. Una única medición de TA en las plantas de hospitalización da lugar a errores, tanto por exceso como por defecto, exis-

tiendo la posibilidad de un uso incorrecto de los hipotensores. Para evitar decisiones terapéuticas inadecuadas, la medición de la TA se debería repetir varias veces (al menos 3), realizando la media de las mismas, como recomiendan las guías clínicas.

Conclusiones. La medición de tensión arterial por enfermería en una planta de medicina interna difiere de las recomendaciones de las guías clínicas publicadas. Consideramos este hecho de importancia por su influencia en los cambios de medicación hipotensora. Por otro lado, sería recomendable realizar un estudio más amplio, con una muestra mayor y realizando tanto las mediciones de enfermería como las del facultativo al mismo tiempo y en las mismas condiciones.

RV-134 LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL COMO PREDICTOR DE SEVERIDAD Y MORTALIDAD EN EL ICTUS (ESTUDIO OCTOPUS)

G. Fresco¹, S. Serrano¹, P. Ruíz¹, C. Valencia², A. Bravo¹, C. Sánchez¹, J. Castillo¹ y A. Gomis³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Neurología, ³Servicio de Nefrología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos. Determinar la prevalencia de HTA en los pacientes ingresados por ictus isquémico, comparando las características clínicas entre hipertensos y no hipertensos y analizar dicho factor como pronóstico.

Material y métodos. Estudio de cohortes prospectivo de 480 pacientes ingresados en los Servicios de Medicina Interna, Geriátrica, Neurología y Patología Cerebrovascular del Hospital Clínico San Carlos durante los años 2006-2008. El análisis estadístico se ha realizado con el programa SPSS.

Resultados. De los 480 pacientes estudiados ingresados por ictus, 318 (66,3%) eran hipertensos (42,1% hombres, 57,9% mujeres). Un 65,2% recibía tratamiento antihipertensivo frente a un 34,8% que no lo recibía. Los fármacos antihipertensivos más utilizados fueron los IECAs (29,9%), seguidos de los ARA-II (13,1%), diuréticos (8,2%), b-bloqueantes (4,9%) y otros (9%). No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la mediana de edad de los pacientes hipertensos respecto a los no hipertensos (75,8 vs 78,5). Un 22,5% de los pacientes hipertensos habían tenido un ictus previo, respecto a un 15,2% de los no hipertensos. El tipo de ictus más frecuente entre los hipertensos fue el cardioembólico (42,1%). Un 11,2% de los pacientes presentó durante el ingreso HTA de difícil control. La estancia media de los pacientes con HTA fue de 24,8 días frente a 32,4 días de los no hipertensos, no encontrándose diferencias significativas. En cuanto a la severidad del ictus, determinada por la escala NIHSS, un 48,7% de los pacientes hipertensos presentaron puntuación > 6 frente al 43,2% de los no hipertensos. Respecto al número de complicaciones, fue mayor en los pacientes con HTA (115 vs 44), $p < 0,05$. La mortalidad de la cohorte fue del 14%, siendo significativamente más alta entre los pacientes hipertensos (77,9% vs 22,1%, $p < 0,05$).

Discusión. La hipertensión condiciona una serie de cambios vasculares que favorecen la aparición de ictus, tanto de tipo hemorrágico como isquémico. Es un factor importantísimo ya que incrementa el riesgo de ictus en 4-5 veces por encima de los normotensos y multiplica por dos la mortalidad en ambos sexos, algo que se ha corroborado en nuestro estudio, donde no sólo aumenta la mortalidad, sino que en los pacientes hipertensos, el ictus es más severo y produce más secuelas. Cabe destacar que aunque la mayoría recibía tratamiento antihipertensivo, éste no estaba optimizado.

Conclusiones. El 66,3% de los pacientes que sufrieron un ictus eran hipertensos, más de la mitad recibían ya tratamiento antihipertensivo, siendo los fármacos más usados los IECAs y ARA-II. Los pacientes hipertensos sufrieron ictus más severos y mayor número

de complicaciones. La mortalidad también fue significativamente mayor entre los pacientes hipertensos. Es fundamental el control estricto de la HTA tanto en prevención primaria como secundaria.

RV-135 FACTOR DE CRECIMIENTO VASCULAR ENDOTELIAL (VEGF) EN PACIENTES CON HIPOGLUCEMIA SEVERA Y COMA HIPOGLUCÉMICO

F. Arnalich¹, M. Maldifassi², G. Atienza², R. Maquedano¹, V. Hontañón¹, C. García-Cerrada¹, A. Quesada¹ y R. Codoceo¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ²Departamento de Farmacología. Facultad de Medicina, UAM. Madrid.

Objetivos. Estudios experimentales y en voluntarios sanos con hipoglucemia inducida han demostrado que el aporte cerebral de glucosa a través de la barrera hematoencefálica depende del transportador-1 de glucosa (GLUT 1) cuya actividad que está regulada parcialmente por el VEGF (vascular endothelial growth factor). En este trabajo se mide la concentración plasmática de VEGF y de su receptor soluble en pacientes con hipoglucemia severa, y su posible asociación con intensidad, duración y etiología de la hipoglucemia.

Material y métodos. Se han analizado las concentraciones plasmáticas de VEGF (isoforma 165) y del receptor soluble 1 (sVEGF-R1) mediante ELISA (Quantikine assays, R&D Systems) en una serie consecutiva de 116 pacientes ingresados por hipoglucemia severa (< 3,0 mmol/l, según la EMEA), y en un conjunto de 30 pacientes diabéticos bien controlados (HbA1C 6,0-6,5%). También se recogieron datos demográficos y clínicos, comorbilidad, tratamiento, función renal y hepática, nivel de conciencia (escala Glasgow) y duración del coma. Para la comparación estadística de los valores se utilizó el test de la U de Mann-Whitney, el análisis de la varianza, y el test de Spearman (software SAS 9.0).

Resultados. 32 pacientes ingresaron en coma hipoglucémico y 84 presentaron un síndrome confusional y/o somnolencia. Se encontró una significativa disminución de VEGF y de sVEGF-R1 en los pacientes en coma con respecto a la de los pacientes con confusión/somnolencia (94 + 43 vs 201 + 61 pg/ml, $p < 0,01$; 135 + 22 vs 263 + 47 pg/ml, $p < 0,01$). Las concentraciones de VEGF y de sVEGF-R1 fueron significativamente inferiores en los pacientes con hipoglucemia asociada a infección intercurrente aguda en comparación con la de los pacientes con hipoglucemia asociada a otras causas (tabla). La concentración plasmática de cortisol fue normal en todos los casos. En los pacientes con síndrome confusional e hipoglucemia inferior a 4 horas la concentración de VEGF fue 2,1 veces superior a la de los pacientes con hipoglucemia prolongada (251 + 48 vs 120 + 25 pg/ml, $p < 0,01$). Se encontró una correlación significativa entre las concentraciones de VEGF y glucemia ($r = -0,39$, $p < 0,01$), creatinina ($r = 0,35$, $p < 0,02$), cifra de leucocitos ($r = -0,27$, $p < 0,05$), y tiempo de hospitalización ($r = -0,42$, $p < 0,01$).

Conclusiones. En la hipoglucemia severa sintomática aumenta la concentración plasmática de VEGF y de sVEGF-R1. 2) El aumento de VEGF es significativamente menor en los pacientes con hipoglucemia de larga duración, lo que sugiere que podría ser de utilidad pronóstica.

Tabla 1 (RV-135).

	HG asociada Infección Ag.	HG por otras causas	p
sVEGF (pg/ml)	106 + 33	158 + 36	< 0,05
sVEGF-R1. (pg/ml)	196 + 31	246 + 51	< 0,05

RV-136 PERFIL DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR ICTUS ISQUÉMICO CON ESTENOSIS CAROTÍDEA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

V. Núñez Rodríguez¹, S. Domingo González¹, R. Quirós López¹, M. Martín Escalante¹, M. García de Lucas¹, A. Lara Blanquer² y J. García Alegría¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Documentación. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga).

Objetivos. Analizar las características de los pacientes ingresados con ictus isquémico y estenosis carotídea.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de los pacientes ingresados en Medicina Interna con ictus isquémico (GRD 014) y estenosis carotídea en el año 2009, con un seguimiento de 6 meses en la consulta.

Resultados. De los 243 pacientes ingresados con ictus isquémico en el año 2009, 46 presentaban estenosis carotídea (18,9%) con una mortalidad del 13%, que contrasta con la del ictus sin estenosis carotídea que fue 9,7%; sólo hubo 3 reingresos. La edad media: 71 ± 10 años. 36 (78,3%) eran hombres y 10 (21,7%) mujeres. La estancia media 7,39 días. Entre los antecedentes: HTA: 25 pacientes (54,3%); diabetes: 20 (43,5%); dislipemia: 12 (26,1%); tabaquismo: 15 (32,6%); cardiopatía: 13 (28,9%); ictus previo: 10 (21,7%); fibrilación auricular (FA) 6 (13%); insuficiencia renal (MDRD-4) inferior a 60 ml/min: 5 (11%); arteriopatía periférica 5 (10,9%); amputación 1 (2,2%); demencia 1 (2,2%). En 3 pacientes se detectó un soplo carotídeo en la exploración. El índice de masa corporal fue de 26,4 ± 2,7 y 10 pacientes estaban desnutridos (21,7%). El índice de Barthel al ingreso fue 50 ± 30 puntos. La localización del ictus: carotídeo derecho 20 (48,8%), carotídeo izquierdo 18 (43,9) y vertebrobasilar 3 (7,3%). La estenosis carotídea fue severa en 19 pacientes (41,3%). Se realizó TAC craneal urgente en todos, siendo anormal en 29 (63%), se repitió TAC craneal de control en 12 (27,3%) y RMN craneal 32 (72,7%). En cuanto al estudio vascular: ecodoppler de troncos supraórticos (TSA) en 20 (43,5%), angioRM TSA 18 (39,1%) y en 4 se realizaron ambos estudios. Los resultados analíticos: glucosa media 128,2 ± 40 mg/dl; HbA1c media 7,49 ± 1,3%; colesterol total 181,4 ± 41,3 mg/dl; LDL-colesterol 109 ± 34 mg/dl; HDL-colesterol 37,9 ± 9,7 mg/dl; triglicéridos 163,8 ± 99,7 mg/dl. 9 diabéticos (45%) presentaban HbA1c superior a 7 y 17 (36,9%) colesterol LDL superior a 100 mg/dl. La derivación a Cirugía Vascular durante el ingreso se realizó en 18 pacientes, 14 de ellos (73,7%) por estenosis carotídea severa. El tratamiento al alta: recomendaciones de dieta 43 (93,5%); antiagregación 41 (89%); IECAs 15 (32,6%), 10 perindopril (66,7%); ARA-II 11 (23,9%) y estatinas 36 (78,3%). El tratamiento de la diabetes: antidiabéticos orales (ADO) 13 (65%), metformina 12 (60%), 5 (25%) combinación metformina y DPP-4, repaglinida 1 y sulfonilurea 1; insulina 1 paciente y 6 combinación de insulina y ADO. Finalmente, no hay constancia de endarterectomía quirúrgica. A los 6 meses del seguimiento: glucosa media 142 ± 60 mg/dl; HbA1c 6,9 ± 1,3%; colesterol total 155,6 ± 42 mg/dl; LDL-colesterol 96 ± 33 mg/dl; HDL-colesterol 43 ± 11 mg/dl; triglicéridos 120 ± 66 mg/dl. 3 diabéticos con HbA1c > 7 en el seguimiento y 5 pacientes con LDL colesterol > 100 mg/dl.

Discusión. La mortalidad en los pacientes con ictus y alto riesgo vascular es superior a lo esperado. Es fundamental insistir en el control de los factores de riesgo.

Conclusiones. La mortalidad en nuestra serie fue superior a la observada en los pacientes ingresados con ictus isquémico. Los pacientes eran hombres de edad avanzada con comorbilidad. El uso de perindopril y estatinas fue elevado. El control de los factores de riesgo fue insuficiente, aunque superior al descrito en otras series. El análisis de los datos nos permite detectar áreas de mejora en el diagnóstico, manejo y tratamiento de nuestros pacientes.

RV-137 FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS

E. Huaroc Roca¹, L. Ibáñez Muñoz¹, R. Aguilar Velasco¹, E. Ramiro Ortega¹, M. Chacón Serrato¹, C. Peñas Espinar¹, M. Aguayo Canela¹ y C. Morales Portillo²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Endocrinología. Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla.

Objetivos. Estudiar la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y su posible relación con el control de la glucemia en una muestra de pacientes diabéticos atendidos en una consulta de Hospital de Día de Diabetes (HDD).

Material y métodos. La muestra de estudio fue escogida aleatoriamente de los pacientes de la consulta de HDD atendidos entre el 2007 y el 2009 y se analizaron las siguientes variables: edad, sexo y tipo de diabetes; consumo de tabaco, hipertensión arterial (HTA), dislipidemia y sobrepeso/obesidad (IMC > 30); y niveles de hemoglobina glicosilada (HbA1c) en la primera visita. En el estudio estadístico (con SPSS 15.0) aplicamos el test de Chi² para evaluar la relación entre variables categóricas (y el cálculo de la OR como medida de asociación) y la t de Student para comparar medias entre dos grupos (U de Mann-Whitney si no se cumplían los requisitos de normalidad y/o homocedasticidad).

Resultados. Se analizaron un total de 315 pacientes diabéticos, de los cuales 208 (66%) fueron mujeres y 107 hombres (34%); 146 (46,3%) eran diabéticos tipo 2 (DM2), 55 (17,5%) de tipo 1 (DM1), 108 (34%) diabéticas gestacionales (DG) y 6 (1,9%) tenían diabetes secundaria a diversos tratamientos (DS). La prevalencia de los FRCV analizados fue: hipertensión 32,4%, dislipidemia 28,9% y tabaquismo 32,1%; además un 77,8% del total presentaban un IMC > 25 (prevalencia del 30,5% de sobrepeso y del 47,3% de obesidad) Excluidos los casos de DG y DS, en una muestra de 201 pacientes se analizaron posibles relaciones entre el tipo de diabetes y la presencia de FRCV, encontrando una mayor proporción de sobrepeso/obesidad (OR = 6,8), HTA (OR = 102,6) y dislipemia (OR = 8,36) en DM2 (en comparación con DM1) no siendo así con el tabaquismo (OR = 0,61, IC95% entre 0,3 y 1,2). Al evaluar si el grado de control metabólico (según el nivel de HbA1c) se relacionaba con la presencia de FRCV, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas con el tabaquismo (diferencia media 0,71 puntos mayor en fumadores, p = 0,046) y con la HTA (diferencia media de 0,73 puntos menor en hipertensos, p = 0,02), pero no con la existencia de dislipidemia ni de sobrepeso/obesidad.

Discusión. A pesar de la elevada prevalencia de FRCV encontrada, estos no parecen estar claramente relacionados con el grado de control metabólico; la asociación encontrada entre la HbA1c con la presencia de HTA (en positivo) y el consumo de tabaco (en negativo, peor control) deben tomarse con cautela al tratarse de un estudio transversal, sin seguimiento evolutivo, de una muestra de pacientes diabéticos muy seleccionados, donde las intervenciones preventivas y terapéuticas anteriores no se han evaluado sistemáticamente y podrían estar sesgando nuestros resultados.

Conclusiones. Hay una elevada prevalencia de FRCV clásicos en pacientes diabéticos atendidos en una consulta ambulatoria, y especialmente en aquellos que tienen DM2 (HTA, dislipidemia y sobrepeso/obesidad): Aunque no se haya demostrado una relación con un peor control glucémico en este estudio, es imprescindible el abordaje integral de los mismos en el manejo óptimo del paciente diabético.

RV-138 OBESIDAD EN CONSULTA DE HIPERTENSIÓN

I. Machuca Sánchez¹, J. Arrebola Benítez¹, P. González Castillo², J. Manchón Castilla¹, D. Navarro Moreno¹, M. Sánchez Sánchez¹, L. Pozo Rosado¹ y P. Labrador Gómez²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Nefrología. Hospital Virgen del Puerto. Plasencia (Cáceres).

Objetivos. Evaluar la prevalencia de obesidad en la población atendida en consulta de hipertensión arterial de nuestro hospital.

Material y métodos. Se recogieron los datos de todos los pacientes atendidos en nuestra consulta durante cinco años. Se analizaron la prevalencia de sobrepeso y obesidad y su distribución en función del sexo y de diferentes grupos de edad.

Resultados. Se recogieron datos de 2.088 pacientes atendidos, de los que 2.012 (96,3%) reunían los datos para ser incluidos. Eran varones 1031 pacientes (51,2%), la edad media fue 65,6 ± 17 años (rango 18-102). Presión arterial sistólica 145 ± 26 mmHg, presión arterial diastólica 79 ± 14. La estatura media fue 158 ± 10 cm, peso medio 73,7 ± 14,8 kg. La distribución en función de la clasificación de obesidad fue: normopeso 19,5%, sobrepeso 35,3%, obesidad grado I 27,3%, obesidad grado II 9,8% y obesidad grado III 4,5%. La distribución de la obesidad en función del sexo (varones vs mujeres) fue: normopeso 21,2% vs 19,3%; sobrepeso 42,4% vs 30,4%; obesidad I 28,3% vs 28,3%; obesidad II 6,5% vs 14,1%; obesidad III 1,6% vs 8% (p < 0,001). La distribución en función de diferentes grupos de edad se expone en la tabla (p < 0,001).

Discusión. La obesidad es una enfermedad crónica y multifactorial cuya etiología incluye factores genéticos y medioambientales. La causa más común es el exceso de aporte energético en relación a un bajo consumo. El método más utilizado para su medición es el Índice de Masa Corporal (IMC): peso (Kg)/talla² (metros). Puede asociarse a complicaciones potencialmente graves con elevado coste sanitario.

Conclusiones. En la consulta de hipertensión, la obesidad afecta al 45,2% de los pacientes. Existe una mayor prevalencia en mujeres que en hombres, sobre todo en los valores extremos. Aunque uno de cada cinco jóvenes presenta sobrepeso, la obesidad grado I empieza a ser un problema entre los 25 y los 45 años donde afecta a uno de cada seis, manteniéndose estable a partir de los 45 años. Por lo que consideramos que las medidas destinadas a evitar esta epidemia deberían centrarse en los jóvenes menores de 25 años y en las mujeres. Ver tabla 1 (RV-138).

RV-139 DETERMINACIÓN DEL ÍNDICE TOBILLO-BRAZO EN LA POBLACIÓN INGRESADA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

J. Delgado Casamayor¹, F. Dávila Ramos¹, L. Pérez Méndez², P. Laynez Cerdeña¹, R. Valdés de León¹ y D. Gudíño¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Investigación. Hospital Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos. Determinar la prevalencia de EAP en la población general que ingresa en los Servicios de Medicina Interna. Correlacio-

nar la presencia de EAP con el riesgo vascular global. Describir la polivascularidad en dicha población.

Material y métodos. Se determinó el ITB a un total preliminar de 107 pacientes (49 mujeres, 58 hombres) entre los 57 y los 93 años de edad. Se recogieron antecedentes familiares y personales de enfermedad cardiovascular, factores de riesgo y tratamientos previos, así como diferentes parámetros clínico-biológicos, encontrándose un 10,3% de AVC y un 20,6% de cardiopatía isquémica. Posteriormente se procedió al análisis estadístico.

Resultados. Del total de nuestros pacientes se detectó un ITB patológico < 0,9 en el 35,5% y > 1,3 en el 12%. El 42% de los pacientes con un ITB patológico eran hombres, el 94% presentaban antecedentes de HTA, el 28% antecedentes de Cardiopatía Isquémica, el 12,5% antecedentes de Enfermedad Cerebrovascular y el 45% un SCORE > 5%. Además se observó una glucemia sérica > 140 mg/dl en el 39% de los pacientes con un ITB patológico, un colesterol sérico > 200 mg/dl en el 13% y unos niveles séricos de triglicéridos > 150 mg/dl en el 24%. En comparación con el cuestionario de Edimburgo, el 76% de los pacientes con un ITB < 0,9 se mostraron asintomáticos frente al 91% de los pacientes con un ITB normal.

Conclusiones. En nuestros resultados preliminares, existe una clara evidencia de la capacidad del ITB para el diagnóstico de la enfermedad arterial periférica en fases asintomáticas, pudiendo constituir una herramienta útil en la práctica habitual del internista.

RV-140 ESTUDIO DE LA HEMOGLOBINA GLUCOSILADA EN PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

L. Ruiz Rivera, A. Ruiz-Sancho, M. Moreno Higuera, D. Vinuesa García y J. Parra Ruiz

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Objetivos. Identificar a los pacientes con alto riesgo de diabetes mellitus (DM) mediante la medición de la hemoglobina glicosilada (HbA1c) entre los pacientes que se ingresan en un Servicio de Medicina Interna por cualquier motivo.

Material y métodos. Se está realizando un estudio observacional prospectivo de los valores de HbA1c de los pacientes que ingresan en un Servicio de Medicina Interna. Se han recogido los datos clínicos y analíticos, incluyendo HbA1c de todos los pacientes que ingresaron de forma consecutiva en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico San Cecilio de Granada desde el 15 de abril del 2010. Se presentan los resultados de un corte a 1 de julio de este mismo año. Se han excluidos los pacientes con antecedentes de DM o que ingresan por complicación de esta enfermedad. Se han agrupado en tres diferentes grupos según los valores de HbA1c. Grupo 1: HbA1c < 5,7%; Grupo 2: HbA1c 5,7-6,4%; Grupo 3: HbA1c ≥ 6,5%.

Resultados. Se evaluaron 134 pacientes de los que se incluyeron finalmente 80. De los cuales el 46,3% eran varones. La edad media era de 69,75 años. El número de diabéticos era de 54 (40,29%), que fueron excluidos. Los resultados de la HbA1c de los pacientes no diabéticos se expresan a continuación: -44 pacientes (55%) presen-

Tabla 1 (RV-138). Distribución del peso en función de los diferentes grupos de edad

	Normopeso	Sobrepeso/Obesidad	Grado I	Obesidad Grado II	Obesidad Grado III
< 25 años	76,6%	20,3%	3,1%	0%	0%
25-45 años	35,2%	37%	17,6%	6,6%	3,5%
45-65 años	15,3%	36,1%	32,4%	10%	6,1%
65-80 años	14,5%	36%	31,4%	12,8%	5,3%
> 80 años	21,7%	41,6%	26%	8,1%	2,6%

tan valores de HbA1c < 5,7% -30 pacientes (37,5%) presentan valores de HbA1c entre 5,7 y 6,4% -6 pacientes (7,5%) presentan valores de HbA1c \geq 6,5.

Discusión. La prevalencia de pacientes diabéticos ingresados en Medicina Interna es elevada. De los pacientes sin historia de diabetes, 6 (7,5%) presentan cifras diagnósticas (HbA1c \geq 6,5%); y 30 (37,5%) se encontrarían en valores de pre-diabetes o con alto riesgo de desarrollo de la misma. Estos pacientes se benefician así de una mejor clasificación diagnóstica y de una adecuada actitud terapéutica. Los pacientes que se ingresan en un Servicio de Medicina Interna son una población con alto riesgo de DM y por tanto sería conveniente medir la HbA1c para identificarlos como ya se ha sugerido en estudios previos. Además el valor de la HbA1c ha sido recientemente incluido como criterio diagnóstico de DM por la ADA así como marcador de riesgo de desarrollo de la misma y como marcador de riesgo cardiovascular.

Conclusiones. El número de pacientes con alto riesgo de DM y riesgo cardiovascular elevado es de 36 (45%), que supone un porcentaje importante de los pacientes que ingresan en un Servicio de Medicina Interna. Sería conveniente valorar la medición HbA1c para identificar a estos pacientes y así poder hacer las intervenciones y seguimiento de forma apropiada.

RV-141

CRONOTERAPIA CON ALOPURINOL: HIPERURICEMIA Y PRESIÓN ARTERIAL AMBULATORIA

C. Calvo Gómez¹, J. López Paz¹, A. Hermida Ameijeiras¹, M. Pena Seijo¹, G. Calvo González¹, M. Romero Míguez¹, A. Pose Reino¹ y A. Coca Payeras²

¹Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela (A Coruña).

²Unidad de Hipertensión Arterial. Hospital Clínic i Provincial. Barcelona.

Objetivos. Existen evidencias de relación entre uricemia y enfermedad cardiovascular y hay datos que sugieren que la hiperuricemia pueda provocar hipertensión arterial (HTA). En adolescentes con niveles de ácido úrico (AU) elevados e HTA, la reducción de la uricemia redujo la presión arterial (PA) (JAMA 2008;300:924-32). La uricemia tiene variación circadiana, con valores máximos en la noche, donde la expresión circadiana de óxido nítrico (NO) es mínima. El objetivo del presente estudio es analizar los efectos de alopurinol sobre la uricemia y la PA, cuando es administrado en régimen cronoterapéutico, en una cohorte de varones jóvenes con hiperuricemia.

Material y métodos. Hemos incluido en el estudio 65 pacientes varones, de 23,4 \pm 4,4 años de edad con hiperuricemia asintomática (niveles de AU en sangre \geq 7 mg/dL), función renal normal y sin medicación que pudiera condicionar elevaciones del AU. Los pacientes fueron distribuidos a 3 tratamientos durante un período de 12 semanas: Un grupo de pacientes recibió recomendaciones higiénico-dietéticas; un segundo grupo de pacientes, tomó alopurinol 300 mg/día, en administración matutina al levantarse y, un tercer grupo, alopurinol 300 mg al acostarse. En todos los casos, se realizó una valoración clínica y biológica antes y después de la intervención terapéutica incluyendo una MAPA (Monitorización ambulatoria de la PA), para analizar los posibles efectos sobre la PA ambulatoria y el perfil circadiano de la PA (profundidad); para ello, utilizamos un monitor SpaceLabs 90207 con ajuste individual de los períodos diurno y nocturno en cada paciente.

Resultados. En los pacientes que sólo recibieron recomendaciones higiénico-dietéticas, no se observaron modificaciones de la uricemia (-0,3 mg/dL) ni de PA ambulatoria (-1,6 mmHg PAS-24 horas; -1,0 mmHg PAD-24 horas). En los pacientes que recibieron alopurinol 300 mg por la mañana, se objetivó una reducción significativa de la uricemia (-1,8 mg/dL; p < 0,001 respecto al valor

basa) y de PAS-24h (-3,1 mmHg; p < 0,001) y PAD-24h (-1,7 mmHg; p = 0,178). Por último, en los pacientes que recibieron alopurinol 300 mg por la noche, se produjo una significativa reducción de los valores de AU sanguíneo (-3,2 mg/dL; p < 0,001 respecto al valor basal) y una importante reducción de la PA ambulatoria (disminución de 6,7 mmHg en la PAS-24h y de 4,4 mmHg en la PAD-24h; p < 0,001 respecto a la MAPA basal; p < 0,001 en relación a los otros dos esquemas de tratamiento), junto con un ligero pero significativo aumento significativo de la profundidad de la PA. El perfil de tolerabilidad y seguridad fue excelente y similar en los 3 grupos de pacientes.

Conclusiones. La administración de alopurinol en hombres jóvenes con hiperuricemia reduce de manera significativa los niveles de ácido úrico en la sangre y disminuye la PA ambulatoria. Sin embargo, cuando dicha administración se realiza en régimen cronoterapéutico nocturno, no sólo incrementa el efecto hipouricemiante (en comparación con la administración matutina), sino que disminuye de manera estadísticamente significativa la PAS y la PAD ambulatorias. A pesar de la limitación del tamaño muestral, los hallazgos de este estudio vienen a confirmar la relación existente entre uricemia y el desarrollo de HTA y enfermedad cardiovascular; en este sentido, es posible que los aspectos cronobiológicos referentes al ácido úrico y a las variaciones circadianas de la PA y NO, jueguen un papel importante como mecanismos desencadenantes.

RV-142

ASOCIACIÓN PA Y POLIMORFISMO DE ENOS P. GLU298ASP

J. Miramontes González¹, C. Cieza Borrella², L. Corral Gudino¹, I. Alaez Cruz¹, M. Borao Cengotita-Bengo¹, R. González Sarmiento² y A. Sánchez Rodríguez¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Medicina Molecular. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.

Objetivos. La HTA presenta un origen multifactorial en la mayoría de los pacientes que se valoran en las consultas de HTA y riesgo vascular. Muchas de las pruebas que realizamos están examinadas a destacar una causa potencialmente tratable, siendo estos casos menos del 10%. Dentro del origen multifactorial que subyace a la HTA de etiología desconocida están los factores genéticos. La óxido nítrico sintetasa (eNOS), localizada a nivel endotelial, sintetiza el óxido nítrico (NO) que participa de una forma muy activa en los procesos de relajación del músculo liso arterial y del metabolismo del endotelio.

Material y métodos. Se seleccionan pacientes de forma aleatoria en un servicio de M. Interna, 298 en total, a los que se les realiza tres tomas de presión arterial (PA) y se calcula la cifra media de las 2 últimas. A estos mismos pacientes se les realiza una extracción de sangre periférica que se procesa para conseguir ADN, posteriormente se realiza una búsqueda del polimorfismo comentado. Se recogen los datos de PA y los de sexo de los pacientes. Los datos se procesan mediante el paquete estadístico SPSS.

Resultados. Se resumen en las tablas.

Discusión. La HTA tiene un origen multifactorial, los factores genéticos son unos de los que contribuyen a desarrollarla, pero no los únicos.

Conclusiones. El polimorfismo de eNOS P. GLU298ASP no se asocia a HTA/no HTA en la población estudiada.

Tabla 1 (RV-142). Datos poblacionales

	Sexo	Edad
Mujeres	155	70,33 (13,59)
Hombres	143	73,97 (12,64)

Tabla 2 (RV-142).

	Polimorfismos		Test de chi cuadrado	
Sí HTA	27 (TT)	0,931	97 (TG)	34 (GG)
No HTA	38 (TT)	0,931	90 (TG)	52 (GG)

RV-143**ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO PARA LA PREVENCIÓN SECUNDARIA DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN PACIENTES VIH QUE INGRESAN POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO**

L. Beltrán Romero, I. Martín Garrido, D. Mendoza Giraldo, M. Martínez Risquez, L. Gómez Morales, J. Medrano Ortega y S. García Morillo

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. Desde la implantación de la terapia antirretroviral de alta eficacia (TARGA) la infección VIH se ha convertido en una infección crónica en los países industrializados. En ellos, el número de eventos cardiovasculares es todavía bajo, pero supone un problema clínico emergente y se observa una tendencia al aumento de incidencia en la última década. El objetivo de nuestro estudio es analizar la adecuación de la prevención secundaria de cardiopatía isquémica en pacientes VIH que ingresan por síndrome coronario agudo (SCA) como expresión de evento vascular isquémico mayor.

Material y métodos. Se incluyeron a todos los pacientes que ingresaron el periodo de tiempo comprendido entre 1 de enero de 2000 al 31 diciembre de 2009 en el HHUU Virgen del Rocío con infección VIH y cuyo motivo de ingreso fuese síndrome coronario agudo. Obtuvimos un total de 20 pacientes. Se revisaron los informes de alta. El estudio se realizó a modo de auditoría considerando como: Criterio de adecuación: todo paciente VIH que ingresa por SCA debe recibir al alta prevención secundaria con antiagregación, betabloqueantes, estatinas e IECAs/ARA-II en ausencia de contraindicaciones. Estándar: óptimo > 90% de pacientes reciben correcta prevención secundaria (los 4 fármacos recomendados). Mínimo > 75% de pacientes reciben correcta prevención secundaria (los 4 fármacos recomendados). Indicador: número de pacientes VIH con SCA que reciben tratamiento correcto de prevención secundaria cardiopatía isquémica \times 100/Total de pacientes VIH que ingresan por SCA sin contraindicaciones para recibirla.

Resultados. De los 20 pacientes incluidos en el estudio, 11 (55%) recibieron al alta tratamiento médico adecuado para la prevención secundaria de cardiopatía isquémica, mientras que en 9 casos (45%) uno o más de los fármacos indicados faltaba. Todos los pacientes recibieron terapia antiagregante al alta y 17 de ellos (85%) recibieron además betabloqueantes. Se indicaron estatinas en 15 de los casos (75%), el mismo número de casos en que se indicó tratamiento con IECAs/ARA-II.

Conclusiones. En nuestra muestra la adecuación del tratamiento médico para prevenir nuevos eventos coronarios es claramente subóptima: casi el 50% de los casos de pacientes VIH que ingresan en nuestro hospital por síndrome coronario agudo no reciben al alta un tratamiento adecuado para prevenir eventos coronarios futuros en ausencia de condiciones que lo contraindiquen. Creemos que puede deberse fundamentalmente a la preocupación por las posibles interacciones farmacológicas entre estos fármacos y el tratamiento antirretroviral. Sin embargo estas interacciones, aunque existen, pueden minimizarse conociendo los fármacos con menor probabilidad de tener interacciones clínicas relevantes y ajustando las dosis de las estatinas, IECAs y/o de los fármacos antirretrovirales cuando sea necesario. Sin perder de esta forma los beneficios que se obtienen en estos pacientes de alto riesgo.

RV-144**RIESGO RESIDUAL EN PACIENTES HIPERTENSOS HIPERLIPIDÉMICOS TRATADOS CON HIPOLIPEMIANTES**

A. Hermida Ameijeiras, J. López Paz, M. Pena Seijo, M. Romero Míguez, G. Calvo González, A. Pose Reino, I. López Rodríguez y C. Calvo Gómez

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

Objetivos. Algunos estudios indican que niveles bajos de colesterol HDL y altos de triglicéridos (TG) tienen un impacto negativo en la morbimortalidad cardiovascular y pudieran contribuir al riesgo cardiovascular (RCV) residual de los pacientes tratados con estatinas, cuyo objetivo fundamental es la de reducir los niveles de las lipoproteínas de baja densidad (LDL); existe poca información disponible acerca de estas alteraciones y cuál es su prevalencia. El objetivo principal del presente estudio fue estimar la prevalencia de las alteraciones el perfil lipídico (fundamentalmente respecto a TG y HDL-C) y sus relaciones con otros factores de RCV, en una población de pacientes hipertensos con dislipidemia que reciben tratamiento hipolipemiante.

Material y métodos. Estudio epidemiológico, observacional y transversal, realizado entre septiembre 2008 y octubre de 2009 en la Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Como criterio de inclusión los pacientes con hipertensión arterial (HTA) debían recibir tratamiento previo con hipolipemiantes (estatinas, fibratos, ezetimibe) y disponer de un perfil lipídico con lipoproteínas en los 3 meses previos a la valoración, junto con una evaluación clínica y biológica, con estratificación del RCV. Se determinó control lipídico en base a criterios de ATP-III (TG < 150 mg/dL, HDL-C > 40 mg/dL en hombres y > 50 mg/dL en mujeres y LDL-C por nivel de RCV). Según las alteraciones del perfil lipídico, los pacientes fueron clasificados en 4 grupos: G1: sin alteraciones lipídicas, G2: elevación de LDL-C, con HDL-C y TG normales; G3: elevación de C-LDL y HDL-C bajo y/o TG altos; G4: LDL-C normal con HDL-C bajo y/o TG altos. Se realizó un análisis comparativo entre los 4 grupos.

Resultados. De los 3216 pacientes (52,1% mujeres, edad media de 63,9 años), el 40,8% no alcanzó el objetivo de LDL-C, según criterios de ATP-III. Casi una tercera parte (31,4%) de los pacientes estaban en el grupo 1, 22,6% en el grupo 2, 18,2% en el grupo 3, el 27,8% estaban en el grupo 4. Los niveles altos de TG y/o HDL-C bajos presentaron una mayor asociación con otros factores de RCV (obesidad, diabetes, tabaquismo y cifras elevadas de PA; $p < 0,001$). Por el contrario, esta asociación no se observó en pacientes con niveles altos de LDL-C, con la excepción del hábito de fumar ($p < 0,001$).

Conclusiones. En pacientes hipertensos con hiperlipidemia tratada con fármacos hipolipemiantes, la prevalencia de alteraciones en el perfil lipídico es un trastorno relativamente frecuente, fundamentalmente en lo referente a los niveles elevados de triglicéridos y/ bajos de colesterol HDL que, en la mayoría de las ocasiones, no se contemplan como dianas terapéuticas, lo que contribuye a mantener un riesgo cardiovascular residual en estos pacientes, a pesar del tratamiento.

RV-145**TRATAMIENTO DURANTE EL INGRESO DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS HOSPITALIZADOS EN ZAMORA**

P. García Carbó, P. Sánchez Junquera, A. de la Vega Lanciego, M. Chimento Viñas, E. Martínez Velado, J. Soto Delgado, V. Vela García y L. Arribas Pérez

Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora.

Objetivos. Analizar el tratamiento hipoglucemiante de los pacientes que ingresan en el Servicio de Medicina Interna antes, du-

rante y al alta para conocer la importancia que se le da al mismo por parte de los especialistas en Medicina Interna en nuestro complejo asistencial.

Material y métodos. Estudio observacional descriptivo de pacientes diabéticos ingresados en el Servicio de Medicina Interna durante el mes de marzo de 2010 por cualquier causa. Se analizaron las siguientes variables: tratamiento hipoglucemiante antes del ingreso (insulina, ADO, dieta), tratamiento durante el ingreso (pautas establecidas en nuestro complejo de insulina rápida, ADO, otras pautas de tratamiento, ningún tratamiento), tratamiento al alta (mayor, menor o mismo requerimiento que al ingreso) y educación diabetológica. Los resultados se analizaron con el programa estadístico SPSS 11.5.

Resultados. De los 98 pacientes diabéticos que ingresaron, se revisaron un total de 83 historias procedentes de Hospital Virgen de la Concha y Hospital Provincial de Zamora. Del total de pacientes analizados antes de su ingreso, el 33% estaban en tratamiento único con antidiabéticos orales (ADO), un 15% con insulina más ADO y un 14% con insulina en distintas pautas. El 20% solo precisaban tratamiento dietético. En el momento de su ingreso el 40% de los pacientes recibieron una de las escalas de insulina rápida existentes en el complejo. El 27% recibieron una pauta de insulina distinta o combinación de insulina con ADO y un 4% de los pacientes fueron tratados únicamente con ADO. El 13% no recibieron tratamiento hipoglucemiante de ningún tipo. En el momento del alta más de un tercio de los pacientes precisaron mayor intensidad de tratamiento, frente al 29% a los que se mantuvo las mismas dosis y al 17% que fueron dados de alta con menos tratamiento. La educación diabetológica previa al alta fue reflejada únicamente en 2 de los pacientes revisados.

Discusión. En el análisis realizado observamos que en el momento del ingreso de los pacientes diabéticos en la mayor parte de los casos se prefiere el uso de insulina en escalas ya predeterminadas. Ambulatoriamente los pacientes reciben preferentemente tratamiento oral, siendo éste suspendido en la mayoría de los casos en el momento del ingreso. Las pautas de insulinización hospitalaria fueron en la mayoría de los casos corrección en escalas, no aplicándose las nuevas directrices de insulinización que se aconsejan en el protocolo SEMI. Más de la mitad de los pacientes necesitaron modificaciones en su tratamiento de base en el momento del alta. Llama la atención la escasa importancia que se le da a la educación diabetológica en el ámbito hospitalario en nuestro servicio.

Conclusiones. 1. La mayoría de pacientes precisaron modificación de tratamiento de base durante el ingreso y al alta. 2. Se sigue aplicando con mucha frecuencia la corrección según escalas de insulina rápida. 3. En la mayoría de los casos se prefiere la insulina para el control intrahospitalario. 4. La educación diabetológica recibe muy escasa importancia en Medicina Interna.

RV-146 TRATAMIENTO CON VALSARTÁN EN DOSIS ALTAS EN HIPERTENSOS NO DIPPER

J. López Paz, A. Hermida Ameijeiras, M. Pena Seijo, A. Pose Reino, M. Romero Míguez, G. Calvo González, I. López Rodríguez y C. Calvo Gómez

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

Objetivos. Resultados previos con varios antagonistas de los receptores de la angiotensina-II (valsartán, telmisartán y olmesartán) han demostrado su eficacia en la reducción de la presión arterial (PA) durante las 24 horas, independientemente de la hora de administración; sin embargo, la toma de estos ARA-II en horario nocturno, aumentó la profundidad de la PA a expensas de una mayor reducción de la PA nocturna. Por esa razón, en el presente estudio, hemos analizándola eficacia cronoterapéutica de valsartán, a dosis altas, en una cohorte pacientes hipertensos no dipper.

Material y métodos. Estudiamos 45 pacientes (24 mujeres) de $62,3 \pm 11,4$ años, diagnosticados de hipertensión arterial (HTA) esencial confirmada mediante monitorización ambulatoria de la PA (MAPA) y con un perfil circadiano no-dipper (descenso de la PA nocturna $< 10\%$ respecto a la PA diurna), que no recibían tratamiento antihipertensivo previo. Previa valoración clínica y biológica, los pacientes fueron asignados a 2 grupos de tratamiento en función del horario de toma de valsartán 320 mg/día: por la mañana al levantarse (LEV) o por la noche al acostarse (ACO). La presión arterial se monitorizó ambulatoriamente (con un dispositivo SpaceLabs 90207) antes y después de 3 meses de intervención farmacológica y se comparó, la eficacia antihipertensiva y los cambios en el perfil circadiano de la PA, entre ambos esquemas cronoterapéuticos.

Resultados. Después de 3 meses de tratamiento, se produjo una reducción significativa de la PA-24h y PA-diurna respecto a los valores basales ($p < 0,001$), similar en ambos grupos, con eficacia antihipertensiva demostrada a lo largo de las 24 horas del día (reducción PAS/PAD 24h: 16,6 y 10 mmHg al LEV; 18,8 y 11,6 mmHg al ACO; reducción PAS/PAD-diurna: 16,6/10,2 mmHg al LEV; 17,1/10,4 mmHg al ACO). Sin embargo, cuando se analizó la reducción de la PA-nocturna, existen diferencias significativas entre ambos grupos de tratamiento, con una mayor reducción en los pacientes que recibieron valsartán 320 mg por la noche (reducción PAS/PADnoche: 15,5/9,7 mmHg al LEV; 24,3/15,5 mmHg al ACO; $p < 0,001$). Cuando calculamos la profundidad de la PA, ésta no se modificó con Valsartán al levantarse (Profundidad PAS/PAD: $-0,4/+0,1\%$) pero, aumentó significativamente, cuando el fármaco se administró al acostarse (profundidad PAS/PAD: $+6,3/+7,4\%$; $p < 0,001$), lo que facilitó un cambio en el 69,6% de los pacientes hacia un perfil circadiano dipper.

Conclusiones. Al igual que ocurre con otros ARA-II, la administración cronoterapéutica de valsartán 320 mg/día en pacientes hipertensos no-dipper, demuestra una excelente eficacia antihipertensiva a lo largo de las 24 horas, con independencia del horario en que haya administrado la medicación. No obstante, cuando el fármaco se toma por la noche al acostarse, se produce una mayor reducción de la PA nocturna y el consiguiente incremento de la profundidad de la PA que, en muchos casos, "normaliza" el perfil circadiano alterado de estos pacientes.

RV-147 CONTROL GLUCÉMICO DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS QUE INGRESAN EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN ZAMORA

A. de la Vega Lanciego¹, P. García Carbó¹, P. Sánchez Junquera¹, M. Chimeno Viñas¹, E. Martínez Velado¹, J. Soto Delgado¹, G. Hernández Pérez¹ y G. García Benito²

¹Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera (Cádiz).

Objetivos. Analizar el grado de control glucémico previo al ingreso, durante el mismo y al alta hospitalaria.

Material y métodos. Estudio observacional descriptivo de pacientes diabéticos ingresados en el Servicio de Medicina Interna durante el mes de marzo de 2010 por cualquier causa. Se analizaron las siguientes variables: control previo al ingreso mediante cifra de HbA1C, modalidad de control durante el ingreso y grado de objetivo de control al alta según protocolo SEMI. Se analizó también grado de control de los pacientes que recibieron tratamiento corticoideo. Los resultados se analizaron con el programa estadístico SPSS 11.5.

Resultados. De los 98 pacientes diabéticos que ingresaron, se revisaron un total de 83 historias procedentes de Hospital Virgen de la Concha y Hospital Provincial de Zamora. A su ingreso se determinó la HbA1C en 72 de los pacientes, con cifras entre 4,50 y 15,40,

con una mediana en torno al 7%. El control fue bueno en el 42% de los pacientes. Durante el ingreso la modalidad de control más frecuente fueron los niveles precomidas en el 73% de los casos, controles postprandiales el 1% y perfil de siete puntos el 2%. En el 6% de los pacientes no se reflejaron niveles glucémicos durante el ingreso. Al alta el 30% de los pacientes presentaban un adecuado control, frente al 33% que se fueron de alta con hiperglucemia para continuar controles por su MAP. En un tercio de los pacientes no encontramos reflejado en la historia el grado de control al alta. Del total de pacientes, 17 recibieron tratamiento durante su ingreso con corticoides, presentando estos un mayor grado de mal control frente al total de la muestra. Sólo 2 pacientes se fueron de alta dentro de objetivos.

Discusión. El control de cifras de glucemia en pacientes diabéticos ingresados es un parámetro importante. En el análisis realizado se constata que no siempre se le da la importancia que debe tener, tanto a la hora de solicitar la HbA1c al ingreso como durante el mismo. La gran mayoría de los pacientes solo recibieron controles precomidas de sus niveles glucémicos y un porcentaje muy alto se fue de alta sin alcanzar objetivos de control. El hecho de recibir tratamiento corticoideo condicionó un peor control glucémico durante el ingreso y un mayor porcentaje de pacientes al alta fuera de objetivos.

Conclusiones. 1. La HbA1c es un parámetro importante que refleja el grado de control previo de los pacientes ingresados, no siendo determinada en todos los casos. 2. El control de los pacientes durante el ingreso y al alta es deficitario en un porcentaje elevado de pacientes. 3. Los pacientes que recibieron corticoides lograron un peor control de cifras glucémicas.

RV-148 EFICACIA Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO BOLO-BASAL EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 TRAS EL ALTA DE MEDICINA INTERNA

J. Espada Muñoz, S. Puerta Fernández y J. Carrillo Linares

Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

Objetivos. Valorar la eficacia y adherencia al tratamiento bolo-basal en pacientes diabéticos tipo 2 tras el alta de planta de Medicina Interna.

Material y métodos. Se recogen los informes de alta de todos los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus (DM) dados de alta durante los meses de septiembre y octubre de 2009. Revisamos el tratamiento antidiabético de estos pacientes valorando cuántos tienen tratamiento insulínico intensivo bolo-basal al alta. Se recoge a su vez el valor de HbA1c durante el ingreso y a los tres meses del alta. Contactamos a través de llamada telefónica con los pacientes en tratamiento bolo-basal al alta para valorar su continuidad y si se suspende el tratamiento valorar la causa.

Resultados. Recogemos un total de 52 pacientes dados de alta con el diagnóstico de diabetes mellitus. La media de edad de los pacientes es de 74 años oscilando entre 94 y 33 años. El porcentaje de varones es de un 48,1% y mujeres un 51,9%. Los pacientes con tratamiento bolo-basal preingreso son un 1,9% pero el tratamiento no está recogido en un 19% de los casos. Durante el ingreso reciben tratamiento bolo-basal un 37,7% pero no queda reflejado el tipo de tratamiento en un 54,7%. Se pauta tratamiento bolo-basal al alta en un 20,8% (11) de pacientes y lo mantienen tras el alta un 72% de los pacientes (8) (15,1% del total). Lo suspenden 3 pacientes (27%) por decisión de su médico (simplificación terapéutica). La media de HbA1c durante el ingreso es de un 7,7% siendo llamativa la falta de esta determinación en un 50% de los ingresados. La media tras el alta de HbA1c es de un 7,06%.

Discusión. Nuestra intención es conocer el nivel de adherencia y la eficacia del tratamiento bolo-basal en los pacientes tras el alta

de Medicina Interna, ya que son pacientes que tienen características de cierta complejidad a la hora de cumplirlo. En nuestro hospital observamos que durante el ingreso se utiliza este tratamiento con una frecuencia de casi un 40% (37,7%), pudiendo ser mayor ya que no queda constancia del tipo de tratamiento en un 55% de los pacientes. Por otro lado al alta es un tratamiento que se pauta en un porcentaje menor (20,8%) lo que puede estar en relación con que el control de la diabetes mellitus sea eficaz previamente (media de HbA1c al ingreso de 7,7%) o bien con su dificultad de uso (ya que no tenemos la HbA1c al ingreso en 26 pacientes, 50,9%). Al alta se suspende el tratamiento en 3 pacientes (un 27% de los tratados) por decisión médica, sustituyendo o bien la insulina por antidiabéticos orales (ADO) o bien por terapia basal aislada. De los 8 pacientes que no modifican la terapia en 3 de ellos se observa un aumento de HbA1c tras el alta.

Conclusiones. El tratamiento bolo-basal se pauta en un 20% de los pacientes tras el alta y se mantiene en un alto porcentaje (72%) a pesar de la edad de nuestros pacientes. La sustitución del tratamiento se produce en un 27% de los pacientes, en todos ellos por decisión médica (simplificación terapéutica). Todos los pacientes que modifican el tratamiento tras el alta presentan un descenso de HbA1c (buen control metabólico). Existen muchos casos sin determinación de HbA1c, imprescindible para valorar el control terapéutico.

RV-149 HIPERTENSIÓN AMBULATORIA EN EL ANCIANO. EFECTO DE LA COMBINACIÓN VALSARTÁN Y AMLODIPINO

J. López Paz¹, A. Hermida Ameijeiras¹, M. Pena Seijo¹, M. Romero Miguez¹, G. Calvo González¹, A. Pose Reino¹, A. Coca Payeras¹ y C. Calvo Gómez²

¹Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela (A Coruña).

²Unidad de Hipertensión Arterial. Hospital Clínic i Provincial. Barcelona.

Objetivos. La administración nocturna de algunos fármacos que inhiben o bloquean el sistema renina-angiotensina, producen un aumento significativo de la profundidad de la presión arterial (PA) sistólica, la cual disminuye progresivamente con la edad ya que pérdida del descenso nocturno de PA está asociada al envejecimiento. En los hipertensos ancianos se produce un aumento de la PA diferencial o presión de pulso (PP) y es difícil conseguir un adecuado control de la PAS, por lo que se requiere habitualmente tratamiento combinado. En el presente estudio, hemos investigado los efectos sobre la PA ambulatoria de la combinación de valsartán (VAL) y amlodipino (AML) en dosis fijas, en una cohorte de pacientes hipertensos ancianos, administrada a diferentes horas del día.

Material y métodos. Estudiamos 54 pacientes ancianos con hipertensión arterial esencial ligera-moderada (25 hombres y 29 mujeres) de 74,8 ± 6,9 años, sin tratamiento farmacológico antihipertensivo previo, asignados aleatoriamente a dos grupos en función de la hora de administración de una combinación a dosis fijas de valsartán/amlodipino 160/5 mg al día: a la hora de levantarse (LEV) o bien a la hora de acostarse (ACO), durante 3 meses de tratamiento. En todos los casos, se realizó una valoración clínica y biológica y se realizó monitorización ambulatoria de la PA (MAPA) antes y después de la intervención terapéutica, utilizando un monitor SpaceLabs 90207, para valorar los cambios antes y antes de la intervención terapéutica.

Resultados. Después de 3 meses de tratamiento, se produjo una reducción significativa de la PA-24h y PA-diurna respecto a los valores basales (p < 0,001), similar en ambos grupos, con eficacia antihipertensiva demostrada a lo largo de las 24 horas del día (reducción PAS/PAD/PP 24h: 21,1/4,5/16,6 mmHg al LEV; 20,9/6,3/18,6 mmHg al ACO; reducción PAS/PAD/PP-diurna: 21,5/6,8/14,7 mmHg

al LEV; 19,5/5,9/13,6 mmHg al ACO). Sin embargo, cuando se analizó la reducción de la PA-nocturna, existen diferencias significativas entre ambos grupos de tratamiento, con una mayor reducción en los pacientes que recibieron VAL/AML por la noche (reducción PAS/PAD/PP-noche: 20,3/6,5/13,8 mmHg al LEV; 25,5/7,0/18,5 mmHg al ACO; $p < 0,001$ para PAS y PP). Cuando calculamos la profundidad de la PA, ésta no se modificó con VAL/AML al levantarse (profundidad PAS/PAD: -0,06/+0,72%) y, sin embargo, aumentó significativamente, cuando la combinación se administró al acostarse (profundidad PAS/PAD: +5,67/+2,43%; $p < 0,001$). Los resultados ratifican los datos de estudios previos: confirman el sinergismo de ambos fármacos, la mayor eficacia de valsartán en administración nocturna y la homogeneidad en el efecto antihipertensivo de amlodipino.

Conclusiones. La combinación, a dosis fijas, de valsartán y amlodipino es eficaz y reduce la presión arterial durante las 24 horas del día en pacientes hipertensos ancianos, independientemente de su hora de administración. Sin embargo, en estos pacientes que se caracterizan por una pérdida en la profundidad de la PA, la administración de dicha combinación debería ser en horario nocturno, para aumentar la profundidad de la PA y la eficacia antihipertensiva.

RV-150 EFECTOS DE ROSUVASTATINA SOBRE LA PRESIÓN ARTERIAL AMBULATORIA

M. Pena Seijo¹, A. Hermida Ameijeiras¹, J. López Paz¹, G. Calvo González², M. Romero Miguez¹, A. Coca Payeras², A. Pose Reino¹ y C. Calvo Gómez¹

¹Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela (A Coruña).

²Unidad de Hipertensión Arterial. Hospital Clínic i Provincial. Barcelona.

Objetivos. Entre las acciones no hipolipemiantes o pleiotrópicas, existen resultados controvertidos acerca del efecto de las estatinas sobre la presión arterial (PA), con un "posible efecto hipotensor" que se produciría a través de la vasodilatación dependiente de endotelio y la cual está reducida en pacientes con hipercolesterolemia (HC). El objetivo principal del estudio, ha sido analizar los efectos de rosuvastatina sobre la PA ambulatoria, en una cohorte de pacientes hipertensos con hipercolesterolemia, al margen de su efecto hipolipemiante.

Material y métodos. Se estudiaron 57 pacientes (31 mujeres, edad de $54,5 \pm 9,3$ años) diagnosticados de hipertensión arterial (HTA) esencial tratada e Hipercolesterolemia Primaria no tratada e indicación de tratamiento farmacológico hipolipemiante. Los pacientes recibían tratamiento antihipertensivo previo con IECAS o ARA-II y/o calcioantagonistas (en esquemas terapéuticos estables en los últimos 3 meses. Previa evaluación clínico-biológica, los pacientes fueron asignados a dos tipos de intervención terapéutica: Recibieron simplemente recomendaciones higiénico-dietéticas, o fueron tratados con rosuvastatina a una dosis fija de 10 mg/día en administración nocturna, durante un periodo de 8 semanas. Se realizó un análisis comparativo, entre ambos tipos de intervención terapéutica, en los efectos sobre los distintos parámetros de la PA ambulatoria, antes y después del tratamiento, utilizando MAPA de 24 horas (monitor SpaceLabs 90207). Se evaluó también los efectos del tratamiento sobre el perfil bioquímico-metabólico de los pacientes.

Resultados. En el grupo de pacientes con tratamiento no farmacológico, no se objetivaron cambios en la PA ambulatoria ni tampoco modificaciones en el perfil lipídico respecto a los valores basales. Por el contrario, en los pacientes tratados con rosuvastatina 10 mg por la noche ($n = 30$), se observó una reducción significativa, tanto de la PAS como de la PAD ambulatorias (reducción de 5,3/4,1 mmHg en la media de PA 24-horas; 4,7/5,0 mmHg en la media de PA-diur-

na; 7,6/4,5 mmHg en la media de PA-nocturna; $p < 0,001$), además de un incremento significativo de la profundidad de la PAS (+2,64%; $p < 0,001$). También se observó una reducción significativa del colesterol total y colesterol-LDL y se alcanzaron objetivos de control lipídico el 73,3% de los pacientes que tomaron 10 mg diarios de rosuvastatina.

Conclusiones. Con independencia del demostrado efecto hipolipemiante, en los pacientes hipertensos que tienen hipercolesterolemia asociada, la administración nocturna de rosuvastatina reduce significativamente la PA ambulatoria y aumenta la profundidad de la presión arterial sistólica. Este efecto "hipotensor" de rosuvastatina sobre la presión arterial ambulatoria y el perfil circadiano, podría estar relacionado con la mejoría de la disfunción endotelial que presentan estos pacientes y que puede mejorar tras la administración de algunas estatinas.

RV-151 PODEMOS MEJORAR EL CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES

J. García Moreno, S. Bermejo Vázquez, B. Barón Franco, A. Camacho Molina, C. Espejo Fernández, J. Rodríguez y E. Pujol de la Llave

Servicio de Medicina Interna. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Objetivos. Valorar si somos capaces de mejorar el control hospitalario de los FRCV y con ello conseguir un mejor manejo terapéutico al alta.

Material y métodos. Comparamos los pacientes que ingresaron en nuestro servicio de Medicina Interna en los 6 primeros meses de 2009 y del 2010 por SCA o ICC. En el Congreso de la SEMI Valencia presentamos los resultados del 2009. Se ha realizado una "intervención terapéutica", la introducción de una Guía para el control glucémico de los pacientes hospitalizados con la aplicación del bolo basal de insulina.

Resultados. En los 6 primeros meses del 2010 ingresaron 322 pacientes por SCA y/o ICC. El 44,7% de los pacientes eran hombres y el 55,3% mujeres. La edad media de los pacientes fue de 72,32 años. Factores de riesgo: diabetes 47,8%, dislipemia 62,7%. Los pacientes con dos factores de riesgo 37,8%. En mujeres 37,5% y hombres 38,2%. En SCA los pacientes diabéticos y dislipémicos son 39,7%, y los pacientes sin ningún de los dos FR 28,7%. En la ICC los pacientes con los dos FR 36,3%, sin ninguno de los 2 FR 26,13%. Los reingresados fueron el 60,24%, con mayor frecuencia por ICC. De los pacientes que habían reingresado tenían dos FR el 46,3%, y con único FR 34%, y sin ninguno de los dos FR 26,8%. Los pacientes diabéticos con Hb fuera del rango fueron 69% de los pacientes. Los pacientes dislipémicos con valores considerados de riesgo fueron el 29%. De los pacientes que no cumplían criterios de control adecuado de la diabetes no se modificó el tratamiento en 9% es estadísticamente significativo la modificación del tratamiento al alta de los pacientes con Hb glicosilada fuera de rango al ingreso, $p 0,01$. Pacientes dislipémicos con mal control en los que no se modificó el tratamiento fueron 32,6%, $p 0,307$.

Discusión. Hace un año analizamos las características de los pacientes ingresados por SCA e ICC. Concluíamos que la inercia terapéutica impedía que nuestros pacientes se beneficiaran de un cambio de tratamiento y con ello de un mejor control cardiovascular. Se han introducido las guías para aplicar el tratamiento bolo basal a los pacientes ingresados. Las poblaciones que hemos comparado son de características similares. La distribución de los factores de riesgo también fue similar. En las mujeres continúa predominando la diabetes como FR, y en los varones la dislipemia, además con mayor prevalencia que en el año anterior. Los pacientes que han ingresado este año tienen mayor número de FR aunque no de manera significativa. Son más los pacientes diabéticos que ingresan

mal controlados, y disminuyen los dislipémicos mal controlados. Tanto en los diabéticos como en los dislipémicos si se hizo un ajuste de tratamiento al alta más adecuado, estadísticamente significativo para los pacientes diabéticos. No se realizó ajuste de tratamiento en todos los pacientes con indicación, pero si obtenemos mejores resultados que en los pacientes del año anterior. Comprobamos que aumentan el número de pacientes a los que se les modifica su tratamiento al alta según indicación de las guías terapéuticas.

Conclusiones. Es necesario un énfasis mayor en el control de los FR, lo cual debe convertirse en una prioridad especial en los pacientes hospitalizados. El prestar mayor atención a los FRCV, tanto en la fase aguda de hospitalización como en la fase crónica, mejora el pronóstico en sujetos de alto riesgo cardiovascular.

RV-152 BODY MASS INDEX AND WAIST CIRCUMFERENCE IN MOZAMBIQUE: URBAN/RURAL GAP DURING EPIDEMIOLOGIC TRANSITION

A. Amaral Gomes¹, A. Damasceno², A. Azevedo³ y N. Lunet³

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Sao Joao. Porto (Portugal). ²Faculdade de Medicina. Hospital Universitário. Maputo (Portugal). ³Higiene e Epidemiologia. FMUP/Hospital de Sao Joao. Porto (Portugal).

Objectives. 2005 we evaluated a nationally representative sample of the Mozambican adult population (n = 2913; 25 to 64 years old) following the Stepwise Approach to Chronic Disease Risk Factor Surveillance to estimate urban-rural differences in overweight and obesity and waist circumferences.

Results. The prevalences of overweight and obesity were 10.8% and 4.8%, respectively, higher in urban women than in urban men (age- and education-adjusted OR = 3.50, 95%CI: 2.59-4.73), and in urban compared to rural settings. The average waist circumference in Mozambique was 75.2 cm (95%CI: 74.3 to 76.0) in women and 76.1 cm (95%CI: 75.0 to 77.3) in men, significantly higher in urban than rural areas. Significant gender differences were observed only in urban areas (women vs men: age- and education-adjusted r = 20.5 cm, 95%CI: 7.9 to 33.0).

Discussion. Our results illustrate the changing paradigms of "diseases of affluence" and the dynamic character of the epidemiological transition. Among the urban and the wealthier Mozambicans, strategies must be put forward in order to avoid the apparently inexorable path that more developed nations have already treaded. Among the poor and the rural inhabitants, care must be employed when interpreting estimates, as they may simply reflect increasing well being, erroneously pointing to an unfounded notion of obesity as a health problem.

RV-153 MANEJO DEL PACIENTE CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN MEDICINA INTERNA

E. Gaspar García, M. González García, M. González Gómez, A. Calvo Cano, G. García García, L. Barrera Santana, M. Lobo Pascua y D. Magro Ledesma

Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina. Badajoz.

Objetivos. Conocer las características de los pacientes con evento coronario agudo (ECA) que ingresan en Medicina Interna (MI), así como valorar la evolución y el tratamiento al alta.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo, para lo cual se revisaron informes de alta de 80 pacientes que sufrieron un ECA y que ingresaron en nuestro servicio durante el periodo 2007-2010. Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS 15.0.

Resultados. Del análisis de los datos se obtuvo que el 51,3% fueron hombres y el 48,8% mujeres, con una media de edad de 81 años y una estancia media de 13 días. En cuanto a factores de riesgo cardiovascular, el 87,5% era hipertenso, el 53,8% diabético, el 36,3% dislipémico y 17 pacientes fumadores. Como antecedentes de cardiopatía, 22 pacientes presentaron fibrilación auricular, 12 permanente y 10 paroxística. El 55% no tenía antecedente de cardiopatía isquémica. Del grupo afirmativo, al 11% se le había practicado angioplastia y al 5% cirugía cardiaca. En el 28,8% fue no revascularizable. Otros fueron ictus (17,5%) o EPOC (10%). 15 pacientes eran oncológicos y 16 tenían deterioro cognitivo. El 58,8% presentó dolor torácico y el 28,8% cortejo vegetativo. El 51,3% aquejó disnea y 4 síncope. El 38,8% asoció semiología de insuficiencia cardiaca aguda. Presentaron anemia el 57% e hiperuremia el 57,5%. Los marcadores de daño miocárdico (troponina, CPK-MB Y LDH) se elevaron en el 66,3%, 45% y 41% respectivamente. Los cambios electrocardiográficos fueron: descenso del ST 50% y ascenso 17,5%. Otros fueron negativización de la onda T (42,5%) o T picuda (2,5%). En 21 casos se obtuvo onda q y en 15 un bloqueo de rama izquierda. 70 pacientes provenían de Urgencias, 6 de UCI y 2 de Cardiología. El motivo de ingreso fue el ECA en el 83,8%. 13 de los pacientes lo presentaron estando ingresados por otro motivo. Habían sido valorados por Cardiología el 47,3%, en el 41% recomendaron manejo conservador y 5 pacientes rechazaron cualquier intervencionismo. El diagnóstico final más prevalente fue síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST) en 41 pacientes, seguido de SCA inclasificable (SCAI) en 30 pacientes y síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST) en 9. Fueron exitos 22 pacientes (10 con SCASEST, 8 con SCAI y 4 con SCACEST). Al alta se prescribió AAS en el 68,2% de los casos (en el 21% asociada a clopidogrel), estatinas en el 73,1%, betabloqueantes en el 68%, IECA o ARA-II en el 56%, nitroglicerina en el 79%, calcioantagonistas en el 22%, digoxina en el 17,5% y diuréticos en el 59,6%.

Discusión. Varios estudios han demostrado que el paciente con ECA que ingresa en Cardiología recibe un tratamiento más acorde con las guías de práctica clínica y un mayor número de pruebas diagnósticas y terapéuticas. Sin embargo, el perfil del paciente ingresado en MI es más añoso y con mayor pluripatología asociada, lo que dificulta el manejo terapéutico e incrementa la estancia hospitalaria. Nuestros resultados son similares a los publicados previamente, destacando la elevada mortalidad que esta patología lleva asociada.

Conclusiones. El incremento de la incidencia de pacientes con enfermedad coronaria y el aumento de la esperanza de vida, se traduce en un motivo cada vez más frecuente de ingreso en MI beneficiándose por ello de un manejo puramente conservador.

RV-154 TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL RESISTENTE: ¿TODA LA MEDICACIÓN POR LA NOCHE?

J. López Paz¹, A. Hermida Ameijeiras¹, M. Pena Seijo¹, M. Romero Miguez¹, G. Calvo González¹, A. Coca Payeras², A. Pose Reino¹ y C. Calvo Gómez¹

¹Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela (A Coruña).

²Unidad de Hipertensión Arterial. Hospital Clínic i Provincial. Barcelona.

Objetivos. La Hipertensión Arterial Resistente (HTAR) se caracteriza por una importante alteración en la variación circadiana de la presión arterial (PA), condicionada, entre otros mecanismos, por el proceso de envejecimiento arterial y por el tratamiento farmacológico administrado, casi siempre, en dosis matutina. Además, en población hipertensa, la lesión en órganos diana es significativamente mayor en los pacientes con un perfil no-dipper el cual predomina en la HTAR. En el presente estudio, hemos planteado como

objetivos analizar la eficacia sobre la reducción y control de la PA y los efectos sobre la eliminación urinaria de albumina (EUA), de una estrategia basada en la administración de toda la medicación antihipertensiva en dosis nocturna, en una cohorte de pacientes ancianos diagnosticados de HTAR.

Material y métodos. Estudio en el que hemos incluido 52 pacientes mayores de 65 años (30 hombres y 22 mujeres, con $75,1 \pm 7,5$ años de edad) diagnosticados de HTAR y un perfil circadiano no dipper (HTAR y perfil circadiano confirmados con MAPA), que toman 4 o más fármacos antihipertensivos en administración matutina. En todos los pacientes, después de ajustar la medicación a dosis terapéuticas, se procedió a administrar toda la medicación antihipertensiva en dosis nocturna (antes de acostarse) durante un período de 24 semanas. Se excluyeron del estudio a todos los pacientes con hipotensión ortostática y con antecedentes de enfermedad cardíaca, cerebral y renal previas. Se analizaron los efectos sobre la PA ambulatoria de 24 horas y el perfil circadiano (cambios en la profundidad de la PA), junto con los cambios en la EUA de 24 horas, antes y después del cambio cronoterapéutico, utilizando un monitor SpaceLabs 90207 y ajustando individualmente los períodos diurno y nocturno.

Resultados. Después de 24 semanas en régimen de cronoterapia nocturna ("todo antes de acostarse"), en los 52 pacientes incluidos en el estudio, se consigue un control de la PA ambulatoria en 22 pacientes (42.3%); se logra revertir la variabilidad circadiana hacia un perfil dipper en 30 pacientes (57.7%) y sólo en 4 casos (7.6%), se objetiva un perfil dipper extremo tras la intervención terapéutica. La profundidad de la PA aumentó cuando toda la medicación se administró al acostarse ($p < 0,001$). La EUA se redujo significativamente en con respecto a los valores basales ($48,6 \text{ mg}/24\text{h}$ vs $25,1 \text{ mg}/24 \text{ horas}$; $p > 0,0001$) tras la administración al acostarse. Esta reducción en la EUA se correlacionó con el aumento de la profundidad de la PA ($p < 0,001$) después del tratamiento nocturno.

Conclusiones. En pacientes ancianos con hipertensión arterial resistente y perfil circadiano no-dipper que toman todo el tratamiento antihipertensivo en administración matutina y no están controlados, cambiar el horario de la medicación a un esquema cronoterapéutico nocturno: Mejora el grado de control de la presión arterial y aumenta significativamente la profundidad de la PA hacia un perfil circadiano más dipper. Esta modificación en el perfil circadiano se correlaciona con un descenso significativo en la eliminación urinaria de albumina y reduce el riesgo cardiovascular elevado de estos pacientes.

RV-155

ESTUDIO CRONOLAM: CRONOTERAPIA CON LA COMBINACIÓN OLMESARTÁN Y AMLODIPINO

A. Hermida Ameijeiras¹, J. López Paz¹, M. Pena Seijo¹, M. Romero Miguez¹, G. Calvo González¹, A. Pose Reino¹, A. Coca Payeras² y C. Calvo Gómez¹

¹Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela (A Coruña).

²Unidad de Hipertensión Arterial. Hospital Clínic i Provincial. Barcelona.

Objetivos. Se han realizado estudios para valorar la eficacia antihipertensiva de la combinación de diferentes ARA-II con amlodipino (AML) aunque, en la actualidad, no existen datos publicados en régimen de cronoterapia. El objetivo del presente estudio es investigar, en una cohorte de pacientes con HTA esencial, la eficacia y efectos sobre la variabilidad circadiana de la PA del tratamiento combinado con olmesartán (OLM) y amlodipino (AML) en cronoterapia.

Material y métodos. Se incluyeron pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años, con diagnóstico de HTA moderada no tratada.

En un diseño prospectivo, aleatorizado, abierto, de grupos paralelos y con una variable de observación enmascarada (diseño PROBE), los pacientes fueron asignados aleatoriamente a 6 grupos de intervención terapéutica con la combinación OLM y AML, en función de las dosis de tratamiento (OLM/AML 20/5 mg, OLM/AML 40/5 mg y OLM/AML 40/10 mg) y del horario la administración: a la hora de levantarse o a la de acostarse, durante 12 semanas. Se aleatorizaron 154 pacientes y 145 (75 hombres y 70 mujeres), con $56,4 \pm 9,7$ años de edad, completaron el estudio. En todos los casos, se realizó una evaluación clínico-biológica antes y después de la intervención terapéutica y se evaluó la eficacia antihipertensiva con medidas clínicas de PA y con MAPA (monitor SpaceLabs 90207) de 24 horas.

Resultados. La eficacia antihipertensiva es dosis-dependiente (mayor reducción de PA clínica y ambulatoria, con las dosis más altas de ambos fármacos) y cuando OLM/AML se administra al acostarse, la eficacia es superior que cuando la combinación se toma al levantarse, $p < 0,001$. Estas diferencias, en función de la hora de administración, se reflejan también sobre la profundidad de la PA, con un incremento significativo de la profundidad sólo cuando la combinación se administra al acostarse ($+ 4,88\%$ y $+ 3,24\%$ con OLM/AML 20/5 mg; $+ 5,51\%$ y $+ 4,08\%$ con OLM/AML 40/5 mg; y $+ 6,37\%$ y $+ 4,87\%$ con OLM/AML 40/10 mg, en la profundidad de PAS y PAD); $p < 0,001$. Cuando el mismo tratamiento combinado se administra por la mañana, no se produjeron modificaciones en la profundidad de la PA ambulatoria, ni cambios en el perfil circadiano. Cuando analizamos el porcentaje de pacientes controlados, después de 12 semanas de tratamiento, con criterios de MAPA (valores medios de PA ambulatoria: PA-24h $< 130/80 \text{ mmHg}$, PA-diurna $< 135/85 \text{ mmHg}$ y PA-nocturna $< 120/70 \text{ mmHg}$), la administración nocturna de OLM/AML siempre es superior en relación con la administración matutina ($p < 0,001$). Finalmente, cuando evaluamos los efectos secundarios en relación con la hora de administración de la combinación OLM/AML, observamos que la administración nocturna del tratamiento reduce casi en un 50% la incidencia del edema.

Conclusiones. Los resultados del estudio indican que, en pacientes con HTA esencial moderada, la administración de la combinación de olmesartán y amlodipino a diferentes dosis y durante 12 semanas de tratamiento, reduce de forma significativa la PA clínica y la PA ambulatoria. Dicha eficacia siempre es dosis-dependiente de ambos fármacos y, siempre es superior, cuando se administra en régimen cronoterapéutico nocturno, con un mayor descenso de la PA ambulatoria, un porcentaje más alto de pacientes controlados con criterios de MAPA y una menor incidencia de efectos secundarios.

RV-156

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR EVENTOS ISQUÉMICOS EN UN HOSPITAL COMARCAL

M. González Benítez, A. Pérez Rivera, C. Luque Amado, B. Escolano Fernández, G. Jarava Rol, M. Maíz Jiménez, I. Gallardo Romero y A. Ruiz Cantero

Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga).

Objetivos. Describir las características clínicas de los pacientes hospitalizados por eventos isquémicos y conocer si vuelven a precisar ingresos hospitalarios, así como el motivo de los mismos.

Material y métodos. Se realizó un estudio descriptivo incluyendo los pacientes ingresados por eventos isquémicos a lo largo de un año en el Servicio de Medicina Interna del Hospital de La Serranía (Ronda, Málaga). Criterios de inclusión: ingreso por ictus establecido o síndrome coronario agudo (SCA) con movilización enzimática. Criterios de exclusión: ingreso por accidente isquémico transitorio o angor. Se recogieron las características clínicas de los pacientes y se realizó seguimiento de los nuevos ingresos de estos pacientes

durante los tres años siguientes. Se resumieron las variables numéricas mediante medias; desviación estándar y las variables cualitativas a través de tablas de frecuencias y porcentajes.

Resultados. Se incluyeron 147 pacientes, 90 hombres (61,2%) y 57 mujeres (38,8%), con una edad media de $70,5 \pm 12,2$ años, ingresados por ictus (68 casos, 46,3%) o SCA (79, 53,7%). Se analizaron las siguientes características clínicas: HTA 86 (58,5%), diabetes 57 (38,8%), hipercolesterolemia 43 (31,3%), tabaquismo 26 (17,7%), enolismo 12 (8,2%), antecedente de cardiopatía isquémica 22 (15%) e ictus previo 14 (9,5%). A lo largo del seguimiento volvieron a ingresar 44 pacientes (29,9%), generando un total de 69 ingresos. Las causas de los nuevos ingresos fueron, en orden de frecuencia: cardiopatía isquémica 25 (36,2%), ictus 16 (23,1%), infecciones 8 (11,5%), insuficiencia respiratoria 7 (10,1%) e insuficiencia cardiaca 6 (8,7%). Fallecieron 13 pacientes (8,8%) durante el seguimiento.

Discusión. Los eventos isquémicos causan frecuentes ingresos hospitalarios. Con el tratamiento a lo largo del ingreso y en el seguimiento posterior se pretende conseguir un control estricto de los factores de riesgo vascular para evitar nuevos eventos isquémicos. Sin embargo, casi un tercio de los pacientes analizados vuelven a ingresar en un periodo de seguimiento relativamente corto, siendo en la mitad de los casos otro evento isquémico el que origina el ingreso. La hipertensión arterial es el factor de riesgo vascular más frecuentemente identificado.

Conclusiones. Los pacientes ingresados por ictus o SCA, generan un número elevado de nuevos ingresos, habitualmente por nuevos eventos isquémicos. Estos pacientes precisan un estrecho seguimiento para intentar obtener un control estricto de los factores de riesgo vascular y prevenir en lo posible la aparición de nuevos problemas, siendo fundamental conseguir un adecuado cumplimiento del tratamiento. Es necesario reforzar la colaboración entre Atención Primaria y Especializada para conseguir mejorar la prevención secundaria en estos pacientes.

RV-158 TRATAMIENTO INDIVIDUALIZADO DE OBESIDAD EN HIPERTENSOS

M. González Benítez, M. Prudencio Muñoz, M. Maíz Jiménez, V. Castellanos Guerrero, M. Godoy Guerrero, G. Jarava Rol, I. Gallardo Romero y A. Ruiz Cantero

Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga).

Objetivos. Medir el efecto de un tratamiento individualizado de obesidad en el peso y la presión arterial de pacientes hipertensos.

Material y métodos. Se incluyó a los pacientes hipertensos con índice de masa corporal (IMC) > 30 remitidos a la consulta de HTA a largo de un año. El tratamiento consistió en una intervención educativa que incluía sesión grupal de información sobre los alimentos, test de motivación, dieta individualizada por raciones y refuerzo de información una vez al mes durante un año, con medida de peso, perímetro de cintura (PC) e IMC. Se realizó un estudio antes-después comparándose IMC, PC y presión arterial sistólica (PAS), diastólica (PAD) y media (PAM) al inicio de la intervención, al año (momento de finalización de la intervención) y a los dos años (1 año después de finalizar la intervención). La medición de la presión arterial se realizó mediante monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA).

Resultados. 61 pacientes incluidos (32 hombres, 29 mujeres), edad media $59,84 \pm 14,59$ años. Redujeron su IMC 56 pacientes (91,8%). El IMC medio al inicio de la intervención fue de $33,68 \pm 3,56$, al año $31,65 \pm 4,29$ y a los dos años $31,27 \pm 3,94$. La reducción media del IMC al año de seguimiento fue de 2,03 (IC95% 1,46, 2,59), $p < 0,05$. No existían diferencias estadísticamente significativas entre el IMC medio al año y a los dos años de seguimiento. Se redujo el perímetro de cintura (PC) en 54 pacientes (88,5%). La evolución

de la media del PC fue: al inicio del seguimiento $107,36 \text{ cm} \pm 10,65$, al año $104,04 \pm 10,94$ y a los dos años $102,75 \pm 10,36$. La reducción media del PC al año de seguimiento fue de 3,31 (IC95% 1,94, 4,68), $p < 0,05$ y a los dos años fue de 4,61 (IC95% 3,06, 6,17), $p < 0,05$. Las medias de presión arterial fueron: PAS al inicio del seguimiento $138,33 \pm 15,30$ mmHg, al año $136,12 \pm 16,26$ y a los dos años $125,76 \pm 15,30$; PAD al inicio $83,77 \pm 8,37$, al año $82,29 \pm 9,45$ y a los dos años $75,69 \pm 7,42$; PAM al inicio $102,71 \pm 10,08$, al año $101,14 \pm 11,16$, y a los dos años $92,5 \pm 11,11$. Las diferencias entre las medidas de presión arterial al inicio y al año del seguimiento no alcanzan significación estadística, aunque sí la alcanzan a los dos años de seguimiento: reducción media de PAS 12,89 mmHg (IC95% 8,63-17,10) $p < 0,05$, de PAD 8,30 (IC95% 5,88-10,72) $p < 0,05$ y de PAM 10,45 (IC95% 7,24-13,67) $p < 0,05$.

Discusión. La reducción de IMC se produce durante la duración de la intervención, aunque tras finalizarla los pacientes consiguen mantener la reducción de IMC conseguida. El perímetro de cintura continúa reduciéndose tras finalizar la intervención, a pesar de que el IMC se mantiene constante, probablemente en relación con cambios en hábitos de vida (ejercicio físico). El adelgazamiento de estos pacientes se acompaña de una reducción de las cifras de presión arterial (mayor al final del seguimiento), en relación con el ajuste progresivo de la medicación, la reducción de peso y perímetro de cintura y un posible aumento del cumplimiento del tratamiento por parte de estos pacientes, al realizarse un seguimiento muy estrecho.

Conclusiones. Un tratamiento individualizado de obesidad con seguimiento estrecho de los pacientes en una consulta especializada, consigue reducir el IMC, el perímetro de cintura y la presión arterial en un grupo de pacientes hipertensos obesos. Queda pendiente continuar el seguimiento para comprobar si los pacientes abandonan con el paso del tiempo los cambios del estilo de vida vuelven a ganar peso.

RV-159 VARIACIÓN CIRCADIANA DE LA PRESIÓN ARTERIAL Y LESIÓN EN ÓRGANOS DIANA

C. Calvo Gómez¹, S. Cinza Sanjurjo², A. Hermida Ameijeiras¹, J. López Paz¹, G. Calvo González¹, V. Martínez Durán¹, A. Pascual Montes¹ y M. Pena Seijo¹

¹Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela (A Coruña).

²Centro de Salud Malpica de Bergantiños. Malpica (A Coruña).

Objetivos. Los valores de presión arterial (PA) obtenidos con MAPA correlacionan mejor con la lesión en órganos diana (LOD) que el obtenido con la medida clínica de PA en población y permite, además, estudiar la variabilidad de la PA a lo largo de 24 horas del día. El objetivo principal del presente estudio es evaluar la correlación existente, en una cohorte de pacientes hipertensos, entre la PA ambulatoria y la LOD.

Material y métodos. Se incluyeron 405 pacientes (53,8% mujeres) de 55,5 años de edad y diagnosticados de HTA esencial, remitidos a la Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular para estudio. En todos los casos, se llevó a cabo una evaluación clínica y biológica según protocolo estandarizado (incluyendo cálculo del filtrado glomerular estimado (FGE) según fórmula MDRD, para determinar el deterioro de la función renal -FGE < 60 ml/min- y un análisis de orina de 24 horas para determinar eliminación urinaria de albúmina-EUA y microalbuminuria-MAL), un estudio ecocardiográfico para evaluar MVI y función ventricular y una MAPA de 24 horas (monitor SpaceLabs 90207), individualizando los periodos de actividad y descanso en cada paciente. Se realizó un análisis para valorar la relación existente entre la PA ambulatoria (medias, perfil circadiano y profundidad de la PA) y la lesión en órganos diana (corazón y riñón).

Resultados. 248 pacientes (61,23%) tenían hipertrofia ventricular izquierda (HVI), superior en las mujeres ($p < 0,0001$), en los pacien-

tes con diabetes ($p < 0,0001$) y en hipertensos con tratamiento previo ($p = 0,03$). El aumento de la PA nocturna se asoció con un incremento de la MVI ($p < 0,0001$) y se objetivó una correlación significativa y negativa entre la disminución de la profundidad de la PA y el incremento del IMVI ($p < 0,0001$). 104 pacientes (25,7%) con descenso del FGE y 148 pacientes (36,5%) con MAL. La presencia de DM se asoció con un menor FGE ($67,1 \pm 2,6$ ml/min/ $1,73$ m² vs $82,9 \pm 1,6$ ml/min/ $1,73$ m²; $p < 0,0001$) y una EUA mayor ($45,1 \pm 2,8$ mg/24h vs $26,8 \pm 0,96$ mg/24h; $p < 0,0001$). El perfil circadiano no dipper fue más frecuente en pacientes con LOD subclínica: 35,2% en HVI vs 22,3% con no-HVI; $p < 0,0001$, 42,3% en pacientes con FGE < 60 ml/min vs 26% con FGE > 60 ml/min; $p < 0,0001$) y 40,5% en pacientes con MAL vs 24,2% sin MAL; $p < 0,0001$. La PAS nocturna se asoció con menor FGE ($r = -0,18$; $p = 0,0044$) y mayor EUA ($r = 0,27$; $p = 0,0002$), así como la PAD (FGE: $r = -0,13$; $p = 0,04$; EUA: $r = 0,21$; $p = 0,0056$). Existe una correlación positiva entre pérdida de Profundidad y disminución del FGE ($r = 0,35$; $p < 0,0001$) y una correlación negativa con el aumento en EUA ($r = -0,49$; $p < 0,0001$). En el análisis multivariante, se demuestra relación entre la edad de los pacientes ($p = 0,0055$), sexo ($p < 0,0001$), la profundidad de PAS ($p < 0,0009$) y el IMVI ($p < 0,0001$), con el deterioro de la función renal (FGE).

Conclusiones. La lesión en órganos diana (hipertrofia ventricular izquierda, disminución del filtrado glomerular y microalbuminuria) se asocian a un incremento de la PA ambulatoria nocturna y a una disminución de la profundidad de la PA (pérdida del perfil circadiano dipper); además, el incremento de la masa ventricular izquierda se asocia significativamente con el deterioro de la función renal. Estos resultados evidencian, una vez más, la importancia de la MAPA en la evaluación diagnóstica y estratificación del riesgo vascular en los pacientes hipertensos.

RV-160

RIGIDEZ ARTERIAL, PRESIÓN ARTERIAL AMBULATORIA Y FUNCIÓN RENAL EN HIPERTENSOS DIABÉTICOS

A. Hermida Ameijeiras, J. López Paz, M. Pena Seijo, M. Romero Míguez, G. Calvo González, A. Pascual Montes, V. Martínez Durán y C. Calvo Gómez

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

Objetivos. La nefropatía diabética constituye a día de hoy la principal causa de insuficiencia renal en el mundo occidental. En las Guías de Diagnóstico y Tratamiento de la HTA publicadas en el 2007 por la SEH/SEC, se enfatiza la importancia de determinar la PA central (PAC) y la velocidad de onda de pulso (VOP) (como manifestación de la rigidez arterial) para la estimación y manejo del riesgo cardiovascular. Hemos analizado la correlación entre la excreción urinaria de albúmina (EUA) y la tasa de filtración glomerular (TFG) y distintos marcadores de rigidez vascular en una cohorte de pacientes diabéticos con hipertensión arterial.

Material y métodos. Hemos incluido 37 pacientes diagnósticos de diabetes mellitus e HTA esencial. En todos los casos, se realizó un análisis de onda de pulso mediante tonometría por aplanamiento aplicada en arteria radial asociada a una función de transferencia radial-aorta, utilizando el sistema de análisis de la onda de pulso con un modelo SCOR-Px (SphygmoCor®). Se obtuvieron las estimaciones de PAC sistólica/diastólicas, presión de pulso (PP), incremento sistólico de presión (ISP), el índice de aumentación ajustado a la frecuencia cardíaca (IA) y la velocidad de onda de pulso (VOP) carotídeo-radial. Igualmente se realizó una MAPA durante 48 horas utilizando un monitor SpaceLabs 90207, ajustando los períodos diurno y nocturno en cada paciente. Se efectuó una determinación del filtrado glomerular mediante la ecuación de Cockcroft-Gault y la EUA en muestra de 24 horas en todos los casos.

Resultados. En esta muestra de pacientes hipertensos diabéticos (N: 37, 39% mujeres, de $65,3 \pm 10,9$ años de edad), la media en la TFG se estimó en 77 ml/min/ $1,73$ m² y el promedio de EUA en $14,8$ mg/24h. Los promedios de PAS y PAD en la MAPA de 48 horas se situó en $126/70$ mmHg, con un porcentaje de descenso nocturno de PAS y PAD de $7,18\%$ y $11,1\%$, respectivamente. La distribución porcentual de pacientes en función del perfil circadiano de PA se establece de la siguiente manera; Riser: 24% ; No-Dipper: 36% ; Dipper: 24% ; Very Dipper: 16% . Los valores promedio de PAC sistólica/diastólicas se establecieron en $137/79$ mmHg con una PP central de $57,9 \pm 19,7$ mmHg. El ISP medio se establece en $15,2 \pm 7,4$ mmHg y el índice de potenciación en el $25,6\% \pm 8,9\%$. La VOP fue de $8,69$ m/sec ± 1 m/sec. El análisis de correlación bivariada mostró una correlación estadísticamente significativa y directamente proporcional entre la TFG con el grado de descenso nocturno de PAD ($r: 0,354$; $p = 0,031$) y también con los valores de PAD central y los valores promedio de PAD en MAPA ($r: 0,540$; $p = 0,001$ y $r: 0,372$; $p = 0,023$, respectivamente). En relación con la EUA, existe una correlación directamente proporcional con la VOP ($r: 0,691$; $p = 0,039$).

Conclusiones. En esta muestra de pacientes hipertensos diabéticos se establece una correlación positiva entre la EUA y un marcador de rigidez vascular como es la VOP, incluso cuando el grado de control de PA es adecuado tal y como se muestra en los promedios de PAS y PAD evaluados mediante MAPA de 48 horas. De la misma manera, se pone de manifiesto la relación entre el grado de descenso nocturno de PA y un marcador de nefropatía diabética como es la tasa de filtrado glomerular de tal manera que ésta desciende a medida que el descenso nocturno de PA es menor, lo que pone de manifiesto un mayor riesgo de nefropatía diabética en aquellos sujetos hipertensos con perfil circadiano de PA alterado (perfil "no-dipper", perfil "riser").

RV-161

LA CRONOTERAPIA CON CALCIOANTAGONISTAS: ¿MODIFICA LA INCIDENCIA DE EDEMAS?

M. Pena Seijo¹, J. López Paz¹, A. Hermida Ameijeiras¹, M. Romero Míguez¹, G. Calvo González¹, A. Pose Reino¹, A. Coca Payeras² y C. Calvo Gómez¹

¹Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela (A Coruña).

²Unidad de Hipertensión Arterial. Hospital Clínic i Provincial. Barcelona.

Objetivos. El factor que influye más negativamente en el control de la hipertensión arterial (HTA) es el incumplimiento terapéutico, como consecuencia de los efectos adversos del tratamiento antihipertensivo. Los calcioantagonistas (CA) producen vasodilatación arteriolar y vénulo-capilar que facilita el efecto hipotensor y, en algunos casos, la aparición de edema periférico, el cual se agrava con el ortostatismo y mejora con el decúbito. Como objetivo del presente estudio, hemos evaluado en una cohorte de pacientes con HTA esencial, el perfil de tolerabilidad y seguridad del tratamiento con diferentes CA dihidropiridínicos (CADH), administrados en régimen de cronoterapia.

Material y métodos. Hemos evaluado 179 pacientes (85 hombres y 94 mujeres, de $59,1 \pm 10,5$ años de edad) con HTA esencial leve-moderada, tratados con CADH: amlodipino (AML), lercanidipino (LER), nifedipino GITS (NIF) y manidipino (MAN) en monoterapia (12 semanas de tratamiento con la dosis inicial) y titulación de dosis según respuesta antihipertensiva (aumentamos dosis si la presión arterial-PA $> 140/90$ mmHg, durante otras 12 semanas): AML 5 a 10 mg/día, LER 10 a 20 mg/día, NIF 30 a 60 mg/día, MAN 10 a 20 mg/día con AML 5 mg/día, con distribución aleatoria, en un esquema terapéutico de cronoterapia (CADH mañana vs CADH noche para los 4 fármacos). Evaluamos comparativamente la eficacia antihipertensiva en los 8 brazos de tratamiento (cambios en la PA clínica y

ambulatoria respecto a valores pretratamiento) y analizamos el perfil de tolerabilidad (efectos secundarios) y seguridad (tasa de abandonos) en los diferentes regímenes terapéuticos, haciendo hincapié en la incidencia de edema periférico.

Resultados. En relación con la eficacia antihipertensiva, la reducción de la PA clínica y ambulatoria (PAS y PAD) es dosis-dependiente y no hay diferencias estadísticamente significativas entre los 8 brazos de tratamiento, con control de la HTA en más de la mitad de los pacientes incluidos en el estudio. Sin embargo, si observamos diferencias en el perfil de tolerabilidad y seguridad: la incidencia de edema, siempre fue inferior en el régimen de administración nocturna, tanto con las dosis iniciales como después de 24 semanas de tratamiento: AML mañana vs noche: 38,1%/ 22,7%; LER mañana vs noche: 30,4%/20,8%; NIF mañana vs noche 30,4%/18,2%; MAN 21,7%/9,5%; $p < 0,001$ mañana vs noche. La tasa de abandonos fue del 9,5% con AML, 8,7% con LER, 13% con NIF y 4,3% con MAN, y siempre se produjo en esquema de administración matutina ($p < 0,001$).

Conclusiones. Los calcioantagonistas dihidropiridínicos son fármacos eficaces para el tratamiento de la HTA leve-moderada y consiguen excelentes tasas de control de la presión arterial, administrados en régimen de monoterapia. No obstante, cuando dichos fármacos se administran habitualmente en dosis matutina, la incidencia de efectos secundarios es superior al 20% (favorecida por el efecto vasodilatador y el ortostatismo), lo que condiciona incumplimiento terapéutico y abandono de la medicación por parte de los pacientes. Las mismas dosis de estos fármacos CADH son mejor toleradas. Cuando su administración se realiza en régimen cronoterapéutico nocturno, sin que dicho cambio en el esquema de administración modifique la eficacia antihipertensiva.

RV-162

NIVELES DE TRIGLICÉRIDOS Y COLESTEROL EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTRIGLICERIDEMIA: ANÁLISIS PRELIMINAR DE LAS VISITAS DE SEGUIMIENTO DEL REGISTRO DE HTG DE LA SEA

A. Ruiz¹, R. Borrallo², A. Vives³, C. Hernández⁴, C. Morillas⁴, A. Brea⁵, P. Sáenz⁶ y P. Valdivielso⁷

¹Centro de Salud. Pinto. Pinto (Madrid). ²Servicio de Medicina Interna. Hospital de Terrassa. Terrassa (Barcelona). ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea. Donostia-San Sebastián (Guipúzcoa). ⁴Servicio de Endocrinología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. ⁵Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro. Logroño (La Rioja). ⁶Servicio de Medicina Interna. Hospital de Mérida. Mérida (Badajoz). ⁷Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria. Málaga

Objetivos. Describir las variaciones de las principales variables en el seguimiento de pacientes incluidos en el Registro de Hipertri-gliceridemias de la SEA.

Material y métodos. Durante 2007 y 2008, se incluyeron 1394 pacientes mayores de edad, con dos cifras de Tg > 200 mg/d y que habían dado su consentimiento. No se especificó un calendario de visitas, por lo que cada paciente fue atendido a criterio de la ULSEA correspondiente. Los pacientes fueron seguidos hasta un máximo de 1 año. En la visita basal y en las de seguimiento se anotaron variables socio-demográficas, antecedentes personales y familiares, antropometría, diagnóstico de la HTG, niveles de lípidos en ayunas y tipo de tratamientos recibidos.

Resultados. Un total de 942 pacientes atendieron una segunda visita (67%) y un total de 456 (33%) lo hicieron en una tercera ocasión. El tiempo medio entre estas dos visitas fue de 6 y 3 meses, respectivamente. En la segunda visita, 395 sujetos (43%) mostraron unos Tg < 200 mg/dL y 152 (35%) lo hicieron en la tercera. El porcentaje de individuos con LDL colesterol < 100 y < 130 fueron del 26 y 25% y del 55 y 54% para visitas dos y tres respectivamente. En los

pacientes con diabetes, los sujetos que alcanzaron una HbA1c < 7% fueron 76 y 79%. Un 80% recibieron tratamiento farmacológico en esas dos visitas (en comparación con la visita de inclusión que fue del 70%), en su mayor parte estatinas (54%), fibratos (44%) y omega-3 (19%). A lo largo del periodo de seguimiento, la mayor parte de los pacientes tratados con fármacos permanecieron con el mismo tratamiento; sólo un 20% de los pacientes con estatinas, un 22% de los pacientes con fibratos y un 14% de los sujetos bajo omega-3 fueron recambiados a otro grupo terapéutico. Se apreciaron discretos cambios en el peso, IMC, puntuación de dieta y en el hábito de fumar.

Conclusiones. Casi la mitad de los pacientes atendidos en el seguimiento alcanzan niveles de Tg < 200 mg/dL, probablemente en relación a una mayor proporción de sujetos bajo tratamiento farmacológico.

RV-163

PROTEINURIA: PRINCIPAL DETERMINANTE DEL PRONÓSTICO RENAL EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL MALIGNIZADA (HTAEM)

R. González, E. Morales y M. Praga

Servicio de Nefrología. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Objetivos. Describir la incidencia, epidemiología y presentación de la HTAEM, su pronóstico renal y global analizando los principales factores pronósticos al diagnóstico y durante el seguimiento.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados de HTAEM en el Hospital 12 de Octubre en el periodo 1974-2007. Al diagnóstico se recogieron la década, la edad, el sexo, el antecedente de HTA, las cifras de PA, la función renal, proteinuria, sedimento urinario y el tratamiento recibido. Durante el seguimiento se consideraron las medias de PA y proteinuria y el desarrollo de eventos cardiovasculares prolongándose hasta el abandono del paciente, entrada en hemodiálisis (HD) o fallecimiento. El pronóstico renal se evaluó mediante el análisis de la estabilidad/empeoramiento de la función renal en base a cambios superiores al 50% en la Crs final respecto a la inicial (regresión logística para identificación de factores pronósticos) y de la entrada en HD (supervivencia renal) por Kaplan-Meier. De forma similar, el pronóstico global se evaluó a través de la morbilidad cardiovascular o el fallecimiento del paciente. La significación se fijó en un valor de $p < 0,05$.

Resultados. Se identificaron 227 pacientes (incidencia 0,9/100.000 hab-año, sin diferencias por décadas). El 63% eran varones con una edad media de 49 años. El 97% eran caucásicos. El 64% se conocían hipertensos. Las cifras de PAS y PAD al diagnóstico fueron 208 ± 32 y 125 ± 21 mmHg. El 63% de los pacientes presentaban fallo renal ($FG < 60$ ml/min/m²) con cifras de Crs de $2,5 \pm 2,9$ mg/dl y $0,8 \pm 1,9$ g de proteinuria. 197 pacientes fueron elegibles para análisis pronóstico. Tras un seguimiento de 93 meses el 75% mantuvieron su función renal (Crs final $1,4 \pm 0,8$ mg/dl) frente al 25% que la deterioraron (Crs final $7,7 \pm 4,2$ mg/dl, el 83% requiriendo HD crónica). El 72% recibieron bloqueantes del SRAA, el 49% diuréticos, el 38% calcioantagonistas y el 33% betabloqueantes (promedio $2,8 \pm 1,2$ hipotensores). En el univariante, los diagnosticados en el periodo 1974-1985, con IRC previa y con mayores niveles de Crs y proteinuria al diagnóstico o mayores cifras de PA y proteinuria en el seguimiento tuvieron un peor pronóstico renal. En el multivariante sólo la proteinuria durante el seguimiento mantuvo la significación [OR 2,72 (1,6-4,6), $p = 0,000$]. La supervivencia renal global tras 1, 5, 10 y 20 años fue del 90, 84, 77 y 68%. Durante el seguimiento acontecieron 46 eventos cardiovasculares, con el tabaquismo y la PAS al diagnóstico como principales factores implicados (uni y multivariante). 9 pacientes fallecieron durante el seguimiento con una supervivencia global del 97, 96 y 91% a 1,5, 10 y 20 años.

Discusión. Lejos de la idea de que la HTAEM es una enfermedad "en extinción" y en concordancia con estudios recientes, observamos una incidencia estable en las 3 últimas décadas. A pesar de la progresiva mejoría en su supervivencia con los avances en la terapia antihipertensiva, el fallo renal y los eventos cardiovasculares siguen ensombreciendo su pronóstico. Junto con el grado de deterioro renal al diagnóstico y de control de la PA durante el seguimiento, la magnitud de la proteinuria aparece como el principal determinante del pronóstico renal en la HTAEM. El tabaquismo influye negativamente en el pronóstico global.

Conclusiones. La HTAEM mantiene una incidencia estable en las últimas décadas. El fallo renal y los eventos cardiovasculares evolutivos siguen ensombreciendo su pronóstico. La magnitud de la proteinuria durante el seguimiento emerge como un potente y novedoso predictor del pronóstico renal.

RV-164 CRONOTERAPIA ANTIHIPERTENSIVA CON ALISKIREN

J. López Paz¹, A. Hermida Ameijeiras¹, M. Pena Seijo¹, M. Romero Míguez¹, G. Calvo González¹, A. Coca Payeras², A. Pose Reino¹ y C. Calvo Gómez¹

¹Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela (A Coruña).

²Unidad de Hipertensión Arterial. Hospital Clínic i Provincial. Barcelona.

Objetivos. La alteración de la variabilidad circadiana de la presión arterial (PA) se asocia a un aumento del riesgo cardiovascular (RCV) en pacientes con hipertensión arterial (HTA), motivo por el cual es importante investigar la eficacia antihipertensiva, no sólo en términos de "cuánto disminuye la PA", sino también en "cómo se modifica el perfil circadiano de la PA". En este sentido, cada vez existe mayor evidencia sobre la importancia de administrar fármacos que bloqueen el sistema renina-angiotensina en horario nocturno, en base a la posibilidad de modificar la profundidad de la PA, sin que cambie la eficacia antihipertensiva. El objetivo del presente estudio ha sido el de evaluar la eficacia de Aliskiren, el primer inhibidor directo de renina, administrado en esquema cronoterapéutico en una cohorte de pacientes con HTA esencial.

Material y métodos. En una fase inicial, hemos incluido 53 pacientes (28 hombres y 25 mujeres, de $54,5 \pm 9,2$ años de edad) diagnosticados de HTA esencial leve-moderada y que no reciben tratamiento antihipertensivo. Previa evaluación clínica y biológica individual según protocolo para confirmar criterios de inclusión y descartar criterios de exclusión, los pacientes recibieron Aliskiren 300 mg/día, en esquema cronoterapéutico durante un período de 12 semanas: En diseño PROBE los pacientes reciben Aliskiren por la mañana al levantarse o Aliskiren por la noche al acostarse. Se analizan comparativamente los efectos sobre la PA ambulatoria y perfil circadiano de la PA (Profundidad) utilizando un monitor SpaceLabs 90207 y ajustando los períodos diurno y nocturno en cada paciente, antes y después del tratamiento en régimen de cronoterapia con Aliskiren.

Resultados. Las características demográficas y clínicas, así como los valores de PA clínica y ambulatoria fueron similares en los 2 brazos de tratamiento, sin diferencias significativas. Los pacientes que tomaron 300 mg de Aliskiren por la mañana, redujeron la PA ambulatoria respecto a los valores basales, con cambios en la PAS/PAD-24horas ($-12,9/-8,6$ mmHg), PAS/PAD-día ($-13,4/-8,8$ mmHg) y en PAS/PAD-noche ($-11,1/-8,4$ mmHg); $p < 0,001$, sin cambios en la profundidad de la PA. Los pacientes que tomaron 300 mg de Aliskiren por la noche, redujeron la PA ambulatoria, con cambios en la PAS/PAD-24horas ($14,5/-9,8$ mmHg), PAS/PADdía ($-13,9/-9,3$ mmHg) y en PAS/PAD-noche ($16,1/-11,5$ mmHg); $p < 0,001$ en relación a los valores basales y un incremento significativo de la profundidad de la PAS ($+2,9\%$) y PAD ($4,4\%$), $p < 0,001$ respecto a basal. Comparati-

vamente, los pacientes que tomaron Aliskiren en administración nocturna, presentaron un mayor descenso de la media de PAS y PAD ambulatorias nocturnas y un aumento significativo de la profundidad de la PA; $p < 0,001$, que los pacientes que tomaron la misma dosis del fármaco en administración matutina.

Conclusiones. Aliskiren demuestra su eficacia antihipertensiva en el tratamiento de la HTA esencial y controla la PA a lo largo de las 24 horas, utilizando una sola dosis diaria. Sin embargo, al igual que ocurre con otros grupos de fármacos que inhiben/bloquean el sistema renina-angiotensina, la administración de este primer inhibidor directo de renina en régimen temporalizado nocturno, añade un plus de eficacia (reduce la PA ambulatoria nocturna y aumenta la profundidad de la PA), respecto a la administración matutina, lo cual hay que tener en cuenta sobre todo en los pacientes que presenten un perfil circadiano de su presión arterial alterado.

RV-165 RIGIDEZ ARTERIAL Y VARIABILIDAD DE LA PRESIÓN ARTERIAL AMBULATORIA

A. Hermida Ameijeiras, J. López Paz, M. Pena Seijo, G. Calvo González, M. Romero Míguez, A. Pascual Montes, V. Martínez Durán y C. Calvo Gómez

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

Objetivos. Existen dos hechos evidentes: la variabilidad de la presión arterial ambulatoria (VPAA) se asocia a un incremento del riesgo cardiovascular y, al mismo tiempo, un incremento de la rigidez vascular arterial aumenta dicho riesgo. Sin embargo, se desconoce si existe una relación entre VPAA y rigidez vascular. El objetivo del presente estudio fue evaluar, en una cohorte de pacientes hipertensos esenciales, si la VPA ambulatoria se correlaciona con el grado de rigidez arterial.

Material y métodos. Se incluyeron 99 pacientes (49 varones), con una edad de $55,4 \pm 16,87$ años diagnosticados de HTA esencial; a todos ellos, además de la evaluación clínica-biológica según protocolo estandarizado, se realizó MAPA de 48 horas (utilizando un dispositivo SpaceLabs 90207, ajustando los períodos diurno y nocturno en cada paciente; la variabilidad de PA se obtuvo mediante la desviación estándar de la media de PA a lo largo de las 48 horas del registro, en el período de actividad y en el período de descanso) y análisis de onda de pulso mediante tonometría aplicada en arteria radial asociada a una función de transferencia radial-aorta, utilizando el sistema de análisis de la onda de pulso modelo SCOR-Px (SphygmoCor®); con esta técnica, se obtuvieron las estimaciones de PA central (PAC) sistólica y diastólica, presión de pulso (PP) central, incremento sistólico de presión (ISP) y el índice de aumentación ajustado a la frecuencia cardíaca (IA) y velocidad de la onda del pulso (VOP) carotídeo-radial. Se analiza la correlación existente entre la VPAA y la rigidez arterial.

Resultados. La VPAA de 24horas, la VPAA en período de actividad diurno y la VPAA en período de descanso nocturno presentan una correlación positiva con la VOP carotídeo-radial, la PAC sistólica y la PP central; además, la VPAA diurna se correlaciona con el IA y con el ISP, mientras que la VPAA nocturna presenta una correlación positiva con el ISP. Únicamente la presión de pulso periférica fue un predictor independiente de la VPAA.

Conclusiones. Éste es el primer estudio que ha evaluado la VPAA estimada mediante la desviación estándar de la media de PA ambulatoria y su relación con el grado de rigidez vascular arterial. Este fenómeno es extrapolable a la VPAA en períodos de actividad y descanso y, la asociación existente entre la VPAA y la rigidez arterial, sugiere la importancia que puede tener en la práctica clínica diaria el estudio de la PA con MAPA y el análisis de la onda del pulso, de cara a una mejor evaluación del riesgo cardiovascular en los pacientes hipertensos.

Enfermedad tromboembólica

T-1

LA TROMBOSIS RETINIANA, NO SÓLO UNA MANIFESTACIÓN DE LA ATEROSCLEROSIS

T. Díaz de Terán, G. Fernández Calleja, A. Campo Ruiz y J. Napal Lecumberri

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

Objetivos. Estudio prospectivo de la trombosis retiniana (TR) en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos. Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de TR por oftalmología durante 14 meses. Se realizó un cuestionario estandarizado en una base de datos informatizada que incluía datos clínicos, analítica general, estudio de hipercoagulabilidad, electrocardiograma (ECG) y ecografía doppler carotídeo (ECO).

Resultados. La serie constaba de 42 pacientes (22 varones y 20 mujeres) con edades comprendidas entre 43 y 88 años ($67,5 \pm 11$). La hipertensión afectaba a 27 (64,4%), la dislipemia a 28 (66%), la diabetes a 14 (33,3%) y el tabaquismo a 16 (38,2%). La afectación retiniana fue periférica en 31 (73%) (29 temporal y 2 nasal) y central en 11 (27%). Respecto al estudio de hipercoagulabilidad la hiperhomocistinemia apareció en el 37,5%, el anticoagulante lúpico y los anticardiolipina en el 10%, la mutación (heterocigota) del factor V de Leyden y el déficit de proteína S en el 5% y la mutación del gen de la protrombina y la antitrombina III en el 2,5%. Cuatro pacientes tomaban tratamiento con acenocumarol por fibrilación y en ellos el estudio fue incompleto. El ECG mostraba ritmo sinusal en el 90% y fibrilación auricular en el 10%. La ECO fue normal en el 48,5%, mostraba placas de aterosclerosis en el 48,5% y estenosis moderada en un caso.

Discusión. La TR es la segunda causa de afectación vascular de la retina siendo una importante causa de ceguera en adultos. La mayoría de pacientes tiene hipertensión arterial u otros factores de riesgo vascular siendo por tanto la TR una manifestación de la aterosclerosis. La presencia de trombofilia es menos frecuente. Aunque no hay estudios prospectivos de TR que permitan una afirmación categórica, la mayoría de los autores recomiendan realizar estudio de hipercoagulabilidad sólo en pacientes jóvenes, con fenómenos trombóticos a otro nivel o sin factores de riesgo vascular.

Conclusiones. La HTA, la hipercolesterolemia, y otros factores de riesgo vascular causantes de aterosclerosis son la causa fundamental de la aparición de la TR. La presencia de placas de aterosclerosis en la ECO de carótida es un signo de afectación arterioesclerótica. La hipercoagulabilidad que aparece en un importante porcentaje de pacientes está relacionada fundamentalmente con la patología arterial (homocisteína y síndrome antifosfolípido). La anticoagulación adecuada

por fibrilación no fue capaz de evitar la aparición de TR. Recomendamos en todos los pacientes con TR el estudio completo de la homocisteína y el síndrome antifosfolípido, reservando el estudio completo de hipercoagulabilidad a aquellos sin factores de riesgo vascular.

T-2

CAPACIDAD PREDICTIVA DE LOS MODELOS CLÍNICOS EN EL DIAGNÓSTICO DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DE MIEMBROS INFERIORES

F. Rosa Jiménez, A. Rosa Jiménez, A. Carreras Álvarez de Cienfuegos, A. Muñoz Jofré, C. Santoro Martínez y F. Hoyo Rodríguez

Área de Hospitalización y Urgencias. Hospital de Alta Resolución de Alcaudete. Alcaudete (Jaén).

Objetivos. Comparar, en una misma población, la capacidad predictiva y la utilidad de los distintos modelos clínicos publicados para el diagnóstico de la trombosis venosa profunda de miembros inferiores (TVPMI).

Material y métodos. Se analizaron retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes que acudieron al área de urgencias del Complejo Hospitalario de Jaén con sospecha clínica de TVPMI (1 enero-1998 al 31 diciembre-2002). Se incluyeron todos aquellos con pruebas diagnósticas de imagen (ecografía-Doppler o flebografía ascendente con contraste). Se excluyeron los pacientes con: 1) una anamnesis y/o una exploración física inadecuadas; 2) en tratamiento anticoagulante durante las 48 horas previas; y, 3) un resultado dudoso de la prueba de imagen. Cada modelo fue aplicado considerando sus criterios de exclusión. Se calculó el área bajo la curva (AUC) y el porcentaje de pacientes de cada grupo de probabilidad.

Resultados. Se estudiaron 859 episodios de los que el 51,1% (439) eran mujeres. La edad media de la población fue de 67,4 (14,4) años, con un rango entre 15 y 100. Las pruebas de imagen fueron diagnósticas de TVPMI en 465 episodios (54,1%). El AUC de los distintos modelos osciló entre 0,547 del modelo de Lennox et al y 0,744 del modelo de PS Wells de 9 factores predictores. La distribución por grupos de probabilidad en cada uno de los modelos se muestra en la tabla.

Conclusiones. 1. Existen diferencias muy relevantes en la capacidad predictiva de los modelos analizados. 2. En nuestra población, el modelo de Wells de 9 factores predictores (1997) es el que obtiene mejores resultados y el modelo de Lennox es el que tiene un peor comportamiento. 3. La distribución de los pacientes según los distintos grupos de probabilidad también es muy variable según los distintos modelos. 4. De forma constante, la mayor parte de los pacientes quedan incluidos en el grupo de probabilidad intermedia. 5. Estos resultados deben ser corroborados en otros estudios con un diseño prospectivo. Ver tabla 1 (T-2).

Tabla 1 (T-2). Grupos de probabilidad (en porcentajes)

Modelo	Baja	Improbable	Moderada	Alta	Probable
Landefeld	21,5	-	48,4	30	-
Nypaver	18,9	-	-	-	-
Wells 1995	21,2	-	46,6	32,2	-
Wells 1997	13,8	-	46,5	39,7	-
Lennox	30,5	-	64,7	4,8	-
Kahn	8,2	-	90,3	1,5	-
Motykie	37,5	-	45,3	17,2	-
Janes	1,5	-	-	-	-
Ruiz	38,6	-	39	22,4	-
Johanning	-	6,9	-	-	93,1
Constans	15,3	-	76,3	8,5	-
Anderson	10,9	-	42,9	46,3	-
Wells 2003	-	25,1	-	-	74,9
Oudega	14,7 - 9	-	46,1	30,3	-
Subramaniam	-	23,9	-	-	76,1

T-3 VALOR PRONÓSTICO DEL DÍMERO D EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA

P. Marchena Yglesias, X. Martret Redrado, C. Paytubí Garí, J. Burillo Lorente, F. Castro Bohórquez, F. Ribó Crusat y E. Bragulat Baur

Departamento de Medicina Interna y Urgencias. Hospital de Sant Boi. Sant Boi de Llobregat (Barcelona).

Objetivos. El dímero D (DD) es una determinación analítica cada vez más frecuentes en los servicios de urgencias con la intención de realizar despistaje de la enfermedad tromboembólica venosa (ETE) por su valor predictivo negativo. Actualmente existe alguna publicación sobre el valor pronóstico en función del valor que se obtenga al diagnóstico. El objetivo de nuestro estudio es analizar si los niveles de DD medidos en el momento del diagnóstico se relacionan con el pronóstico en términos de recidiva, hemorragia o muerte del paciente con ETEV en un seguimiento a tres meses.

Material y métodos. Estudio retrospectivo, no aleatorizado, donde analizamos los 119 pacientes con ETEV diagnosticada por métodos objetivos de la base de datos del Departamento y recogimos los niveles de DD al diagnóstico de la enfermedad en los dos últimos años. En nuestro centro el DD se mide con Tinaquant D-Dimer (Roche Diagnosis). En 19 pacientes no se obtuvieron valores iniciales de DD por lo que fueron excluidos del estudio. Se dividieron en cuatro grupos en función de los niveles analíticos: grupo 1 (< 1 µg/ml); grupo 2 (1-2 µg/ml); grupo 3 (2-3 µg/ml); grupo 4 (> 3 µg/ml). Se midieron los datos demográficos, etiologías de la ETEV y la relación de los diferentes grupos con el tratamiento inicial y a largo plazo así como con las complicaciones a los tres meses. Se aplicó el programa estadístico SPSS 11.0 con una $p < 0,05$ como significación estadística.

Resultados. La edad media era de $68 \pm 16,43$ años con un 45% de varones. El valor medio de DD fue de $2,34 \pm 1,25$ µg/ml (0,2-5). Un 53% de los eventos fueron en forma de embolia de pulmón (TEP) y un 27% en forma de trombosis venosa profunda (TVP). Un 28% eran idiopáticas y otro 28% lo eran inmovilización. Un 14% eran postquirúrgicas y un 12% tenían un diagnóstico de cáncer. Los valores de DD se correspondían a un 14% del grupo 1, un 30% grupo 2, 18% grupo 3 y un 38% grupo 4. El 54% de los pacientes realizaban tratamiento con anticoagulantes orales a largo plazo. A los tres meses un 67% de los pacientes no presentaron complicaciones. El resto, un 13% fue exitus, un 12% sangraron y un 4% presentaron recidivas. Tenían medido el DD al mes de terminar el tratamiento sólo un 20% de los pacientes. El grupo 4 es el que presenta mayor número de complicaciones (más exitus, sangrados y recidivas) si bien no es estadísticamente significativo por el escaso número de casos ($p = 0,6$). Este grupo también se corresponde con TEPs de alto riesgo medidos por la escala PESI ($p = 0,182$).

Conclusiones. Los valores mayores de DD al diagnóstico parecen relacionarse con mayores complicaciones en un seguimiento a tres meses si bien son necesarios estudios aleatorizados.

T-4 ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN EL EMBARAZO Y PUERPERIO

A. Franco Moreno, J. Ortiz Sánchez, E. Madroñal Cerezo, R. Martín Díaz, D. Rejas Velásquez, R. Calderón Hernáiz, J. Ruiz Ruiz y A. Zapatero Gaviria

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

Objetivos. La Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETV) es una entidad infrecuente durante la gestación, pero constituye la prime-

ra causa de muerte en el embarazo y puerperio. El objetivo de este estudio es analizar las características clínicas y la evolución de la ETV relacionada con el embarazo y puerperio.

Material y métodos. Fueron analizadas 13 pacientes diagnosticadas de ETV en el Hospital Universitario de Fuenlabrada desde su apertura (junio de 2004), de las cuales 9 (69,23%) eran gestantes y 4 (30,76%) eran puerperas.

Resultados. El diagnóstico fue de tromboembolismo pulmonar en 10 casos (76,92%) y de trombosis venosa profunda en 3 (23,07%). La edad media fue de 28 años \pm DE 4,91. Siete pacientes habían tenido gestaciones previas sin antecedente de trombosis. La ETV se desarrolló durante el primer trimestre en 2 de las gestantes, en el segundo en 1 y en el tercero en 6. En el grupo de pacientes con TEP el síntoma más frecuente fue la disnea (60%), seguido del dolor torácico (40%), siendo la gammagrafía pulmonar de perfusión la técnica diagnóstica en todos los casos. En el grupo de pacientes con TVP los síntomas fueron el edema en la extremidad en 3 casos y el dolor en 1 caso; el eco-doppler venoso de la extremidad fue el método diagnóstico. La media de los niveles de D-dímeros fue de 567 ng/ml. Las pacientes puerperas fueron tratadas inicialmente con heparina de bajo peso molecular (HBPM), utilizando anticoagulantes orales como terapia a largo plazo. Todas las gestantes recibieron HBPM hasta el parto. La evolución fue favorable en todos los casos. Durante los meses de seguimiento no se observaron recurrencias trombóticas o episodios de hemorragias mayores. Ninguna gestante desarrolló fracturas óseas o trombopenia asociada al tratamiento con HBPM. El estudio de trombofilia se realizó en 12 casos siendo normal en 10 de ellos. Las 2 pacientes portadoras de trombofilia hereditaria fueron las gestantes que desarrollaron ETV en el primer trimestre de gestación, presentando ambas déficit de proteína S. No se observaron alteraciones fetales o neonatales relacionadas con la anticoagulación materna.

Discusión. La ETV en el embarazo y puerperio no es más grave que en mujeres de la misma edad sin este factor de riesgo, en parte debido a que se trata de mujeres jóvenes con escasa comorbilidad. Las HBPM son eficaces y seguras en el tratamiento de la ETV en este tipo de pacientes.

Conclusiones. La ETV es un importante problema de salud en la gestación y el puerperio que ha de ser precozmente identificado para poder instaurar el tratamiento anticoagulante, que es muy eficaz en la prevención de las recurrencias. El tratamiento anticoagulante con HBPM a largo plazo es seguro y eficaz en las mujeres embarazadas con ETV. Las pacientes con trombofilia hereditaria no muestran una peor evolución.

T-5 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DE EXTREMIDAD SUPERIOR

A. Franco Moreno, J. Ruiz Guiardín, J. Ortiz Sánchez, A. Rodríguez Benavente, E. Canalejo Castrillejo, A. Pérez Martín, J. Canora Lebrato y A. Zapatero Gaviria

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

Objetivos. La trombosis venosa profunda (TVP) del miembro superior es una entidad poco frecuente. Puede ser primaria, cuya causa más frecuente son los pequeños traumatismos repetidos, o bien secundaria por presencia de catéteres, tumores o estados de hipercoagulabilidad. No hemos propuesto describir una serie de episodios de TVP de miembro superior.

Material y métodos. Estudio retrospectivo descriptivo de 11 pacientes con TVP del miembro superior en el Hospital Universitario de Fuenlabrada entre junio de 2005 y abril de 2010. Se analizaron los factores de riesgo, la clínica, los procedimientos diagnósticos, tratamiento administrado y repermeabilización venosa.

Resultados. De los 11 casos diagnosticados 6 eran varones y 5 eran mujeres siendo la edad media de 59 años. En 10 episodios (90,90%) se apreció algún factor de riesgo para trombosis venosa. En 7 casos la presencia de un catéter venoso, de los cuales 6 eran catéteres venosos centrales y en un 1 caso un catéter venoso central insertado por vía periférica; el tiempo medio de implantación de los catéteres fue de 11 días. Otros factores de riesgo fueron la neoplasia en 2 pacientes y déficit de antitrombina III (ATIII) en 1 caso. El síntoma predominante fue el edema en la extremidad (63,63%) seguido del dolor (36,36%). Predominó la afectación axilar (6 episodios, 54%) y del lado izquierdo, seguido de la subclavia (27%) del lado izquierdo. 9 casos (81,81%) se diagnosticaron con eco-doppler venoso y 2 mediante TAC (18,18%). La media de los niveles de D-dímeros fue de 846 ng/ml (realizado mediante técnica de inmunoensayo con látex). Ningún episodio se asoció a tromboembolismo pulmonar. En todos los casos se trató con heparina de bajo peso molecular en la fase aguda, seguido de dicumarínicos como tratamiento a largo plazo. No falleció ningún paciente durante el ingreso hospitalario. Se practicó control de repermeabilización en 5 pacientes (45%), detectándose repermeabilización completa en 2 pacientes, repermeabilización con circulación colateral en otros 2 y repermeabilización parcial en 1 caso. El estudio de trombofilia se practicó en 6 pacientes siendo normal en 4, 1 caso mostró déficit de proteína S (portador de catéter venoso central) y otro déficit de ATIII como único factor de riesgo.

Discusión. Las TVP de miembros superiores más frecuentes se asocian al uso de catéteres intravenosos. La ecografía es la técnica diagnóstica predominante y los D-dímeros se elevan al diagnóstico.

Conclusiones. La TVP de la extremidad superior es una entidad cada vez más frecuente en relación a la mayor utilización de catéteres endovenosos. El curso clínico suele ser favorable incluso en pacientes con trombofilia hereditaria.

T-6 ANÁLISIS DE TROMBOFILIA HEREDITARIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA

A. Franco Moreno¹, J. Ruiz Guiardín¹, N. Cabello Clotet¹, R. Segoviano Mateo¹, C. de Ancos Aracil¹, S. Prieto Menchero², A. Castañeda de la Mata² y A. Zapatero Gaviria¹

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

Objetivos. El término trombofilia hereditaria se aplica cuando la tendencia a presentar episodios tromboembólicos está determinada por causas genéticas. El objetivo es analizar el cribado de trombofilia congénita en pacientes con antecedente de enfermedad tromboembólica.

Material y métodos. Se han analizado retrospectivamente 150 estudios de trombofilia hereditaria realizados a pacientes diagnosticados de episodios trombóticos en nuestro centro. Se incluyeron las deficiencias de inhibidores de la coagulación (déficit de proteínas C y S), resistencia a la proteína C activada (causada en la mayoría de los pacientes por la mutación conocida como factor V Leiden), la mutación G20210A de la protrombina, el déficit de antitrombina III (ATIII), hiperhomocisteinemia y valores elevados de los factores de la coagulación VIII, IX y XI.

Resultados. De los 150 estudios analizados 97 (64,6%) fueron normales y 53 (35,4%) fueron patológicos. El análisis de los resultados patológicos se muestra en la tabla.

Discusión. Encontramos una incidencia de casos semejante a lo referido en la literatura. La alteración más frecuente en nuestro medio es la resistencia a la proteína C activada seguida de la mutación G20210A de la protrombina y del déficit de la proteína S e hiperhomocisteinemia. En la mitad de los casos se identificó algún factor de riesgo asociado al estado trombofílico. Los pacientes por-

tadores de trombofilia hereditaria no mostraron una peor evolución.

Conclusiones. Los métodos actuales de cribado de trombofilia congénita pueden ser de utilidad para identificar causas de tromboembolismo en pacientes con enfermedad tromboembólica. Nos parece muy importante la investigación de estas alteraciones trombofílicas, especialmente en pacientes con enfermedad tromboembólica idiopática, de cara a poder prevenir futuros episodios trombóticos antes de que estos ocurran.

Tabla 1 (T-6). Análisis de los resultados

Defecto genético	n = 53
Déficit de PC	3 (5,66%)
Déficit de PS	6 (11,32%)
RPCA	18 (33,96%)
Mutación protrombina	13 (24,52%)
ATIII	2 (3,77%)
Hiperhomocisteinemia	6 (11,32%)
F. VIII	5 (9,43%)
F. IX	0 (0%)
F. XI	0 (0%)

T-7 ADECUACIÓN DE LA TROMBOPROFILAXIS FARMACOLÓGICA EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL COMARCAL

A. Villagrasa Vilella, E. Ferrer Cobo, R. Acal Arias, B. Borjabad González e I. Cañas Alcántara

Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Granollers. Granollers (Barcelona).

Objetivos. La Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETEV) es un término que incluye la Trombosis Venosa Profunda (TVP) y el Embolismo Pulmonar (EP), ya que el EP es considerado como una complicación de la TVP. El EP es la tercera causa de muerte en hospitales. La profilaxis de la ETEV está dirigida a la prevención de TVP para reducir la mortalidad por TVP así como la mortalidad por EP y el riesgo de desarrollar la misma. Las medidas profilácticas incluyen medidas físicas y tratamiento farmacológico (habitualmente Heparina de bajo Peso Molecular, HBPM). El Hospital General de Granollers es un hospital comarcal de 300 camas para agudos, el Servicio de Medicina Interna incluye la Unidad de Medicina Interna y otras especialidades médicas, y tiene 70 camas. La HBPM usada en nuestro hospital es la enoxaparina. Nuestro objetivo ha sido analizar la tromboprofilaxis realizada en el paciente ingresado en el Servicio de Medicina Interna.

Material y métodos. Durante los meses de febrero a mayo hemos realizado cortes transversales de los pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización de Medicina Interna de un Hospital Comarcal. Se han recogido variables demográficas (edad, sexo del paciente), las circunstancias previas y actuales relacionadas con la enfermedad tromboembólica y el tratamiento farmacológico prescrito.

Resultados. Se han revisado 156 pacientes, 64,7% varones, con edad media $65,6 \pm 16,4$. Treinta pacientes (19,2%) recibían descoagulación crónica en el momento del ingreso (80% por fibrilación auricular crónica, 10% por ser portadores de válvula protésica, 6,6% por antecedente de enfermedad tromboembólica y 3,3% por accidente cerebral isquémico transitorio de repetición). El 96,7% estaban descoagulados con acenocumarol, sólo un caso con antecedente de trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar en un paciente con neoplasia recibía de forma crónica enoxaparina subcutánea. En 14 pacientes (9%) el motivo de ingreso comportaba la indicación de descoagulación (7 por trastorno del ritmo, 2 por

cardiopatía isquémica aguda y 5 por enfermedad tromboembólica). En 7 pacientes no se disponía de datos sobre la tromboprolifaxis o suficientes para calcular el índice PRETEMED, por lo que no se han incluido en el análisis. De los 105 casos evaluables, 36 no cumplían criterios para recibir tromboprolifaxis (PRETEMED \leq 3), recibiendo 20 de ellos (55,6%) enoxaparina subcutánea. De los 69 pacientes con recomendación según PRETEMED para profilaxis de la ETE, 4 presentaban trastornos en la coagulación (plaquetopenia, TP alargado) o hemorragia aguda que contraindicaban la profilaxis farmacológica. De los 65 pacientes con indicación de tromboprolifaxis que no presentaban contraindicación, 9 (13,8%) no recibían profilaxis y 8 (12,3%) recibían dosis insuficientes de enoxaparina. En nuestro servicio, en el 36,6% de los pacientes ingresados existe inadecuación en la tromboprolifaxis farmacológica, un 19,8% por exceso y un 16,8% por defecto.

Conclusiones. La tromboprolifaxis en los pacientes médicos de nuestro hospital es subóptima.

T-8

ADECUACIÓN DE ANTICOAGULACIÓN ORAL EN PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

L. Prieto Pérez¹, J. Polo Sabau¹, I. Mahillo Fernández², E. Petkova Sáiz¹, C. López Rodríguez¹, M. Nogales Nieves¹, D. Nuevo Ejeda¹ y A. Cabello Úbeda¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Estadística y Epidemiología. Fundación Jiménez Díaz-UTE. Madrid.

Objetivos. Se plantea un estudio descriptivo de los pacientes tratados con acenocumarol durante un mes en el servicio de Medicina Interna de un hospital de tercer nivel, con el fin de analizar los posibles factores asociados a la presencia de niveles inadecuados de anticoagulación oral.

Material y métodos. Se seleccionaron todos los pacientes anticoagulados durante un mes en el servicio de Medicina Interna de la Fundación Jiménez Díaz. Se registró el valor del INR a su llegada a Urgencias. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular, existencia de deterioro cognitivo, motivo por el que recibían tratamiento con acenocumarol, si existió complicación hemorrágica o trombótica, si fue precisa la transfusión de concentrados de hematíes durante el ingreso, y el número de fármacos que tomaban simultáneamente.

Resultados. Se detectaron un total de 78 pacientes sometidos a anticoagulación oral, lo que representó el 23,35% de la totalidad de los pacientes ingresados. 43 eran mujeres y 35 varones y la media de edad fue de 81,4 + 7,6 años. En 14 pacientes (16,7%) existía deterioro cognitivo. El motivo más frecuente por el que recibían acenocumarol fue la fibrilación auricular (59 pacientes, 67,94%); siete (8,97%) portaban una o dos válvulas protésicas metálicas; cuatro habían sufrido un tromboembolismo pulmonar; tres, trombosis venosa profunda; un paciente tenía miocardiopatía dilatada en ritmo sinusal; otro un flúter auricular común; un paciente portaba una prótesis aórtica biológica, y otro tomaba acenocumarol por disfunción sistólica del ventrículo izquierdo. Según el INR a su llegada a Urgencias, sólo 18 pacientes (23,07%) estaban correctamente anticoagulados; 22 (28,20%) se encontraban por debajo del rango terapéutico adecuado y los 38 restantes (48,72%) estaban anticoagulados en exceso. De los 22 pacientes infraanticoagulados, dos sufrieron eventos isquémicos atribuibles a ello. Un total de 14 enfermos (17,95%) precisó la transfusión de hematíes. La probabilidad de tener un INR fuera de rango fue un 79% superior en pacientes con complicaciones hemorrágicas que en aquellos sin complicaciones ($p = 0,025$). Del resto de las variables analizadas, no se encontró ninguna que supusiese un mayor riesgo estadísticamente significativo de presentar niveles de anticoagulación fuera de rango al ingreso, si bien se detectó una tendencia a que las mujeres tuvieran mayor proporción de casos con INR inadecuado (86,0% frente a 65,7%; $p = 0,057$).

Discusión. La edad avanzada, las comorbilidades, la polifarmacia y el incumplimiento terapéutico influyen en una anticoagulación inadecuada. Sin embargo, en el presente estudio no se ha hallado ningún factor individual que predijera un mayor riesgo de presentar niveles de anticoagulación fuera de rango, si bien en parte esto puede atribuirse al pequeño tamaño de la muestra analizada. Por otro lado, existe un sesgo en este estudio, ya que se podría inferir que aquellos pacientes que no requieren ingreso hospitalario deben tener un control del tratamiento anticoagulante más adecuado por encontrarse en situación clínica estable.

Conclusiones. Dada la alta proporción de pacientes que ingresan con INR fuera de rango, debemos individualizar la indicación de la anticoagulación oral. En una sociedad cada vez más envejecida hay que ser cauto a la hora de iniciar este tratamiento, en especial, en aquellos pacientes en situación de dependencia, institucionalizados, o con deterioro cognitivo. En ellos se encuentra un mayor número de complicaciones hemorrágicas por sobredosificación que trombóticas, derivadas aquéllas de un mayor riesgo de caídas, una más difícil monitorización de las tasas de anticoagulación y la imposibilidad para que estos pacientes manejen la medicación por sí mismos.

T-9

HEMATOMA DEL MÚSCULO RECTO DE ABDOMEN EN PACIENTES TRATADOS CON HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR: 4 CASOS CLÍNICOS

O. Madridano Cobo, M. Martín del Pozo, S. Hernández Albújar, M. Martínez López y J. Gómez Cerezo

Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Sofía. Madrid.

Objetivos. Las heparinas de bajo peso molecular (HBPM) constituyen el anticoagulante de elección en diferentes entidades clínicas. Con su utilización se han descrito casos de hematomas en diversas localizaciones incluyendo los músculos rectos del abdomen.

Material y métodos. Describimos cuatro casos clínicos de hematomas de músculo recto en pacientes anticoagulados con HBPM.

Resultados. Caso 1: mujer de 79 años. Deterioro cognitivo. Ingresada por infección respiratoria y fibrilación auricular rápida. Inició tratamiento con enoxaparina. Desarrolló dolor abdominal y masa en flanco derecho. TAC adominal: hematoma en músculo recto anterior derecho. Analítica: anemia de 6 g/dl, aclaramiento de creatinina 35 ml/min. Tratamiento conservador. Caso 2: mujer de 86 años. HTA, ICC, HTPulmonar severa y FAC anticoagulada. Ingresó por insuficiencia cardíaca. Inició tratamiento con enoxaparina. Presentó dolor abdominal y masa abdominal. TAC abdominal: dos hematomas en ambos músculos rectos abdominales. Analítica: anemia de 4 g/dl. Tratamiento conservador. Caso 3: Mujer de 71 años. HTA. Ingresada por enfermedad tromboembólica venosa. Inició tratamiento con enoxaparina y anticoagulación oral con acenocumarol. Presentó dolor abdominal intenso e hipotensión arterial. TAC abdominal: gran colección pélvica compatible con hematoma dependiente del músculo recto anterior izquierdo. Analítica: anemia de 4 g/dl, INR 2.13, tiempo de cefalina de 36,5 seg y aclaramiento de creatinina de 42 ml/min. Tratamiento conservador. Caso 4: Mujer de 70 años. Prótesis aórtica metálica, HTPulmonar leve-moderada, FAC anticoagulada que ingresó por ICC. Se suspendió el acenocumarol y se inició tratamiento con enoxaparina. Presentó dolor abdominal y masa dolorosa. TAC abdominal: hematoma en el interior del músculo recto anterior derecho del abdomen que se extendió a la cavidad abdominal comprimiendo vejiga. Analítica: anemia de 5 g de hemoglobina y aclaramiento de creatinina de 47 ml/min. Tratamiento conservador.

Discusión. El hematoma de rectos se ha relacionado con los accesos de tos, el embarazo, el parto, los traumatismos directos, las discrasias sanguíneas y fundamentalmente con el tratamiento anticoagulante. Los factores de riesgo hemorrágico en los pacientes

anticoagulados son: edad avanzada, duración y dosis del tratamiento anticoagulante, las comorbilidades con riesgo hemorrágico y uso concomitante de antiagregantes. En los pacientes tratados con HBPM hay que tener en cuenta además, el incremento del riesgo hemorrágico en presencia de insuficiencia renal por la acumulación del fármaco y el riesgo de punción accidental del músculo recto durante la administración subcutánea del fármaco. Clínicamente se presenta como dolor abdominal y masa palpable. El diagnóstico se realiza mediante TAC abdominal. El tratamiento es fundamentalmente conservador. La cirugía o la embolización arterial están indicadas en hematomas que progresan a pesar del tratamiento conservador.

Conclusiones. El hematoma del músculo recto del abdomen se debe incluir en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal en los pacientes anticoagulados.

T-11 RIESGO DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA Y CUMPLIMENTACIÓN DE TROMBOPROFILAXIS EN PACIENTES MÉDICOS HOSPITALIZADOS

P. Gallardo Jiménez, V. Vallejo Herrera, D. Sánchez Morales, C. García Fernández, D. Narankiewicz, A. Villalobos Sánchez, R. Guijarro Merino y R. Gómez Huelgas

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

Objetivos. Evaluar el riesgo de ETV de los pacientes hospitalizados en el área médica de un hospital de tercer nivel y valorar el grado de cumplimentación de TP y su adecuación a los protocolos de uso general establecidos.

Material y métodos. Estudio de corte transversal, seleccionando todos los pacientes ingresados en ese momento en seis plantas médicas de un hospital de tercer nivel. Se excluyeron los pacientes con anticoagulación crónica y los pacientes ingresados por ETV en ese momento. Recogimos las variables demográficas, antropométricas y factores de riesgo de ETV en nuestros pacientes y calculamos el riesgo de ETV según la guía PRETEMED de 2007 y los criterios de la VIII conferencia de la ACCP para posteriormente evaluar si presentaban un tratamiento adecuado al riesgo de ETV calculado.

Resultados. Se recogen un total de 149 pacientes ingresados en servicios médicos. La distribución por servicios fue: 43 pacientes en Medicina Interna (29%), 30 en Digestivo (20%), 24 en Neumología (16%), 19 en Enfermedades Infecciosas (13%), 17 en Oncología Médica (11%) y 16 en Neurología (11%). 90 eran varones (60%) y 59 mujeres (40%). La edad media de la muestra fue de 60,21 ± 19,23 años. Se excluyeron 4 pacientes (2,7%) por estar ingresados por ETV y 17 pacientes (11,4%) por estar en tratamiento con anticoagulación crónica. La prescripción de TP con HBPM se realizó en 69 pacientes (54%), con enoxaparina en el 47,7% de los pacientes y bemparina en el 6,3% de los pacientes. Se realizó TP con medidas mecánicas en un solo paciente. El cálculo del riesgo de ETV según la guía PRETEMED mostró que el 34,4% tenían un riesgo de 1-3 puntos (bajo), el 6,3% tenían un riesgo de 4 puntos (moderado) y el 59,4% tenían > 4 puntos (alto). Con respecto a la adecuación de TP: el 18,8% (IC95%: 12,69-26,21) estaban infratratados (24) y el 8,6% (IC95%: 4,60-14,44) estaban sobretatados (11), siendo la TP adecuada en el 72,7% (IC95%: 64,45-79,85) de los pacientes (93). El cálculo del riesgo de ETV según los criterios de la ACCP mostró que el 50% tenían bajo riesgo de ETV y el 50% tenían alto riesgo. Con respecto a la adecuación de TP: el 10,9% (IC95%: 6,36-17,26) estaban infratratados (14) y el 14,8% (IC95%: 9,45-21,81) estaban sobretatados (19), siendo la TP adecuada en el 74,2% (IC95%: 66,12-81,23) de los pacientes (95).

Discusión. La enfermedad tromboembólica venosa (ETV) en pacientes médicos hospitalizados constituye en la actualidad un problema común, de gran importancia y en la mayoría de las ocasiones

evitable con tromboprolifaxis (TP). En los últimos años, varios estudios han evaluado la realización adecuada de TP en relación al riesgo en los pacientes hospitalizados tanto médicos como quirúrgicos, obteniendo resultados variables de adecuación a las recomendaciones pero indicativos de que no siempre se siguen bien los criterios de aplicación de la misma.

Conclusiones. Los pacientes médicos hospitalizados tienen alto riesgo de ETV durante el ingreso. La cumplimentación de la TP según el riesgo de ETV es inadecuada valorado mediante ambas guías, siendo estos resultados ligeramente mejores que los observados en estudios anteriores nacionales e internacionales.

T-12 ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN EL HOSPITAL DE CABUEÑES

S. Rubio Barbon¹, E. Rodríguez Ávila¹, I. Arias Miranda¹, E. Fonseca Aizpuru¹, T. Pascual Pascual², J. Álvarez Fernández³ y J. Moris de la Tassa¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Neumología, ³Servicio de Cirugía Vascul. Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias).

Objetivos. Analizar la casuística incluida en el registro RIETE con seguimiento a 3 meses.

Material y métodos. Recogida según protocolo RIETE de episodios de trombosis venosa profunda o embolismo de pulmón, atendidos en el hospital de Cabueñes con seguimiento de al menos 3 meses (desde 2008), analizando datos basales que incluyen edad, sexo, peso, frecuencia cardiaca, tensión arterial sistólica, procedencia, enfermedades previas, tratamiento, ingreso hospitalario, clínica de presentación como embolismo (EP) trombosis venosas profunda (TVP) o ambas (TVP/EP), manifestaciones clínicas, método de confirmación de diagnóstico (eco doppler, TAC), gases, ECG, rx de tórax, localización de TVP, factor de riesgo predisponente (cáncer, inmovilización, cirugía, viaje > 6 h, antecedente de TVP/EP previo, tratamiento con estrógenos, varices, parto). Datos analíticos: hb, plaquetas, leucocitos, coagulación, D dímero, trombofilia conocida o buscada, creatinina. Tratamiento agudo y crónico efectuado. Evolución a los 3 meses (muerte, recidiva tromboembólica, hemorragias, fracturas, trombopenia).

Resultados. En total registramos 167 pacientes validos, de sexo masculino 72 (43,1%), femenino 95 (56,5%), la edad media fue de 72,78 años, el peso medio fue de 70,75 Kg, la procedencia fue ambulatoria en 157 (54%), y de ingreso por estudio de otra causa 7 (4,2%). La frecuencia cardiaca media fue 85,97 l/m, la TAS media fue de 136,6 mmHg. Presentaron enfermedad concomitante 134. La presentación clínica fue TVP 63, eP 76, TVP/EP 28. La clínica fue dolor en extremidad 63, disnea 93, síncope 20, tos 18, hemoptisis 4, dolor torácico 47. Presentaron factor de riesgo neoplasma conocida 41 (28,1%), cirugía reciente 8, inmovilidad 50, antecedente de tvp/ep 23, viaje > 6 h en 1, tratamiento hormonal 3 y varices 13. Con trombofilia conocida en 4 (2,4%) y tras estudio resulto positiva en 8 (4,3%). La hb media fue 12,39, la cifra de leucocitos media 9,44 plaquetas media 237, fibrinógeno elevado en 25, el D-dímero fue positivo en 134 y su valor medio de 3.228, negativo en 9 y no practicado en 34. La creatinina fue normal en 146, y elevada en 21. El tratamiento agudo se efectuó con HBPM en 162, HNF 1, fibrinolíticos en 3 y el tratamiento a largo plazo fue con acenocumarol en 109, HBPM 58. Durante el seguimiento hubo 30 exitus (18%), 10 recidivas tromboembólicas (6%) y 10 hemorragias (6%).

Discusión. Los datos demuestran que la enfermedad tromboembólica es frecuente en nuestros pacientes en especial de edad avanzada con factores predisponentes; siendo la neoplasia o la inmovilidad por dependencia de procesos médicos los más frecuentes. En general la evolución es buena registrándose complicaciones terapéuticas bajas, aunque la mortalidad es del 18% sobre todo en los pacientes con neoplasias.

Conclusiones. Prevalencia elevada de ETEV en especial en pacientes con déficit de movilidad por patología médica. Prevalencia de neoplasia en el 26% de los casos. Buena evolución en general con complicaciones hemorrágicas y recidivas tromboembólicas en el 6% en ambos casos. Mortalidad del 18%.

T-13

INFLUENCIA DE LA DEMORA EN EL DIAGNÓSTICO Y LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS SOBRE LA ESTANCIA MEDIA HOSPITALARIA EN LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA

A. Escalera-Zalvide¹, J. Castellanos Monedero¹, J. Tenías², E. Corrales Sánchez¹, C. Carmen Alarcón Viejo¹, M.Á. Galindo Andúgar¹, M. Franco Huerta¹ y R. Cicuéndez Trilla¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Área de Investigación, Docencia y Formación. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

Objetivos. Pretendemos identificar si el tiempo de espera desde el inicio de la clínica, la consulta del paciente y la demora en la realización de pruebas complementarias de imagen influye significativamente en la prolongación de la estancia hospitalaria de pacientes con enfermedad tromboembólica venosa (ETEVE).

Material y métodos. De forma consecutiva se reclutaron 29 pacientes con diagnóstico al ingreso, o durante la hospitalización, de trombosis venosa profunda (TVP) y/o tromboembolismo pulmonar (TEP) entre los meses de diciembre de 2009 y mayo de 2010. Cuantificamos la demora en días, desde el momento de inicio de los síntomas hasta la primera valoración médica, así como el tiempo de espera hasta la realización de pruebas de imagen de rutina. Las pruebas complementarias analizadas son: radiografía de tórax, ecografía doppler de miembros inferiores, tomografía de tórax de perfil vascular y ecocardiograma. La estancia media también se valoró en días. Se estimó la correlación de los resultados con el coeficiente de correlación Pearson (CP). El análisis estadístico se realizó con PASW Statistics ver. 18.

Resultados. Se seleccionaron 29 pacientes con una edad media de 64,7 años (DE: 18,3; rango 34 a 95 años), 13 mujeres (44,8%) y 16 hombres (55,2%). En 16 casos (55,2%) se confirmó el diagnóstico de TEP y en el resto de TVP aislada. Obtuvimos un tiempo de retraso medio de 5,4 días hasta que los pacientes consultaban por primera vez tras el inicio de la clínica. La estancia media global fue de 10 días. La media de demora en la realización de la radiografía de tórax fue de 5,4 días, para la ecografía doppler 6,56 días, 7,63 días para la tomografía y 6,57 días en el caso del ecocardiograma. Se observa una relación positiva y estadísticamente significativa entre la demora de la sospecha clínica y la estancia hospitalaria (CP 0,43; $p = 0,028$). También se observa una relación positiva y estadísticamente significativa entre la demora en la solicitud de todas las pruebas diagnósticas y la estancia hospitalaria, pero esto es más relevante en la demora de solicitud de la ecografía doppler (CP 0,402; $p = 0,051$) y la demora en la solicitud de la tomografía de perfil vascular (CP 0,495; $p = 0,031$).

Discusión. La adecuada gestión de recursos sanitarios obliga a optimizar la duración de la asistencia hospitalaria de los pacientes, previniendo además de este modo las complicaciones asociadas a la hospitalización. La sobrecarga de los servicios hospitalarios encargados de la realización de pruebas diagnósticas, la poca limitación funcional originada por los síntomas y la falta de sospecha clínica condicionan en los pacientes con ETEVE una estancia media prolongada que en la mayoría de los casos no tiene beneficio clínico alguno. En nuestro trabajo analizamos todos esos factores observando que la estancia hospitalaria se encuentra influida por la tardanza en la sospecha clínica y en la solicitud de las pruebas diagnósticas.

Conclusiones. La tardanza a la hora de recibir la primera valoración por un médico y, por tanto, en establecer un diagnóstico de

sospecha influye en la estancia media hospitalaria. Una precoz interpretación de los hallazgos clínicos permitirá la solicitud temprana de pruebas de imagen.

T-14

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS INGRESOS POR ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA EN UN HOSPITAL GENERAL DE SEGUNDO NIVEL

A. Escalera-Zalvide¹, R. Cicuéndez Trilla¹, J. Tenías², J. Castellanos Monedero¹, C. Alarcón Viejo¹, E. Corrales Sánchez¹, M. Franco Huerta¹, M. Sánchez Ruiz de Gordo³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Área de Investigación, Docencia y Formación, ³Servicio de Farmacia. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

Objetivos. Definir el perfil de pacientes ingresados por enfermedad tromboembólica aguda y las principales características clínicas de los mismos.

Material y métodos. Se incluyeron los pacientes ingresados desde diciembre de 2009 a mayo de 2010 con juicio clínico al ingreso de trombosis venosa profunda y/o tromboembolismo pulmonar o que los desarrollaron durante la hospitalización, recogiendo diversas variables demográficas, clínicas y analíticas, antes de las primeras 72 horas tras el inicio de tratamiento anticoagulante. Los datos fueron analizados con PASW Statistics ver. 18.

Resultados. Se incluyeron 29 pacientes con edad media de 64 años (55,2% hombres) de los que 16 presentaban diagnóstico de TEP (sólo 3 casos -10,3%- sin evidencia de TVP; y en 6 casos como hallazgo accidental en angioTAC realizado en pacientes con TVP) y 13 TVP aislada. La estancia media global fue de 10 días. La media de demora hasta el diagnóstico desde el inicio de los síntomas fue de 5 días. El 93,1% de los pacientes eran de procedencia ambulatoria. El signo clínico más frecuente fue la taquipnea que se presentó en el 72,4% de los pacientes. En los pacientes con TEP el síntoma más frecuente fue la disnea presente en un 37,9% de los casos. El dolor y la tumefacción en una extremidad se presentaron en un 55,2 y 69% respectivamente. La SaO₂ fue inferior al 90% sólo en 3 pacientes. En todos los pacientes con TEP la pO₂ media fue de 67 mmHg y pCO₂ de 28,8 mmHg. La media global de dímero-d fue 6,81 ng/dL, 8,8 ng/dL en caso de TEP y 4,67 ng/dL en caso de TVP aislada. El 62,1% presentaba una Rx de tórax normal y la anomalía más frecuente en el ECG fue la taquicardia sinusal (51,7%). La ecografía doppler de MMII objetivó trombo en MII en el 51,7%, en MID el 31%, y sólo un caso fue bilateral. La localización proximal fue la más frecuente con un 96%. Se realizó angioTC de tórax en 22 pacientes de los que el 42,1% presentaban TEP bilateral. Presentaban tabaquismo 31%, diabetes 31%, HTA 34,5% y tenían antecedente de inmovilización el 44,8% (sólo 2 casos realizaban profilaxis) y un 20,6% asociaban deterioro cognitivo severo. Contaban con antecedentes personales y/o familiares de ETEVE el 24,13%.

Discusión. La enfermedad tromboembólica venosa es una de las patologías más frecuentes en un servicio de Medicina Interna. Los estudios existentes en la literatura hacen especial hincapié en la tipificación de las poblaciones de riesgo. En nuestro trabajo hemos intentado mostrar cuál es la situación actual de esta enfermedad en un servicio de Medicina Interna en un área poblacional con pacientes de edad avanzada y pluripatológicos con el fin de estudiar cuáles son los factores epidemiológicos, clínicos analíticos y radiológicos más frecuentes en nuestro medio.

Conclusiones. La enfermedad tromboembólica venosa supone un motivo frecuente de ingreso hospitalario. Existe una limitación importante de los parámetros clínicos para el diagnóstico de TEP, que ha sido accidental en la quinta parte de los casos. La inmovilización en los pacientes con deterioro cognitivo y calidad de vida mermada supone un importante factor predisponente a la ETEVE en un Servicio de Medicina Interna.

T-15 CORRELACIÓN ENTRE MARCADORES BIOLÓGICOS Y ESTANCIA MEDIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA

A. Escalera-Zalvide¹, J. Castellanos Monedero¹, J. Tenías², E. Corrales Sánchez¹, C. Alarcón Viejo¹, M. Franco Huerta¹, M. Galindo Andúgar¹ y M. Martínez Gabarrón¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Área de Investigación, Docencia y Formación. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

Objetivos. Establecer la relación entre estancia media hospitalaria y los siguientes marcadores analíticos: dímero-D, proteína C reactiva ultrasensibles, leucocitos, fibrinógeno, presión parcial de oxígeno, presión parcial de CO₂ y saturación de oxígeno en los pacientes con Enfermedad tromboembólica venosa.

Material y métodos. De forma consecutiva se reclutaron 29 pacientes con diagnóstico al ingreso, o durante la hospitalización, de trombosis venosa profunda (TVP) y/o tromboembolismo pulmonar (TEP) entre los meses de diciembre de 2009 y mayo de 2010, recogiendo diferentes marcadores biológicos [leucocitos totales, dímero-D (DD), fibrinógeno (Fib), presión parcial de oxígeno (paO₂), presión parcial de CO₂ (pCO₂), saturación de oxígeno (SatO₂), y proteína C reactiva ultrasensible (PCR-hs)]. Cuantificamos la estancia media en días para los pacientes con diagnóstico de TEP y de TVP por separado. Se estimó la correlación de los resultados con el coeficiente de Pearson (CP). El análisis estadístico se realizó con PASW Statistics ver. 18.

Resultados. Se seleccionaron 29 pacientes con una edad media de 64,7 años (DE: 18,3; rango 34 a 95 años), 13 mujeres (44,8%) y 16 hombres (55,2%). En 16 casos (55,2%) se confirmó el diagnóstico de TEP y en el resto de TVP aislada. La estancia media global fue de 10 días. Para los pacientes con TVP aislada la estancia media fue de 8.20 días y de 13 días para los TEP. Al explorar la correlación entre los distintos marcadores analíticos tan sólo la proteína C reactiva ultrasensible muestra una relación estadísticamente significativa con la estancia media en los pacientes con TEP (p = 0,01).

Discusión. La enfermedad tromboembólica venosa, presenta manifestaciones clínicas difíciles de reconocer sobre todo en los pacientes con TEP, existen diversos algoritmos clínicos para su identificación y para calcular su pronóstico. En todos estos algoritmos se encuentra incluido el dímero-D. Al ser una enfermedad que desencadena un proceso inflamatorio, alteración en la coagulación y alteración en los parámetros ventilatorios, nos dispusimos a analizar esos factores comparándolos con la estancia media hospitalaria. De todos los marcadores biológicos analizados únicamente la PCR-hs presentó una buena correlación con la estancia media, alcanzando significación estadística en los casos de TEP.

Conclusiones. La PCR-hs presenta una buena correlación con la estancia media hospitalaria en pacientes con TEP. Los parámetros analíticos clásicamente incluidos en los diferentes algoritmos diagnósticos de TEP no presentan una buena correlación con la estancia media, al menos individualmente. Los parámetros biológicos analizados no presentan una buena correlación con la estancia media en pacientes con TVP.

T-16 CONCORDANCIA Y CAPACIDAD DISCRIMINATIVA DE LAS ESCALAS DIAGNÓSTICAS DE EMBOLISMO PULMONAR

A. Escalera-Zalvide¹, J. Castellanos Monedero¹, J. Tenías², E. Corrales Sánchez¹, C. Alarcón Viejo¹, M. Galindo Andúgar¹, M. Franco Huerta¹ y M. Sánchez Ruiz de Gordo³

¹Servicio Medicina Interna, ²Área de Investigación, Docencia y Formación, ³Servicio de Farmacia. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

Objetivos. Actualmente están disponibles diferentes algoritmos diagnósticos para la identificación de un cuadro de TEP basados en

la clínica, antecedentes, exploración física y pruebas complementarias. En nuestro trabajo pretendemos estimar la concordancia, correlación y capacidad discriminativa de las diferentes escalas diagnósticas en la identificación de un cuadro de TEP o TVP confirmado.

Material y métodos. De forma consecutiva se seleccionaron 29 pacientes con diagnóstico confirmado de trombosis venosa profunda (TVP) y/o tromboembolismo pulmonar (TEP). En todos ellos se recogió la información clínica necesaria para calcular la probabilidad de TEP utilizando cuatro algoritmos validados: Wells, Ginebra, Pisa y Hoellerich. El cálculo de probabilidades de TEP se llevó a cabo con la plataforma Essential Evidence Plus[®] que tiene implementados los cuatro algoritmos diagnósticos. Se estimó la concordancia en los resultados con el coeficiente de correlación intraclass (CCI), la correlación con el coeficiente de Spearman y la capacidad discriminativa con la distancia en las puntuaciones entre los pacientes con TVP y con TEP.

Resultados. Se seleccionaron 29 pacientes con una edad media de 64,7 años (DE: 18,3; rango 34 a 95 años), 13 mujeres (44,8%) y 16 hombres (55,2%). En 16 casos (55,2%) se confirmó el diagnóstico de TEP y en el resto de TVP aislada. La concordancia entre las cuatro escalas fue muy pobre, con CCI inferiores a 0,20. Las correlaciones fueron mayoritariamente positivas, siendo la escala de Wells la única que se correlacionó positivamente con el resto y de forma estadísticamente significativa con la de Ginebra y Hoellerich. La capacidad discriminativa (diferencias en las probabilidades asignadas a los pacientes con TEP versus TVP) fue mayor para las escalas de Wells y de Hoellerich.

Discusión. En la actualidad no existe un prueba diagnóstica concluyente para el diagnóstico de TEP, por lo que existen diversas escalas predictoras de riesgo. Todas estas escalas se basan en la utilización de parámetros clínicos y analíticos. En nuestro trabajo hemos intentado observar en pacientes con diagnóstico definitivo de TEP o TVP cuál de ellas hubiera sido la mejor en predecir este evento.

Conclusiones. Las escalas diagnósticas disponibles muestran una capacidad discriminativa heterogénea y una pobre concordancia entre ellas. La que presenta unas cualidades más adecuadas para su aplicación en la práctica clínica es la escala de Wells.

T-17 UTILIDAD DE LAS ESCALAS DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA PARA PREDECIR ESTANCIA MEDIA HOSPITALARIA

A. Escalera-Zalvide¹, J. Castellanos Monedero¹, J. Tenías², C. Alarcón Viejo¹, E. Corrales Sánchez¹, M. Franco Huerta¹, M. Galindo Andúgar¹ y M. Martínez Gabarrón¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Área de Investigación, Docencia y Formación. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

Objetivos. Comprobar la capacidad pronóstica de las escalas de mortalidad a corto plazo como predictores de la estancia hospitalaria en pacientes con enfermedad tromboembólica venosa (ETE).V).

Material y métodos. Se utilizaron dos escalas pronósticas de mortalidad (1,2) diseñadas para pacientes con embolismo pulmonar que incluían variables clínicas y analíticas en la predicción de mortalidad a corto plazo (15 días). La escala "simplificada" (Grau et al. 2007) evalúa en un rango de 10 puntos: antecedentes de cáncer (4 puntos), inmovilidad (2 puntos), hemoglobina < 12 g/dL (1,5 puntos), creatinina > 1,2 mg/dL (1,5 puntos) y edad > 75 años (1 punto). La escala "ampliada" (Grau et al, 2009) evalúa sobre un total de 100 puntos: cáncer (16 puntos), trombosis venosa profunda no sintomática (15 puntos), inmovilidad más de tres días (15 puntos), edad > 65 años (13 puntos), saturación de O₂ < 90% (10 puntos),

creatinina > 1,3 mg/dL (17 puntos), frecuencia cardiaca > 110 lpm (9 puntos) y dímero D > 2,5 mg/mL (5 puntos). Se calcularon las puntuaciones de ambas escalas en los pacientes ingresados por ETEV o que la desarrollaron durante su hospitalización en el periodo de diciembre de 2009 a mayo de 2010. Las puntuaciones obtenidas se correlacionaron (coeficiente de Pearson y de Spearman) con la estancia hospitalaria. El análisis estadístico se realizó con el programa PASW v18.

Resultados. Se seleccionaron 29 pacientes con una edad media de 64,7 años (DE: 18,3; rango 34 a 95 años), 13 mujeres (44,8%) y 16 hombres (55,2%). En 16 casos (55,2%) se confirmó el diagnóstico de TEP y en el resto de TVP aislada. La correlación de las puntuaciones de ambas escalas con la estancia hospitalaria fue positiva y estadísticamente significativa en todos los casos. Las correlaciones fueron mayores en los casos de TEP.

Discusión. En la actualidad, en la práctica médica existe la tendencia de la estimación pronóstica de la mortalidad para diferentes enfermedades. En la enfermedad tromboembólica venosa se han diseñado distintas escalas para el cálculo de la mortalidad. En nuestro trabajo nos hemos planteado si estas escalas creadas para conocer el pronóstico de mortalidad precoz eran útiles para predecir la estancia hospitalaria. Al aplicar estas escalas como marcador de estancia hospitalaria se observa que ambas eran útiles para predecir estancia hospitalaria, sobre todo en los pacientes que presentaban TEP.

Conclusiones. Las escalas de predicción de mortalidad se pueden utilizar para estimar la estancia hospitalaria en los pacientes con TEP. La versión más útil sería la simplificada.

T-18 REVISIÓN DE 29 CASOS DE TROMBOSIS VENOSA MESENTÉRICA (TVM)

G. Delgado Cárdenas¹, G. Eroles Vega¹, P. Rondón Fernández¹, B. Martínez Mondejar² e I. de la Riva Jiménez³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Medicina Preventiva, ³Admisión y Documentación Clínica. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid).

Objetivos. Conocer la etiología, las características epidemiológicas y clínicas y el pronóstico de los pacientes diagnosticados de TVM en nuestro centro.

Material y métodos. Revisión de historias clínicas de pacientes ingresados en nuestro hospital con el diagnóstico de trombosis mesentérica durante el periodo enero de 2000 a mayo de 2009. Se realiza un análisis descriptivo, expresando las variables cuantitativas en media (X) y desviación estándar (DE) y las cualitativas en valor absoluto y porcentaje (%).

Resultados. Se recogieron 29 pacientes, edad 69,9 (13) años; hombres 21 (72,4). Se detectó una causa de hipercoagulabilidad primaria (HP) en 6 pacientes (20,7) (déficit de proteína C: 2, mutación gen protrombina 20210A en heterocigosis: 2, Factor V Leiden en heterocigosis: 2, mutación gen MTRH homocigoto: 1 e hiperhomocisteinemia: 1), de hipercoagulabilidad secundaria (HS) en 10 (34,5) (neoplasias: 8, crioglobulinemia: 1, anticonceptivos orales: 1); no se detectó ninguna causa de hipercoagulabilidad (NH) en 13 (44,8) (con patología abdominal no tumoral: 5, inmovilización + deshidratación: 2, sin patología asociada: 6). La forma de presentación fue aguda 22 (75,9), subaguda 4 (13,8) y crónica 3 (10,3); las manifestaciones más frecuentes fueron: dolor abdominal 24 (82,8), náuseas/vómitos 16 (55,2) y distensión abdominal 12 (41,4). El intervalo entre el ingreso y el diagnóstico fue de 3,3 (6) días. Durante el episodio en el que se diagnostica la TVM, existió afectación simultánea de la vena porta en 4 pacientes NH y 4 pacientes con HP o HS. Existió otro evento tromboembólico de diferente localización (TVP/TEP) previo o posterior al de la TVM en 2 (15,4) pacientes sin patología asociada, y en otros 2 (12,5) con datos de hipercoagulabilidad (en 1 con HP y en otro con HS). El TAC fue diagnóstico en

24 pacientes (88,9); sólo se realizó arteriografía a 1 paciente. Se realizó tratamiento en 26 pacientes (89,6): anticoagulación durante el episodio agudo en 22 (75,9) y al alta en 18 (75); se realizó laparotomía en 9 (31) (diagnóstica en 3, terapéutica en 6). No hubo ningún episodio de recurrencia de TVM. Fallecieron 5 pacientes (17,2).

Discusión. La TVM representa 5-15% del total de episodios de isquemia mesentérica. A veces, el diagnóstico no es fácil ni rápido (en nuestro caso: 3 días). La mortalidad, (20-50%; en nuestro estudio, 17%); se relaciona con la edad, el retraso diagnóstico y la patología asociada.

Conclusiones. 1. La TVM tiene un espectro clínico- evolutivo amplio; hasta 10% tienen una evolución crónica. 2. Hay que destacar la utilidad del TAC abdominal como prueba no invasiva (fue diagnóstico en 89% de los casos en que se realizó). 3. En la mitad de casos (44,8%) no se detectaron alteraciones primarias o secundarias de la coagulación; en estas circunstancias es importante descartar patología abdominal asociada. 4. A pesar de todo, el hallazgo de eventos de TVP/TEP previos o posteriores en 15,4% de pacientes sin hipercoagulabilidad aparente (grupo NH), hace pensar que los estudios actuales de despistaje son imperfectos.

T-20 ÍNDICE DE GRAVEDAD DEL EMBOLISMO PULMONAR: ¿BUEN PREDICTOR PRONÓSTICO EN PACIENTES INGRESADOS POR EMBOLIA PULMONAR?

R. Salas¹, E. Merino¹, A. Cárdenas¹, C. Arauco¹, M. González¹, C. Fornós¹, N. Parra² y F. Fernández¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²USR. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona.

Objetivos. Analizamos el Índice de Gravedad de Embolia Pulmonar (PESI) como herramienta pronóstica en los pacientes hospitalizados con embolia pulmonar (EP).

Material y métodos. Estudio de casos y controles realizado sobre 203 pacientes en un Hospital Universitario, durante 2004-2010, con diagnóstico confirmado de EP. Se estratificó la probabilidad de mortalidad durante el ingreso mediante el PESI. Se recogieron datos sociodemográficos, clínicos, dímero-D y otras variables de laboratorio. A efectos de análisis, se excluyeron pacientes con valores perdidos para el cálculo de PESI (121 en total). El end-point definido para los casos fue la mortalidad (6 pacientes). Se calculó la curva receiver operating characteristic (ROC) de PESI en nuestra muestra, a partir de la cual, se obtuvieron los parámetros de validez interna para este índice [sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN)] y su área bajo la curva. Los análisis se realizaron mediante el paquete estadístico SPSS 15.0.

Resultados. A efectos de análisis, se valoraron 82 pacientes, de entre los cuales, sólo 6 (7,3%) fue exitus. En conjunto, la edad media fue de 76,3 (14,0) años, con un 29,3% (24) varones. La hipertensión arterial (43 pacientes; 52,4%), EPOC (18; 22,0%) e insuficiencia cardiaca crónica (15; 18,3%) fueron las comorbilidades más prevalentes. La media de dímero D fue de 4236,7 (2738,6) ng/dl y la pO₂ media, de 71,2 (23,3) mmHg. La estratificación del riesgo de mortalidad según PESI, distribuyó los pacientes en clase I (7 sujetos; 8,9%), clase II (17; 15,4%), clase III (17; 15,4%), clase IV (21; 26,6%) y clase V (17; 21,5%). La distribución de los casos en función del PESI fue la siguiente: clase I (1 exitus; 1,3%), clase II (1; 1,3%), clase III (0; 0,0%), clase IV (3; 3,8%), clase V (1; 1,3%), sin observarse diferencias estadísticamente significativas en comparación con la distribución de los controles (p = 0,505). La puntuación media de PESI en el grupo de pacientes fallecidos [108,0 (30,6)] tampoco difirió significativamente (p = 0,668) de la media en el grupo control [102,4 (30,9)]. El AUC del PESI fue de 0,516 (IC95% 0,263-0,769). El mayor valor de VPP se obtuvo para la clase

IV (14%) y las cifras más elevadas de VPN se observaron en las clases inferiores (85,7% en clase I, 94,1% para la clase II y 100% en clase III).

Discusión. En nuestro estudio más de la mitad de los pacientes pertenecen a las clases de riesgo intermedio-alto y la mortalidad es mayor en este grupo de pacientes (mortalidad total 6 pacientes, 4 en clase IV-V). Por tanto parece que el índice de PESI tiende a estratificar correctamente a los pacientes con TEP, aunque no obtenemos la significación estadística. Esto puede deberse a la edad avanzada y a la elevada prevalencia de cardiopatía y neumopatía entre nuestros pacientes; estas variables desvían al alza la puntuación del PESI, sin que por ello se traduzca necesariamente gravedad importante en el momento del ingreso. Esta misma hipótesis justificaría el hecho de que no fallezca ningún paciente en la clase III (17 pacientes). En sentido contrario, el peso de la variable edad en la escala de PESI puede infravalorar el pronóstico de los pacientes más jóvenes con EP. Atendiendo a nuestra casuística, la mejoría de los parámetros de validez interna del PESI obligaría a la incorporación de otros biomarcadores y datos de imagen que optimicen la selección de pacientes de alto y bajo riesgo.

Conclusiones. Las clases de riesgo de PESI tienden a correlacionarse bien con la mortalidad hospitalaria. La puntuación de la variable edad limitaría el valor de la escala para estratificar el pronóstico en pacientes ancianos y muy jóvenes con EP.

T-21 UTILIDAD DEL USO DE ESCALAS DE ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO CLÍNICO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

S. Gómez-Zorrilla¹, C. Royo¹, D. Leiva², S. Jordán¹, A. Riera-Mestre¹ y R. Pujol¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

Objetivos. Valorar la validez de las escalas de estratificación de riesgo clínico de tromboembolismo pulmonar (TEP) en pacientes oncológicos con sospecha de TEP. Comparar la utilidad de dichas escalas en pacientes con y sin antecedente de neoplasia en un Servicio de Urgencias.

Material y métodos. Estudio retrospectivo con inclusión de todos los pacientes atendidos en Urgencias de un Hospital Universitario de Tercer Nivel a los que se les solicitó Tomografía Computarizada (TC) ante sospecha clínica de TEP durante los años 2006 y 2007. Se recogen datos epidemiológicos, clínicos y exploraciones complementarias. Se categoriza retrospectivamente la sospecha clínica de TEP mediante escalas de Wells (EW) y Geneva (EG), realizando un estudio comparativo entre pacientes con y sin enfermedad neoplásica.

Resultados. Durante el 2006 y 2007 se realizaron en nuestro hospital 1.166 TC toraco-abdominales urgentes, de los cuales 448 (38%) se solicitaron por sospecha de TEP. Se incluyeron 265, excluyéndose los TC solicitados desde otros centros, planta convencional y los pacientes en los que no se pudo realizar seguimiento durante un año. La media de edad fue 65,5 años, el 52,5% eran varones. 93 pacientes (35%) tenían antecedente de neoplasia. El porcentaje diagnóstico de TEP fue de 34,7%. En la tabla se muestra las características de los pacientes atendidos por sospecha de TEP. En el subgrupo de pacientes oncológicos se encontró asociación estadísticamente significativa con puntuaciones elevadas en la EW, pero no en la EG.

Discusión. En nuestro estudio existe asociación estadísticamente significativa entre TEP y puntuaciones elevadas en EG y EW en la población general. En pacientes oncológicos sólo la EW presenta diferencias significativas. Esto puede explicarse porque la EG no

puntúa el antecedente de neoplasia, mientras que puntúa la gasometría arterial (que en pacientes con neoplasia pulmonar o metástasis también puede estar alterada) y la edad. Sería necesario la realización de otros estudios de carácter prospectivo para confirmar nuestro resultado.

Conclusiones. En pacientes oncológicos la EW parece adaptarse mejor que la EG para la estratificación del riesgo clínico de TEP.

Tabla 1 (T-21). Características clínicas de los pacientes atendidos por sospecha de TEP

	TEP (N: 92)	No TEP (N: 173)	TEP pac oncológicos (N: 24)	No TEP pac oncológicos (N: 69)
IQ previa	12 (13%)	7 (4,04%)		
EW	5,1 ± 2	2,7 ± 2,1	5,1 ± 1,6	3,5 ± 1,9
EG	5,9 ± 2,4		6 ± 2,2	5 ± 2,4
pO ₂ /pCO	66,9/35,2	65,3/36,7	62,8/36,2	62,8/36,2

T-22 CARACTERÍSTICAS CLINICOEPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON ETEV EN UN HOSPITAL COMARCAL

M. Pérez Pinar, M. Rodríguez Galdeano, J. Solís García del Pozo, I. Maraños Antoñanzas, J. Gómez Garrido e I. Tarraga Rodríguez

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

Objetivos. Describir las características clínicas de los pacientes con enfermedad tromboembólica venosa (ETEV) diagnosticados en un hospital comarcal de reciente apertura.

Material y métodos. Se realizó un estudio retrospectivo de una serie de 69 casos de ETEV diagnosticados en el hospital general de Villarrobledo desde su apertura hasta la actualidad. Se recogieron datos sobre los factores de riesgo y clínicos. Se realizó una base de datos utilizando el programa SPSS 15.0 para la elaboración de un estudio descriptivo.

Resultados. Se analizaron datos de 69 pacientes. La edad media fue de 72 años (rango entre 28 a 98). 36 casos fueron varones (52,2%) y 33 mujeres (47,8%). Entre los principales factores de riesgo se encontraban la edad avanzada en 53 casos (76,8%), neoplasia en 19 casos (27,5%), encamamiento de más de 4 días en 17 casos (24,6%), enfermedad médica aguda en 17 casos (24,6%), enfermedad tromboembólica previa en 16 casos (23,2%). Otros factores de riesgo como la cirugía reciente, fueron menos frecuentes. En 32 casos (46,4%) el diagnóstico fue de trombosis venosa profunda (TVP), en 25 casos (36,2%) el diagnóstico fue de tromboembolismo pulmonar (TEP), y en 12 casos (17,4%) fueron de TEP y TVP. En el caso de existir TVP (44 casos), 26 casos (59,1%) ocurrieron en extremidad inferior derecha, 14 casos (31,8%) fue en extremidad inferior izquierda, y en 4 casos (9,1%) la TVP fue bilateral. Los síntomas principales en los 44 casos de TVP fueron el edema en 36 casos, dolor en 22 casos, aumento de la temperatura local en 12 casos y eritema en 11. En los 37 casos diagnosticados de TEP, el síntoma principal fue la disnea en 27 casos, seguido de la taquicardia en 15 y del dolor torácico y el síncope con 8 casos cada uno. Se determinó el dímero D en el momento del diagnóstico en 54 casos con una media de 975,46 µg/L. En 34 casos la cifra del dímero D fue mayor de 500.

Discusión. Mostramos aquí la experiencia en nuestro hospital en una serie de pacientes diagnosticados de enfermedad tromboembólica. Nuestra serie no se diferencia en términos generales de otras ya publicadas. Llama la atención la importancia de la patología médica aguda como factor de riesgo de enfermedad tromboembólica.

boembólica, mucho más relevante que el antecedente de cirugía previa. Probablemente esto se deba a la menor concienciación de los especialistas médicos en la prevención de esta patología en sus pacientes.

Conclusiones. La enfermedad tromboembólica venosa tiene gran importancia en los servicios de Medicina Interna, siendo importante en los pacientes de más edad, y con antecedentes de neoplasia. Es importante la prevención de la ETEV también en los pacientes de servicios médicos.

T-23

ADECUACIÓN DE LA PROFILAXIS TROMBOEMBÓLICA EN LOS PACIENTES MÉDICOS DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL GENERAL

M. Martínez Cortés, G. Parra García, M. Esteban Moreno, P. Sánchez López, G. López Lloret, C. Maldonado Úbeda, S. Domingo Roa y L. Díez García

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

Objetivos. Conocer el riesgo de enfermedad tromboembólica venosa (ETV) en los pacientes médicos durante su ingreso y al alta hospitalaria y comprobar el grado de adecuación de la profilaxis antitrombótica prescrita a la guía PRETEMED.

Material y métodos. Estudio observacional, transversal y prospectivo de una muestra aleatoria de 50 pacientes consecutivos ingresados en un Servicio de Medicina Interna de un Hospital General, realizado en los meses de Abril-Junio/10. Se recogieron variables como edad, sexo, peso, talla, IMC, primer diagnóstico al alta, días de estancia, factores de riesgo para hemorragias y factores de riesgo de ETV según la guía PRETEMED. Se calculó el Riesgo Ajustado (RA) de ETV durante el ingreso y al alta, recogiendo la profilaxis antitrombótica recibida y su adecuación respecto a las indicaciones del PRETEMED. Los datos se analizaron con el paquete estadístico SSPS 18.0.

Resultados. La edad media fue de 69 ± 15 años. La distribución por sexo fue: 25 varones (50%) y 25 mujeres (50%). La estancia media fue de 12 ± 7 días. Los diagnósticos asociados más frecuentes fueron: procesos infecciosos: 24 pacientes (48%); ICC: 5 (10%), neoplasias: 4 (8%) y sepsis en curso: 3 (6%). Los factores de riesgo de ETV más frecuentes fueron: encamamiento > 4 días: 96%; edad > 60 años: 82%; infección grave: 38%; diabetes mellitus mal controlada: 30%; ICC NYHA III: 22%; antidepressivos: 22%; antipsicóticos: 20%; tabaquismo: 10%; IMC > 28: 20%; EPOC: 20%; neoplasias: 18% y ICC NYHA IV: 12%. El riesgo de ETV según PRETEMED y la adecuación de profilaxis antitrombótica durante el ingreso y al alta se exponen en la tabla (T-23).

Conclusiones. Los factores de riesgo para ETV son similares a los descritos en otras series de pacientes de Medicina Interna. La adecuación de la profilaxis antitrombótica es elevada (92%) durante el ingreso pero mejorable al alta hospitalaria (75%), especialmente en pacientes de alto riesgo (adecuación: 59%).

Tabla (T-23).

RA de ETV en el ingreso (PRETEMED)			
RA PRETEMED	Nº (%) pacientes	Nº (%) Prof Antitrombót.	Adecuación PRETEMED
≤ 3	4 (8%)	2 (50%)	50%
= 4	3 (6%)	2 (66%)	100%
> 4	42 (84%)	40 (95%)	95%
RA de ETV al alta (PRETEMED)			
RA PRETEMED	Nº (%) pacientes	Nº (%) Prof Antitrombót.	Adecuación PRETEMED
≤ 3	18 (36%)	2 (11%)	89%
= 4	8 (16%)	2 (25%)	100%
> 4	17 (34%)	10 (59%)	59%

T-24

INDICADORES DE CALIDAD EN LOS INFORMES DE ALTA DE PACIENTES CON TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP)

M. Jaras Hernández, J. Pascual Pareja, I. de Ramón Campiña, J. Nieto López-Guerrero, S. Maroto Martín, C. Nichols Navia y A. Noguera Asensio

Servicio de Medicina Interna. Hospital Cantoblanco. Madrid.

Objetivos. Evaluar la recomendación en el informe de alta sobre utilización de medias de compresión en los pacientes con diagnóstico de trombosis venosa profunda aguda de miembros inferiores.

Material y métodos. Acorde al protocolo de Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETE) existente en el Servicio en el que figura la recomendación escrita al alta sobre utilización de medias de compresión como indicador de calidad, se revisaron los informes de todos los pacientes diagnosticados de ETEV durante el año 2009.

Resultados. Resultaron diagnosticados ETEV 25 pacientes de los 905 ingresados en el Servicio durante ese año, de los cuales 19 (76%) fueron TVP. La indicación de prescripción de medias de compresión figuraba en el informe de 13 (64,9%) de los 19 pacientes dados de alta con diagnóstico de TVP en miembros inferiores.

Discusión. En los últimos años se está promoviendo, entre los profesionales sanitarios, el desarrollo de una cultura de calidad que nos permita conseguir una mejora continua. En las últimas guías se ha establecido con un grado de evidencia IA los beneficios del uso de medias de compresión, durante al menos dos años, para prevenir el síndrome posttrombótico por lo que consideramos la indicación de las mismas un aspecto clave en el manejo adecuado de estos pacientes.

Conclusiones. En el estudio se objetiva un nivel aceptable de cumplimiento de los estándares de calidad definidos aunque existe margen de mejora de actuación.

T-27

CORRELACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE D-DÍMEROS Y TROMBOEMBOLIA PULMONAR

C. Henríquez Camacho, P. Vásquez Jacinto, T. Pedraz González-Tablas, J. Trippe, J. Atance García de la Santa y E. Calvo

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

Objetivos. Determinar la correlación entre los niveles de D-dímeros y el tipo de tromboembolia pulmonar (TEP) bilateral o segmentaria, determinado por tomografía computada (TC).

Material y métodos. Se realizó un estudio de casos y controles entre los pacientes ingresados en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid desde el año 2006 hasta el año 2008 con diagnóstico de TEP basados en criterios clínicos y radiológicos por TC (bilateral o segmentario). Se dividieron los pacientes en 2 grupos: pacientes con TEP bilateral (casos) y pacientes con TEP segmentario (controles) y

según los niveles de D-dímeros (≤ 1.000 ug/mL y > 1001 ug/mL). Se determinó una relación de riesgos.

Resultados. TEP fue diagnosticado en 488 pacientes. Sólo se analizaron los datos completos en 190 pacientes (38,93%). La mediana de edad fue de 78 años (rangos intercuartiles: 69 y 83). El riesgo de tener un TEP bilateral comparado con tener un TEP segmentario, con niveles de D-dímeros en > 1.000 ug/mL fue de 1,39 (IC95%: 0,75 y 2,59) $p: 0,26$.

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 de riesgo entre los valores de D-dímeros y el tipo de TEP por TC. El riesgo de padecer TEP bilateral entre los pacientes con niveles altos de D-dímeros no fue significativo. La principal limitación de este estudio es el bajo nivel de representatividad de los sujetos.

Conclusiones. Estos resultados sugieren que no existe una correlación entre los niveles de D-dímeros y el tipo de tromboembolia (bilateral o segmentario) determinado por TC.

Tabla 1 (T-27). Tipo de TEP y niveles de D-dímeros

D-dímeros	TEP bilateral	TEP segmentario	Total
> 1001	64	40	104
≤ 1000	46	40	86
Total	110	80	190

T-28

FILTRO DE CAVA SÍ O NO PARA LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA Y HEMORRAGIA INTRACRANEAL (HIC) RECIENTE

J. Lobo Beristain¹, J. Nieto Rodríguez², V. Zorrilla Lorenzo¹, T. Camara González², A. Rivas Guerrero¹, N. Garrido Espada², D. Jiménez de Castro³, M. Monreal Bosch⁴ y Grupo RIETE

¹Servicio de Neumología. Hospital Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz (Álava). ²Servicio de Medicina Interna. Hospital General Virgen de la Luz. Cuenca. ³Servicio de Neumología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona).

Objetivos. En un estudio previo hemos encontrado, a pesar de las recomendaciones de las Guías habituales, una frecuencia preocupantemente baja de utilización de filtro de cava en los pacientes con HIC reciente. Nuestro objetivo en este nuevo trabajo fue estudiar las variables que se asociaban con la utilización o no de filtro en un intento de discernir las que pudieron haber sido utilizadas en la toma de la decisión.

Material y métodos. Los pacientes de RIETE hasta noviembre 2009. Se utilizó un modelo de regresión logística binario para estudiar la posible asociación de diferentes variables con la colocación de un filtro de vena cava inferior como tratamiento inicial.

Resultados. Un total de 133/27,234 (0,48%) habían padecido un episodio de HIC en los 30 días previos. Sólo 37 (27,8%) recibieron un filtro de cava inferior como parte del tratamiento inicial. Las características clínicas, y desenlace a 90 días en ambos grupos, se recogen en la tabla.

Discusión. Aun en ausencia de significación (probable error tipo II), resulta preocupante la tendencia observada en la incidencia de recidivas embólicas (muchas veces fatales), en los pacientes sin filtro.

Conclusiones. 1. Ningún factor de riesgo de re-sangrado, o re-embolismo parecía influir en la decisión, aunque el tiempo desde la hemorragia previa mostraba una tendencia a ser menor en los pacientes con filtro. 2. La utilización de filtro se asocia significativamente con una intensidad menor de tratamiento anticoagulante,

que parece ser el determinante previo de la decisión de implantarlo. 3. Aunque no había significación estadística, todas las recidivas embólicas se produjeron en el grupo sin filtro.

Tabla 1 (T-28). Características clínicas, tiempo desde la hemorragia (HIC) previa y desenlace a 90 días de los 133 pacientes

	Con filtro	Sin filtro	p
ETV previa	3 (8,1%)	3 (3,1%)	0,35
cáncer	4 (11%)	7 (7,3%)	0,50
Días desde HIC	14 (10-23)	18 (10-25)	0,36
Dosis HBPM	54 (38-108)	160 (102-192)	$< 0,001$
Sangrado mayor	2 (5,4%)	1 (1,0%)	0,187
Recidiva EP	0	4 (4,2%)	0,58
EP fatal	0	7 (7,3%)	0,19

T-29

TROMBOSIS EN AURÍCULA DERECHA Y CÁNCER RENAL

J. Pérez Rivera¹, M. Fidalgo Fernández², L. Manzanedo Bueno², N. Castro Iglesias², M. Alvela Suárez², M. Fernández Regueras³, J. Torres Triana² y R. Díez Bandera²

¹Servicio de Cardiología, ²Servicio de Medicina Interna III, ³Servicio de Medicina Interna II. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Clínico. Salamanca.

Objetivos. El objetivo del presente estudio es el análisis de eventos tromboticos en pacientes ingresados diagnosticados de cáncer renal en nuestro hospital, estudiando más detalladamente las trombosis en localizaciones poco habituales, en concreto en aurícula derecha (AD).

Material y métodos. Se realiza un estudio descriptivo transversal mediante recogida de datos de todos aquellos pacientes que ingresan en el Hospital Universitario de Salamanca con diagnóstico de cáncer renal entre los años 1999 y 2008. Se estudia la frecuencia de cada tipo de complicación trombotica. El diagnóstico de trombosis en vena renal, cava y AD se realizó con TAC toracoabdominal y la confirmación de trombosis en AD se realizó con ecocardiograma.

Resultados. El total de pacientes ingresados por cáncer renal en el periodo de tiempo estudiado de 10 años, fue de 359, la mayoría por hipernefoma. De ellos, 21 pacientes tuvieron complicaciones tromboticas, siendo la más frecuente la trombosis de la vena renal que aparece en 14 de los 21 pacientes (70%), existiendo concomitantemente trombosis de vena cava en 8 pacientes (40%), y de los cuales 3 (15%) también desarrollaron trombosis en AD. Otros eventos tromboticos documentados fueron: 3 tromboembolismos pulmonares, 1 trombosis venosa en miembros inferiores y 4 trombosis venosas en miembros superiores.

Discusión. El adenocarcinoma renal o hipernefoma es el tumor primario renal más frecuente, representando el 3% de todos los tumores sólidos. La triada clínica típica es masa, dolor abdominal y hematuria, y frecuentemente producen extensión trombotica venosa por invasión directa tumoral. Según algunas series la trombosis de la vena renal es la más frecuente, llegando a AD sólo en un 1%. En nuestra serie, el número de pacientes que sufrieron extensión trombotica tumoral hasta AD fue de 3 (15% de todas las trombosis). El Caso 1 es un varón de 44 años con enfermedad metastásica que falleció a las 24h de ingreso debido a su enfermedad de base. El Caso 2 se trata de un varón de 66 años que ingresa por dolor abdominal y alteración del perfil hepático. Se realiza TAC toracoabdominal que confirma la existencia de neoplasia renal derecha, trombosis cavoatrial y metástasis retroperitoneales y pulmonares. El Caso 3 es un varón de 75 años que ingresa por clínica de insuficiencia cardiaca. Se realiza ecocardiograma y TAC abdominal que evidencian una masa renal derecha y trombosis cavoatrial. En ambos casos

se lleva a cabo nefrectomía radical más trombectomía tumoral total desde vena renal hasta AD. El diagnóstico final fue el de hipernefroma con trombosis desde vena renal hasta AD sin infiltración de la pared venosa en los dos casos. El Caso 2 falleció a los 18 días del postoperatorio por complicaciones de la cirugía y el Caso 3 evoluciona satisfactoriamente y es dado de alta.

Conclusiones. En nuestra serie, la complicación trombótica más frecuente en pacientes ingresados con por cáncer renal fue la trombosis de la vena renal. La frecuencia de trombosis en AD fue superior a la descrita en otras series y no ha representado por sí misma un aumento de mortalidad en nuestros pacientes. La trombosis venosa de miembros superiores fue la complicación trombótica no producida por extensión directa tumoral más frecuente.

T-30 CAPACIDAD PREDICTIVA DE LOS MODELOS CLÍNICOS EN LA EXCLUSIÓN DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DE MIEMBROS INFERIORES

F. Rosa Jiménez, A. Rosa Jiménez, P. Román Navarro,
M. Blanco Martín, D. Hinojosa Martínez y F. Oña Antolín

Área de Hospitalización y Urgencias. Hospital de Alta Resolución de Alcaudete. Alcaudete (Jaén).

Objetivos. Comparar, en una misma población, la capacidad predictiva de la estrategia "baja probabilidad clínica y dímero D negativo" de los distintos modelos clínicos publicados para el diagnóstico de la TVP de MMII.

Material y métodos. Se analizaron retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes que acudieron al área de urgencias del Complejo Hospitalario de Jaén con sospecha clínica de TVP de MMII (1 enero-1998 al 31 diciembre-2002). Se incluyeron todos aquellos con pruebas diagnósticas de imagen (ecografía-Doppler y/o flebografía ascendente con contraste) y determinación de dímero D en el momento de la consulta. Se excluyeron todos aquellos con: 1) una anamnesis y/o una exploración física inadecuadas; 2) en tratamiento anticoagulante durante las 48 horas previas; y, 3) un resultado dudoso de la prueba de imagen. Cada modelo fue aplicado considerando sus criterios de exclusión. Se calculó la sensibilidad (SEN), especificidad (ESP), valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN) y los cocientes de probabilidades positivo (CP+) y negativo (CP-). El dímero D fue cuantificado con una técnica cuantitativa de látex (Dade-Behring®) o una técnica de inmunofiltración (NycoCard-D-Dimer®).

Resultados. Se estudiaron 859 episodios. Las pruebas de imagen fueron positivas para TVPMI en 465 episodios (54,1%). La capacidad predictiva de los modelos que incluyen el dímero D entre sus facto-

res predictores (modelo de Johanning y modelo de Oudega) y de la estrategia baja probabilidad clínica y dímero D negativa (resto de los modelos) se muestra en la tabla.

Conclusiones. Los modelos se caracterizan por una elevada sensibilidad (entre el 95 y el 100%), pero con una baja especificidad (entre el 0,8 y el 25,8%). 2. El valor predictivo negativo es muy variable. Sólo el modelo de Kahn y el de Janes llegan al 100%. El resto oscila entre el 80 y el 96%. 3. Estos resultados deben ser corroborados en otros estudios con un diseño prospectivo. Ver tabla 1 (T-30)

T-31 ¿QUÉ RELACIÓN EXISTE ENTRE LA FUNCIÓN RENAL Y LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DE LOS MIEMBROS INFERIORES?

F. Rosa Jiménez, A. Rosa Jiménez, C. Torres Ortega,
D. Jiménez Hinojosa, C. Ordoñez Hidalgo y R. Prieto Mendoza

Área de Hospitalización y Urgencias. Hospital de Alta Resolución de Alcaudete. Alcaudete (Jaén).

Objetivos. El síndrome nefrótico, el trasplante renal o la hemodiálisis han sido clásicamente asociadas a un mayor riesgo de padecer una enfermedad tromboembólica venosa (EDEV). Sin embargo, el papel de la insuficiencia renal como factor de riesgo para el desarrollo de una EDEV está aún por demostrar. Aunque en este tipo de pacientes se ha descrito un incremento del riesgo, no se ha concretado si el deterioro de la función renal es un factor de riesgo independiente o puede estar en relación con otros factores de riesgo concurrentes, tales como la edad, la obesidad, el tabaquismo, la hipertensión arterial o la diabetes mellitus. Nuestro objetivo es el analizar una posible asociación independiente entre la función renal y la presencia de una trombosis venosa profunda de miembros inferiores (TVPMI).

Material y métodos. Se analizaron, de forma retrospectiva, las historias clínicas de todos los pacientes que acudieron de forma consecutiva al área de urgencias del Complejo Hospitalario de Jaén con sospecha clínica de TVPMI desde el 1 de enero de 1998 al 31 de diciembre del 2002. Se incluyeron en el estudio todos aquellos con pruebas diagnósticas de imagen (ecografía-Doppler y/o flebografía ascendente con contraste) y determinación de creatinina en el momento de la consulta. Se excluyeron todos aquellos con: 1) una anamnesis y/o una exploración física inadecuadas; 2) en tratamiento anticoagulante durante las 48 horas previas; y, 3) un resultado dudoso de la prueba de imagen. La determinación de los niveles séricos de creatinina se realizó utilizando el método cinético modificado de Jaffé (Beckman Synchron CX7 Clinical System®). Se consi-

Tabla 1 (T-30). Capacidad predictiva (en porcentajes)

Modelo	SEN	ESP	VPP	VPN	CP +	CP -
Landefeld	98,1	11,2	56,6	83	1,1	0,17
Nypaver	98,4	12,7	57	87	1,13	0,13
Wells-1995	98,6	12,6	57,5	88,6	1,13	0,11
Wells-1997	99,5	11,6	57,7	94,7	1,12	0,05
Lennox	97,5	14,9	58,2	83,3	1,15	0,16
Kahn	100	2,9	55,1	100	1,03	0
Motykie	96,1	18	58	79,8	1,17	0,21
Janes	100	0,8	54,3	100	1,01	0
Ruiz	96,6	21,1	59,1	83,8	1,22	0,16
Johanning	97,8	12,4	56,6	83	1,12	0,17
Constans	99,6	10,4	56,7	95,3	1,11	0,04
Anderson	99,6	9,4	56,2	94,9	1,1	0,05
Wells-2003	99,3	18,5	58,7	96	1,22	0,04
Oudega	94,7	25,8	60,2	80,5	1,28	0,2
Subraman.	98,5	15,7	58	89,9	1,17	0,1

deró normal todo valor $\leq 1,1$ mg/dL. Para el análisis de la función renal se estimó la tasa de filtrado glomerular (TFG) mediante la fórmula MDRD abreviada. Se consideró normal todo valor ≥ 90 mL/min/1,73 m². El estudio estadístico se realizó con el programa SPSS 13.0[®] para Windows[®].

Resultados. Se estudiaron 662 episodios de los que el 51,2% (339) eran mujeres. La edad media de la población fue de 68,8 (13,7) años, con un rango de edades entre 15 y 100 años. Las pruebas de imagen fueron positivas para TVPMI en 360 episodios (54,4%). El valor medio de la creatinina [1,07 (0,41) vs 0,97 (0,4); $p = 0,003$], el porcentaje de pacientes con valores patológicos de creatinina (28,9% vs 18,5%; $p = 0,002$) y el porcentaje de pacientes con valores patológicos de TFG (81,1% vs 76,5%; $p = 0,019$) fueron significativamente superiores en el grupo de pacientes con TVPMI. El valor medio de la TFG [69,1 (23,4) vs 74,6 (21,1); $p = 0,002$] fue significativamente inferior en el grupo de pacientes con TVPMI. No hubo diferencias en el porcentaje de pacientes con valores de TFG < 60 . Las cuatro variables anteriores se introdujeron en un modelo multivariante junto con otras variables relacionadas con la función renal: edad, sexo, obesidad, tabaquismo, diabetes mellitus e hipertensión. En relación con la presencia de TVP, el único parámetro de función renal que alcanzó la significación estadística fue la TFG [B = -0,012; Exp (B) = 0,989; $p = 0,001$].

Conclusiones. 1. En nuestra serie existe una relación estadísticamente significativa e independiente entre la función renal y la presencia de TVPMI. 2. El parámetro que mejor define esta relación es la TFG. 3. Estos resultados deben ser corroborados en otros estudios con un diseño prospectivo.

T-32

HEMATOMAS MUSCULARES Y VISCERALES ASOCIADOS A TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE

R. Daroca Pérez, C. García Lamigueiro, E. Ruiz de la Cuesta, S. García Guerrero, T. Elías Sánchez, M. Núñez Murga y J. Peña Somovilla

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

Objetivos. Estudiar los aspectos clínicos, pronósticos y tratamiento de los hematomas viscerales y musculares (HVM) relacionados con el tratamiento anticoagulante.

Material y métodos. Estudio observacional retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes ingresados en nuestro hospital por HVM asociado a tratamiento anticoagulante-anticoagulantes orales (ACO), heparina no fraccionada y heparina de bajo peso molecular (HBPM) a dosis anticoagulante o profiláctica- desde enero de 2006 a abril de 2010. Se incluyeron los hematomas que afectaban a músculos, vísceras o retroperitoneo y se descartaron las hemorragias cerebrales, digestivas, de mucosas, subcutáneas, de serosas y articulares.

Resultados. Se incluyeron 21 pacientes. Edad media 78,8 \pm 7,8 años, mujeres 71%. Localización del hematoma: Pared abdominal 57,1%, retroperitoneo: 28,6%, muslo 9,5% pared torácica 4,8%. Patologías prevalentes: fibrilación auricular (FA) 66,7%, HTA 52,4%, EPOC/asma/bronquiectasias: 28,6%. Motivo de tratamiento anticoagulante: FA 52,4%, enfermedad tromboembólica venosa (ETV) 23,8%, profilaxis ETV 9,5%. Tratamiento anticoagulante: acenocumarol 66,7%, HBPM a dosis anticoagulante 19%, a dosis profiláctica 14,3%. Tratamiento antiagregante simultáneo 14,3%. Factor precipitante: ninguno 51,5%, traumatismo 23,8%, tos 14,3%, inyección subcutánea 9,5%. Síntoma principal: dolor local 52,4%, tumoración 19%; Shock o hipotensión 14,3%; anemia 9,5%. Hemoglobina < 10 g/dL 76,2%, < 6 g/dL 14,3%. INR > 3 : 6/14 en tratamiento ACO; creatinina $> 1,5$ mg/dL: 23,8%. Pruebas realizadas: ecografía: 15, 11 de ella fueron diagnósticas, TAC 17, todas diagnósticas. Arteriografías: 2. Medidas terapéuticas: transfusión de hemáties 52,4%, de plasma

9,5%; complejo protrombínico: 28,6%, soporte hemodinámico: 9,5%; ingreso en UMI 9,5%. Técnicas invasivas: embolización en 1 caso; en ninguno drenaje percutáneo o quirúrgico. Fallecieron 4 pacientes (19%), todos a causa del hematoma. Se reinició el tratamiento con ACO en 6 de los 11 pacientes que sobrevivieron, en un plazo de 1-6 meses, sin complicaciones posteriores. La mortalidad se asoció con: tratamiento ACO, localización retroperitoneal, presencia de shock. La mitad de los pacientes con hematoma retroperitoneal fallecieron, por sólo 1 de los 15 restantes.

Discusión. Los HVM son una complicación mayor del tratamiento anticoagulante, junto con las de hemorragias del SNC y digestivas. Se asocian sobre todo a ACO, pero también en nuestra serie a HBPM, incluso a dosis profiláctica. La TAC es la prueba más realizada y fiable para el diagnóstico. Apenas se realizó tratamiento invasivo, incluso menos que en otras series. La mortalidad es elevada, y, al igual que en algún otro estudio, se asocia sobre todo a los hematomas retroperitoneales. Por el contrario, los hematomas musculares, incluso voluminosos, suelen tener evolución favorable. En casi la mitad de los casos esta complicación hemorrágica fue motivo de suspensión definitiva del tratamiento ACO; en los que se reinició no se observaron nuevos sangrados.

Conclusiones. Los HVM constituyen una complicación grave del tratamiento anticoagulante, con necesidad frecuente de trasfusión de hemáties y factores de coagulación, y soporte hemodinámico. Se pueden producir con ACO y HBPM incluso a dosis profiláctica. El tratamiento es casi siempre conservador. La mortalidad es alta, asociada sobre todo a tratamiento ACO y localización retroperitoneal. Con frecuencia es motivo de suspensión definitiva del tratamiento ACO.

T-34

LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN LAS MUJERES GESTANTES, PUÉRPERAS Y EN LAS CONSUMIDORAS DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES. HALLAZGOS DEL RIETE

A. Blanco Molina¹, E. Sánchez García¹, J. Ogea García¹, J. Trujillo Santos², A. Ruiz-Gamietea³, M. Jaras Hernández⁴, M. Monreal Bosch⁵ y Grupo RIETE¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Córdoba.

²Servicio de Medicina Interna. Complejo Universitario Santa María del Rosell. Cartagena (Murcia). ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona. ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Cantoblanco. Madrid. ⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona).

Objetivos. La enfermedad tromboembólica venosa (ETV) es la principal causa de muerte durante el embarazo, el postparto y en las mujeres que consumen anticonceptivos hormonales. Sin embargo, aún quedan aspectos importantes de su historia natural, su prevención y del tratamiento sin resolver. El objetivo de este trabajo es estudiar las características clínicas y la evolución de la ETV relacionada con la gestación, el puerperio y el uso de contracepción.

Material y métodos. RIETE (Registro Informatizado de la Enfermedad Tromboembólica Venosa) en un registro multicéntrico, internacional y observacional de pacientes consecutivos con ETV aguda y sintomática, objetivamente confirmada. Se analizaron las variables relacionadas con las características basales, el tipo y la dosis de tratamiento y los eventos ocurridos durante el seguimiento de tres meses en los subgrupos de mujeres con ETV y antecedente de embarazo, puerperio o uso de anticonceptivos.

Resultados. En diciembre del 2008 estaban incluidos en el RIETE 25.066 pacientes. De las 2.816 mujeres en edad fértil (< 55 años), 173 (6.1%) eran embarazadas, 135 púerperas (4,8%) y 798 usaban anticonceptivos hormonales (28%). De éstas, 438 (40%) presentaban un tromboembolismo pulmonar (TEP) y 668 una trombosis venosa

profunda. La mayoría de las que sufrieron un TEP tenían disnea (72%) o dolor torácico (75%), pero sólo el 18% tenían hipoxemia y un alto porcentaje tenía hipocapnia (79%). Durante los tres meses de seguimiento, 5 mujeres (0,45%) murieron, 13 (1,18%) tuvieron una recurrencia de la ETV y 7 (0,63%) presentaron una hemorragia mayor. Dos de las tres mujeres que sufrieron un TEP fatal, fallecieron durante las primeras horas de su llegada a Urgencias, sin tiempo para iniciar el tratamiento anticoagulante.

Discusión. Nuestros datos revelan que sólo una minoría de las mujeres con TEP relacionado con la gestación o los anticonceptivos presentan hipoxemia en la gasometría. Este hecho unido a lo subjetivo de los síntomas (disnea, dolor torácico o palpitations) puede conllevar un retraso en el diagnóstico que puede ser fatal. Aunque la mortalidad por TEP es baja en nuestra serie, cualquier muerte en este grupo de pacientes supone una catástrofe, ya que son mujeres jóvenes y previamente sanas, sin comorbilidad.

Conclusiones. La evolución de la ETV en las embarazadas y en las púerperas es buena y similar a la de las mujeres que usan anticoncepción hormonal. En estos grupos de pacientes cuando desarrollan un TEP agudo es más frecuente la hipocapnia que la hipoxemia.

T-35

¿CÓMO DIAGNOSTICAMOS LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DE LAS EXTREMIDADES SUPERIORES?

F. Muñoz Rodríguez¹, M. Núñez², J. Todolí³, J.C. Tolosa⁴, P. Gallego⁵, R. Rabuñal⁶, J. Pedrajas⁷, M. Monreal⁸ y Grupo RIETE

¹Servicio de Medicina Interna. Fundació Privada Hospital de Mollet. Mollet del Vallès (Barcelona). ²Servicio de Medicina Interna. Fundació Pública Hospital Comarcal do Salnés. Vilagarcía de Arousa (Pontevedra). ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Fe. Valencia. ⁴Servicio de Medicina Interna. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona). ⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Jerez. Jerez de la Frontera (Cádiz). ⁶Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo. ⁷Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ⁸Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona).

Objetivos. Conocer la utilidad de las diferentes exploraciones para el diagnóstico de la trombosis venosa profunda (TVP) en las extremidades superiores a partir de las observaciones del Registro Informatizado de la Enfermedad Tromboembólica Venosa en España (RIETE).

Material y métodos. Se analizó el proceso seguido para confirmar el diagnóstico de todos los casos de TVP en las extremidades superiores introducidos en el RIETE desde el año 2001 hasta 2010. Se realizó un análisis comparativo con el diagnóstico de la TVP en las extremidades inferiores.

Resultados. Se incluyeron en el estudio 1.111 pacientes con TVP en las extremidades superiores (5% del total de TVP) con un ligero predominio del género masculino (54%) y una edad media de 54 (DE 19) años. En el 43% de los casos la TVP estaba asociada a catéter y el principal factor de riesgo fue la coexistencia de cáncer (39%). La ecografía fue la exploración más ampliamente utilizada para su diagnóstico (86%) y confirmó la presencia de trombosis en la mayoría de los casos (98%). Comparativamente con el diagnóstico de la TVP en las extremidades inferiores, la ecografía se solicitó en menos ocasiones (86% vs 95%; $p < 0,0001$), aunque su sensibilidad en el diagnóstico fue similar (98% vs 99%; $p = ns$). Por el contrario, la venografía se utilizó más frecuentemente (16% vs 4%; $p < 0,0001$), aunque también con una sensibilidad similar (100% vs 99%; $p = ns$). La TAC se utilizó también más frecuentemente (15% vs 7%; $p < 0,0001$), aunque con iguales resultados (98% vs 96%; $p = ns$). La RNM y la pletismografía se solicitaron de forma muy anecdótica también con idénticos resultados. Respecto al dímero-D, se solicitó

menos frecuentemente ante la sospecha de TVP en las extremidades superiores que en las extremidades inferiores (49% vs 68%; $p < 0,0001$) y su sensibilidad fue significativamente inferior (85% vs 95%; $p < 0,0001$).

Conclusiones. La ecografía debe ser considerada como la prueba de elección para el diagnóstico de la TVP en las extremidades superiores con una sensibilidad similar a la observada en el diagnóstico de la TVP en las extremidades inferiores. El dímero D tiene una menor sensibilidad y consiguientemente mayor número de falsos negativos, por lo que hay que utilizarlo con cautela en el diagnóstico de la TVP de las extremidades superiores.

T-36

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA Y CÁNCER: RELACIÓN TEMPORAL E IMPLICACIONES

L. González Vázquez¹, R. Puerta Louro¹, F. Fernández Fernández¹, C. Soto Ríos², H. Enriquez Gómez¹, Araujo Fernández¹ y J. de la Fuente Aguado¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Hematología. Hospital Povisa. Vigo (Pontevedra).

Objetivos. La asociación de enfermedad tromboembólica venosa (ETV) y cáncer es conocida desde hace más de un siglo y diversos estudios han puesto de manifiesto que existe un mayor riesgo de ser diagnosticado de neoplasia tanto tras un embolismo pulmonar como tras una trombosis venosa profunda. Por ello, algunos autores recomiendan el seguimiento de los pacientes con ETV idiopática durante al menos un año. Nuestro objetivo es describir la relación temporal entre cáncer y ETV en pacientes diagnosticados de ambos procesos, atendiendo a si la ETV es previa, simultánea o posterior.

Material y métodos. Realizamos un estudio retrospectivo, descriptivo de todos los episodios de ETV diagnosticados entre enero del 2000 y diciembre del 2008. Se analizaron los episodios de aquellos pacientes que fueron diagnosticados de neoplasia antes, durante o después del episodio de ETV. Se analizan además la presencia de otros factores de riesgo para ETV, tipos de neoplasias más frecuentes, y evolución de estos pacientes.

Resultados. Entre enero del 2000 y diciembre del 2008 se produjeron un total de 1.563 episodios de ETV en 1.383 pacientes, de los que 354 (22,6%) ocurrieron en sujetos que fueron diagnosticados de cáncer. El 50,6% fueron varones y la edad media fue de $68,7 \pm 12,8$ años. En 267 (75,5%), el tumor se diagnosticó de forma previa, en 65 (18,3%) simultánea y en 27 (7,6%) a posteriori. Las localizaciones más frecuentes fueron: pulmón en 55 casos (15,5%), colon en 53 (15%), próstata en 34 (9,6%), páncreas en 28 (7,9%), mama en 26 (7,3%) y gástrico en 23 (6,5%). La extirpe más habitual fue la de adenocarcinoma en 225 (63,9%) casos y epidermoide en 23 (6,5%). El 68,4% de los pacientes tenían metástasis en el momento del diagnóstico de la ETV. La trombosis se localizó en miembros inferiores en 202 (57,1%) casos, en miembros superiores en 38 (10,7%) casos y en 218 (61,6%) casos se produjo tromboembolismo pulmonar. El 81,4% de los pacientes tenían otros factores de riesgo para ETV: trombofilia en 8 (2,3%), edad mayor de 65 años en 233 (65,8%), enfermedad médica aguda en 38 (10,7%), cirugía mayor en el mes previo en 39 (11%) de los que tan sólo recibieron profilaxis en las 4 semanas posteriores 9 pacientes, ingreso por causa médica el mes previo en 22 (6,2%), tabaquismo activo en 36 (10,2%), IMC mayor de 30 en 12 (3,4%), y reservorio en 65 (18,4%). Con respecto a los 27 pacientes en que se diagnosticó el tumor a posteriori, en 19 de ellos se trataba de un adenocarcinoma y en 11 (3,1%) se diagnosticó al cabo de menos de 1 año. Todos tenían otros factores de riesgo para ETV y 10 ya tenían síntomas en el momento del diagnóstico de la ETV, pero no se profundizó en la historia ni se hicieron pruebas complementarias. Fallecieron 264 pacientes del total (74,6%) y 16 (59,2%) de los diagnosticados a posteriori, no existiendo diferencias significativas en cuanto a la mortalidad. La mediana de superviven-

cia tras el diagnóstico de ETV fue de 3 meses en aquellos pacientes que fallecieron.

Conclusiones. La incidencia de neoplasia en el primer año tras un diagnóstico de ETV es baja, y en la mayoría de los pacientes los síntomas ya estaban presentes por lo que una buena historia clínica sigue siendo la herramienta más eficaz para no tener retrasos diagnósticos. Los adenocarcinomas son los tumores que más frecuentemente se asociaron por lo que convendría ser más cuidadosos con las pautas de profilaxis en estos pacientes, sobre todo si tienen otros factores de riesgo asociados.

T-37 TROMBOFILIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA

P. Ruiz Artacho¹, R. Jiménez Madrideojos², V. López Peláez², J. Castillo Álvarez³, B. González Casanova², E. Ágrela Rojas², V. Sendín Martín² y J. Pedrajas Navas¹

¹Servicio de Urgencias, ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Carlos III. Madrid.

Objetivos. En la actualidad, no está establecida la universalidad de realizar estudios de trombofilia en los pacientes que padecen enfermedad tromboembólica venosa (ETEV). Este estudio analiza la incidencia de factores hereditarios y adquiridos de trombofilia en pacientes con ETEV idiopática y en aquellos en los que se identifica un factor de riesgo extrínseco, y compara los resultados entre ambos grupos, de manera que permita ayudar a la adecuación de realizar estudios de trombofilia en pacientes con ETEV.

Material y métodos. Se trata de un estudio retrospectivo de todos los pacientes seguidos en la consulta monográfica de ETEV del Servicio de Medicina Interna III del Hospital Clínico San Carlos. En fase de estabilidad clínica, se les realiza estudio de trombofilia con análisis de factores tanto hereditarios como adquiridos. El estudio abarca a los pacientes incluidos en el periodo entre 1998 y 2006. Se clasificó a los pacientes en función de la presencia o no de un factor de riesgo extrínseco precipitante del episodio y en función de que se objetivara o no situación de trombofilia en los tests realizados, así como de trombofilia clínicamente relevante (TCR).

Resultados. Del total de 601 pacientes, a 173 (29%) se les realizó el estudio de trombofilia. En el 44% de los estudiados se identificó al menos un factor de riesgo extrínseco conocido (se excluyeron aquellos que tenían antecedentes personales o familiares de primer grado de ETEV). En un 68,2% se encontró alguna alteración de la coagulación en el estudio de trombofilia. En un 23,7% el factor para trombofilia era clínicamente relevante. No se encontraron diferencias significativas de incidencia de factores para trombofilia en el grupo de pacientes con ETEV idiopática frente al que tenía algún factor de riesgo extrínseco conocido. Así mismo, no hubo diferencias significativas al comparar la incidencia de trombofilia en los grupos con y sin antecedentes familiares de primer grado, ni entre los menores o mayores de 50 años, ni entre los que tenían o no antecedentes de TVP/TEP previos. Los pacientes con ETEV y factor de riesgo conocido presentaron mayor incidencia de factores para TCR que los que presentaban ETEV idiopática con una diferencia que llegó a ser estadísticamente significativa ($p = 0,03$). Así mismo, los pacientes menores de 50 años y los que tenían antecedentes de ETEV previa presentaron mayor incidencia que los de 50 años o más y los que no tenían antecedentes de ETEV, respectivamente, con unas diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,03$ y $p = 0,01$, respectivamente).

Conclusiones. La incidencia de trombofilia en pacientes que han sufrido un evento de ETEV es elevada y su impacto es relevante en el manejo terapéutico y profiláctico a largo plazo de estos pacientes, así como en familiares de primer grado en el caso de los factores hereditarios. Nuestros datos no apoyan que la incidencia de trombofilia en los pacientes con ETEV idiopática sea superior a la de

los pacientes con algún factor de riesgo precipitante conocido. La incidencia de TCR es mayor en pacientes con ETEV secundaria a factor de riesgo extrínseco conocido que en los que presentan ETEV idiopática. Se necesitan más estudios que evalúen la estrategia más adecuada en la realización de pruebas de trombofilia en pacientes que han sufrido un episodio de tromboembolismo venoso. La incidencia de TCR es mayor en pacientes con ETEV y edad inferior a 50 años y en pacientes con ETEV recurrente.

T-38 ESTUDIO COMPARATIVO DE TROMBOSIS VENOSAS DE MIEMBRO SUPERIOR PRIMARIAS Y SECUNDARIAS

B. Martín Puig, M. Ferrer Civeira, S. Gamez, A. González, O. Marín Casajús, D. Salor Moral, R. Salomón y M. Villalba

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

Objetivos. La trombosis venosa de miembro superior (TVPMS) se clasifica en primaria y secundaria. La trombosis primaria incluye dos grupos, idiopática (no se conoce factor predisponente) o de esfuerzo (enfermedad de Paget-Schroetter) que afecta a varones jóvenes, sanos y activos tras ejercicio extremo o en relación a anomalía anatómica como es la costilla cervical. El objetivo principal de este trabajo es comparar las características epidemiológicas, clínicas y de evolución de las TVPMS primarias y secundarias.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes mayores de 16 años que presentaron TVPMS en nuestro hospital, durante los años 2003-2010. Se compararon los datos epidemiológicos, factores de riesgo, clínica, procedimientos diagnósticos tratamiento y evolución entre las TVPMS primarias (grupo A) y secundarias (grupo B). Un total de 37 pacientes.

Resultados. Durante el periodo estudiado, 9 pacientes pertenecen al grupo A (24%) y 28 al grupo B (76%). Etiología en grupo A: 3 de esfuerzo y 6 idiopáticas. La edad media de los pacientes fue de 49 años (grupo A) y 63 (grupo B). Sexo: 66% varones en el grupo A y 53% en grupo B. Fallecidos 3 pacientes, todos ellos pertenecían al grupo B. Localización: Brazo afecto: el derecho en 5 pacientes (55% del grupo A) y 14 (50% grupo B). Encontramos 2 casos de afectación bilateral en el grupo B y ninguno en el A. El diagnóstico mediante doppler se hizo en el 100% de los pacientes del grupo A frente al 78% del grupo B. La localización más frecuente para ambos grupos fue la subclavia 66% grupo A frente a 60% grupo B. Todos los pacientes del grupo A precisaron tratamiento además de heparina con acenocumarol, un 60% de los pacientes de grupo B fueron tratados exclusivamente con anticoagulación.

Discusión. Encontramos un 24% de pacientes con TVPMS primarias, proporción algo mayor que la encontrada en la literatura. De acuerdo con la características de los pacientes los pertenecientes al grupo A eran más jóvenes, varones y con menos comorbilidad, siendo la clínica indistinguible en ambos grupos. Llama la atención la inexistente mortalidad en el grupo A en relación con la edad de los pacientes y la no existencia de enfermedad neoplásica asociada en comparación con el otro grupo.

Conclusiones. 1. Los pacientes con TVP primaria en nuestra serie son más jóvenes, y más frecuentemente varones. 2. La afectación de la vena subclavia fue la más frecuente tanto en la TVPMS primaria como en la secundaria. 3. No hay ningún caso de fallecimiento en el grupo de TVP primaria a diferencia del grupo TVP secundaria.

Tabla 1 (T-38).

TVPMS primaria	TVPMS secundaria
Edad media 49 a	Edad media 63 a
66% varones	53% varones
Subclavia	Subclavia
Heparina y acenocumarol	60% sólo heparina

T-39 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA TROMBOSIS VENOSA DE MIEMBRO SUPERIOR

B. Martín Puig, O. Marín Casajús, I. Muñoz, S. Gámez, A. González, E. Vilalta, C. López González-Cobos y M. Villalba

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

Objetivos. La incidencia de la trombosis venosa profunda de miembros superiores (TVPMS) ha aumentado considerablemente a lo largo de los últimos años. Este aumento está relacionado sobre todo con la mayor utilización de catéteres venosos centrales. A pesar de ello siguen existiendo dudas en cuanto a su gravedad, diagnóstico, manejo terapéutico y evolución. El objetivo principal es analizar las características epidemiológicas, clínicas y de la evolución de las TVPMS en un hospital general de tercer nivel.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes mayores de 16 años que presentaron TVPMS en el Hospital Gregorio Marañón durante los años 2003 a 2010. Se analizaron los factores de riesgo, hallazgos clínicos, procedimientos diagnósticos, tratamiento administrado y evolución.

Resultados. Se revisaron 37 historias clínicas. Edad media 59 años, entre 18 y 85 años, 56,8%, (21) eran varones. Fumadores 12 (32,4%). Consumo alcohol 4 pacientes (10%). Comorbilidades: 11 hipertensión arterial (29,7%), 4 enfermedad pulmonar obstructiva crónica, 4 diabetes mellitus (10,8%), ninguno insuficiencia cardiaca. En un 83,78% (31) se encontró algún factor de riesgo asociado, siendo los más frecuentes: Neoplasia en 17 pacientes (45,9%), Catéter venoso central en 10 pacientes (27%). De 10 pacientes con catéter 8 tenían neoplasia subyacente. Un 24,32% (9) fueron primarias o idiopáticas. La localización más frecuente fue vena subclavia en 23 pacientes, (62,2%) seguida de vena yugular en 14 pacientes (37,8%). El lado afecto fue el derecho en 19 pacientes (51,4%), el izquierdo en 16 (43,2%) y bilateral en 2 pacientes (5,4%). En 30 pacientes (81,1%) se llegó al diagnóstico por ecografía. Otras técnicas empleadas fueron: RMN, 1 paciente, flebografía 1 paciente, TAC 5 pacientes. A 11 pacientes (29%) se les realizó estudio de D dímero siendo la media de este parámetro 539. 3 pacientes presentaron TEP asociado; 3 pacientes fallecieron. En cuanto al tratamiento, 18 pacientes recibieron heparina de bajo peso molecular en monoterapia, 16 pacientes recibieron heparina de bajo peso molecular y acenocumarol.

Discusión. Los factores de riesgo de TVPMS difieren de los de TVPMI, siendo un importante factor en los primeros la existencia de catéter venoso central. Difiere en nuestra serie dado que este no aparece como el más frecuente factor de riesgo asociado siéndolo las neoplasias por sí mismas. El diagnóstico se realizó en su mayor parte por eco-doppler a pesar de su menor sensibilidad y especificidad para las TVPMS (limitación de visualización por sombra acústica de esternón y clavícula). Llama la atención la baja realización de estudio con dímero D así como las bajas cifras encontradas. Existe una baja incidencia al igual que en el resto de las series de TEP asociada en probable relación con la escasez de síntomas. Como se deduce por los factores de riesgo en una alta proporción de pacientes el tratamiento fue solo heparina en relación con la existencia de neoplasia subyacente.

Conclusiones. 1. Encontramos baja incidencia de TVPMS asociadas a catéter. 2. La localización más frecuente fue en miembro superior derecho y en vena subclavia. 3. La ecografía doppler fue la técnica diagnóstica. 4. No encontramos ningún paciente ADVP.

T-40 DESCRIPCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE ÁREA

E. García Villalba, C. Rosa García, M. Egea Campoy, C. Vera Sánchez-Rojas, M. Meseguer Frutos, F. Sarabia Marco, A. Melgarejo González y M. Giménez Belló

Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Objetivos. Analizar las características actuales clínico-epidemiológicas y las complicaciones secundarias de los pacientes con enfermedad tromboembólica venosa (ETV) ingresados en un hospital de área.

Material y métodos. Revisión de las historias clínicas de los pacientes ingresados durante el año 2009, en nuestro centro, en cuyo diagnóstico principal o secundarios aparezca la enfermedad tromboembólica venosa (ETV) en algunas de sus manifestaciones. Se realizó el análisis estadístico con el programa SPSS 17 para Windows.

Resultados. Se contabilizaron un total de 106 pacientes con diagnóstico de ETV al alta, con edad media de $67,24 \pm 39,2$ años (46,2% H y 53,8% M). Los antecedentes personales y factores de riesgo más frecuentes fueron los de riesgo cardiovascular (38,7%), la inmovilización prolongada (30,1%), la insuficiencia venosa crónica (22,6%), la enfermedad cardiopulmonar (22,1%), la enfermedad neoplásica (18,8%) y la ETV previa (11,3%). De la muestra analizada el 46,3% fue diagnosticado de trombosis venosa profunda (TVP), el 37,8% de tromboembolismo pulmonar (TEP) y el 15,9% de ambos simultáneamente. El dímero D se determinó en el 74,51% de los pacientes, siendo negativo únicamente en un caso (1,26%). En el 29,24% de los sujetos se realizó estudio de trombofilia, resultando positivo en un 12,9% de ellos. El tratamiento hospitalario inicial, en un 95,3%, fue con heparina de bajo peso molecular (HBPM) y, en un 4,7%, con heparina sódica. Al alta el 80,2% seguía anticoagulación con acenocumarol, el 9,5% con HBPM y el resto (10,3%) no recibió tratamiento prolongado por aparición de complicaciones o exitus (7,5%). La duración del tratamiento se ajustó en cada caso a las recomendaciones de las guías. La tasa de recaída durante el tratamiento fue del 8,7%. La mayor parte de los casos se presentaron en los meses de abril (14,2%) y enero (11,3%). La estancia media fue de 12,3 días.

Discusión. La ETV es un problema relevante de salud pública y una de las principales causas de muerte evitable, con una incidencia del 0,1%. La forma de presentación más común es la TVP y el TEP. La distribución por sexo y edad observada en este estudio es similar a la de la literatura revisada, con una prevalencia ligeramente superior en mujeres. Aproximadamente el 80% de pacientes con ETV presenta algún factor de riesgo, siendo los más frecuentes: inmovilización prolongada o encamamiento (45%), cirugía mayor (34%), enfermedad neoplásica (34%), antecedente de ETV (18-30%), ictus o insuficiencia cardiaca (10,8%) y tratamiento hormonal (9,4%). Encontramos una distribución similar de los factores de riesgo, siendo destacables el alto valor en los antecedentes de riesgo cardiovascular e insuficiencia venosa crónica, y la menor frecuencia de antecedente de neoplasia, cirugía, encamamiento prolongado y trombofilia congénita. El tratamiento recomendado es la HBPM (96%) y los anticoagulantes orales (76%), en proporciones similares a las de nuestro estudio. La estancia media descrita es de 9 y 13 días en TVP y TEP respectivamente, debiendo considerar la inclusión de toda la ETV (tanto TVP como TEP) y el alto peso de GRD en las estancias más largas presentes en nuestro estudio. La tasa de exitus (7,5%) es similar a la observada en la bibliografía.

Conclusiones. La ETV es causa evitable de morbimortalidad, con un elevado coste socio-sanitario, lo que obliga a los clínicos a man-

tener un alto índice de sospecha, con el fin de realizar una profilaxis y tratamiento correctos.

T-41 ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES ANIDADO (NESTED CASE CONTROL STUDY) SOBRE UNA COHORTE CON ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA

M. Egea Campoy¹, C. Rosa García¹, E. García Villalba¹,
M. Giménez Belló¹, C. Vera Sánchez-Rojas¹, C. Aguirre González¹,
M. Madrigal de Torres² y C. López Rodríguez³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Cirugía General.
Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. ³Servicio
de Medicina Interna. Fundación Jiménez Díaz-UTE. Madrid.

Objetivos. Identificar las diferencias clínico-epidemiológicas y principales factores de riesgo de los pacientes con tromboembolismo pulmonar (TEP), frente a aquellos que no lo presentan, en una cohorte de pacientes con enfermedad tromboembólica venosa (ETV).

Material y métodos. Estudio de casos y controles anidado en una cohorte de 106 sujetos ingresados con ETV, utilizando como casos los diagnosticados de TEP (57), y como controles, pacientes de la cohorte que no han presentado TEP (43). Se realizó un análisis estadístico descriptivo y otro bivalente: se calcularon las frecuencias y los porcentajes para las variables cualitativas, así como los intervalos de confianza del 95% para proporciones; en tablas 2 × 2 se calcularon las odds ratios.

Resultados. Se observaron las siguientes odds ratio para cada variable considerada factor de riesgo y sus intervalos de confianza al 95%. Edad (> 60/< 60 años): 1,36 (IC95% 0,57-3,14); antecedentes personales ETV: 1,232 (IC95% 0,36-4,16); inmovilizado 0,81 (IC95% 0,21-2,68); cirugía mayor 0,85 (IC95% 0,16-4,43); tratamiento hormonal: 9,00 (IC95% 1,10-73,82); traumatismo: 0,62 (IC95% 0,133-2,94); insuficiencia cardiaca: 1,42 (IC95% 0,47-4,24); EPOC: 2,26 (IC95% 0,42-12,20); ictus: 1,84 (IC95% 0,52-6,52); insuficiencia venosa crónica: 2,00 (IC95% 0,77-5,18); diabetes: 0,45 (IC 0,17-1,2); obesidad: 0,50 (0,19-1,36); neoplasia sólida: 0,73 (0,27-1,98); trombofilia 0,88 (IC95% 0,12-6,22); recaída: 0,10 (0,01-0,80); complicaciones hemorrágicas menores: 2,26 (IC95% 0,42-12,20); complicaciones hemorrágicas mayores: 1,74 (0,15-19,86); exitus: 0,85 (IC95% 0,20-3,59).

Discusión. El TEP es una enfermedad frecuente, con una incidencia de 0,5/1.000/año, que puede tener un desenlace fatal (5% de mortalidad en la población adulta, hasta 25-30% si el TEP no es tratado), cuya mortalidad se puede reducir con un diagnóstico y tratamiento precoz. Más del 50% de los pacientes con TVP pueden desarrollar como complicación un TEP, compartiendo ambas entidades los mismos factores de riesgo. De las variables analizadas como factor de riesgo sólo se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en los pacientes que tomaban tratamiento hormonal (9,43% del total), con un riesgo de TEP 9 veces mayor (IC95%: 1,10-73,82). Las recaídas de ETV (8,5%) parecen actuar como factor protector con una OR de 0,97 (IC95%: 0,012-0,804).

Conclusiones. El tratamiento hormonal es el único factor estadísticamente significativo en nuestro estudio que predispone al TEP en los pacientes con ETV. En el resto de variables, las diferencias no han sido estadísticamente significativas, encontrándose intervalos de confianza muy amplios, debido probablemente al tamaño muestral insuficiente. No obstante, se observa cierta asociación que parece ser clínicamente relevante en pacientes con TEP y antecedentes de EPOC, insuficiencia venosa crónica e ictus. Además, en pacientes con TEP se ha observado una mayor tendencia a complicaciones hemorrágicas, sin alcanzar significación.

T-42 INDICADORES DE CALIDAD EN LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA (ETEV)

M. Jaras Hernández, J. Pascual Pareja, I. de Ramón Campiña,
S. Maroto Martín, J. Nieto López-Guerrero, P. González Ruano,
M. Ramírez Lapausa y A. Noguero Asensio

Servicio de Medicina Interna. Hospital Cantoblanco. Madrid.

Objetivos. Evaluar el cumplimiento de un protocolo de prescripción de trombopprofilaxis con heparina de bajo peso molecular (HBPM) en pacientes ingresados en un servicio de Medicina Interna.

Material y métodos. Revisamos de forma retrospectiva 240 historias clínicas elegidas aleatoriamente de 905 pacientes ingresados durante el año 2009 (cálculo muestral para una prevalencia de indicación de trombopprofilaxis del 65% con una precisión del 6%). Los criterios de trombopprofilaxis con HBPM en nuestra unidad son: presencia de inmovilismo > 4 días o ingreso por insuficiencia cardiaca o por infección respiratoria más uno de los siguientes factores de riesgo: neoplasia activa, insuficiencia respiratoria aguda, insuficiencia venosa crónica, obesidad (IMC > 30), ictus, insuficiencia cardiaca previa, ETEV previa y edad > 60 años; en ausencia de contraindicaciones para uso de HBPM (hemorragia activa grave, plaquetas < 100.000/mL, INR > 1,5, alergia a heparina, crisis hipertensiva, endocarditis aguda y un aclaramiento renal < 30 ml/min). Se definen unos indicadores de actuación correcta e incorrecta de trombopprofilaxis con HBPM de nuestro protocolo; expuestos en el apartado de resultados, considerando como dosis óptima: enoxaparina 40 mg s/c/d o dosis equivalente de otra HBPM.

Resultados. Evaluamos 240 historias, de las cuales: 150 mujeres (62,5%), edad media: 80 ± 11 años. 5 pacientes no se analizaron por ser el motivo de ingreso ETEV aguda y 7 por tener tratamiento con HBPM a dosis terapéuticas. Actuación correcta: a) Utilización de HBPM a dosis óptima en pacientes con los criterios definidos: 110/153 (72%) b) No utilización de HBPM en pacientes sin factores de riesgo: 16/20 (80%), c) No utilización de heparina en pacientes con factores de riesgo y contraindicación: 44/55 (80%). Actuación incorrecta: a) utilización de HBPM a dosis subóptimas en pacientes con indicación: 18/128 (14%), b) utilización de HBPM en pacientes con alguna contraindicación: 12/68 (18%), c) no utilización de HBPM en pacientes con los criterios definidos: 25/153 (16%).

Discusión. Un instrumento de ayuda para la mejora continua de calidad, es la elaboración de protocolos consensuados por todos los miembros del equipo y en los que se incluyan indicadores que permitan medir nuestra actuación. En el caso de la ETEV la trombopprofilaxis en pacientes médicos sigue siendo un área de mejora por su infraindicación.

Conclusiones. En el estudio se objetiva un buen nivel de cumplimiento de los estándares de calidad definidos aunque existe margen de mejora de actuación.

T-43 LA DETECCIÓN DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MASIVO POR ANGIO-TC ES PREDICTOR DE MORTALIDAD

R. Puerta Louro, L. González Vázquez, J. Paz Ferrín,
F. Fernández Fernández, H. Enríquez Gómez, A. Sanjurjo Rivo,
L. Novoa Lamazares y J. de la Fuente Aguado

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

Objetivos. El tromboembolismo pulmonar (TEP), diagnóstico común en los pacientes ingresados en nuestros hospitales, presenta elevada mortalidad. El objetivo de este estudio fue analizar si la detección de TEP masivo por angio-TC es predictor de mortalidad.

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 diagnóstico de TEP, edad media de 67 años, 54% mujeres. Falleció durante el ingreso un 12,5%. Se realiza angio-TC en 98 casos con TEP masivo en 13 pacientes, que se asocia a cifras menores de presión arterial sistólica/diastólica (123/71 vs 128/73) y de saturación de O₂ y pO₂ (90% and 62 mmHg vs. 92% y 71 mmHg); así como valores más elevados de dímero D (4.309 vs 2.280) y frecuencia cardiaca (105 vs 87). De los pacientes con angio-TC con TEP masivo fallecen 30% (3/10 casos), mientras fallecen un 12% (9/85 casos) en los que no se detecta.

Conclusiones. El angio-TC es la prueba diagnóstica a realizar ante la sospecha de TEP. La presencia de TEP masivo por angio-TAC se asocia con cifras tensionales menores, valores de pO₂ menores y de dímero D más elevados, y presentan peor pronóstico. Cuando se detecta TEP masivo se debería considerar la realización de tratamiento trombolítico.

T-45

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS E INMUNOLÓGICAS DEL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TARRAGONA JOAN XXIII

E. Ñasco¹, C. Varillas¹, M. Ibarra¹, M. López Dupla¹, T. Auguet¹, R. Aguinaco², A. Llorente² y C. Richart¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Hematología. Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona.

Objetivos. Analizar las características epidemiológicas, clínicas e inmunológicas de los pacientes diagnosticados de síndrome antifosfolípido (SAF) entre los años 1995-2010 en el Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII.

Material y métodos. Estudio retrospectivo y descriptivo de pacientes diagnosticados de SAF, recogidos a partir de las altas hospitalarias del servicio de Medicina Interna de nuestro centro. El diagnóstico se realizó en base a los criterios de Sapporo.

Resultados. Se recogieron 14 casos, 10 mujeres (71,4%) y 4 varones, con edad media de 43 ± 12,8 años. De ellos, 11 fueron SAF primario (78,5%) y 3 SAF asociado a colagenopatía. El tabaquismo estuvo presente en el 28,5%. La trombosis arterio-venosa estuvo presente en el 85,7% de los casos, con trombosis cerebral (4 casos, tres arteriales y una venosa), tromboembolismo pulmonar (5 casos), trombosis venosa profunda (3 casos), trombosis portal (1 caso), trombosis de arteria retiniana (1 caso), trombosis vena renal (1 caso) y otras localizaciones en 3 casos. La trombosis venosa fue más frecuente que la arterial (71,4% vs 28,5% de los casos, respectivamente). Los antecedentes obstétricos asociados al SAF fueron: más de 2 abortos de menos de 10 semanas de gestación (6 casos), muerte fetal de 10 o más semanas de gestación (3 casos) y prematuridad de menos de 34 semanas (2 casos). Desde el punto de vista analítico, predominó la presencia de anticoagulante lúpico (AL) positivo (78,5%) sobre la de los anticuerpos anti-cardiolipina (ACA) positivos (64,2%). Los anticuerpos anti-beta2 glucoproteína I se realizaron solo en 2 pacientes, siendo positivos en uno de ellos. La trombosis arteriovenosa y el aborto de menos de 10 semanas se asociaron tanto a AL positivo como a ACA positivos. El tiempo de tromboplastina tisular activado fue alargado en el 54,5% de los casos realizados. El LES fue la única patología asociada al SAF.

Discusión. El SAF es una enfermedad definida por la presencia de eventos trombóticos y morbilidad gestacional en presencia de ACA y/o AL. Las características de nuestra muestra son similares a las series generales, pero tiene la limitación del número pequeño de pacientes. El estudio muestra una afectación predominante en el sexo femenino a edades medias y el predominio del SAF primario, en concordancia con estudios previos. La incidencia de las manifestaciones trombóticas y la afectación prevalente del territorio venoso coinciden con análisis previos. La presencia de AL y

ACA se asoció con más frecuencia a episodios trombóticos y abortos de menos de 10 semanas como se menciona en la bibliografía. El LES fue la única entidad asociada al SAF, resultado concordante con otras series.

Conclusiones. El SAF en nuestra serie mostró un predominio del sexo femenino de edad media, de los eventos trombóticos, sobre todo venosos, y de la forma primaria. El LES fue la única entidad asociada al SAF.

T-46

ESTUDIO DE 67 CASOS DE TROMBOSIS VENOSA PORTAL DIAGNOSTICADOS EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL DE SALAMANCA DURANTE LOS AÑOS 2005 A 2009

K. Solís Díaz, E. Perianes Díaz, I. Novo Veleiro y G. Alonso Claudio

Servicio de Medicina Interna II. Complejo Asistencial de Salamanca. Salamanca.

Objetivos. Analizar las características epidemiológicas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas de los casos diagnosticados de trombosis venosa portal (TVP) en el periodo 2005-2009.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas.

Resultados. Encontramos 67 casos, de los cuales 48 eran varones (71,6%). El grupo etario predominante fue el comprendido entre 70 y 80 años (32,8%). En el servicio de Medicina Interna se diagnosticaron el 43,3% de los casos. La clínica más frecuente fue dolor abdominal (35,8%), aunque un 13% estaban asintomáticos. Las dos etiologías predominantes fueron la neoplásica (52,2%) y la cirrosis previa (37,3%). El cáncer más frecuente fue el hepatocarcinoma (25,4%). Casi un 21% de los pacientes tenían algún proceso infeccioso/inflamatorio local. Se encontraron 3 casos con trombofilia y 5 con enfermedad hematológica. No se encontró ninguna causa aparente en el 9%. En el 18% de los pacientes se realizaron estudios de trombofilia. La prueba más solicitada fue la TAC (50,7%). El 52% presentaba una TVP aguda, un 38,8% crónica sin cavernomatosis y un 3% con cavernomatosis. Un 28% asoció trombosis mesentérica. Se decidió anticoagulación en el 31% (51,4% de trombosis aguda y 7% de crónica) y se optó por un tratamiento quirúrgico en un 5% de los casos. El 47,8% de los pacientes presentó una evolución favorable (casi el 60% de los casos eran TVP agudas). Fallecieron el 47,8%.

Discusión. El predominio de varones coincide con lo publicado en otros trabajos y seguramente sea debido a una mayor frecuencia de cirrosis alcohólica en el varón. El hepatocarcinoma es el cáncer más frecuentemente asociado. En algunas publicaciones los síndromes mieloproliferativos primarios y las alteraciones genéticas protrombóticas son la principal causa de trombosis portal no debida a cirrosis o neoplasias. Sólo a un 18% de los pacientes se les solicitó estudio de trombofilia y ello explicaría los pocos casos que se encontraron respecto a otros estudios. La TVP aguda puede asociar clínica de infarto intestinal si se afecta la vena mesentérica superior; esto condiciona un peor pronóstico por la isquemia intestinal, aunque nosotros no encontramos grandes diferencias. La técnica de elección en el diagnóstico es el eco-doppler; la TAC y la RMN ayudan a establecer la extensión y a identificar el momento evolutivo de la trombosis. Nos sorprende que en nuestro estudio se pidieran pocas ecografías y fuera la TAC la prueba reina para el diagnóstico. El tratamiento de la trombosis aguda con anticoagulación precoz previene de la evolución a la crónica y las complicaciones de la hipertensión portal secundaria. Casi 1/3 de los pacientes se anticoaguló (la mayoría por TVP aguda). En cuanto a la evolución, los procesos agudos que se debían a una causa local reversible tal como inflamaciones o infecciones respondieron mejor al tratamiento.

Conclusiones. 1) La TVP es más frecuente en varones. 2) Las causas más importantes son la cirrosis previa y el hepatocarcinoma.

3) Aunque la ecografía es la prueba princeps para el diagnóstico, la mayoría de los casos se diagnostican por TAC. 4) La evolución clínica es favorable en los casos de trombosis aguda con proceso inflamatorio o infeccioso de base.

T-47

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL EMBOLISMO DE PULMÓN EN UN HOSPITAL TERCIARIO

E. Mayor Toranzo¹, S. Calzada Simón¹, D. Serrano Herrero², S. Miranda Riaño¹, J. Prieto de Paula¹, I. Fernández Galante¹, A. Ginés Santiago¹ y L. Vega Valderrama¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Objetivos. La enfermedad tromboembólica es una entidad frecuente y grave cuyo diagnóstico no siempre es sencillo. El presente trabajo describe las características de los casos diagnosticados de embolismo de pulmón en nuestro hospital durante el pasado año 2009.

Material y métodos. En el periodo de estudio se atendieron 123 pacientes con diagnóstico principal de TEP. Se analizaron los siguientes datos: edad, sexo, factores de riesgo, síntomas y signos, días de estancia hospitalaria y pruebas diagnósticas realizadas (Rx de tórax, ECG, gasometría arterial, D-dímero, angioTC pulmonar, ecocardiograma y ecodoppler de miembros inferiores). Los resultados se expresan como porcentajes.

Resultados. La distribución de los pacientes por servicios fue: 56% en Medicina Interna, 42% en Neumología y 2% en Oncología, encontrándose diferencias según los grupos de edad, de forma que el 72% de los mayores de 80 años ingresan en Medicina Interna y el 68% de menores de 60 años lo hacen en Neumología. La estancia media global fue de 14,7 días, sin grandes diferencias según los servicios en los que fueron atendidos (14 en Neumología, 15,3 en Medicina Interna y 13 en Oncología). El grupo de edad más prevalente (39%) fue el comprendido entre 60 y 80 años. El 80,7% presentaba alguno de los factores de riesgo clásicos, siendo el más frecuente la inmovilización (61%). En cuanto a la presencia de cáncer, es ligeramente superior en el grupo de pacientes menores de 60 años (27%) frente al 22% en los mayores de 60 años. Los síntomas más frecuentes fueron la disnea (80%) y el dolor torácico (47%). De todos los casos en que se realizó el D-dímero, un 2% resultó negativo (< 500 ng/ml). El angioTC torácico fue positivo en el 100% de los casos. La gammagrafía se realizó en el 6% de los casos, siendo positiva en el 100%. Se realizó ecografía doppler de EEII en un 65% de pacientes, mostrando TVP en el 66%. El ecocardiograma se practicó en un 61% de casos, mostrando disfunción de cavidades derechas y/o hipertensión pulmonar en un 57%. Un 5% de los pacientes presentaban alguna forma de trombofilia. La mortalidad global fue del 10,6%.

Discusión. La enfermedad tromboembólica es un proceso de diagnóstico complejo, dificultado a veces por la frecuente comorbilidad que presentan los pacientes. En nuestro hospital el servicio de medicina interna atiende a la mayor parte de los pacientes de edad avanzada, en probable relación con la pluripatología de los mismos. A pesar de ello no existen grandes diferencias de la estancia media de cada uno de los servicios.

Conclusiones. 1) El TEP es una entidad atendida frecuentemente en los servicios de medicina interna. 2) La distribución de los pacientes por servicios varía según la edad del paciente. 3) Las características generales de nuestros enfermos son similares, en lo sustancial, a los de otras series publicadas. 4) El intervalo de edad más frecuente fue el superior a 60 años, sin predominio por sexo. 5) El cáncer fue ligeramente más frecuente en el grupo de pacientes de menor edad.

T-48

INDICADORES DE SEGURIDAD: ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA EN UN PACIENTE INGRESADO EN MEDICINA INTERNA

R. Barba¹, J. Losa², R. Martín Díaz³, S. Plaza⁴, J. Canora³, S. Nistal², J. Marco⁵ y A. Zapatero³

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina. Madrid.

²Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón.

Alcorcón (Madrid). ³Servicio de Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada. Fuenlabrada (Madrid).

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

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

Objetivos. La enfermedad tromboembólica (ETV) es una complicación potencial en pacientes ingresados en servicios de medicina interna (MI) que es prevenible en muchos casos si se realiza la profilaxis adecuada. Dentro de los indicadores de seguridad desarrollados por la Agency for Healthcare Quality and Research (AHRQ) se ha medido la aparición de ETV en pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas. Sin embargo, no se ha calculado el indicador en pacientes ingresados con patología médica. Dado que el 15% de las altas hospitalarias que se dan en nuestro país lo son de pacientes atendidos por internistas, tiene sentido conocer la incidencia de trombosis venosa como complicación en pacientes médicos en estos servicios, para hacernos una idea de la situación actual y poder valorar en un futuro estrategias de mejora.

Material y métodos. Se analizaron todas las altas hospitalarias realizadas en MI durante los años 2006-2008. Se seleccionaron los pacientes ingresados en MI que presentaran un diagnóstico secundario de trombosis venosa profunda o tromboembolismo pulmonar -ETV- (CIE 415.11, 415.19, 451.11, 451.19, 451.2, 451.81, 451.9, 453.8, 453.9). Se excluyeron los casos que tenían un diagnóstico de ETV en el diagnóstico principal, si se había hecho un procedimiento de interrupción de la vena cava, y las altas con estancia menor de 2 días. Es una modificación del indicador de seguridad del AHRQ PSI11, versión 2009. Se describieron las características de los pacientes con diagnóstico de ETV.

Resultados. Se analizaron 1.633.304 altas realizadas por servicios de MI durante el periodo indicado, con un ingreso superior a 48 horas y excluidos los pacientes con diagnóstico de ETV en diagnóstico principal. 14.148 (0,9%) de los casos presentaron una ETV como complicación durante el ingreso. Los pacientes con trombosis como complicación son mayores (73 vs 71), están más tiempo ingresados (16 vs 9,8 días), son más complejos (peso GRD 2,7 vs 1,7), tienen más comorbilidades (25% vs 23%), y fallecen más (21,7% vs 9,8%). Tener demencia (OR 1,1 IC95% 1,08-1,2), neoplasia (OR 2,5 IC95% 2,4-2,7) y especialmente metástasis (OR 3,2 IC95% 3,0-3,5) se asoció significativamente con la posibilidad de desarrollar una trombosis durante el ingreso.

Discusión. Casi uno de cada 1000 pacientes ingresados en MI desarrolla durante el ingreso una ETV. Los pacientes que presentan estas complicaciones son mayores y pluripatológicos, con una mortalidad que triplica la de los enfermos que no las tienen. Es importante conocer la tasa de trombosis en nuestro medio para ser más rigurosos en las medidas profilácticas que se pueden tomar para evitarla.

T-49

INCIDENCIA DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN PACIENTES CON CÁNCER. VALORACIÓN DE SU PATOCRONÍA

E. Furió Rodríguez, M. García-Fuster González- Alegre, M. Fabia Valls, M. Forner Giner y M. Nicolau Laparra

Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Valencia.

Objetivos. Estudiar la incidencia de enfermedad tromboembólica venosa y tipo de evento trombótico en pacientes con cáncer.

Material y métodos. De un total de 1791 pacientes con enfermedad tromboembólica venosa (ETV) ingresados en el Hospital Clínico Universitario de Valencia desde enero de 1998 hasta junio de 2008, 279 tenían ETV y diagnóstico de neoplasia. Se diagnostican: la tromboembolia venosa profunda (TVP) por eco-doppler o flebografía, y la embolia de pulmón (EP) por gammagrafía pulmonar o TAC helicoidal. La incidencia a lo largo del tiempo se analiza mediante el análisis de supervivencia de Kaplan-Meier.

Resultados. Las neoplasias que presentaron los pacientes del estudio fueron en un 21% cáncer de pulmón, un 13% tumores hematológicos, 11% cáncer de colon, 6% cáncer de ovario y 5% páncreas, estómago, mama, vejiga y de origen desconocido y 2% cerebro, riñón y útero. Los distintos tipos de ETV fueron 140 EP, 166 TVP y 27 ambos episodios a la vez. La incidencia de ETV fue mayor en los primeros 6 meses posteriores al diagnóstico de cáncer con 152 pacientes (42%), con una proporción similar entre TVP y EP (86/82). Sin embargo entre los 6 y 12 meses fue superior la prevalencia de EP (20/6) y posteriormente, a partir del año posdiagnóstico de cáncer, de TVP (71/29).

Discusión. Los ETV presentan una incidencia de 100/100.000 habitantes/año en la población general, siendo de un 10-20% en los pacientes con cáncer, donde se presentan hasta en un 50% a lo largo de su enfermedad. Se observa que los tipos de cáncer más asociados son el de pulmón, colon y hematológicos, posible reflejo de su prevalencia en la población general, Instituto de Salud Carlos III (López-Abente, 2004). Los primeros 6 meses son los de mayor riesgo de ETV, similar TVP que EP, lo que podría atribuirse al efecto procoagulante de las células tumorales (Blom, 2009) y a los distintos tratamientos oncológicos, como ya observó Saphner, con un 5,4% de ETV en los pacientes que recibían quimioterapia frente al 1,6% que no. Destacar que el número de EP es superior entre los 6 y 12 meses, lo contrario que en la población general (grupo RIETE, 2006) y que a partir de los 12 meses el número de episodios trombóticos sigue siendo superior a la población general, sobre todo en pacientes con tratamiento hormonal cuyo potencial protrombótico ha sido ampliamente demostrado (Onitilio, 2009).

Conclusiones. Los tumores que más se asociaron a la presencia de ETV fueron en un 21% el cáncer de pulmón, 13% los tumores hematológicos y 11% cáncer de colon. El riesgo de ETV fue mayor en los primeros 6 meses tras el diagnóstico de cáncer, con un riesgo igual para TVP que para EP.

T-50

INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO EN EL DESARROLLO DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA

E. Furió Rodríguez, M. García-Fuster González- Alegre, M. Fabia Valls, M. Forner Giner y M. Nicolau Laparra

Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Valencia.

Objetivos. Valorar la influencia de los distintos tipos de tratamientos oncológicos (quimioterapia, cirugía y hormonoterapia) en la aparición de eventos trombóticos, tromboembolia venosa profunda y embolia de pulmón.

Material y métodos. De un total de 1791 pacientes con enfermedad tromboembólica venosa (ETV) ingresados en el Hospital Clínico Universitario de Valencia desde enero de 1998 hasta junio de 2008, 279 tenían ETV y diagnóstico de neoplasia. Se diagnostican: la tromboembolia venosa profunda (TVP) por eco-doppler o flebografía, y la embolia de pulmón (EP) por Gammagrafía pulmonar o TAC Helicoidal. Se registraron los distintos tratamientos oncológicos: quimioterapia, cirugía y/o tratamiento hormonal, administrados. La influencia en la aparición de ETV de los diferentes tratamientos implicados se analiza mediante análisis de riesgo proporcional de Cox.

Resultados. Los 279 episodios acaecieron en un tiempo medio de 15 meses (0-100 meses) tras el diagnóstico de neoplasia. Los distin-

tos tratamientos recibidos previos al ETV fueron en 146 pacientes quimioterapia, en 98 cirugía y en 30 hormonoterapia. Cuando los factores de riesgo se ajustan por edad, sexo y tipo histológico, los factores asociados a sufrir TVP fueron: cirugía (IC95%, 1,26-2,63), quimioterapia (OR 1.601, IC95%, 1,14-2,24) y hormonoterapia (OR 3,27 IC95%, 1,91-5,92). Los factores asociados al EP fue la hormonoterapia (OR 2.477, IC95%, 1,43-4,26).

Discusión. Los pacientes con cáncer presentan un estado de hipercoagulabilidad debido a diferentes factores, al propio tumor y características del paciente, como a los distintos tratamientos antineoplásicos administrados. Tras la cirugía oncológica el riesgo de desarrollo de tromboembolia se incrementa, de igual modo tras la quimioterapia, siendo superior al inicio de la misma y hasta 2 meses después de finalizada, así como a mayor duración del tratamiento y tipo de agente utilizado. En este sentido, El Accaoui, Lyman y Nalluri observaron su asociación con la talidomida y el bevacizumab. En el presente estudio al realizar un análisis retrospectivo no se puede ahondar en tiempo de administración y tipo de agente quimioterápico, pero si se corrobora su influencia en la mayor frecuencia de ETV, principalmente para TVP. La hormonoterapia aumenta el riesgo de ETV hasta el doble en estos pacientes, principalmente con inhibidores de la aromatasa o moduladores selectivos de los receptores estrogénicos como el tamoxifeno, sugiriendo Eilersten una menor activación de la coagulación a dosis menores, posible dosis dependiente, y Hernández un mayor riesgo en los dos años posteriores al inicio. En el presente estudio se observa su influencia en el desarrollo de ETV tanto de TVP como EP.

Conclusiones. El riesgo de TVP aumenta con las maniobras terapéuticas de tratamiento oncológico con quimioterapia, cirugía y hormonoterapia. Sin embargo el riesgo de EP aparece sólo de forma marcada con la hormonoterapia.

T-52

RELACIÓN ENTRE LA LOCALIZACIÓN RADIOLÓGICA DEL TEP CON SU PRONÓSTICO A CORTO Y MEDIO PLAZO

J. Sahuquillo LLamas¹, N. Galofré Álvaro¹, C. Pozuelo Segura², J. Vila Planas¹, A. Serrado Iglesias¹, J. Torres Martínez¹, I. Rodríguez Montoliu¹ y M. Alarcón Romas¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Diagnóstico por la Imagen. Hospital Municipal de Badalona. Badalona (Barcelona).

Objetivos. Valorar si la localización radiológica del TEP tiene relación con su pronóstico a corto y medio plazo.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados de TEP en el servicio de Medicina Interna de nuestro centro en 3 años, y correlacionar su localización (periférico, central unilateral o múltiple) con el pronóstico a corto (15 días) y medio plazo (tres meses) y la puntuación de la escala PESI.

Resultados. 90 pacientes recogidos (55% varones. Edad media 73 ± 15 años). El 90% se diagnosticó por una TAC helicoidal y el resto por gammagrafía pulmonar de V/Q. El 61% de TEPs fue de extensión múltiple, el 16% de predominio central unilateral y el 23% periférico. Más del 80% de casos no tuvieron complicaciones ni en los primeros 15 días de presentación del TEP ni a los tres meses. La puntuación media de la escala PESI fue de 119,57 (clase IV). Durante el seguimiento, la mayor parte de TEPs evolucionó favorablemente. La mortalidad fue 3,6% a los 15 días y 7,4% a los tres meses. La tasa de recidivas fue del 2,4% a los 15 días y del 7,4% a los 3 meses (siendo aquí todos los casos TEPs múltiples). La aparición de hemorragia a los 15 días fue del 8,3% (en más del 70% en casos de TEP central y/o múltiple) y del 1,5% a los 3 meses. Valores de p: 0,042 a los 15 días y p: 0,005 a los 3 meses. La media de puntuación de la escala PESI fue de 113,3 (clase IV) para los TEPs periféricos, de 134,71 (clase V) para los centrales unilaterales y 117,72 (clase IV) para los múltiples.

Discusión. Nuestro número de complicaciones tanto precoces (15 días) como tardías (3 meses) fue muy bajo, destacando un mayor

índice de hemorragias en los primeros 15 días de evolución para los TEPs centrales y/o múltiples y un mayor índice de recidivas a los tres meses en aquellos TEPs que debutaron como múltiples al ingreso, con valores significativos de la *p*. Estos resultados son congruentes con alguno de los escasos estudios de características similares al nuestro. Los niveles más altos calculados de la escala PESI se relacionaron con los TEPs centrales. No obstante, llama la atención una media de puntuación en esta escala dentro de la clase IV en nuestro estudio a pesar del bajo número de complicaciones, probablemente explicable a la gran potencia que tiene la edad en dicha escala, siendo la media de edad de nuestra población más alta (73 ± 15 años) que otros estudios.

Conclusiones. La mayor parte de los TEPs diagnosticados en nuestro centro tiene afectación múltiple y bilateral. No obstante estos hallazgos no parecen tener repercusión pronóstica a corto y medio plazo, a excepción de un mayor índice de sangrado a los 15 días en algunos de los TEPs centrales y/o múltiples y más recidivas a los tres meses en algunos TEPs múltiples que en otras localizaciones. Estudios más largos con una muestra mayor y dónde se realicen subgrupos de extensión y de características del TEP, nos pueden ayudar a tomar decisiones terapéuticas más adecuadas y de evaluación del seguimiento. Así mismo, sería interesante revisar el ítem edad de la escala PESI en poblaciones afeadas.

T-53 PERFIL LIPÍDICO Y ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA

M. Molina, A. Ruiz G., M. Jariod, T. Auguet, C. Varillas, A. Alibaliz, A. Ugarriza y C. Richart

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona.

Objetivos. 1) Analizar la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en los pacientes con enfermedad tromboembólica (ETV) y describir su perfil lipídico. 2) Comparar los resultados entre dos grupos: los pacientes que tienen un factor de riesgo de ETV y los que no lo tienen.

Material y métodos. Estudio observacional de una serie de casos ambispectiva. Pacientes con embolia pulmonar (EP), dados de alta de MI (1/3/07 hasta 30/4/10). Variables: A) Edad, sexo. B) Antecedentes de arteriopatía: Cardiopatía isquémica (CI), AVC y arteriopatía periférica. C) FRCV: Tabaquismo, diabetes mellitus (DM), hTA, distipemia (DLP) y obesidad. D) Factores de riesgo de ETV. E) Perfil lipídico. F) Ecografía/TAC para valorar esteatosis. G) Análizamos asociación de 3 o más de estos criterios: DM, hTA, c-HDL bajo, triglicéridos (TG) altos y obesidad. Las variables se analizan en global y para casos con o sin factores de riesgo ETV: Grupos 1 y 2. El análisis estadístico se realiza con SPSS v15.

Resultados. 172 casos, media de edad: 68,2 (18,3) [media (DE)]. Sexo: 46,5% hombres, edad 64,5 y 53,5% mujeres, edad 71,47. Grupos: Grupo 1 (G1), "idiopáticos", 55 casos (32%), edad 71,6 años. Grupo 2 (G2), con factores de ETV, 117 casos (68%), edad 66,6 años. Diferencia de edad es estadísticamente significativa (*p* 0,039). FRCV globalmente: Tabaquismo 15%; DM 16%; HTA 53,5%; DLP 31%; Obesidad 32%. Un 80% de los casos tiene algún FRCV. En G1: Tabaquismo 11%; DM 11%; HTA 54,5%; DLP 18%; Obesidad 41%. Un 78,2% tiene algún FRCV. En G2: Tabaquismo 17%; DM 18%; HTA 53%; DLP 36,8%; Obesidad 28,2%. Un 80,3% tiene algún FRCV. La relación entre ambos grupos tiene significación estadística para DLP, más frecuente en G2 (*p* 0,014) y edad, mayor en G1 (*p* 0,039). En el análisis multivariado DLP y edad mantienen sus efectos. En G1: Pacientes que rebasan niveles normales: 34,5% para colesterol; 91,3% para C-HDL; 72,1% para C-LDL y 24,5% para TG. G2: Pacientes que rebasan niveles normales: 65,5% para el colesterol; 93,2% para el C-HDL; 66,6% para el C-LDL; 29,4% para TG. No hay diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. En el 77,3% se realiza

ECO/TAC: 21,8% tienen esteatosis, en G1 22,7% y en G2 21,3%. La diferencia entre grupos no es estadísticamente significativa. Aproximación al síndrome metabólico. La asociación de 3 o más parámetros: DM, hTA, obesidad, c-HDL bajo y TG altos, se da un 29,7%, en G1 31,9% y en G2: 29,1%. No hay diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos.

Discusión. En nuestra serie 80% de los casos tiene algún FRCV, lo que puede apoyar la idea de que exista algún vínculo entre enfermedad arterial y venosa (Prandoni, 2007). La asociación entre ETV, DM, HTA, CHDL bajo y TG altos, ha sido descrita en la literatura, pero la consideración de estos factores como desencadenantes de ETV es débil (Ageo et al, 2008). En nuestra serie, 91 a 93% de casos, están por debajo de los límites aceptables de C-HDL y 66 a 72% rebasan los límites de C-LDL. En nuestro estudio, la aproximación al síndrome metabólico se da en un 29% de casos. Diferentes autores publican porcentajes muy dispares para la población española. Por este motivo, no podemos saber si nuestro resultado tiene significación clínica.

Conclusiones. 1) En nuestra serie, la prevalencia de FRCV es alta y la DLP relativa a los niveles de HDL y LDL colesterol es relevante. Los dos grupos considerados tienen valores similares. 2) Los resultados del presente trabajo, deberían ser replicados. Nos proponemos realizar un estudio observacional, prospectivo con inclusión de grupo control.

T-54 APLICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE LA GUÍA PRETEMED EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

A. Montilla Burgos, B. Gutiérrez Gutiérrez, C. Rivera Rubio, M. Rico Lucena, C. Peña, A. Blanco Becerra, M. Chacón Cerrato y M. Aguayo Canela

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

Objetivos. La prevención de la Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETE) está bien protocolizada y constituye un criterio de calidad en las evaluaciones de competencias profesionales y de acreditación de unidades clínicas de nuestra Comunidad. Recientemente la Guía PRETEMED, de Prevención de la Enfermedad Tromboembólica en Pacientes Médicos, ha sido revisada (2007) y se ha presentado en la mayoría de los hospitales para implementar su uso. El objetivo de este estudio ha sido evaluar el grado de adherencia a las recomendaciones de esta guía un año después de una sesión formativa sobre su validez y aplicabilidad en los pacientes ingresados en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos. Estudio de cohorte transversal, realizado en las 2 primeras semanas del mes de abril de 2010, en todas las unidades de hospitalización de especialidades médicas del Hospital Virgen Macarena, evaluando en cada paciente ingresado su Riesgo Ajustado (RA) según la tabla para el cálculo del riesgo de ETEV de la guía PRETEMED 2007, y recogiendo simultáneamente las medidas de profilaxis y otras variables clínicas como los efectos secundarios del tratamiento profiláctico.

Resultados. De un total de 165 pacientes evaluados, 154 (95%) tenían al menos un proceso precipitante o un proceso asociado con peso ajustado de 2 o más según la tabla, por lo que cumplían criterios para aplicar la fórmula de RA y eran susceptibles de recibir profilaxis de ETEV. Excluimos del análisis a 19 pacientes (12,3%) que estaban en tratamiento con anticoagulantes orales. A continuación exponemos la asociación entre los grupos de RA y los tratamientos que recibían. La clasificación según RA es de 1-3: medidas físicas; 4 se sugiere profilaxis y más de 4 tratamiento profiláctico. Los tratamientos recibidos fueron medidas físicas, HBPM o antiagregantes. Se ha objetivado que pacientes con bajo riesgo tras aplicar la guía PRETEMED, tienen profilaxis tromboembólica. También se han valorado las causas por las cuales los pacientes no tenían profilaxis sien-

do en la mayoría de los casos por hemorragia reciente. A continuación exponemos los datos extraídos de este estudio siendo un total de 26 pacientes (19,2%) con bajo riesgo de ETEV los que recibían tratamiento con HBPM, mientras que 14 pacientes (10,4%) con alto riesgo de ETEV no recibían profilaxis correcta, argumentándose contraindicaciones en 13 de ellos (6 pacientes con historia de hemorragias graves recientes).

Discusión. La tasa de sobreindicación de profilaxis es con bajo riesgo nos parece elevada, por lo que pensamos que se hace un uso rutinario y excesivo de las HBPM sin evaluar correctamente los riesgos ajustados que nos propone la guía PRETEMED.

Conclusiones. Aproximadamente 4 de cada 10 pacientes ingresados en especialidades médicas tienen riesgo medio/alto de ETEV y reciben profilaxis con HBPM. Hay un sobreuso de esta profilaxis en pacientes con riesgo bajo.

T-55

SIGNIFICADO CLÍNICO DEL DíMERO-D NEGATIVO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA: HALLAZGOS DEL REGISTRO RIETE

M. Soto Cárdenas¹, E. Chaves¹, E. Grau², J. Villalta³, E. Rodríguez⁴, C. Delgado⁵, M. Monreal⁶ y Grupo RIETE⁶

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. ²Servicio de Hematología. Hospital Lluís Alcanyis. Xàtiva (Valencia). ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínic i Provincial. Barcelona. ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila. ⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital Alto Guadalquivir. Andújar (Jaén). ⁶Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona).

Objetivos. La utilidad de la determinación de Dímero-D (DD) ha sido ampliamente estudiada en el algoritmo diagnóstico de la enfermedad tromboembólica venosa (ETE), sin embargo, algunos pacientes con ETEV pueden tener un DD negativo. En el presente estudio evaluamos el significado clínico de los pacientes con ETEV y DD negativo.

Material y métodos. El registro RIETE incluye a pacientes consecutivos con ETEV confirmada mediante pruebas objetivas. Analizamos, a partir de los datos del RIETE, las características clínicas y evolutivas, tras tres meses de seguimiento, en relación a la determinación de DD en el momento del diagnóstico. La determinación de DD fue realizada mediante las técnicas disponibles en cada centro participante.

Resultados. En 17.138 pacientes incluidos en el RIETE (mayo-2009) se determinó el DD en el momento del diagnóstico de ETEV. 742 (4,3%) pacientes presentaban DD negativo (sensibilidad: 95,7%; IC95%: 95,4-96,0). En relación con el tipo de técnica empleada, en cuatro de ellas (Vidas D-dimer, IL Test D-dimer, STA-Liatest D-D y Auto Dimertest Micro) se observó una sensibilidad > 96%, mientras que en otras tres (Dimertest Latex, D-Di Test y D-Dimer Plus) la sensibilidad fue inferior al 90%. En el análisis multivariante, los pacientes con DD negativo presentaban menor edad (< 70 años) (63% vs 45%; odds ratio [OR], 2,0), mayor frecuencia de TVP aislada (67% vs 48%; OR, 2,0), y una menor presencia de cáncer (13% vs 18%; OR, 0,8), hemorragia reciente (8,4% vs 15%; OR, 0,4) o insuficiencia renal (0,7% vs 1,8%; OR, 0,7), en relación a los pacientes con DD positivo. Durante el periodo de seguimiento, los pacientes con DD negativo presentaban una menor incidencia de recurrencias (1,1% vs 2,6%; p < 0,005), complicaciones hemorrágicas mayores (0,5% vs 2,0%; p < 0,001), embolismo pulmonar fatal (0,3% vs 1,6%; p < 0,001) y muerte global (2,4% vs 7,0%; p < 0,001) en relación con aquellos con DD positivo.

Conclusiones. Uno de cada 23 pacientes con ETEV confirmada presenta DD negativo. Estos pacientes son más jóvenes, con menos comorbilidad asociada y menos complicaciones durante su evolu-

ción. La ETEV no debería excluirse únicamente por la presencia de DD negativo y es, por tanto, necesario establecer a priori la probabilidad clínica pretest.

T-56

ESTUDIO DESCRIPTIVO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID) CON IMPLANTACIÓN DE FILTRO DE VENA CAVA INFERIOR ENTRE LOS AÑOS 2003 Y 2007

V. López Peláez, P. Ruiz Artacho, P. González, J. Castillo Álvarez, B. González Casanova, E. Agrela Rojas, V. Sendín Martín y J. Pedrajas Nava

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

Objetivos. Estudiar las indicaciones en la implantación del filtro de la vena cava inferior en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid entre los años 2003 y 2007 y analizar su adecuación a las guías clínicas. Analizar las características epidemiológicas y clínicas del grupo de estudio y el tipo de ETEV padecida. Realizar un análisis de seguimiento tras la implantación del filtro, recurrencia de ETEV y factores asociados a la misma, y la incidencia de éxitos y factores asociados al mismo.

Material y métodos. Estudio retrospectivo que incluyó a todos los pacientes a los que se les colocó un filtro en la vena cava inferior en nuestro centro entre los años citados. Se revisaron los registros clínicos informatizados y de la historia clínica de estos pacientes, obteniendo información actualizada mediante el contacto telefónico con los pacientes o sus familiares.

Resultados. El número de pacientes a los que se les implantó un filtro en la vena cava inferior fue de 104, 60 mujeres (58%) y 44 varones (42%). La edad media del grupo fue 67,6 (DE 15,4) años. La incidencia en la implantación de filtros en nuestra serie ha aumentado, desde 12 casos en 2003 hasta 27 en 2007. No se han observado diferencias estadísticamente significativas en la inserción de filtros permanentes y temporales. La causa más frecuente fue contraindicación para anticoagulación con 52 pacientes (50%). Las diferencias entre las distintas causas de implantación del filtro en los pacientes procedentes de Servicios médicos, quirúrgicos y de cuidados intensivos carecen de significación estadística salvo 2: TEP con escasa reserva pulmonar (p < 0,01), en el caso de los pacientes ingresados en cuidados intensivos y contraindicación para la anticoagulación (p < 0,05) en el caso de los pacientes médicos. Sólo se indicó un filtro con indicación de profilaxis de ETEV. En 80 (77%) pacientes se implantó un filtro permanente y en 24 (23%) temporal, siendo retirado en 18 pacientes. Existe una tendencia a implantar más filtros temporales a pacientes sin cáncer, pero no llega a tener significación estadística. 56 (53,8%) pacientes fallecieron, de ellos, en 21 se produjo durante el ingreso índice (37,5%), 14 fallecieron por cáncer (66,7%) y 2 pacientes por ETEV (9,5%). En la evolución, fallecieron 35 pacientes (33,6%), 21 por cáncer (60%) y ninguno por ETEV. El cáncer fue la única causa independiente de éxitos estadísticamente significativa (p = 0,01). Ningún paciente falleció por ETEV durante el seguimiento realizado.

Discusión. Estos pacientes tienen una importante morbimortalidad, siendo el cáncer la causa más frecuente de éxitos y la única variable independiente en la supervivencia. En nuestro estudio, no se ha observado un aumento en la utilización de filtros temporales y en muchos casos no han podido ser retirados. Las indicaciones para la implantación de filtros en la vena cava inferior en nuestro Centro se han realizado siguiendo las recomendaciones de las guías clínicas actuales. Ambos filtros son eficaces para prevenir el TEP y se asocian a pocas complicaciones.

Conclusiones. Para la extensión de las indicaciones se requieren ensayos clínicos así como para establecer la eficacia a corto y largo plazo de filtros temporales, y así establecer protocolos de actuación basados en la evidencia.

T-57 ATENCIÓN A PACIENTES CON TEP EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

M. Gil Bermejo¹, A. Riera Mestre², S. González Calviño¹
y J. Guillaumont Salvador¹

¹Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

Objetivos. Describir las características, la estancia media hospitalaria y el pronóstico de los pacientes ingresado por TEP en un hospital universitario de tercer nivel, que han sido atendidos por la Unidad de Hospitalización a Domicilio (HAD).

Material y métodos. Estudio retrospectivo con inclusión de todos los pacientes con diagnóstico principal de TEP al alta y que fueron atendidos con posterioridad por la unidad de HAD, durante los años 2005-2008. Se recogieron datos demográficos, clínicos, constantes vitales al diagnóstico del TEP en Urgencias, de comorbilidad mediante el Índice de Charlson (IC) y de gravedad de la embolia pulmonar mediante la escala de PESI.

Resultados. Se incluyeron un total de 8 pacientes. La edad media fue de 73,8 años y el 75% eran género masculino. La FC media al diagnóstico fue de 94 latidos por minuto (lpm), presentando el 25% una FC > 100 lpm. Ningún paciente presentaba inestabilidad hemodinámica al ingreso. El 50% presentaba una saturación < 90%. El 37,5% presentaban un IC > 3 puntos. Excepto un paciente, el resto (87,5%) presentaban un TEP de medio-alto riesgo (clases III-V) de acuerdo la escala de PESI. La media de ingreso hospitalario convencional fue de 6,8 días; durante el mismo periodo, la media de ingreso hospitalario en pacientes sin seguimiento por la Unidad de HAD fue de 10 días. En el 37% de los casos se administró oxígeno domiciliario temporalmente durante la atención por la Unidad de HAD. La media de seguimiento por dicha Unidad fue de 10,7 días. La mortalidad y necesidad de reingreso hospitalario durante este seguimiento fue nula.

Conclusiones. La nula mortalidad y necesidad de reingreso y la disminución de la estancia hospitalaria convencional en los pacientes con TEP, inclusive de medio-alto riesgo, atendidos por la Unidad de HAD, avalan su utilidad en el manejo de estos pacientes.

T-58 IMPORTANCIA DE LA DIABETES MELLITUS EN EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON ICTUS (ESTUDIO OCTOPUS)

G. Fresco¹, S. Serrano¹, P. Ruiz¹, A. Bravo¹, C. Valencia²,
C. Sánchez¹ y J. Castillo¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos. Determinar la frecuencia de DM en la población hospitalizada por Ictus, describir las características del Ictus en pacientes diabéticos e investigar la DM como factor pronóstico.

Material y métodos. Estudio de cohortes prospectivo que incluye a 480 pacientes hospitalizados en un hospital terciario durante el periodo 2006-2009, cuyo diagnóstico al alta fue ictus y a los que se les realizó seguimiento durante un año. Se aplicaron los criterios de la ADA para definir a los pacientes diabéticos y el análisis estadístico se realizó con el programa SPSS.

Resultados. De los pacientes ingresados, 133 (27,8%) cumplían criterios de DM (47,4% hombres, 52,6% mujeres). Se analizaron los subtipos de ictus isquémico y se encontró que el infarto cardioembólico era el más frecuente en este grupo (31,2%). La edad promedio de presentación del primer ACV fue de 76,4 años en DM y 74,4 en no DM. El antecedente de cardiopatía isquémica fue más fre-

cuente en diabéticos (25,8% vs 13,1%, $p < 0,001$). Se estudió el perfil lipídico en ambos grupos y el 52,6% de diabéticos tenía cifras alteradas respecto a los no diabéticos 30,5%, $p < 0,001$. Cabe destacar que el 77,4% de los diabéticos eran además hipertensos, frente al 61% de los no diabéticos, $p < 0,001$. En cuanto a las complicaciones hospitalarias, las metabólicas fueron significativamente más frecuentes en diabéticos (21,1% vs 9,4% $p < 0,001$), no encontrándose diferencias significativas en las complicaciones infecciosas. El 80,3% de los diabéticos presentaron secuelas postinfarto frente al 64,9% de los no diabéticos, $p < 0,001$. Al alta tuvieron que ser más frecuentemente trasladados a centros de apoyo (16,8% frente al 12,7%). No hubo diferencias en la estancia media, mortalidad y recurrencia de otros eventos cerebrovasculares entre ambos grupos. En cuanto al Ranking al año, el 54,5% de los pacientes no diabéticos o no tenían ninguna secuela o incapacidad importante, sin embargo, esta cifra disminuye al 32% entre los diabéticos.

Discusión. En la literatura, entre el 2 y 7% de los pacientes con Ictus son diabéticos, sin embargo, en nuestro estudio hemos encontrado un porcentaje mayor (27,8%), lo que determina la importancia de la DM en esta patología. Es frecuente que coexistan varios factores de riesgo cardiovascular, ya que la mayoría de los pacientes diabéticos son también hipertensos y además, parece que la dislipemia está peor controlada en el grupo de diabéticos, algo que multiplica el riesgo para padecer cualquier enfermedad cardiovascular. Por tanto, es un dato más a favor de que los clínicos debemos controlar todos los factores de riesgo de manera integral y ser más estrictos cuando se juntan varios de ellos.

Conclusiones. El 27,8% de los pacientes cumplen criterios de Diabetes Mellitus siendo ésta más frecuente entre mujeres. Un 77,6% de los pacientes diabéticos eran además hipertensos y más de la mitad tenían dislipemia. Una cuarta parte había presentado ya algún evento cardiovascular, como es la cardiopatía isquémica. Las complicaciones metabólicas fueron las más frecuentes, debido a que la mayoría presentaban mal control de su diabetes. La DM se puede considerar un factor pronóstico de mala evolución, ya que los diabéticos presentaron más secuelas y tuvieron menos capacidad de rehabilitación al cabo de un año.

T-59 FACTORES DE RIESGO Y PROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN PACIENTES INGRESADOS EN CENTROS DE LARGA ESTANCIA: ESTUDIO PROFINST

S. Jordán¹, A. Robledo², D. Coma³, A. Rodríguez⁴, D. Treviño⁵,
A. Riera-Mestre¹, F. Formiga¹ y R. Pujol¹

¹Servei de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). ²Fundació Sociosanitària de Barcelona. Barcelona. ³Clínica Barceloneta, S. A. Barcelona.

⁴Prytanis Hospitalet, S. L. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

⁵Clínica Nostra Senyora de Guadalupe. Esplugues de Llobregat (Barcelona).

Objetivos. Conocer los factores de riesgo y el uso de profilaxis para la enfermedad tromboembólica venosa (ETV) en pacientes ingresados en centros de larga estancia.

Material y métodos. Estudio prospectivo con inclusión de todos los pacientes ingresados durante el mes de junio de 2009 en los cuatro centros de larga estancia (CLE) en conexión con un hospital universitario de tercer nivel. Se recogieron datos demográficos, epidemiológicos, clínicos y comorbilidad mediante el Índice de Charlson (IC), situación basal (funcional mediante el Índice de Barthel - IB -, cognitiva mediante el Escala de Pfeiffer - EP -, grado de demencia mediante la Escala de Reisberg - ER - e instrumentalización - sonda naso-gástrica, sonda vesical o gastrostomía -) y medicación habitual.

Resultados. Se incluyeron un total de 332 pacientes. La edad media fue de 78,4 ± 12 años y el 61% eran de sexo femenino. En el

87% de los pacientes, el motivo de ingreso en el CLE era no-quirúrgico. Los factores de riesgo cardio-vasculares más frecuentes fueron: tabaquismo activo o exfumadores (26%), hipertensión arterial (HTA) (61%), diabetes mellitus (28%), dislipemia (19%) y fibrilación auricular (18%). La media del IB fue del $28,2 \pm 30,6$ puntos y el 66% presentaban un IB < 40 puntos, el 15% mostraban úlceras por presión y el 10% eran portadores de algún tipo de instrumentalización. Un 68% mostraron > 4 errores en la EP y el 49% mostraban un grado de demencia moderado-grave en la ER (FAST 5-7). La media del IC fue del $2,6 \pm 1,8$ puntos, mostrando el 21% más de 3 puntos, y la media de fármacos que recibían era de $5,8 \pm 3,1$, recibiendo más de 4 fármacos el 63% de los pacientes. Un 14% recibían anticoagulación oral y el 18% antiagregación. Los factores de riesgo para ETV más frecuentes fueron: más de 19 horas butaca-cama al día (30%), ETV previa (18%), intervención quirúrgica 3 meses previos (2,4%), neoplasia (7%) y fractura 3 meses previos (4%); el 54% presentaban alguno de estos factores. A pesar de ello, el uso de tromboprolifaxis era del 19%.

Conclusiones. La mayoría de los pacientes ingresados en los CLE estudiados eran pacientes con motivo de ingreso no-quirúrgico, HTA, IB < 40 puntos, demencia moderada-grave de acuerdo la ER y presentaban algún factor de riesgo para ETV. A pesar de ello, tan sólo una quinta parte de los pacientes recibían tromboprolifaxis.

T-60 BAJA PROBABILIDAD EN LA ESCALA DE WELLS Y DÍMERO D NEGATIVO: ¿PODEMOS EXCLUIR CON SEGURIDAD LA EMBOLIA PULMONAR?

E. Merino¹, R. Salas¹, A. Cárdenas¹, C. Arauco¹, M. González¹, M. Sanjaume¹, N. Parra² y F. Fernández¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unitat de Suport a la Recerca. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona.

Objetivos. Evaluar la validez de la combinación de la escala de Wells con el Dímero D (DD) en la exclusión de la embolia pulmonar (EP).

Material y métodos. Se realizó un estudio casos y controles prospectivo sobre 141 pacientes con sospecha clínica de EP, registrados secuencialmente desde diciembre de 2004 hasta abril 2010. Se consideraron casos (90 pacientes) aquellos en los que se confirmó la EP (angioTAC, gammagrafía pulmonar ventilación/perfusión y angiografía en caso necesario). Se recogieron datos sociodemográficos, clínicos, test de la laboratorio y pruebas de imagen. En todos los pacientes se calculó la escala de Wells y se determinó el DD (punto de corte > 500 ng/ml). El cálculo de parámetros de validez interna (sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN)) obtenidos a partir de la curva receiver-operating characteristic (ROC), así como el área bajo la curva (AUC). Se realizó de manera independiente para la escala de Wells y el DD. Posteriormente se optimizó el criterio de clasificación de la sospecha clínica mediante la combinación de la escala de Wells y la determinación del DD y se recalcularon los parámetros de validez interna. Los datos se procesaron en el programa SPSS 15.0.

Resultados. La prevalencia de EP para los 141 pacientes con sospecha de EP fue de 63,8% (90 en total), con edad media de 75,7 (13,5) años en los casos y de 77,8 (11,04) en los controles. La curva ROC de la escala de Wells determinó una AUC de 0,681 (IC95% 0,583-0,778) y la del DD fue de 0,697 (IC95% 0,608-0,786). El VPN para la categoría de baja probabilidad de la escala de Wells (4 puntos o menos) fue del 54,6% y para el DD con valor inferior o igual a 500 ng/ml (DD negativo), fue del 66,7%. Atendiendo a estos puntos de corte, el VPN fue del 80% para la categoría de baja probabilidad en la escala de Wells y DD negativo.

Discusión. Según la bibliografía, el elevado VPN atribuido al dímero D permite excluir la presencia de EP en pacientes con una

probabilidad clínica baja. El valor del DD varía con la edad, el tiempo de evolución de la enfermedad, tipo de técnica, punto de corte y localización del trombo. La edad avanzada de nuestros casos junto con la comorbilidad asociada, podrían justificar el no alcanzar el 100% (sólo excluimos entre 66 y 67 pacientes de cada 100 bajo sospecha con seguridad). La escala de Wells, tradicionalmente utilizada para el cribado de casos probables de EP por presentar VPP adecuados, disminuye su fiabilidad cuando se trata de excluir casos improbables. Según nuestra experiencia, su VPN para la categoría de baja probabilidad, sólo nos permitiría excluir entre 54 y 55 casos de cada 100 bajo sospecha de EP. Cuando combinamos las dos pruebas en la situación más favorable y validada para excluir EP (Wells < 4 puntos y DD negativo), el VPN alcanza el 80%. Así, esta combinación tampoco nos permite descartar la EP con seguridad. Probablemente, el tamaño de la muestra (sólo 5 pacientes con esta situación) y la edad media de la serie podrían justificar nuestros resultados.

Conclusiones. La combinación de DD negativo y Wells improbable no descarta con seguridad la EP en nuestros pacientes. Necesitaríamos estudios con más pacientes y deberíamos considerar otras variables en las escalas de predicción clínica para la población más anciana.

T-61 FACTORES DE MORTALIDAD HOSPITALARIA EN PACIENTES INGRESADOS POR TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

M. Fanlo Maresma, M. Fernández Quevedo, J. Mora Luján, S. di Yacovo, S. Jordán Lucas, A. Riera Mestre y R. Pujol Farriols

Servicio Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

Objetivos. Describir los factores asociados pronósticos de mortalidad hospitalaria en todos los pacientes ingresados con diagnóstico principal de tromboembolismo pulmonar (TEP).

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo con inclusión de todos los pacientes ingresados por TEP entre los años 2005-2009 en un Servicio de Medicina Interna de un hospital universitario de tercer nivel. Se recogieron datos demográficos y clínicos, así como gravedad del episodio de TEP medida mediante la Escala de PESI y morbilidad de los pacientes de acuerdo con el Índice de Charlson (IC). Se analizaron los datos mediante el programa estadístico SPSS 15.0.

Resultados. Se incluyeron un total de 109 pacientes. La edad media fue de $71,5 \pm 18,2$ años y el 68% eran de sexo femenino. La estancia media fue de $12 \pm 8,6$ días; un 26% presentó una estancia inferior a 8 días y un 36% superior a 12 días. El 32% se encontraban en las Categorías de bajo riesgo de la Escala de PESI (I-II) y un 49% en las Categorías de alto riesgo (IV-V). Un 14% presentaba alteración del estado mental (desorientación, letargia, estupor o coma) al ingreso. La media de puntuación en el IC fue de $1,9 \pm 1,8$ puntos, un 28% presentaban un IC superior a 2 puntos y un 10% mayor de 4 puntos. Las comorbilidades más frecuentes fueron la neoplasia (23%), fibrilación auricular (FA) (20%), demencia (19%), DM (17%), ICC (14%) y EPOC (4%). La mortalidad hospitalaria fue del 10%. El estado mental alterado, la FA, la EPOC, la Escala de PESI (Categorías de bajo y alto riesgo) y la saturación de O₂ al ingreso, se relacionaron con la mortalidad en el análisis univariante. En el análisis multivariante, el estado mental alterado (OR: 10; IC95% 2-49,3) y la presencia de FA (OR: 5,5; IC95% 1,1-26,8) al ingreso, resultaron factores independientes de mortalidad hospitalaria.

Conclusiones. La detección de alteración del estado mental y de fibrilación auricular, han resultado factores de mortalidad hospitalaria en los pacientes ingresados por TEP. La presencia de estos factores obliga a considerar una mayor monitorización en estos pacientes.

T-62 PAPEL DEL TAC MULTICORTE EN LA DETECCIÓN DE LA DISFUNCIÓN VENTRICULAR DERECHA EN EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR NO MASIVO

J. Torres Macho¹, A. González Mansilla², P. Díez Martínez³, V. Sánchez Sánchez², J. Delgado Jiménez² y S. Borruei³

¹Servicio de Urgencias-Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina. Madrid. ²Servicio de Cardiología, ³Servicio de Radiología. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Objetivos. Analizar la capacidad del TAC multicorte en la detección de disfunción del ventrículo derecho (DVD) en pacientes con TEP agudo no masivo.

Material y métodos. Se realizó un estudio observacional prospectivo en pacientes diagnosticados de TEP mediante TAC multicorte. Se realizó un ecocardiograma transtorácico (ETT) en las primeras 48 horas del diagnóstico para evaluar la presencia de DVD definiendo ésta como la presencia de un diámetro del VD > 30 mm, la presencia de un cociente VD/VI > 1 y/o la existencia de hipocinesia en la pared libre del VD. Se registraron las siguientes variables radiológicas obtenidas en el TAC: relación VD/VI, localización central (tronco o arteria pulmonar principal) o distal (lobar o segmentaria) del trombo, presencia de inversión del septo interventricular y cociente diámetro aorta/arteria pulmonar. Se calculó la sensibilidad, especificidad y valores predictivos de cada variable.

Resultados. Se incluyeron 68 pacientes (45,9% varones, edad media 63 ± 13,5 años). 22 pacientes (32%) presentaron DVD en el ETT. En la tabla se muestra la sensibilidad, especificidad y valores predictivos de cada variable. No se obtuvo mayor precisión diagnóstica combinando los diferentes parámetros.

Discusión. La DVD es un marcador pronóstico en los pacientes con TEP, siendo el ecocardiograma transtorácico (ETT) la técnica de elección para su diagnóstico. Dados los problemas de disponibilidad de esta técnica durante las 24 horas del día, en los últimos años se han buscado otros marcadores bioquímicos y radiológicos que permitan la detección de la DVD sin la realización de un ETT. En nuestro trabajo se objetiva que los parámetros radiológicos no permiten asumir la presencia de DVD con una precisión suficiente.

Conclusiones. Los datos obtenidos mediante TAC multicorte no son capaces por sí solos de detectar o descartar la presencia de DVD con la suficiente precisión en pacientes con TEP no masivo.

Tabla 1 (T-62). Sensibilidad, especificidad y valores predictivos del TAC para la detección de DVD

	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN
VD/VI > 1,5	38	93,4	72,2	76,7
Mov paradójico septo	59	96	86,6	84,2
Trombo proximal	81	65	50	88,8
A pulmonar/Aorta > 1	47,6	87,2	78,8	62,5

Varios

V-1 CONSUMO DE PRODUCTOS DE NUTRICIÓN ENTERAL DOMICILIARIA EN UN HOSPITAL COMARCAL

I. Vallejo Maroto¹, M. Garabito Sánchez², S. Corral Baena², P. Camino Melo³ y A. Fernández Moyano¹

¹Servicio de Medicina, ²Servicio de Farmacia, ³Departamento de Dietética. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

Objetivos. El objetivo ha sido conocer el perfil prescriptor externo de nuestro hospital en lo relativo a los productos de nutrición

enteral, características de los pacientes y costes durante el año 2008.

Material y métodos. Estudiamos, mediante un análisis retrospectivo, un total de 299 informes de visado para prescripción de algún producto de nutrición ambulatorio durante el año 2008. Se excluyeron pacientes pediátricos y en el análisis económico el coste de los módulos.

Resultados. La edad media fue de 74,7 años (DE: 12,25). La proporción de sexos fue similar. Se utilizaron módulos (espesantes) en un 25,1%, suplementos en un 52,5% y fórmulas enterales en un 22,4%. La incidencia estimada de soporte nutricional domiciliario fue de 93 por 100.000 habitantes. La indicación de uso de algún producto fue procesos degenerativos severos del sistema nervioso central (33,9%), seguido de cirugía mayor (29,9%) y, en tercer lugar accidentes cerebrovasculares (21,8%). Los productos utilizados con más frecuencia fueron en orden de mayor a menor: espesantes (24,8%); específicas (18,1%); inmunomoduladoras (13,1%); poliméricas hipercalóricas (8%); poliméricas normocalóricas y normoproteicas (6%) y poliméricas hiperproteicas (3,4%). La distribución por Servicios fue la siguiente: Servicio de Medicina 69,1%, Servicio de Cirugía 30,5%. Servicio de ORL 0,3%. La vía de acceso habitual fue la oral (77,6%), seguida de la sonda nasogástrica (20,7%) y la gastrostomía percutánea (1,4%). El coste mensual por paciente de los productos fue de 585,81 euros (DE: 242,04.) El coste total por paciente de la prescripción fue de 4084,26 euros (DE: 3.528,94.) El coste global fue de 906.706,85 euros. La mayor parte de los productos fueron prescritos al alta hospitalaria (63%). El resto se realizó en consultas externas. Hubo diferencias en la duración de los tratamientos según recibieran suplementos (5,24 meses; DE: 4,5) o fórmulas (11,45 meses; DE: 1,9) (p < 0,000). Ochenta pacientes fueron incluidos en un protocolo nutricional preoperatorio (Fast-Track) con el diagnóstico mayoritario de patología neoplásica del colon. La mortalidad de los pacientes fue de un 50,2%, siendo superior en el Servicio de Medicina (p < 0,000). La codificación del diagnóstico de desnutrición, valoración nutricional y cálculo de requerimientos fueron escasos.

Conclusiones. Describimos una población mayoritariamente anciana y recogemos una mayor incidencia de soporte nutricional domiciliario. La disfagia fue la principal indicación del uso de algún producto. La preferencia por el uso de sondas nasogástricas, probablemente esté condicionada por la edad de los sujetos, funcionalidad, enfermedad de base y expectativas vitales lo que influye en el pronóstico. Nuestra prescripción en lo relativo al uso de productos de nutrición domiciliario es una herramienta terapéutica que precisa de optimizarse. La variabilidad, el coste, su sobreestimación y las implicaciones de su uso, hacen necesarias líneas de actuación específicas. Es necesario insistir en una recogida de datos antropométricos mínimos, una valoración nutricional adecuada y una codificación del diagnóstico de malnutrición. La disponibilidad de una historia informatizada en nuestro hospital es una herramienta de tremendo potencial para el desarrollo asistencial de esta disciplina, así como para abrir futuras líneas de investigación.

V-2 UNIDAD DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS EN UN HOSPITAL PRIVADO. EXPERIENCIA DE 2 AÑOS

L. Sánchez Sitjes, J. López Vivancos, S. Martín Fusté, F. del Molino Sanz, R. Malo Barres, J. Herranz Pérez y M. García Cors

Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Catalunya. Sant Cugat del Vallès (Barcelona).

Objetivos. Comunicar nuestra experiencia con esta patología en el ámbito de un hospital privado, desde la creación de una unidad específica para su diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

Material y métodos. Datos de historia clínica de los pacientes con enfermedad autoinmune sistémica en abril de 2010. Se valoran características demográficas, diagnóstico, tratamiento y evolución.

Se compara los pacientes diagnosticados antes y después de marzo de 2008 (fecha de creación de la Unidad de E.A.S.).

Resultados. Entorno: hospital privado que colabora con compañías aseguradoras y con la sanidad pública catalana (CatSalut), de mediano tamaño (250 camas de hospitalización, 17 camas de UCI, 7 quirófanos), con tecnología para terciarismo (neuroradiología intervencionista, neurocirugía, hemodinámica, cirugía cardíaca, radioterapia). **Objetivos:** formación específica, trabajo en red con centros de excelencia (optimizar manejo general y en especial tratamientos biológicos). Se han controlado 69 pacientes: 17 varones (25%) y 42 mujeres (75%), edad media de 40 años. 30 se controlaban en el hospital antes de marzo de 2008; 39 se han diagnosticado posteriormente. **Patologías:** polimialgia reumática (12 pacientes), LES (11), arteritis de Horton (9), otras vasculitis (6 pacientes: Wegener, Churg-Strauss, PAM, PAN cutánea, 2 Takayasu), sarcoidosis (4), síndrome de Sjögren (4), fenómeno de Raynaud (4), miscelánea (miopatías inflamatorias, esclerodermia, uveítis, enfermedad de Still, enfermedad de Kikuchi, síndrome antifosfolípido...). Desde marzo de 2008 se han diagnosticado y tratado pacientes complejos, con necesidad de soporte de UCI. **Tratamientos:** bolus de ciclofosfamida en 4 pacientes, bolus de inmunoglobulinas en dos pacientes. Siguen tratamiento ambulatorio 4 pacientes con micofenolato y 3 con ciclosporina. Sólo en un caso (uveítis posterior en síndrome de Behçet incompleto) se han utilizado agentes biológicos (adalimumab). Dos exitus: nefritis lúpica grave tratada con ciclofosfamida que falleció por neumonía septicémica por Pseudomonas; arteritis de Horton en tratamiento con metotrexato por corticoidesistencia, falleció por sigmoiditis perforada.

Discusión. Se constata un aumento de diagnósticos y su complejidad desde la creación de la unidad. Creemos se debe a dos factores: mayor "alerta" al respecto de estas patologías; no se derivan los casos más graves, sino que se trabaja en red con los centros de referencia continuando seguimiento en nuestro hospital. Se incrementa el seguimiento de pacientes diagnosticados en otros centros, dado nuestro contexto que prima la flexibilidad horaria y la accesibilidad. También aumenta la complejidad de los tratamientos, lo que conlleva incrementar las visitas de control, ofrecer un dispositivo de atención rápida (hospital de día médico), un aumento del número de ingresos tanto para administrar tratamiento como por complicaciones de la propia patología o del tratamiento. Problemática: administración de fármacos biológicos, por la inexperiencia del grupo con éstos y porque las compañías aseguradoras no cubren su administración. Se ha solventado a través del trabajo en red con la unidad de autoinmunes de uno de los centros de referencia de nuestra área.

Conclusiones. Se ha incrementado el número de diagnósticos y la complejidad de las patologías desde la creación de la unidad. Es imprescindible el trabajo en red con los centros públicos de referencia del área. Los resultados cualitativos son similares a los de los hospitales de referencia.

V-3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS MASAS PERIAMPULARES

A. Sáenz¹, C. Lozano², M. Mañas¹, P. Calderón¹, M. Sidahi¹,
B. Santiago³, M. Aguirre⁴ y P. Rozas⁴

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Radiodiagnóstico,
⁴Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital General de
Ciudad Real. Ciudad Real. ³Servicio de Urología. Hospital Reina
Sofía. Córdoba.

Objetivos. Realizar un diagnóstico diferencial de pacientes con patología periampular.

Material y métodos. Revisión de cinco pacientes ingresados en el Hospital General de Ciudad Real entre los años 2008 y 2010 con masas en la región periampular. Se recogieron los datos epidemiológicos, clínicos y diagnósticos.

Resultados. Caso 1: mujer de 38 años, sin antecedentes de interés. Consulta por ictericia indolora progresiva de 15 días de evolución, afebril, con prurito, acolia y coluria. En RM se visualiza un nódulo de bordes mal definidos a nivel de la ampolla de Vater, con dilatación de la vía biliar intra y extrahepática así como del conducto de Wirsung. Se realizó colecistoduodenopancreatectomía cefálica. El resultado histológico fue de adenocarcinoma ampular. Caso 2: mujer 28 años en estudio por hirsutismo idiopático. Se realizó un TC abdominal para completarlo, se objetivó aumento de tamaño de la cabeza del páncreas con un área central hipocaptante de aproximadamente 3 cm. La muestra de biopsia tomada mediante ecoendoscopia aportó el diagnóstico de pancreatitis focal. Caso 3: varón de 56 años, con etilismo crónico que ingresa por un episodio de dolor abdominal en hemiabdomen inferior. En la analítica destacó BT 4,5, AST 77, ALT 56, amilasa 267. En el TC se apreció una imagen nodular quística de 2 cm de diámetro en la cabeza de páncreas que comunicaba con conducto pancreático principal. Se decidió realizar una duodenopancreatectomía cefálica ante la sospecha de neoplasia quística, pero el informe anatomopatológico fue compatible con pancreatitis crónica con focos de inflamación aguda y pseudoquistes. Caso 4: varón de 74 años con antecedentes de EPOC, carcinoma de laringe intervenido 20 años antes, cardiopatía isquémica y portador de marcapasos. Acude a consultas externas por síndrome constitucional, en la analítica destacaba elevación de CA 19.9. Se realiza un TC abdominal que mostró una masa en la transición cabeza-cuerpo de la glándula pancreática con obstrucción del conducto pancreático principal sugerente de adenocarcinoma. La biopsia confirmó el diagnóstico. CASO 5: Varón de 50 años con HTA, dislipemia, hiperinsulinismo endógeno en ausencia de sulfonilureas en orina y anticuerpos antiinsulina negativos. Se realizó un TC abdominal y una arteriografía combinada con estimulación de calcio intraarterial, que fue positiva para la localización de insulinoma adyacente a la arteria esplénica. Se realizó pancreatectomía corporocaudal, pero el análisis histológico no mostró ningún tumor neuroendocrino en el fragmento resecado. Desde entonces presentó una excelente evolución clínica en tratamiento con diazóxido. Quince meses después volvió a presentar los mismos síntomas por lo que se realizó entonces un TC trifásico. Se observó en la porción más distal del proceso uncinado una imagen nodular hipercaptante de contorno bien definido. Tras su enucleación se confirmó el diagnóstico de tumor de islotes pancreáticos.

Discusión. Las masas periampulares son aquellas que se originan en el epitelio mucoso del duodeno, de la ampolla de Vater, del colédoco inferior, del Wirsung terminal o de los islotes pancreáticos cefálicos que rodean a las estructuras mencionadas. La clínica típica en este tipo de patologías es muy similar, con ictericia, elevación de los enzimas de colestasis y síndrome constitucional. El estudio complementario inicial debe incluir además de los exámenes de laboratorio, técnicas de imagen como la ecografía, el TC, endoscopia oral e incluso RM pancreática y colangio-RM. El diagnóstico diferencial debe realizarse entre lesiones inflamatorias, quísticas, congénitas e infecciosas, como las que hemos presentado en esta revisión. El análisis de los casos descritos demuestra que en algunos pacientes es difícil llegar a un diagnóstico, para ello es necesario realizar una valoración clínica exhaustiva, analítica y sobre todo pruebas de imagen.

V-4 FACTORES DE RIESGO DE REACCIONES ANAFILACTOIDES A CONTRASTES YODADOS. REVISIÓN SISTEMÁTICA

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

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

Objetivos. Conocer los factores de riesgo para presentar reacciones anafilactoides al contraste yodado usado en pruebas radiológicas.

Material y métodos. Realizamos una revisión sistemática de la literatura científica siguiendo la pirámide 6S de Haynes. Las bases utilizadas fueron: UptoDate versión 17.3, Clinical Knowledge Summaries, Clinical Evidence, Tripdatabase, Cochrane, PubMed. Guías clínicas de sociedades científicas: American Academy of Allergy, Asthma and Immunology; Sociedad Española de Radiología Médica, American Society of Radiology. Las búsquedas se realizaron actualizadas hasta septiembre de 2009. Se seleccionaron estudios casos-control, y cohortes. El perfil de búsqueda de PubMed fue: (Contrast Media/adverse effects OR Contrast Media/toxicity) AND (Case-Control Studies OR Cohort Studies OR Follow-Up Studies OR Retrospective Studies OR Longitudinal Studies OR Prospective studies). Se incluyeron los estudios disponibles a texto completo, publicados en inglés o español, descartándose aquellos de los años 70 y 80 por utilizar contrastes obsoletos. Entre sus objetivos debían incluir análisis de los factores de riesgo para reacciones anafilácticas por contrastes. Tres evaluadores seleccionaron los estudios más apropiados de forma independiente.

Resultados. En fuentes secundarias: UptoDate mencionaba como factores de riesgo la reacción previa anafilactoide a contrastes, el asma, y la historia de enfermedad alérgica (rinitis, asma, alergia a fármacos, alergia alimentaria): como posibles factores menciona: el uso de betabloqueantes, AINEs, y AAS. Una guía de la European Society of Urogenital Radiology mencionaba como factores: la reacción previa moderada o severa a contraste, el asma, y la alergia que requiera tratamiento médico. En PubMed se identificaron 695 artículos; 685 fueron excluidos por no cumplir criterios; 6 por ausencia de datos; finalmente se incluyeron 4. La evaluación de la calidad de los artículos incluidos se realizó a través de la Escala Newcastle-Ottawa. La calidad de los estudios fue moderada. El factor de riesgo más importante para reacciones a contrastes yodados fue el asma (riesgo para reacciones graves: 0,23%). Otros factores: reacción previa a contrastes yodados (riesgo: 0,18%), alergias a fármacos (riesgo: 0,13%). La alergia a alimentos y la atopia sin asma no fueron significativos.

Discusión. Es frecuente que un paciente sea rechazado para la realización de una prueba radiológica con contraste, si no ha realizado previamente profilaxis. A veces suceden casos paradójicos como el de dar más valor a un antecedente de alergia alimentaria, y en cambio sea aceptado, sin realizar profilaxis medicamentosa, en otras circunstancias de mayor riesgo, como el asma. Esto conlleva suspensiones de pruebas, y la realización en otros casos sin preparación antialérgica, con el consiguiente riesgo. Nuestra revisión de los datos científicos apoya la tesis de que los factores de riesgo están sobrevalorados en algunos casos y en otros, aunque el riesgo conferido sea bajo, son sencillamente ignorados.

Conclusiones. El riesgo de reacciones graves a contrastes es muy bajo (por debajo del 1%). El riesgo conferido por los factores analizados también lo es. Los riesgos derivados de los contrastes antiguos han hecho que permanezcan prácticas de medicina defensiva en los departamentos de Radiología, no justificados con los datos científicos disponibles. Estas prácticas ponen en peligro la salud del paciente al retrasar la realización de estudios diagnósticos, y aumentan el consumo de recursos sanitarios.

V-5 EL INTERNISTA COMO CONSULTOR EN UN HOSPITAL DE 2.º NIVEL

J. Velasco Montes, Z. Ortiz de Zárate Ibarra, A. Sanjuán López, I. Oriñuela González, G. Orbe Narváez, C. Sánchez Sáez, Í. Corcuera Martínez de Tobillas y M. González Urrutia

Servicio de Medicina Interna. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria-Gasteiz (Álava).

Objetivos. 1. Analizar las solicitudes de interconsulta recibidas en el Servicio de Medicina Interna de nuestro hospital por parte de

otros servicios médicos o quirúrgicos. 2. Describir la carga asistencial producida por la atención de dichas interconsultas.

Material y métodos. 1. Revisión sistemática de las solicitudes de interconsulta recibidas durante 1 año (junio 2009-junio 2010) en la que se recogen de forma sistemática varias variables (servicio solicitante, número de historia clínica del paciente, médico que responde a la interconsulta, días de atención dispensada). 2. Análisis con el paquete estadístico SPSS de las diversas variables analizadas en el apartado de Resultados. El Hospital Santiago Apóstol (Vitoria-Gasteiz) es un hospital de 2º nivel (280 camas de hospitalización), con varios servicios médicos (Psiquiatría, Cardiología, Neurología, Medicina Interna, Endocrinología, Neumología, Nefrología, Digestivo, UCI, Alergología, Dermatología) y quirúrgicos (Cirugía General, Neurocirugía, Urología, Traumatología, ORL, Oftalmología, Maxilofacial, Cirugía Vascular, Ginecología). El Servicio de Medicina Interna del Hospital Santiago Apóstol está formado por 7 médicos de plantilla, de los cuales 1 (autor) atiende de forma preferente las solicitudes de interconsulta.

Resultados. Durante el período de estudio (junio 2009-junio 2010) el Servicio de Medicina Interna recibió la solicitud de 489 interconsultas. El seguimiento realizado a cada una de ellas osciló entre 1 y 45 visitas (media 3,54 días). Por servicios, Traumatología (146 consultas, 29,9%), Psiquiatría (91 consultas, 18,6%), Neurocirugía (44 consultas, 9%), C. General (34 consultas, 7%) y Digestivo (33 consultas, 6,7%) son los servicios que más interconsultas solicitaron. Aunque en la mayoría de los días son 1 o 2 las interconsultas recibidas, existen determinados "picos" en el número de solicitudes recibidas: así, los días 9-11-09 (9 solicitudes), 19-10-09 (8), 28-9-09 y 31-5-2010 (7), 5-2-10 y 26-4-10 (5).

Discusión. En los últimos años se han abierto nuevos campos de actuación del internista, tanto en el medio extra como intrahospitalario, demostrando de nuevo su gran capacidad de adaptación para el abordaje de la mayor parte de procesos médicos. Sin embargo, no existen demasiados trabajos que hayan abordado la influencia del internista en las interconsultas (más allá de trabajos que han estudiado el pronóstico de los pacientes con fractura de cadera que son atendidos por un especialista en Medicina Interna). Con nuestro trabajo hemos querido hacer un sencillo análisis que pone de relieve el elevado número de interconsultas que recibe un servicio de Medicina Interna en hospital de mediano tamaño.

Conclusiones. 1. El internista es requerido para la atención de un elevado número de pacientes ingresados en otros servicios hospitalarios. 2. A pesar de la idea general de que son los servicios quirúrgicos los que mayor número de solicitudes realizan (más del 60%), los servicios médicos son también responsables de un importante porcentaje de solicitudes (casi 40%).

V-6 VALORACIÓN DE LA COMORBILIDAD EXISTENTE EN PACIENTES PORTADORES DE GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA (PEG)

J. Díaz Peromingo¹, M. Fernández Gayol¹, J. Guerra Corredoira², A. Prieto Zapico², P. Pesqueira Fontán¹, B. Conde Estévez² y S. Molinos Castro¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Hospitalización a Domicilio. Fundación Pública Hospital da Barbanza. Ribeira (A Coruña).

Objetivos. Los pacientes portadores de PEG suelen presentar diversas patologías concomitantes que hacen el manejo de estos pacientes más complejo. El objetivo de nuestro estudio es valorar la comorbilidad asociada así como las complicaciones asociadas al procedimiento en los pacientes portadores de PEG.

Material y métodos. Revisión retrospectiva de los pacientes sometidos a PEG en nuestra área desde enero 1999 hasta noviembre 2009. Se recogieron variables como sexo, edad, complicaciones del

procedimiento, en especial las mayores, y comorbilidades asociadas.

Resultados. Se incluyeron 102 pacientes (64 mujeres y 38 hombres) con una edad media de 77 años (rango 5-94). Se produjo algún tipo de complicación en 41 (40,19%) pacientes pero sólo 4 (3,92%) presentaron complicaciones mayores: 2 hemorragia digestiva, 1 peritonitis aguda, 1 exitus. Lo más frecuente fue encontrar 2 comorbilidades en 22 pacientes, 3 en 16 y 7 en 14 pacientes. Las enfermedades más comúnmente asociadas fueron demencia en 60 (58,82%) pacientes, enfermedad cerebrovascular en 54 (52,94%), hipertensión arterial en 51 (50%) y las arritmias en 29 (28,43%) pacientes. Sólo en 8 (7,84%) pacientes no se evidenció la presencia de comorbilidad asociada mientras que los otros 94 (92,16%) la presentaban en algún grado.

Conclusiones. 1. Los pacientes sometidos a PEG presentan en su mayor parte distintos grados de comorbilidad llegando en nuestro estudio hasta el 92% de los mismos. 2. Las comorbilidades más frecuentemente asociadas fueron la demencia, las enfermedades cerebrovasculares y la hipertensión arterial. 3. Las complicaciones del procedimiento son relativamente comunes llegando en nuestro estudio al 40%, sin embargo las complicaciones mayores son escasas, en torno al 4% de nuestros pacientes.

V-7

ENFERMEDAD CELÍACA DEL ADULTO. SERIE RETROSPECTIVA DE CASOS CLÍNICOS EN UNA CCEE DE MEDICINA INTERNA EN EL ÁMBITO PRIVADO

R. Daryanani Daryanani¹, J. Gil Reyes¹, R. Estévez Domínguez¹, C. Santana Pérez², M. Travieso Aja³, F. Presa Benítez⁴ y M. Fernández Tagarro⁵

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Anatomía Patológica, ³Servicio de Radiodiagnóstico, ⁴Servicio de Endoscopia Digestiva, ⁵Análisis Clínicos. Clínica de San Roque. Las Palmas (Gran Canaria).

Objetivos. Descripción de una serie de casos clínicos de enfermedad celíaca del adulto diagnosticados en una consulta externa de Medicina Interna de una Clínica Privada.

Material y métodos. Hemos analizado retrospectivamente los casos clínicos diagnosticados de enfermedad celíaca en una población adulta, en una CCEE de Medicina Interna, desde el año 2002 hasta abril de 2010. Se hizo un análisis descriptivo consistente en sintomatología clínica, datos de laboratorio y de biopsia intestinal.

Resultados. Se diagnosticaron un total de 7 casos, 4 mujeres y 3 varones, con una edad media de 43 años. Todos los pacientes presentaron alteraciones analíticas, básicamente hipertransaminasemia, ferropenia y déficit de vitamina B12, y el motivo de consulta más frecuente fue el dolor abdominal. Un caso presentaba déficit de IgA y dos casos asociaban Acs anticélulas parietales (+).

Discusión. La enfermedad celíaca (EC) consiste en una intolerancia permanente a las proteínas del gluten del trigo (gliadina), centeno (secalina), cebada (hordeína) y del triticale (híbrido de trigo y centeno). La avena no contaminada por harina de trigo, no parece influir en la patogénesis de la enfermedad. La gliadina actúa como un antígeno que promueve la agregación de linfocitos T en la mucosa intestinal provocando atrofia de las vellosidades intestinales y la aparición de un síndrome de malabsorción, pudiendo tener también una presentación subclínica y/o extraintestinal (hipertransaminasemia, ferropenia, déficits vitamínicos). Las formas de presentación en edades no pediátricas, consideradas hasta ahora anecdóticas, han aumentado. La prevalencia en Europa oscila entre 1/300 y 1/1.000 habitantes, incrementándose el diagnóstico de formas subclínicas. Más de un 50% de los pacientes celíacos adultos no presentan síntomas intestinales, siendo más frecuentes las formas oligosintomáticas y subclínicas. Puede asociarse a otras patologías de base autoinmune, como dermatitis herpetiforme, diabetes mellitus tipo 1, déficit de Ig A o

enfermedad tiroidea autoinmune. El diagnóstico radica en una historia clínica y exploración física detalladas, en la determinación de Acs y en los hallazgos histológicos, siendo siempre imprescindible la realización de una biopsia intestinal. Se realizará cribado serológico en los familiares de primer grado de EC dada la alta prevalencia de seropositivos (1-18%). Los marcadores disponibles son: Ac anti gliadina (AGA): De clase Ig A e Ig G con mayor eficacia para el cribado de EC en niños; Ac anti endomisio (EMA) clase IgA. Ac antitransglutaminasa tisular humana de clase Ig A (AAtTG): los marcadores más útiles y suficientes como screening de EC. Se recomiendan AAtTG clase IgG en caso de déficit de IgA asociado a EC. La prueba de oro consiste en la práctica de una biopsia del duodeno proximal o del yeyuno. La decisión de restringir completamente el gluten en adultos con formas subclínicas es complejo dada la ausencia de datos sobre la historia natural de estos sujetos.

Conclusiones. 1. La prevalencia de EC es claramente mayor de la que se presumía. Los métodos serológicos de diagnóstico deben ser incorporados a patologías extraintestinales como: hipertransaminasemia, osteoporosis precoz y deficiencia de hierro o vitaminas de causa no explicada. 2. Es preciso definir la historia natural de la enfermedad en adultos con formas subclínicas u oligosintomáticas con el fin de definir la necesidad de restringir el gluten de forma estricta en dichos sujetos.

V-8

INCIDENCIA DE EFECTOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN MEDICINA INTERNA

P. Barquilla Cordero, N. Pacheco Gómez, L. Vicente Domínguez, R. Velasco Romero, P. Díez Santamaría, M. Chiquero Palomo, A. Costo Campoamor y J. Sánchez Muñoz-Torrero

Servicio de Medicina Interna. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.

Objetivos. Estudiar los efectos adversos a medicamentos (EAM) observados en los pacientes hospitalizados en Medicina Interna.

Material y métodos. Durante el 1/06/2009 al 15/06/2009 (18 semanas) ingresaron 279 pacientes, a todos se les relleno un formulario que incluía la presencia o no de EAM, fármaco responsable, localización y gravedad del EAM.

Resultados. 95 (34%) de los pacientes presentaron EAM vs 184 (66%) en los que no se observó. Los fármacos responsables más frecuentes fueron: antibióticos 43%, anticoagulantes 18%, AINES/analgésicos/antitérmicos: 11,5%, miscelánea de 10 familias: 29%. La localización más frecuente fue: gastrointestinal 37%, hematológica: 15%, SNC: 9,4%, cutánea 9,4%, hepática 7,3%, resto 22%. La gravedad del EAM fue leve 49%, moderada 31% y grave 20%, siendo mortal en 3% del total. En el 19% de las ocasiones el EAM fue motivo del ingreso del paciente.

Conclusiones. En 1 de cada 3 pacientes que ingresan en Medicina Interna se observa algún EAM, en la mitad de ellos es moderado o grave. Más de la mitad de los EAM fue debida a antibióticos u anticoagulantes.

V-9

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE 17 PACIENTES CON ESCLERODERMIA Y POSITIVIDAD PARA RNA POLIMERASA III

A. Fernández Luque¹, S. Oliveró Soldevila¹, N. Iriarte¹, C. Simeón Aznar¹, V. Fonollosa Plá¹, A. Labirua¹ M. Rodrigo² y M. Vilardell Tarrés¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Inmunología. Hospitals Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos. Los anti RNA polimerasa III (ARP) son anticuerpos muy específicos de la esclerodermia que se asocian con el subtipo difuso

de la enfermedad y con el desarrollo de crisis renal esclerodérmica (CRE). Sólo se pueden determinar en centros especializados. Analizamos las características clínicas de una serie de pacientes con esclerodermia y positividad para ARP.

Material y métodos. Se determinaron los niveles de ARP en una serie de 35 pacientes controlados en el Hospital Vall d'Hebron diagnosticados de esclerodermia según los criterios de Leroy y Medsger, que presentaban ANA positivo y negatividad para cuatro anticuerpos específicos de la enfermedad (anticentrómero, antitopoisomerasa, U1-RNP y PmScl). Se utilizó un ELISA comercial con un péptido recombinante de RNA polimerasa III (Bionova-Kit MBL). Se analizaron las características clínicas de los pacientes con positividad para ARP (Niveles ARP mayores de 28 U/mL).

Resultados. De los 35 pacientes analizados, 17 fueron positivos para ARP. De ellos, 94% fueron mujeres (n = 16), 6 pacientes (35%) tenían el subtipo cutáneo difuso, de los cuales en 4 de ellos los niveles de ARP fueron superiores a 100 U/ml. El tiempo medio entre el inicio de la enfermedad y el diagnóstico de la misma fue de 57 meses. La edad media de los pacientes en el momento del diagnóstico fue de 30 años. 2 pacientes (11%) presentaron CRE a lo largo de su enfermedad, ambos con esclerodermia difusa y con el antecedente de haber recibido dosis altas de corticoides previamente (> 15 mg/día). Entre los otros 4 pacientes con el subtipo difuso de la enfermedad, 3 también fueron tratados con corticoides en el momento del diagnóstico, 2 de ellos con dosis altas. 9 pacientes (53%) presentaron enfermedad pulmonar intersticial (EPID) de los que un 22% se consideró grave (CFV < 55%), 4 (23,5%) hipertensión arterial pulmonar (HAP), 14 (82%) clínica articular, 12 (70,5%) presentaron úlceras y 14 (82%) tenían afección esofágica.

Discusión. Está ampliamente descrita la asociación entre ARP y la esclerodermia difusa. En nuestra serie, en cambio, el porcentaje de este subtipo cutáneo fue claramente menor que en otras series previas; si bien, niveles elevados de este anticuerpo sí se correlacionaron con mayor extensión de la afección cutánea. El porcentaje de CRE ha sido más bajo que en otras series publicadas, aunque si comparamos con el de la serie general (n = 391) es claramente mayor (11% vs 3,8%). Aproximadamente la mitad de nuestros pacientes presentaron EPID, porcentaje que aunque parece elevado, no guarda grandes diferencias respecto al de la serie general de pacientes donde es del 42%. Sin embargo, de forma llamativa, un gran número de pacientes presentó clínica articular y úlceras digitales, con porcentajes de 82 y 70,5%, respectivamente (mucho más elevados que en la serie general, de 54 y 44%); lo que no se había relacionado previamente con ARP.

Conclusiones. En nuestra serie de 17 pacientes con esclerodermia y ARP positivo encontramos: 1. Asociación entre niveles elevados de ARP y esclerodermia difusa, 2. Un riesgo aumentado de CRE respecto a la serie general, 3. Un porcentaje muy elevado de clínica articular y úlceras digitales.

V-10 REACCIONES ADVERSAS A FÁRMACOS

M. Galindo Andúgar¹, M. Sánchez Ruiz de Gordo², L. González Sánchez³, P. Gajate Fernández³, A. Burgos Montero³, J. Castellanos Monedero¹, A. Escalera Zalvide¹ y M. Franco Huerta¹

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

Objetivos. Evaluar las reacciones adversas a fármacos catalogadas como alérgicas en pacientes ingresados en un hospital de segundo nivel, así como el manejo de dicha reacción y el estudio posterior (en los casos en los que se realice).

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal en el que se incluyeron aquellos pacientes hospitalizados en nuestro hospital a cargo de especialidades médicas, en los que se produjeron reaccio-

nes adversas a fármacos que se identificaron como de etiología alérgica por el médico que atendió al paciente, durante la primera semana del mes de abril de 2010. La búsqueda de casos se realizó a través de la Historia Clínica. En aquellos pacientes en los que no se pidió de entrada valoración por Alergología, se solicitó para evaluar la reacción y plantear estudio posterior si procedía.

Resultados. Se registraron 3 casos etiquetados como reacción alérgica a fármacos: Caso 1: varón 68 años, sin alergias conocidas, ingresado por insuficiencia cardíaca e insuficiencia renal reagudizada. Tras recibir una dosis de zolpidem comenzó 24 h después con edema de úvula. Se pautaron 100 mg de metilprednisolona iv (monodosis), con mejoría inicial pero reaparece a las 24 horas: se añade dexclorfeniramina 5 mg/8h iv, y se suspende zolpidem. Caso 2: mujer de 98 años, sin alergias conocidas, ingresada por neumonía adquirida en la comunidad con derrame paraneumónico asociado. Tras recibir 2 dosis de amoxicilina/clavulánico iv desarrolló rash cutáneo pruriginoso generalizado, por lo que se suspende cambiándose por levofloxacino, y se pauta dexclorfeniramina oral pautado durante unos días. Caso 3: mujer de 64 años, alérgica a penicilinas y pirazolonas (no estudiadas) que ingresa por artritis séptica de rodilla. Durante el ingreso presenta hipotensión grave coincidiendo con administración de rifampicina iv, administrándose metilprednisolona 40 mg iv + hidrocortisona 100 mg iv + expansor (gelafundina) 1.000 cc + dopamina en perfusión iv. Se comenta con Alergología en las primeras 24 horas: no confirmado que sea una reacción alérgica, y se reintroduce rifampicina bajo vigilancia, sin incidencias. El cuadro se atribuyó a efecto hipotensor de fármacos antihipertensivos pautados por mal control tensional.

Discusión. A pesar de etiquetarse como reacción alérgica, no se solicitó valoración por Alergología en 2 de los 3 casos durante el ingreso, ni se consideró la opción de estudio ambulatorio. Respecto al tratamiento, no es del todo correcto en la mayoría, e incluso no se suspendió el fármaco responsable en uno de ellos hasta más tarde. Tras ser valoradas por Alergología, 2 de las 3 reacciones se identificaron como improbables; la otra (caso 2) aunque era compatible, por la edad y la posibilidad de alternativas se ofreció estudio en consultas pero la paciente lo rechazó.

Conclusiones. Es vital una mejor coordinación con Alergología para una mejor identificación de las reacciones alérgicas en el momento de las mismas y un tratamiento más adecuado frente a dichas complicaciones. Además facilitaría no sólo el manejo agudo, sino el estudio a posteriori en aquellos pacientes en los que se considere indicado.

V-11 ¿EXISTE LA ALERGI A?

M. Galindo Andúgar¹, M. Sánchez Ruiz de Gordo², L. González Sánchez³, B. Ruiz León³, E. Moreno Mata³, A. Escalera Zalvide¹, M. Franco Huerta¹ y J. Castellanos Monedero¹

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

Objetivos. La identificación de reacciones alérgicas a medicamentos (RAMC) es uno de los principales objetivos de la anamnesis. El objetivo de este estudio es comprobar la veracidad de las RAMC anotadas en la historia clínica de los pacientes ingresados a cargo de Medicina Interna en nuestro hospital.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal realizado durante la primera semana del mes de abril de 2010. El criterio de inclusión fue estar ingresado en M. Interna y haber sido catalogado como alérgico a medicamentos antes del ingreso. Se revisó la historia clínica, y se interrogó al paciente y familiares por el tipo de reacción, cronología y si se solicitó y/o realizó estudio por parte de Alergología.

Resultados. Se incluyeron 10 pacientes de un total de 84 ingresos (11%), 4 varones y 6 mujeres, con edad media de 73 años (mínimo

de 64 y máximo de 86 años). Las RAMC por orden de frecuencia fueron: penicilinas (3 casos), pirazolonas (2), acenocumarol (1), amiodarona (1), quinolonas (1), espironolactona (1), dexametasona+complejo vitamínico B (1), AINEs (1). Una paciente figuraba como alérgica a dos grupos (penicilinas + pirazolonas). El motivo de ingreso más frecuente fue: infeccioso en 6 casos (4 infecciones de vías respiratorias bajas, 1 artritis séptica y 1 infección urinaria), seguido de insuficiencia cardiaca (3), e hipoglucemia en estudio. Se remitieron (antes del ingreso actual) a consulta de Alergología 2 pacientes: en una se confirmó la alergia a pirazolonas, en otra se descartó a AINEs (a pesar de aportar informe previo de Alergología de otro centro con estudio negativo para múltiples fármacos, la paciente seguía refiriendo tener varias RAMC, que en realidad correspondían a efectos secundarios). En un caso se consideró necesario el uso del fármaco implicado (fibrilación auricular paroxística en EPOC con FEVI deprimida, con alergia a amiodarona poco probable). Se realizó una prueba de exposición controlada con amiodarona v. O. con buena tolerancia, sin incidencias. En otros dos pacientes se realizó valoración por Alergología durante el ingreso, recomendando estudio ambulatorio. En el resto (5 pacientes) no se indicó estudio al alta; en 2 casos no se estimó necesario, en 1 habría sido fundamental (alergia a acenocumarol en mujer con fibrilación auricular crónica que precisaba anticoagulación), y en los dos casos restantes los pacientes y familiares negaron conocer RAMC; en ambos casos se etiquetaron de RAMC a antibióticos (1 a penicilinas y 1 a quinolonas), que al revisar la Historia Clínica no constaban inicialmente, pero una vez consignados en la historia se repite en los informes posteriores sin confirmar su veracidad o vigencia.

Discusión. A pesar de que las RAMC constituyen uno de los apartados más importantes de la anamnesis, no es frecuente su confirmación por el facultativo que atiende a los pacientes ingresados. En general no se suele pedir valoración por Alergología salvo que se considere necesario en el momento presente, lo que dificulta aún más el estudio por las complicaciones inherentes al ingreso.

Conclusiones. Debemos extremar el cuidado al reflejar las posibles reacciones alérgicas a fármacos, y buscar una mayor comunicación con Alergología para facilitar la correcta identificación de las RAMC y su estudio.

V-12

ALTERACIONES DE LA FUNCIÓN TIROIDEA EN PACIENTES CON HEPATITIS CRÓNICA C TRATADOS CON INTERFERÓN PEGILADO

J. Montero Tinnirello¹, M. Rodríguez Pecci¹, F. Fernández Fernández¹, S. Vázquez López² y J. de la Fuente Aguado¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Digestivo. Hospital Povisa. Vigo (Pontevedra).

Objetivos. El interferón γ (IFN γ) regular puede inducir disfunción tiroidea (DT) en pacientes tratados por hepatitis C, sin embargo pocos estudios han evaluado la incidencia, características e impacto clínico de la DT en aquellos que reciben IFN γ pegilado (peg-IFN γ).

Material y métodos. Se estudió retrospectivamente la DT de los pacientes con hepatitis C tratados con peg-IFN γ y ribavirina (RBV) entre el 1º de enero de 2002 y 30 de junio de 2009. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, comorbilidades, genotipo y carga viral, tipo de peg-IFN γ administrado, duración en semanas del tratamiento, perfil hormonal tiroideo. Los datos fueron procesados estadísticamente mediante el software SPSS 15.0.

Resultados. Se analizaron 110 pacientes. El 78% de los pacientes fueron hombres (86 hombres, 24 mujeres), con una edad promedio de 42 años. Los genotipos más frecuentes fueron el 1 y 3, y la carga viral media de 4.125.521 copias/mm³ (log₁₀ 6.61). El 72% completó el tratamiento indicado y el 60% alcanzó la RVS. Las causas más frecuentes de abandono del tratamiento fueron la ausencia de RVT

y el abandono por mala tolerancia (fiebre, artromialgias, etc.). Siete desarrollaron DT (6,4%) y sólo 2 tuvieron expresión clínica (1,8%). Estas ocurrieron entre las 4 y 12 semanas de iniciado el tratamiento. El sexo femenino constituyó un factor de riesgo para el desarrollo de DT sintomática ($p = 0,046$). No se detectaron diferencias relacionadas con otras variables. Los pacientes con DT subclínica normalizaron sus alteraciones al finalizar el tratamiento. La paciente que presentó hipertiroidismo manifiesto, debió discontinuar el tratamiento antiviral y la mujer que desarrolló hipotiroidismo manifiesto, si bien no requirió la suspensión del mismo, permaneció con dicha alteración hasta el final del seguimiento (36 meses).

Discusión. En nuestro estudio, la tasa de DT asociada al tratamiento con peg-IFN γ se situó en el 6,4%, la mayoría subclínica. Prevalencias más altas han sido comunicadas en otras series de Australia, Alemania y Grecia que detectaron DT en el 14, 18 y 21%, respectivamente (siendo clínicamente manifiesto en el 6, 7 y 14%, respectivamente). Al igual que otros estudios, el sexo femenino se asoció de forma estadísticamente significativa con el desarrollo de disfunción tiroidea clínicamente relevante. El porcentaje de pacientes con hipo e hipertiroidismo en este estudio fue similar (57% vs 43%), lo cual contrasta con otros estudios donde predominaron claramente uno u otro. Esta amplia variación en los resultados podría explicarse por la variabilidad étnica de los pacientes incluidos, el porcentaje de pacientes del género femenino y a diferentes criterios utilizados para definir enfermedad tiroidea (por ejemplo, inclusión de pacientes sintomáticos exclusivamente). Cabe remarcar que nuestro estudio tiene algunas limitaciones, siendo la principal, su carácter retrospectivo. Asimismo, el número de casos incluidos definitivamente para realizar el análisis es relativamente bajo (110 pacientes), aunque esta cifra es similar a la de otros estudios.

Conclusiones. Los pacientes con hepatitis C que reciben tratamiento con peg-IFN γ y ribavirina tienen una baja probabilidad de desarrollar DT, la mayoría subclínica, y que ésta aparece entre las 4 y 12 semanas. Las mujeres tienen mayor riesgo de padecer trastornos clínicamente relevantes, por lo que su seguimiento debería ser más estricto. La determinación seriada de hormonas tiroideas más allá del tercer mes del tratamiento podría cuestionarse.

V-13

SISTEMA DE TELEMETRÍA EN AMBULANCIA

M. Noguero Gutiérrez¹, N. Novas Castellanos², J. Gázquez Parra², B. Gil Extremera³, M. Quintana⁴ y H. Heredia Claure⁵

¹Servicio de Urgencias, ⁴Coordinador del Servicio de Urgencias. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ²Universidad de Almería. Almería. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. ⁵EMESA. Madrid.

Objetivos. Objetivo principal: verificar y evaluar la viabilidad clínica del Sistema de Telemetría a larga distancia de monitorización médica, instalados en los vehículos medicalizados. Objetivos secundarios: 1. Verificar la recepción de los datos emitidos tanto gráficos, numéricos como los de sonido, desde los vehículos medicalizados a un centro receptor. 2. Que la recepción de los datos transmitidos desde los vehículos medicalizados al centro receptor no sufran distorsión respecto a los transmitidos en origen. 3. Que la secuencia de las variables transmitidas (ECG, tensión arterial, saturación arterial de oxígeno, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria) desde los vehículos medicalizados al centro receptor, son suficientes para una correcta valoración del paciente.

Material y métodos. Para este trabajo se han utilizado una serie de equipos que son: a) Monitor de Constantes Vitales DASH 2000 instalado en la ambulancia. b) Simulador de pacientes SIM 6100 instalado en la ambulancia en sustitución del paciente real. c) Una red de comunicaciones de datos Red Híbrida. Metodología de desarrollo y plan de trabajo: la consecución de los objetivos propuestos

se llevó a cabo siguiendo una metodología en la que se puede distinguir cinco fases distintas, enunciadas a continuación: a) Desarrollo de prototipos de laboratorio. b) Pruebas estáticas del prototipo. c) Pruebas dinámicas del prototipo. d) Cuadrante de recogida de datos. e) Parámetros que captan el monitor médico o variables del objeto estadístico, son: 1. Variables cuantitativas continuas: Tensión arterial sistólica del investigador (TAS). Tensión arterial diastólica del investigador (TAD). Tensión arterial media del investigador (TAM). Calidad media. Variables cuantitativas discretas: Frecuencia cardíaca del simulador de pacientes (FC). Frecuencia respiratoria del simulador (FR). -Saturación de oxígeno del pulsioxímetro captado del investigador (SatO₂). Variables cuantitativas nominales: Electrocardiograma (ECG) (se lanzan cada 2 minutos y son generadas por el simulador de pacientes). Ritmo Sinusal (RS). Taquicardia Supraventricular (TSV). Fibrilación Ventricular (FV). Bradicardia sinusal (BRADICA). Taquicardia Ventricular (TV). Bloqueo Auricular Ventricular de 2º grado (Bloq AV). Se han utilizado secuencias electrocardiográficas claras y a un ritmo de cada 2 minutos, con el objeto de valorar, en el supuesto de que hubiera pérdida de información, ésta no repercutiría sobre el paciente, ya que como se sabe el daño cerebral acontece, tras 5 minutos de anoxia. Para el estudio estadístico, se ha utilizado el programa estadístico SPSS 15.0 para Windows. Todas las variables cuantitativas se han definido según valores de tendencia central (media, mediana) y de dispersión (desviación típica).

Resultados. Los resultados obtenidos, durante el periodo de pruebas dinámicas del sistema sometido a validación clínica, distribuidos por rutas, analizándose, de forma sucesiva: imágenes ECG, Frecuencia Cardíaca (FC), Frecuencia Respiratoria (FR), Saturación de O₂ (SatO₂), Tensión Arterial Sistólica (ATS), Tensión Arterial Diastólica (TAD), Tensión Arterial Media (TAM) y Calidad Media de recepción de datos por recorrido realizado. Asimismo se señala el comportamiento en cada uno de los tiempos del recorrido, con intervalos de dos minutos (T1, T2, T3...). La Ruta 1 Pechina y Ruta 2 Stella Maris presentaron una duración que va de los 10 a los 18 minutos, esta variabilidad fue debido a las condiciones de fluidez del tráfico, según las horas en las que se efectuaron, por lo que unos recorridos presentan tiempos que llegaron hasta T8, los más largos y otros hasta T5 lo que condicionaron una ausencia de datos por no efectuarse esas transmisiones. Como estadísticamente se ha tratado la información como si todos los trayectos duraran el máximo de tiempo, aparecen pérdidas tanto en la emisión de datos como en su recepción. Las Rutas 3 El Toyo y la Ruta 4 UAL, presentaron una duración que va desde 18 a 22 minutos, esta variabilidad fue ocasionada por los mismos condicionantes que en las dos rutas precedentes. El análisis individualizado de todas las variables estudiadas en cada una de las cuatro rutas entre datos emitidos por la Unidad Móvil y datos captados por la Unidades Receptoras, comparando en cada tiempo de forma individualizada de emisor y receptor presentaron una correlación: r de Pearson de 1 ($p < 0.000$) así como diferencias no estadísticamente significativas (test de medias para muestras apareadas). Al aplicar el test de comparación de porcentajes (chi cuadrado) entre los datos perdidos tanto en la transmisión como en la recepción se obtienen que no son significativos estadísticamente.

V-14 CASUÍSTICA DE PERICARDITIS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

A. Molina, J. Lima, J. Diniz Vieira, J. Silva y N. Costa

Servicio de Medicina Interna. Hospitais da Universidade de Coimbra. Coimbra (Portugal).

Objetivos. Estudiar los casos de pericarditis con necesidad de internamiento hospitalario, analizando su etiología, clínica, diagnóstico, terapéutica y evolución.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de los pacientes internados en los últimos 10 años con el diagnóstico de pericarditis, utilizando como método la revisión de sus procesos clínicos.

Resultados. Fueron 28 pacientes, 18 hombres y 10 mujeres, con una edad media de 58 años. 22 casos (78%) correspondieron a pericarditis aguda, 5 casos (18%) a pericarditis crónica y 1 caso (3%) a pericarditis recurrente. etiología: idiopáticas 4 (14%) y 24 (86%) secundarias: infecciones (7) [neumonías bacterianas (3), vírica (2), TBC (2), Legionella (1)], Insuficiencia renal crónica (5), hipotiroidismo (2), autoinmune: LES (2), neoplasias (3). Clínica: disnea de esfuerzo (15), dolor torácico (13), astenia (11), tos (8), fiebre (7), edemas periféricos (6), ortopnea (4), anorexia (3), disconfort abdominal (3), disnea paroxística nocturna (2) y pérdida de peso (2). Examen objetivo: no se ausculto roce pericárdico, polipnea (3), hipofonese cardíaca (2), turgencia yugular (2) y edemas periféricos (5). Rx tórax: cardiomegalia (8). ECG: supradesnivel del segmento S-T de concavidad superior (4) y disminución del voltaje con inversión de la onda-T (3). Ecocardiografía: derrame pericárdico (23), espesamiento pericárdico (1), sin alteraciones (3). Tratamiento: sintomático (salicilatos/AINE y diuréticos) y etiológico si causa específica. Pericardiocentesis terapéuticas (2) por shock cardiogénico (1) y colapso de la aurícula derecha (1), que fueron diagnósticas (neoplasia). Evolución: favorable (24), cronicó (1) y fallecimientos (3) por shock cardiogénico (1), insuficiencia cardíaca (1) y fallo multiorgánico (1).

Conclusiones. El origen de la pericarditis es pluri-etiológico. La exploración física puede ser anodina. En general tiene evolución benigna y autolimitada. La terapéutica depende de la clínica, repercusión hemodinámica y de la etiología.

V-15 EFECTO DE LA ACTIVIDAD DE LOS INTERNISTAS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA SOBRE LAS SUSPENSIONES DE CIRUGÍA PROGRAMADA

L. Pérez Sánchez, P. García Gómez-Escalonilla, M. García Sánchez, J. Barbero Allende, E. Montero Ruiz y J. López Álvarez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid).

Objetivos. Los servicios de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) requieren con frecuencia e intensidad creciente la colaboración de Medicina Interna para atender a sus pacientes. Para ello se utilizan diversos tipos de organización: interconsulta de varios tipos, adscripción de internistas o unidades de patologías específicas (por ejemplo cadera). Uno de los posibles beneficios de la colaboración entre traumatólogos e internistas sería la disminución de las suspensiones de cirugías programadas por motivos médicos, y de la pérdida correspondiente de tiempo de quirófano utilizado. Nuestro objetivo es comprobar si la actividad desarrollada por los médicos internistas adscritos al servicio de COT tiene efecto sobre las suspensiones de cirugía programada y el rendimiento de los quirófanos.

Material y métodos. Desde el 1 de abril de 2009 todos los enfermos, sin excepciones, ingresados en COT de nuestro hospital son valorados y seguidos durante su estancia hospitalaria por internistas adscritos a COT. Hemos comparado el número de intervenciones quirúrgicas programadas, realizadas y suspendidas desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo de 2009, sin internistas adscritos, con el mismo periodo de 2010, con internistas adscritos a COT. La descripción de resultados la realizamos con el número y porcentaje correspondiente. Hemos calculado la Odds Ratio (OR) y el número necesario tratar (NNT) para las suspensiones de cirugías.

Resultados. Los resultados se exponen en tabla adjunta. La OR fue 1,9 (intervalo de confianza (IC) del 95%: 1 a 3,6) ($p = 0,046$) para el grupo sin internistas, con un NNT de 37.

Discusión. Según nuestros resultados, de cada 37 intervenciones realizadas se evita 1 suspensión en el grupo de pacientes en los que

se realiza una valoración conjunta entre traumatólogos e internistas. Esto ha supuesto una reducción de 13 anulaciones de quirófanos en el primer trimestre de 2010, hallazgo que podría justificarse por dos motivos: mejores condiciones en las que llegan los pacientes a la cirugía y conocimiento más precoz de una posible suspensión de la intervención, pudiendo realizar una sustitución por otro paciente y evitar así una pérdida del tiempo de quirófano.

Conclusiones. La adscripción de internistas a COT reduce las suspensiones de cirugías programadas y mejora el rendimiento de los quirófanos.

Tabla (V-15). Resultados

	Programadas	Realizadas (%)	Suspendidas (%)
2009	416	391 (94)	25 (6)
2010	492	476 (96,75)	16 (3,25)

V-16

DIFERENCIAS EN LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN ESPECIALIDADES MÉDICAS RESPECTO A LOS DE MEDICINA INTERNA

V. Delgado Sardina, C. Gómez Ayerbe, A. Rebollar Merino, M. García Sánchez, E. Montero Ruiz y J. López Álvarez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid).

Objetivos. Buscar diferencias en las características de los pacientes ingresados con un mismo Grupo Relacionado por el Diagnóstico (GRD), en especialidades médicas respecto a los de Medicina Interna.

Material y métodos. Análisis de las altas de 2008 de Cardiología (CAR) con el GRD 140 "angina de pecho", de Neumología (NML) con el GRD 541 "Trastornos respiratorios excluidos infecciones, bronquitis, asma, con cc mayor", de Digestivo (DIG) con el GRD 557 "Trastornos hepatobiliares y de páncreas con cc mayor" y de Neurología (NRL) con el GRD 14 "Ictus con infarto", comparadas con las dadas por Medicina Interna (MI) con los mismos GRDs. La elección de los GRDs ha sido entre los tres con más altas de cada especialidad. Las variables analizadas son la edad, el sexo y el índice de comorbilidad de Charlson (ICH). La descripción de la edad y del ICH la hacemos mediante la media y su intervalo de confianza (IC95%) y el análisis estadístico mediante el estudio de la diferencia de medias y su IC95% con t de Student. El sexo lo describimos con su número y

porcentaje y su análisis estadístico mediante la odds ratio (OR) y su IC95% con regresión logística.

Discusión. Existen diferencias en la edad y el ICH. También en el sexo, aunque no significativas. Existe un sesgo muy acusado debido al ingreso en MI de los enfermos de más edad y comorbilidad dentro del mismo GRD, probablemente por la capacidad de este servicio para atender enfermos pluripatológicos. No podemos explicar la marcada tendencia a ingresar mujeres en MI.

Conclusiones. Con el mismo GRD, en MI ingresan enfermos de más edad y comorbilidad, con mayor proporción de mujeres, que en las especialidades médicas. Ver tabla 1 (V-16)

V-17

TRÁFICO DE INTERCONSULTAS EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN DE UN HOSPITAL GENERAL

M. Martín Fernández, L. Pérez Sánchez, J. Barbero Allende, M. García Sánchez, E. Montero Ruiz y J. López Álvarez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid).

Objetivos. La información disponible sobre las interconsultas (IC) es mínima. Nos proponemos analizar el tráfico de IC originado desde y hacia los diferentes servicios con camas de hospitalización convencionales en nuestro centro.

Material y métodos. Se contabilizan las IC (realizadas mediante aplicación informática) solicitadas y recibidas por los cinco servicios médicos y los cuatro quirúrgicos de mayor número de ingresos de nuestro hospital, desde el 1/07 hasta el 31/12 de 2009, y sus porcentajes con respecto a los enfermos ingresados en ese periodo. El número de pacientes totales de cada servicio se ha obtenido del CMBD del hospital.

Resultados. Los resultados se exponen en tabla.

Discusión. Si bien con grandes variaciones entre ellos, los servicios médicos solicitan, en relación con su número de camas, más interconsultas que los quirúrgicos. Una explicación podría ser que, a diferencia de los quirúrgicos, los enfermos de los servicios médicos no son programados y tienen mayor comorbilidad. Ambos servicios reciben un porcentaje similar de interconsultas respecto al número de enfermos que ingresan, aunque en este caso también se observan grandes variaciones. Hay servicios en los que su mayor actividad intrahospitalaria es la resolución de IC.

Conclusiones. El tráfico de interconsultas supone una importante carga de trabajo para los servicios hospitalarios implicados.

Tabla 1 (V-16). Resultados

Servicio (N)	Mujer (%)	Edad (IC95%)	ICH (IC95%)
CAR (121)	42 (34,7)	66,9 (64,5 a 69,3)	3,07 (2,72 a 3,41)
MI (47)	24 (51,1)	78,9 (76 a 81,8)	4,98 (4,42 a 5,53)
	OR 1,9 (0,9 a 3,9) (ns)	12 (7,7 a 16,2) (p < 0,001)	1,91 (1,27 a 2,56) (p < 0,001)
NML (261)	49 (18,8)	69,8 (68,3 a 71,4)	4,25 (3,99 a 4,5)
MI (799)	328 (41,1)	78,46 (77,5 a 79,3)	5,64 (5,43 a 5,84)
	OR 3 (2,1 a 4,2) (p < 0,001)	8,5 (6,7 a 10,3) (p < 0,001)	1,39 (1 a 1,78) (p < 0,001)
DIG (85)	26 (30,6)	60,48 (56,69 a 64,27)	5,75 (4,68 a 6,83)
MI (47)	21 (44,7)	75,37 (70,42 a 80,32)	8,83 (6,97 a 10,69)
	OR 1,8 (0,9 a 3,8) (ns)	14,9 (8,7 a 21,1) (p < 0,001)	3,1 (1,1 a 5) (p = 0,003)
NRL (147)	47 (32)	66 (63,8 a 68,3)	4,67 (4,26 a 5,08)
MI (113)	69 (61,1)	80 (78,2 a 81,8)	6,65 (6,22 a 7,09)
	OR 3,3 (2 a 5,6) (p < 0,001)	14 (10,9 a 17) (p < 0,001)	1,98 (1,38 a 2,58) (p < 0,001)

Tabla 1 (V-17).

	Pac	SP	%	SA	%
CAR	407	67	16,5	58	14,3
DIG	433	250	57,7	64	14,8
MI	2027	1.424	70,3	189	9,32
NML	395	171	43,3	27	6,8
NRL	411	303	73,7	183	44,5
CGD	1.539	572	37,2	209	13,6
COT	1.140	449	39,4	150	13,2
G/O	1.505	111	7,4	73	4,9
URO	587	80	13,6	166	28,3
Total	8.444	3.327	39,4	1119	13,3

Nº de IC solicitadas. Pac: Nº de pacientes ingresados. SP: IC solicitadas por. SA: IC solicitadas a. CAR: Cardiología. DIG: Digestivo. MI: Medicina Interna. NRL: Neurología. NML: Neumología. CGD: Cirugía General y Digestivo. G/O: Ginecología/Obstetricia.

V-18 PREFERENCIAS EN LA SOLICITUD DE INTERCONSULTAS POR LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS A LOS DIFERENTES SERVICIOS MÉDICOS

P. García Gómez-Escalonilla, V. Delgado Sardina, J. Barbero Allende, V. Melgar Molero, E. Montero Ruiz y J. López Álvarez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid).

Objetivos. Nos proponemos comprobar si los servicios quirúrgicos de nuestro hospital tienen algún tipo de preferencia a la hora de solicitar interconsultas (IC) al área médica.

Material y métodos. Se realiza un análisis de todas las IC (realizadas mediante una aplicación informática) solicitadas por los servicios quirúrgicos a los distintos servicios del área médica en el periodo de tiempo transcurrido desde el 1 de julio hasta el 31 de diciembre de 2009. Se incluyen las IC realizadas a todos los servicios de nuestro hospital excepto las solicitadas a Endocrinología para control de nutrición, a Hematología relacionadas con anticoagulación y a Oncología relacionadas con tratamiento quimioterápico (por ser todas propias de cada uno de los mismos). Además se excluye el servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología ya que en nuestro hospital Medicina Interna (MI) ve a todos los pacientes ingresados en dicho servicio.

Resultados. Los resultados se exponen en la tabla. Se han obtenido un total de 287 interconsultas solicitadas al área médica por los servicios quirúrgicos, el 53% fueron a MI. Si excluimos G/O por la patología relacionada con la gestación (eclampsia, diabetes gestacional), de las 226 interconsultas solicitadas, el 62,4% fueron para MI.

Discusión. Nuestros resultados muestran una mayor inclinación por parte de los servicios quirúrgicos a solicitar interconsultas a

MI. Estos hallazgos pueden ser debidos a una respuesta rápida, mejor seguimiento, una visión global del paciente, una mejor organización o un mejor cumplimiento de las expectativas. Con respecto a G/O se produce un claro sesgo hacia las especialidades médicas motivado por las claras diferencias de la patología gestacional.

Conclusiones. Los servicios quirúrgicos de nuestro hospital muestran una clara preferencia hacia MI a la hora de solicitar una interconsulta a los servicios del área médica. Ver tabla 1 (V-18).

V-19 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON HEMOCROMATOSIS HEREDITARIA

R. Pelay Cacho¹, C. Cabrejas Gómez², M. Matía Sanz¹, L. Clavel Conget¹, M. Aibar Arregui¹, M. Serrano Herrero¹, P. Martín Fortea¹ y M. Callejo Plazas¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Endocrinología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Objetivos. Conocer las características epidemiológicas de los pacientes diagnosticados genéticamente de hemocromatosis hereditaria (HH) en el HCU Lozano Blesa entre 2004 y 2009.

Material y métodos. Estudio descriptivo, retrospectivo y analítico de todos los pacientes diagnosticados genéticamente de HH entre el 2004 y el 2009 en el HCU Lozano Blesa (Zaragoza). Se recogieron datos peristáticos, analíticos y genotipo de hemocromatosis, posteriormente se realizó un análisis estadístico con el programa SPSS.

Resultados. La muestra se compuso de un total de 177 pacientes de los cuales el 87,5% eran varones y el 12,5% eran mujeres. La edad media al diagnóstico fue de 51,05 años (DE 13,47). El 16,1% eran diabéticos previamente al diagnóstico de HH, un 36,72% reconocían ser bebedores habituales y el 2,82% eran ex-alcohólicos. El genotipo más frecuente fue heterocigoto H63D (41,5%) seguido de homocigoto H63D (19,3%), homocigoto C282Y (18,2%), doble heterocigoto C282Y/H63D (9,7%), heterocigoto C282Y (8%), heterocigoto S65C (2,8%) y doble heterocigoto H63D/S65C (0,6%). Los resultados analíticos se exponen en la tabla.

Discusión. LA HH es una enfermedad autosómica recesiva que provoca el depósito de hierro en las células de diversos órganos, como el hígado, páncreas y corazón, provocando respectivamente, cirrosis hepática, diabetes y miocardiopatía. Las mutaciones C282Y y H63D a nivel del gen HFE son responsables del 95% de los casos de HH en la población. El diagnóstico precoz y el tratamiento con flebotomías es fundamental para disminuir las manifestaciones clínicas en los pacientes, por lo que la realización de una analítica que incluya el metabolismo férrico podría significar no sólo una reducción importante en el número de complicaciones que la HH produce sino también una mejora en la calidad de vida de estos pacientes.

Tabla 1 (V-18).

	ALE	CAR	DIG	END	HEM	MI	NEF	NML	NRL	REU	Total	% MI
CGD	2	6	15	12	2	113	10	6	11	3	180	62,8
G/O	0	1	2	21	2	11	22	0	2	0	61	18
MAX	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	100
OFT	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	100
ORL	0	1	0	0	0	6	0	0	0	0	7	85,7
URO	0	2	1	5	0	19	5	0	2	2	36	52,8

CGD: Cirugía General y Digestivo. G/O: Ginecología/Obstetricia. MAX: Maxilofacial. OFT: Oftalmología. ORL: Otorrinolaringología. URO: Urología. ALE: Alergia. CAR: Cardiología. DIG: Digestivo. END: Endocrinología. HEM: Hematología. MI:

Conclusiones. 1. La HH en Aragón es una patología más frecuente en varones de mediana edad. 2. El genotipo más frecuente es heterocigoto H63D. 3- La elevación de ferritina sérica es un marcador precoz de hemocromatosis hereditaria.

Tabla 1 (V-19). Perfil lipídico y hepático al diagnóstico de la hemocromatosis hereditaria

	Media	Desviación estandar
Colesterol (mg/dL)	205,35	42,90
TG (mg/dL)	198,16	184,20
HDL-c (mg/dL)	48,21	15,96
LDL-c (mg/dL)	106,47	44,14
Ferritina (ng/ml)	721,57	453,84
GOT (U/L)	36,34	22,18
GPT (U/L)	54,31	43,48
GGT (U/L)	93,23	128,30

V-20

RESPUESTA PRECOZ DEL TRATAMIENTO CON FLEBOTOMÍAS EN EL PERFIL LIPÍDICO DE PACIENTES CON HEMOCROMATOSIS HEREDITARIA

R. Pelayo Cacho¹, C. Cabrejas Gómez², M. Matía Sanz¹, L. Clavel Conget¹, M. Aibar Arregui¹, C. Gómez del Valle¹, M. Iguzquiza Pellejero¹ y M. Navarro Aguilar¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Endocrinología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Objetivos. Conocer el efecto precoz sobre el perfil lipídico, glucémico y hepático de las flebotomías periódicas en sujetos con hemocromatosis hereditaria (HH).

Material y métodos. Estudio observacional retrospectivo analítico longitudinal de todos los pacientes diagnosticados genéticamente de HH entre el 2004 y el 2009 en el HCU Lozano Blesa que fueron sometidos a flebotomías de repetición. La muestra se compuso de 177 pacientes. Se recogieron datos peristáticos, analíticos, antecedentes patológicos y genotipo de hemocromatosis posteriormente se realizó un análisis estadístico con el programa SPSS.

Resultados. Los resultados se exponen en la tabla.

Discusión. En nuestro estudio hemos analizado la influencia de las sangrías sobre el perfil lipídico de los pacientes con HH. El estudio tiene limitaciones, dado que al ser retrospectivo no se ha podido valorar posibles cambios en la dieta, en el ejercicio, en el peso de los pacientes y/o cambios en tratamientos hipolipemiantes o hipoglucemiantes que no estuvieran recogidos en la historia clínica. No obstante los resultados son interesantes puesto que existe una tendencia a la mejora de la función hepática ya en el primer control tras las sangrías, pero además existe una tendencia a la mejora del perfil lipídico y de la glucemia media, lo que plantea la cuestión de si esta mejora lipídica se debe a una disminución de la resistencia a la insulina o de la grasa intrahepática. Para confirmarlo harán falta más estudios.

Conclusiones. 1. Existe una tendencia a la mejora mediante el tratamiento con sangrías del perfil lipídico y glucémico de los pacientes con HH, y se debería realizar un seguimiento a más largo plazo para verificar si es significativa y progresiva. 2. Existe una disminución estadísticamente significativa de la cifra media de ferritina, GOT, GPT y GGT ya en el primer control analítico tras las flebotomías. 3. Existe una relación directa entre la disminución de los valores de ferritina y la disminución de la cifra de GPT y GGT que es estadísticamente significativa.

Tabla 1 (V-20). Variaciones analíticas en el primer control tras flebotomías

	Analítica basal	Analítica control	Significación estadística (p)
Glucemia	109,45	108,06	0,566
Colesterol	205,35	199,83	0,157
TG	198,16	162,28	0,053
LDL-c	106,47	116,50	0,134
GOT	36,34	32,28	0,018
GPT	36,34	32,28	0,003
GGT	93,23	69,17	0,001

V-21

THE IMPORTANCE OF TRANSTHORACIC ECHOCARDIOGRAPHY FOR AN INTERNAL MEDICINE PHYSICIAN

J. Figueira-Coelho y P. Mendonça

Medicine 1. Hospital de Curry Cabral. Lisboa (Portugal).

Objectives. Transthoracic echocardiogram is a non-invasive diagnostic method of extreme importance today. The capacity of its use by the Internal Medicine physician can be benefic to the patient. We believe that an internship of transthoracic echocardiography should be included in the training program of the speciality of Internal Medicine. The objective of this work is to present a case series of a 3-month intership of transthoracic echocardiography made by a Internal Medicine trainee, trying to highlight its importance.

Material and methods. During a 3-month internship, the trainee did a total of 203 transthoracic echocardiograms in a reference echocardiography unit. Of these, 67 were excluded from the analysis since they were the ones initially needed to acquire the full basic capacity of performing a complete transthoracic echocardiogram. The other 136 were then analysed according to the age, sex, provenance and classification of the echocardiographic findings in 2 groups: non-valvular and valvular findings.

Results. Of the 136 transthoracic echocardiograms performed, 47.8% were of male sex (n = 65) and 52.2% of female sex patients (n = 71). The total average age was 61.6 years (16-92), slightly higher on the female sex [r: 62.1 years (20 - 92); r: 60.2 years (16-92)]; 51.7% (n = 69) of patients were hospitalized and 48.3% (n = 67) were outpatients. Most patients referred for the examination were admitted to a medical speciality department (84%), with the Internal Medicine being the one who ordered more exams (58%). In outpatients, the Internal Medicine is also the speciality that ordered the majority of the exams (70%) followed by Cardiology (28%). Left ventricular hypertrophy/interventricular septum hypertrophy (25.6%), impaired ventricular relaxation / diastolic dysfunction (22.6%), and atrial enlargement (22.6%) were the non-valvular findings most commonly identified. Degenerative changes of the aortic (47.1%) and the mitral (40.4%) valves were frequently identified. Valvular stenosis was rare in contrast to valvular insufficiency. Despite this, most of the regurgitation forms were mild (aortic: 86.7%; mitral: 80.6%; tricuspid: 81.4%).

Discussion. The data show that transthoracic echocardiogram is mainly requested by Internal Medicine physicians. This reveals how important this evaluation is for the usual patient assisted in this speciality. The most commonly identified features are the ones related to the cardiac effect of arterial hypertension (the most frequent cardiovascular risk factor in portuguese population) along with non-severe degenerative valvular changes (related to the average age of the analysed patients).

Conclusions. A 3-month internship allows the acquisition of technical skills necessary for performing a basic transthoracic echocardiogram evaluation, valid if a constant training is continued. This gives to the Internal Medicine physician the capability of screening structural and functional heart abnormalities that can be important in the patient evaluation, diagnosis, and treatment. According to each case, a more complete evaluation can latter be done by a Cardiologist, if necessary.

V-22 ESTACIÓN ECOE REALIZADA POR MEDICINA INTERNA A ALUMNOS DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE OVIEDO

J. Bernardo Cofiño¹, C. Palomo Antequera¹, C. Álvarez González², B. Palomo Antequera³, M. Telenti Asensio⁴
y J. Fernández Bernaldo de Quirós¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Oncología Médica, ³Servicio de Neumología, ⁴Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias).

Objetivos. 1. Presentación de un modelo de estación ECOE en Medicina Interna, dirigida a alumnos voluntarios de sexto curso. 2. Evaluación de las competencias en habilidades clínicas básicas de anamnesis, habilidades en técnicas diagnósticas, con integración de pruebas, diagnósticos diferenciales y manejo terapéutico y preventivo a propósito de un caso clínico.

Material y métodos. Preparación de un caso clínico estructurado y cerrado, de una patología prevalente en nuestra Comunidad y representativa del temario desarrollado a lo largo de la Licenciatura. La evaluación es realizada por profesores, internistas y Médicos Residentes voluntarios de diferentes especialidades, en consultas externas a través de paciente estandarizado. Se desarrolla una tuberculosis a través de un síndrome febril, se facilita información a la entrada de la estación, como las constantes vitales y datos exploratorios de interés. Se solicita una anamnesis ajustada al caso, evaluada a través de unos datos preestablecidos, y una integración de los mismos, mediante las pruebas complementarias facilitadas a tal efecto. Finalmente el alumno desarrolla su impresión diagnóstica y propone un tratamiento. La duración global no sobrepasa los seis minutos por alumno y caso.

Resultados. El 65% de los alumnos matriculados en Clínica Práctica realizaron la prueba ECOE. El 66% de los mismos eran mujeres. El 5% de los alumnos provenían de otras facultades, 1% nacional y 4% de otros países, programa Erasmus. La puntuación media obtenida en el apartado de anamnesis fue de $6,8 \pm 1,6$ sobre diez puntos totales posibles. 54 alumnos (84,4%) realizaron una anamnesis con puntuación de seis puntos o superior. La puntuación media obtenida en interpretación de pruebas complementarias fue de $6,4 \pm 0,9$. Cuarenta y cinco alumnos (70,3%) realizaron al menos dos diagnósticos diferenciales con los datos clínicos y analíticos facilitados. El 100% de los alumnos acertaron en el diagnóstico y el tratamiento específicos.

Discusión. A través de diversas pruebas de carácter práctico, la ECOE evalúa las competencias de los estudiantes. Se realiza con un conjunto de estaciones, por las que los alumnos van pasando, sobre diferentes aspectos generales que todo médico deberá conocer. En las estaciones, el paciente estandarizado realiza una labor de evaluación, según lo expuesto y también formativa, informando de áreas deficitarias.

Conclusiones. 1. El ECOE parece un método adecuado para valorar las competencias de los alumnos de último año de la Licenciatura de Medicina, al ser dinámico e implicar a distintos estamentos del Hospital y la Facultad de Medicina. 2. Se constata que los alumnos manejan un volumen de teoría elevado, realizan bien la anamnesis, aunque es más deficitaria en el aspecto social, solicitan las pruebas oportunas sin apenas ayuda, y tienen una menor capacidad para la lectura e interpretación de las

pruebas complementarias. 3. Muestran un elevado conocimiento del tratamiento de la tuberculosis pulmonar, quizá debido al carácter endémico de esta patología en la comunidad. 4. Los resultados del ECOE sugieren que el esfuerzo docente en las prácticas hospitalarias debería centrarse en el refuerzo práctico de los conocimientos adquiridos en las sesiones teóricas e integrar ambos tipos de conocimientos.

V-23 EEOE Y MEDICINA INTERNA. EXPERIENCIA DE 3 AÑOS EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE OVIEDO

C. Palomo Antequera¹, J. Bernardo Cofiño¹, B. Palomo Antequera², M. Telenti Asensio³, J. García Casas⁴
y J. Fernández Bernaldo de Quirós¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Neumología, ³Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias). ⁴Facultad de Medicina de Oviedo. Oviedo (Asturias).

Objetivos. 1. Exponer las características de la prueba de Evaluación Clínica Objetiva y Estructurada (EEOE), que utiliza como herramientas del proceso evaluador diversos elementos (pacientes estandarizados, simuladores anatómicos, pruebas analíticas y radiológicas...), que, integrados en un mismo circuito, proporcionan información objetiva acerca de las competencias cognitivas, procedimentales y de actitud que deben acreditar los estudiantes al finalizar la licenciatura. 2. Exponer nuestra experiencia en los últimos 3 años, tras el inicio en otras universidades españolas de Cataluña, Albacete y Madrid y en algunas unidades de Medicina Familiar y Comunitaria, hemos realizado tres pruebas ECOE a los estudiantes de sexto curso, con el apoyo del decanato y de la dirección del HUCA.

Material y métodos. Se realizaron tres ECOE a alumnos de sexto curso en mayo de los años 2008, 2009 y 2010. Han participado el equipo decanal, 4 profesores y médicos residentes del HUCA. Un comité realizó el diseño de las estaciones y se desarrolló el entrenamiento de pacientes estandarizados (residentes y profesores) y de los evaluadores. ECOE 2008: rueda de tres estaciones, un caso médico, otro quirúrgico y otro de reanimación cardiopulmonar (RCP). En 2009, dos ruedas de cuatro estaciones: dos casos médicos, uno quirúrgico y otra de RCP. ECOE 2010: dos ruedas de 5 estaciones clínicas, dos casos médicos, dos quirúrgicos y otra de RCP. La duplicación de ruedas permite reducir la duración total de la prueba. El tiempo para cada estación fue de 6 minutos, uno para su lectura, y 5 para la realización. Hubo ocho actores y dos simuladores anatómicos, y en seis de las estaciones se utilizaron radiografías, ECG y otras pruebas complementarias. En 2010 la organización y desarrollo precisó de 25 personas.

Resultados. El primer año se presentaron el 27% de los alumnos, el segundo y el tercer año el 65%. El 4% eran extranjeros (plan ERASMUS). El 92% de los presentados mejoró su calificación. El grado de satisfacción acerca de la organización y desarrollo de la prueba expresado por los representantes de los alumnos del curso fue bueno.

Discusión. Las competencias procedimentales y de actitud son más difíciles de evaluar que las cognitivas. Los sistemas de evaluación habituales de las prácticas clínicas en los hospitales presentan subjetividad, son poco discriminativos y pueden dar lugar a sesgos. El ECOE simula la práctica clínica real, en condiciones de ser reproducibles y permite analizar el nivel de competencias de cada alumno de una manera más objetiva. En nuestra Facultad, se ha planteado como una prueba voluntaria para mejorar la calificación en la asignatura de Clínica Práctica, y para ayudar en su formación e incentivar su participación en la prueba, los alumnos que se examinaron pudieron acudir a un taller práctico en el Aula de Habilidades de la Facultad.

Conclusiones. 1. El grado de satisfacción de la prueba es alto, permite una mejor discriminación de los resultados y supone una motivación en el desarrollo de la asignatura Práctica Clínica. 2. La ECOE aporta información de aquellas áreas clínicas con bajo nivel competencial y que precisarían una revisión de la actividad docente relacionada con esas competencias. 3. De la realización de la ECOE se deduce la necesidad de consolidar un Taller de Habilidades con implantación progresiva de recursos.

V-24

DIFERENCIAS EN EL NÚMERO DE INTERCONSULTAS SOLICITADAS A MEDICINA INTERNA POR LOS CIRUJANOS GENERALES

C. Gómez Ayerbe, M. Martín Fernández, V. Melgar Molero, A. Rebollar Merino, E. Montero Ruiz y J. López Álvarez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid).

Objetivos. El objetivo de esta comunicación es estudiar la existencia de diferencias en la solicitud de interconsultas a Medicina Interna por parte de los cirujanos generales.

Material y métodos. La solicitud de interconsultas en nuestro hospital se realiza mediante una aplicación informática. Hemos analizado las interconsultas solicitadas por el Servicio de Cirugía General y Digestivo a Medicina Interna durante los años 2008 y 2009, con la exclusión de las requeridas con carácter urgente mediante buscapersonas. El análisis ha incluido a los cirujanos que han pedido un mínimo de 5 interconsultas cada año. Los residentes de cirugía han sido excluidos del estudio. La descripción de los resultados la hacemos mediante la media anual de interconsultas solicitadas y su desviación estándar. La comparación de las medias, con su intervalo de confianza del 95% (IC95%), frente a la media total la hemos realizado mediante la t de Student.

Resultados. Los resultados se exponen en la tabla.

Discusión. A pesar del escaso número de interconsultas analizado, los resultados muestran diferencias significativas, en uno u otro sentido, para algunos cirujanos. Una posible causa de estos hallazgos puede ser una mayor o menor preparación médica de los diferentes cirujanos. Otra posible explicación es el diferente grado de compromiso frente al enfermo derivado de la organización del servicio. Cada día pasa visita un cirujano diferente. Conocer estos hechos tiene importancia a la hora de planificar la actividad de resolución de interconsultas por parte del Servicio de Medicina Interna.

Conclusiones. Son marcadas las diferencias que existen entre algunos cirujanos generales respecto al número de interconsultas que solicitan al servicio de Medicina Interna.

Tabla 1 (V-24). Resultados

Cirujanos	Media (DE)	Diferencia (IC95%)	Significación
1	12,5 (4,95)	2,33 (-1,24 a 5,9)	ns
2	6,5 (0,71)	-3,67 (-7,24 a -0,1)	p = 0,045
3	7,5 (3,54)	-2,67 (-6,24 a 0,9)	ns
4	27 (4,24)	16,83 (13,26 a 20,4)	p < 0,001
5	7,5 (0,71)	-2,67 (-6,24 a 0,9)	ns
6	5,5 (0,71)	4,67 (-8,24 a -1,1)	p = 0,13
7	6 (1,41)	-4,17 (-7,64 a -0,6)	p = 0,025
8	13,5 (6,36)	3,33 (-0,24 a 6,9)	ns
9	5,5 (0,71)	-4,67 (-8,24 a -1,1)	p = 0,013
Total	10,17 (7,18)		

V-25

MEDICINA INTERNA Y TALLER DE HABILIDADES CLÍNICAS EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE OVIEDO

C. Palomo Antequera¹, J. Bernárdez Cofiño¹, I. Álvarez Pichel², M. Barreiro Pérez², R. Cachero³, J. García Casas⁴ y J. Fernández Bernaldo de Quirós¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Cardiología, ³Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias). ⁴Facultad de Medicina. Oviedo (Asturias).

Objetivos. Presentación del Aula de Habilidades en nuestra facultad, y su implantación progresiva. Surge del Programa de Formación Definido por Competencias (PFDC), que se instaurará en los próximos años. También se ha utilizado para la formación y la presentación de la prueba ECOE en sexto curso de la licenciatura.

Material y métodos. Se han realizado tres tipos de talleres con alumnos voluntarios de cuarto, quinto y sexto. Tres profesores instruyen en las competencias a un grupo de alumnos designados como responsables de taller, que luego se encargan de tutelar el autoaprendizaje de sus compañeros en un amplio abanico de fechas y horarios. Taller Exploración: 1. Obtención y elaboración de una historia clínica. Se aporta bibliografía. 2. Realización de examen físico. Videograbación. 3. Interpretación de pruebas complementarias básicas: hemograma, bioquímica, electrocardiograma, Rx de tórax y abdomen, gasometría arterial. 4. Aproximación diagnóstica, pronóstica y plan terapéutico. 5. Enseñanza y aprendizaje de habilidades de comunicación médico paciente: información, paciente terminal. Taller Habilidades clínico-quirúrgicas: Diferentes técnicas básicas de la práctica clínica diaria a través de aprendizaje con simuladores anatómicos: RCP, canalización de vía venosa, suturas, traslado de traumatizados. Taller ECOE: Descripción de prueba ECOE.

Resultados. Adecuación de un área física y organización de un Taller de habilidades (TH) de participación voluntaria, para mejora en calificación de la asignatura Clínica Práctica. También se utiliza para actividades docentes postgraduadas. Los tres años en que se ha realizado prueba ECOE (evaluación clínica objetiva estructurada), además de la anamnesis en los diferentes estaciones por casos clínicos y exploración física en los casos requeridos, ha habido una estación para RCP. El primer año, se presentaron el 27% de los alumnos, y el 80% realizaron correctamente más de 10 de los 14 (71%) ítems utilizados para la evaluación. Tras implantación y funcionamiento del TH, en el segundo y tercer años se presentaron el 65% de los alumnos, y el 91% y 97% respectivamente realizaron más de 10 de los 12 (83%) ítems utilizados para la evaluación.

Discusión. El taller de habilidades está concebido como un área educativa de entrenamiento para el desarrollo de habilidades y actitudes a través del autoentrenamiento del alumno. Es posible repetir las diferentes habilidades y se preserva la seguridad de los pacientes. Aunque no se realizaron encuestas estandarizadas, la opinión de los alumnos expresada por los responsables del taller es que viene a cubrir un déficit formativo en su currículo. Coincide con las sugerencias de la IFMSA (International Federation of Medical Students Associations) y manifiestan el aprendizaje a través de la observación en las acciones de sus compañeros. También valoran positivamente las facilidades de adaptación de fechas y horarios. El nuevo Grado de Medicina adaptado al EEES, se diseña como PFDC y el TH se incorpora como procedimiento docente obligatorio.

Conclusiones. 1. El taller de habilidades ha tenido una valoración muy positiva por parte de los alumnos. 2. La enseñanza en los talleres debe estar integrada en el programa educativo y debe ser evaluada mediante ECOE. 3. La Facultad de Medicina debe incrementar su inversión para mejorar los recursos y la accesibilidad del laboratorio a todos los estudiantes y profesores.

V-26 ESTUDIO DE SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR (2004-2010)

M. Sánchez Ledesma, I. Cruz González, A. Sánchez Rodríguez, A. Iglesias Gómez, D. Martín Iglesias, H. Llorente Cancho, S. Gómez-Lesmes y M. Belhassen

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

Objetivos. Determinar la incidencia de pacientes con el diagnóstico de síndrome de vena cava superior (SVCS) al alta desde enero 2004 a mayo de 2010, en el Hospital Universitario de Salamanca. Analizar la etiología, clínica de presentación y opciones terapéuticas. Estimar el grado de supervivencia. Analizar las complicaciones y mortalidad en el seguimiento.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal con recogida retrospectiva de los datos de un grupo de 62 pacientes diagnosticados de síndrome de vena cava superior durante el período comprendido entre julio 2004-mayo 2010 con diagnóstico de SVCS. La fuente principal de datos de recogida fue la base de datos del Servicio de Oncología y de documentación clínica. Se realizó un seguimiento para comprobar la respuesta al tratamiento, las complicaciones y la supervivencia. Las variables analizadas se describen en el apartado de resultados.

Resultados. De 62 pacientes diagnosticados de SVCS desde enero de 2004 a mayo de 2010, la media en edad fue de 61,25 años (\pm 13,5, rango 19,85). Sexo femenino: 25,8%. Fumadores: 79%. Etiología tumoral: 93,5%, con la siguiente distribución: ca. microcítico de pulmón 35%, ca. epidermoide de pulmón 27%, adenoc. pulmón 13%, ca. de mama 8%, ca. digestivo 5%, ca. renal 3%, ca. laringe 3%, LNH B 2%, ca. endometrio 2%, mesotelioma 2%. Estadaje tumoral: En el carcinoma microcítico de pulmón, el 38% presentaban estadio limitado en el momento del diagnóstico de SVCS y el 62% estadio diseminado. Del resto de pacientes con etiología tumoral maligna, el 52,6% tenían metástasis y el 47,4% tenían ganglios positivos. Causas no malignas de SVCS: 8%: Por reservorio ($n = 3$) y por marcapasos ($n = 2$). Tratamientos de los pacientes con malignidad: 9,7% QT, 24,2% RT, 56,5% QT+RT, 71% HBPM, 0,6% stent intraluminal. Complicaciones ($n = 23$): 12 pacientes infección respiratoria, 7 Estridor + 1 HTIC (tratados con RT URG + 1 stent), 5 neutropenia, 5 ICC, y hubo complicaciones aisladas de ACVA, TEP, TVP, tuberculosis, HDA, fistula esofágica, derrame pleural, compresión medular, trombopenia, trombosis de reservorio y herpes zoster. El tiempo de aparición del SVCS desde el diagnóstico del tumor en nuestro estudio fue de 12,9 (\pm 19,4) meses de media. La mediana de supervivencia de todos los pacientes del estudio fue de 10 meses (rango intercuartílico 4,7-24). De los 62 pacientes el 45,2% fallecieron.

Discusión. Dentro del tratamiento médico la literatura médica más reciente cuestiona cada vez más la eficacia del tratamiento corticoideo y/o diurético. El SVCS asociado a causa maligna ya no es considerado una emergencia médica vital que necesite radioterapia inmediata para mejorar rápidamente la clínica producida por la obstrucción. Las guías de práctica clínica hacen énfasis en la importancia del diagnóstico histológico previo a iniciar tratamiento, y si los pacientes presentan una clínica severa: estridor o edema cerebral (grado 4), la primera opción en las guías en el momento actual sería la implantación de stent endovascular para paliar la severidad clínica, desplazando a la radioterapia como terapia alternativa.

Conclusiones. La causa más frecuente de SVCS fue el cáncer de pulmón de células pequeñas. En caso de no conocer el diagnóstico histológico consideramos adecuado demorar en lo posible la radioterapia para no dificultar un diagnóstico posterior. Pacientes con grado 4 de severidad fueron tratados con RT urgente, considerando el síntoma como una emergencia médica. En tumores quimiosensibles la QT constituyó el tratamiento esencial.

V-27 SUBLUXACIÓN BILATERAL DE CRISTALINO COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE HOMOCISTINURIA EN EL ADULTO: A PROPÓSITO DE 2 CASOS

A. Martínez Berriotxo¹, J. Erdozain Castiella², M. Egurbide Arberas¹ y C. Aguirre Errasti¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cruces. Barakaldo (Vizcaya). ²Servicio de Medicina Interna. Hospital de Mendaro. Mendaro (Guipúzcoa).

Objetivos. Descripción de las manifestaciones clínicas de dos casos de homocistinuria en los que la subluxación bilateral de cristalino en edad adulta fue la primera manifestación de la enfermedad.

Material y métodos. Revisión de dos casos actualmente en seguimiento en el Servicio de Medicina Interna del Hospital de Cruces.

Resultados. Caso 1: varón de 41 años de edad. En 1999 (31 años de edad) es diagnosticado de subluxación bilateral de cristalino, sin otras manifestaciones clínicas, salvo esteatosis hepática. Se demostró la presencia de homocisteína plasmática total (pHcy) de 160 μ mol/L (VN: 5-15 μ mol/L), con hipermetioninemia. En la densitometría ósea se halló osteopenia sin osteoporosis. El estudio enzimático mostró una reducción muy marcada de la actividad de la enzima cistationina-beta-sintasa (CBS), (actividad CBS negativa sin piridoxal y actividad de 0,12 microkat con piridoxal). Genotipo T191M/T191M. Tras tratamiento con citrato de betaína (15 g/día vo), ácido fólico (5 mg/día vo), piridoxina (600 mg/día vo), cianocobalamina (1 mg/semana vo) y dieta pobre en metionina, la pHcy se mantiene por debajo de 50 micromol/L (último control: 38,7 micromol/L). Caso 2: varón de 27 años de edad. En 2006 (24 años de edad) es diagnosticado de subluxación bilateral de cristalino, sin otras manifestaciones clínicas. La pHcy fue de 146 μ mol/L, con hipermetioninemia. La densitometría ósea fue normal. El estudio de la enzima CBS demostró la presencia de mutación homocigota D444N, caracterizada por reducción moderada de la actividad de la enzima y pérdida total de la capacidad de respuesta al regulador alostérico S-adenosil-metionina. Tras tratamiento con citrato de betaína (16 g/día vo), ácido fólico (5 mg/día vo), piridoxina (900 mg/día vo), cianocobalamina (1 mg/semana vo) y dieta pobre en metionina, la pHcy se mantiene en valores inferiores a 50 μ mol/L (último control: 43,9 μ mol/L).

Discusión. La homocisteína es un aminoácido sulfurado no esencial, sintetizado a partir de la metionina. Una vez producida, la homocisteína puede seguir dos vías metabólicas (la remetilación a metionina y la transulfuración a cistationina, a partir de la cual se sintetiza cisteína) en cuyo control intervienen diferentes enzimas (p. E. la CBS, que cataliza el paso de homocisteína a cistationina) y vitaminas (ácido fólico, vitamina B6, vitamina B12). La deficiencia total de CBS causa la forma clásica de homocistinuria, con manifestaciones clínicas iniciadas en la infancia (trombosis arteriales y/o venosas, alteraciones del crecimiento, retraso mental, subluxación de cristalino, alteraciones esqueléticas). Sin embargo, las deficiencias parciales de CBS pueden pasar desapercibidas en la infancia y manifestarse en el adulto joven como alteraciones oculares (subluxación de cristalino), esqueléticas (osteoporosis) o aterotrombóticas (trombosis venosas y/o arteriales). El tratamiento se basa en recomendaciones dietéticas, administración de piridoxina (para intentar incrementar la actividad residual de la CBS) y administración de betaína, ácido fólico y vitamina B12 (para facilitar la remetilación de homocisteína a metionina). Se considera un control aceptable mantener la pHcy por debajo de 50 μ mol/L.

Conclusiones. Las homocistinurias causadas por deficiencia parcial de CBS pueden pasar desapercibidas en la infancia, siendo en ocasiones la subluxación bilateral de cristalino en el adulto joven la primera manifestación de la enfermedad.

V-28

ANÁLISIS DE LAS INTOXICACIONES INGRESADAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DESDE URGENCIAS

E. Torres del Pliego¹, A. Rey Pérez², M. Molas¹, L. Vilaplana Marz¹, A. Aguirre Tejedo³, J. Nolla Salas², A. Supervía Caparrós³ y J. Echarte Pazos³

¹Servicio de Medicina Interna-Infeciosas, ²Servicio de Medicina Intensiva, ³Servicio de Urgencias. Hospital del Mar. Barcelona.

Objetivos. Existen pocos trabajos de los pacientes intoxicados que requieren ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). El conocimiento de sus características facilitaría su detección desde su llegada a los Servicios de Urgencias (SU) por lo que nuestro objetivo fue analizar las características de los pacientes intoxicados que ingresan en UCI desde el SU.

Material y métodos. Estudio descriptivo, retrospectivo, observacional, en un único centro. Se analizaron todos los pacientes intoxicados que ingresaron en una UCI polivalente de 18 camas de un hospital general de 450 camas desde enero a diciembre del 2009.

Resultados. Se han revisado 248 altas desde UCI y se recogieron 37 pacientes ingresados por intoxicación (75% hombres y 25% mujeres). La edad media fue de 39 años. El 70,3% fueron intoxicaciones voluntarias (96% hombres y 4% mujeres), 21,6% con ideación autolítica (el 75% mujeres y 25% hombres) y el 8,1% accidental (66% mujeres y 33% hombres). El 29,7% fueron enólicas puras con un etanol en sangre medio de 94 mg/dl (mínimo de 40 mg/ml y máximo de 430 mg/ml), el 24,3% por drogas de abuso puras (el 76% derivados mórficos), el 24,3% poliintoxicaciones (> 2 tóxicos) y el 18,9% medicamentosas. El motivo de ingreso más frecuente es la disminución del nivel de consciencia (56,7%) con un Glasgow medio de 9, seguido de la monitorización (16,2%) y el paro cardiorrespiratorio (PCR) (16,2%) y finalmente el politraumatismo (1,3%). Requieron intubación orotraqueal (IOT) y ventilación mecánica invasiva (VMI) el 67%, drogas vasoactivas el 27%, reanimación cardiopulmonar (RCP) el 13,5% y ventilación mecánica no invasiva (VMNI) el 5,4%. La estancia media en UCI fue de 7,8 días y la estancia media en el hospital de 16,59 días siendo la mortalidad intrahospitalaria del 18,9%.

Conclusiones. Por tanto, el perfil del paciente que requiere ingreso en UCI es un varón de 39 años intoxicado voluntariamente por alcohol y/o más de una droga de abuso cuyo síntoma principal es la disminución del nivel de consciencia con un Glasgow medio de 9 que requirió IOT + VMI, cuya estancia media fue de 8 días. Casi una quinta parte de los pacientes ingresados en UCI fallecieron.

V-29

ENFERMEDAD DE WHIPPLE: DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE 23 PACIENTES

M. Ramentol Sintas¹, R. Solans Laqué¹, F. Martínez-Valle¹, A. Sellas², M. Barceló², A. Selva O'Callaghan¹, A. Arderiu Freixas¹ y M. Vilardell Tarrés¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Reumatología. Hospital General Vall d'Hebron-Área General. Barcelona.

Objetivos. Descripción de los síntomas clínicos, procedimientos diagnósticos, tratamiento y evolución de una amplia serie de pacientes diagnosticados de Enfermedad de Whipple en un Centro Hospitalario Universitario.

Material y métodos. Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de Enfermedad de Whipple entre los años 1988 y 2009 en el Hospital Universitari Vall d'Hebron de Barcelona, seguidos regularmente en nuestro Hospital.

Resultados. 22 pacientes (14 hombres y 8 mujeres, edad media al diagnóstico: 50,64 ± 12,7) fueron diagnosticados durante este periodo. La mayoría de ellos presentaban síntomas sugestivos de enfermedad desde hacía más de 4 años. Los síntomas más frecuen-

tes previos al diagnóstico fueron: artralgias (91%), artritis de predominio en pequeñas articulaciones (77,3%), cuadro constitucional (77,3%), fiebre (59%), adenopatías (59%) y diarrea (54,5%). En 6 casos (27,3%) se diagnosticó afectación cardíaca, y en 5 (22,7%) afectación neurológica. La PCR para *T. whipplei* sobre biopsia duodenal fue la técnica con mayor rendimiento diagnóstico (positiva en el 76,5% de los casos (practicados). El tratamiento de elección fue el cotrimoxazol en el 86,4% de los pacientes, y se mantuvo durante una media de 23,14 meses. La mitad de los enfermos fueron tratados con glucocorticoides. En todos los casos se observó clara mejoría clínica, con resolución de los síntomas tras el inicio de tratamiento.

Discusión. Presentamos la serie más extensa de pacientes diagnosticados de enfermedad de Whipple descrita en España. Los síntomas más frecuentes fueron los previamente descritos como forma "clásica" de la enfermedad, si bien la forma de presentación de la enfermedad fue muy diversa. Nuestros resultados confirman que la investigación de la presencia de la bacteria en la mucosa duodenal es la más rentable para establecer el diagnóstico.

Conclusiones. A pesar del curso relativamente benigno y el buen pronóstico con el tratamiento, la enfermedad de Whipple es causante de una gran morbilidad asociada en buena parte al importante retraso diagnóstico que invariablemente acompaña esta entidad. La sospecha clínica es fundamental, aunque no siempre el diagnóstico es fácil. Es fundamental conocer el amplio espectro de presentación de la enfermedad, que a pesar de la inespecificidad y diversidad de los síntomas, es bastante homogéneo.

V-30

ENFERMEDAD DE WILSON: ANÁLISIS DE LOS CASOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN UN PERÍODO DE 20 AÑOS

P. Garmilla Ezquerro¹, A. Pérez Santos², S. Neila Calvo¹, M. García Hoyos¹, M. Aller Fernández¹, A. González-Torre González¹, N. Díez Herrán¹ y J. Hernández-Hernández¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria).

Objetivos. Conocer las características clínicas, la evaluación diagnóstica, el tratamiento y las complicaciones de los pacientes diagnosticados de Enfermedad de Wilson (EW), en un hospital universitario de tercer nivel.

Material y métodos. Se realizó una búsqueda retrospectiva mediante la base de datos informatizada del Servicio de Admisión y Documentación Clínica de los pacientes con sospecha clínica de EW en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, entre los años 1990 y 2009.

Resultados. Durante el periodo de estudio se identificaron un total de 21 pacientes con sospecha de EW, confirmándose el diagnóstico en 15 de ellos. Fueron mayoritariamente varones (razón varón: mujer, 3:2), y el 75% tenía ≤ 30 años (media de edad, 24 años). Sólo en un 20% de los casos se demostraron antecedentes familiares y el 13% tenían un hermano afecto. La presentación clínica fue variable: hepatopatía crónica (29%); alteración de las pruebas de función hepática (21%); focalidad neurológica (14%); síntomas hepato-neurológicos (7%); cribado de casos familiares (21,7%) y hemólisis (7,1%). El valor medio de GOT al diagnóstico fue de 68 UI/dl y el de GPT de 100 UI/dl, normalizándose siempre tras el tratamiento. El estadio de Child-Pugh al diagnóstico fue: A (67%); B (27%); C (7%). Tras tratamiento el 100% pasaron a estadio A (2 pacientes precisaron trasplante hepático). Se demostró anillo de Kayser-Fleischer en el 100% de los enfermos con forma hepato-neurológica, en el 50% de las formas neurológicas (100% de los parkinsonismos) y en el 25% de las formas hepáticas puras. Los niveles medios de ceruloplasmina fueron de 10 mg/dl, la cupruria media

fue de 438 mg/dl y el test de penicilamina la aumentó en el 80%. En la mitad de los casos la cupremia era < 50 mg/dl. En la RMN cerebral el principal hallazgo fue la hiperintensidad de caudado y putamen en secuencias T2. El 73% de los pacientes fueron tratados con D-penicilamina, el 13% con trientina, el 7% con ambos y otro 7% con otros quelantes. No se observó ningún hepatocarcinoma.

Discusión. La enfermedad de Wilson es una enfermedad autosómica recesiva causada por una mutación en el cromosoma 13 (ATP7B). En nuestra serie destaca la gran variabilidad clínica en la forma de presentación, lo que puede dificultar su diagnóstico precoz, destacando la hepatopatía como principal dato de alarma. También destacar la presencia del anillo de Kayser-Fleischer en sólo un 50% de los pacientes con síntomas neurológicos. La respuesta al tratamiento médico fue excelente, aunque 2 pacientes precisaron un trasplante hepático.

V-31 TROMBOPENIAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

J. Rodríguez Santana¹, L. Calles Hernández²,
M. García López de la Osa¹, J. Aguilar Escalera¹,
J. Cruz Senovilla¹ y C. Bibiano Guillén¹

¹Servicio de Urgencias, ²Laboratorio. Hospital La Moraleja. Madrid.

Objetivos. Se revisan las trombopenias que han acudido al servicio de urgencias del Hospital La Moraleja de Sanitas y se evalúa el manejo que se realiza en el servicio de urgencias y posterior evolución.

Material y métodos. Se revisan por una lado las trombopenias que se encuentran en el laboratorio del Hospital La Moraleja y se obtienen aquellos que presenta menos de 60.000 plaquetas por mL teniendo en cuenta los realizados desde urgencias, pacientes hospitalizados y los ambulatorios y se revisan con las historias clínicas del servicio de urgencias, además de ello se tiene en cuenta el tratamiento realizado en urgencias y posterior seguimiento si es posible. Se descartan aquellos análisis que son controles de las trombopenias. Por otro lado también se revisan las trombopenias encontradas en el hospital y que no se han pedido en el servicio de urgencias y se revisa la actitud terapéutica de las mismas y su evolución. Se revisan 40.017 hemogramas totales con 17.920 realizado en urgencias.

Resultados. Se revisan 40.017 realizados en el Hospital con 33 trombopenias incluidas las realizadas en urgencias. Se revisan 17.920 hemogramas pedidos en urgencias con 19 trombopenias de menos de 60.000 por mL, y 10 de menos de 20.000 por mL, el resto de trombopenias son ambulatorias. De las trombopenias 9 son debidas a Púrpura trombocitopénica idiopática (PTI), 9 secundarias a Quimioterapia (QMT), 5 secundaria a hepatopatía crónica, 2 en relación con sepsis, 2 pseudotrombopenia, 1 secundaria a fenitoína, 4 no se sabe el origen ni el seguimiento posterior. De los pacientes visto en urgencias 5 recibieron transfusión de plaquetas por presentar sangrado, tanto en pacientes con PTI como los secundarios a QMT, y hepatopatías tras la instauración de protocolo en el servicio de urgencias, sólo se trata a las PTI con gammaglobulina y corticoides sin necesidad de recibir plaquetas. En los pacientes hospitalizados la mayoría no necesita tratamiento específico si de la enfermedad de base.

Discusión. La trombopenia no es una patología frecuente en urgencias ni en nuestros pacientes hospitalizados, significan aproximadamente un 0,06% de los pacientes vistos en urgencias, la mayoría de los pacientes no precisan de transfusiones de plaquetas si no presentan sangrado, la existencia de un protocolo de actuación permite una mayor seguridad a la hora de tomar decisiones en pacientes con trombopenias, en nuestro servicio se transfundían plaqueta en pacientes con PTI, después de protocolo sólo si presentan

sangrado activo. Los pacientes con trombopenia secundaria a QMT rara vez necesitan de plaquetas a no ser que precisen de procedimiento diagnóstico invasivo o tengan sangrado activo.

Conclusiones. La existencia de protocolo de actuación en caso de trombopenia simplifica la toma de decisiones en nuestro servicio de urgencias. También disminuye los requerimientos de transfusión de plaquetas de manera innecesaria. La trombopenia es una patología poco frecuente en urgencias en nuestro medio pero significa un acontecimiento que puede requerir hospitalización y es preciso de conocer cuando y en qué circunstancias.

V-32 ENFERMEDAD DE ERDHEIM CHESTER

I. Arias, S. Rubio, E. Fonseca, E. Rodríguez, E. Fuente
y J. Morís de la Tassa

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

Objetivos. La enfermedad de Erdheim-Chester (EC) se caracteriza por una esclerosis bilateral y simétrica ósea, e infiltrados histiocitarios. Describimos 2 casos en un hospital de segundo nivel.

Material y métodos. Revisamos los casos de enfermedad de EC, en el Servicio de Medicina Interna de nuestro hospital, en los últimos 5 años. Los criterios diagnósticos se basaron en el estudio histopatológico, con la presencia de histiocitos cargados de lípidos inmunopositivos para CD 68 e inmunonegativos para S-100 y CD1a.

Resultados. Caso 1: varón de 59 años que consulta por edemas en miembros inferiores. Presenta como antecedentes una diabetes insípida, litiasis renal bilateral, y un nódulo tiroideo que se biopsia, demostrándose xantogranulomas. En la exploración física presenta xantelasmas, y entre los parámetros de laboratorio se observan signos de hipogonadismo hipogonadotrofo. En la TC de abdomen se demuestra una fibrosis retroperitoneal con hidronefrosis izquierda, litiasis renal bilateral y aneurisma de aorta torácica. En la TC de miembros inferiores se observa alteración de la densidad ósea en la metáfisis y la diáfisis femoral y de la metáfisis tibial, de forma bilateral y simétrica, que coincide con una hipercaptación en la gammagrafía. Asimismo se realiza inmunohistoquímica sobre la muestra del nódulo tiroideo siendo CD 68 positivo, y S-100 y CD1a negativos, todo ello compatible con enfermedad de EC. Se inició tratamiento con interferón alfa y tratamiento hormonal sustitutivo, con evolución favorable 5 años después. Caso 2: varón de 48 años fumador, sin antecedentes de interés, salvo hipercolesterolemia y enfisema por tabaquismo, que consulta por dolores óseos mecánicos en ambas caderas. En la TC y RMN se observa una lesión en extremidad superior de fémur derecho y una gammagrafía con hipercaptación en ambas regiones metafisarias de ambos fémures. Se biopsia observando histiocitos espumosos CD 68 positivo y S-100 y CD1a negativos. Los estudios complementarios fueron normales con una TC toracoabdominal normal. Dada la ausencia de afectación visceral y la estabilidad de las lesiones óseas se decide tratamiento conservador.

Discusión. La enfermedad de EC fue descrita por primera vez en 1930 por el americano William Chester y el vienés Jacob Erdheim como una histiocitosis non-Langerhans, y se caracteriza por una infiltración xantogranulomatosa, con características inmunohistoquímicas específicas. Es muy poco frecuente habiéndose descrito unos 400 casos. Afecta principalmente a mayores de 40 años, con un ligero predominio en varones. La clínica abarca desde lesiones óseas focales, hasta afectación visceral grave. Un 50% presentan afectación extraósea, lo que empeora el pronóstico. No existe un tratamiento estandarizado. Nuestro segundo caso no presenta las manifestaciones óseas típicas, ni manifestaciones extraóseas, por lo que precisó ampliar los estudios inmunohistoquímicos. Se realizó el diagnóstico diferencial con histiocitosis de Langerhans (granuloma eosinófilo) variante monostótica, estando en contra el S-100 y CD1a negativos, junto a la ausencia de patología pulmonar caracte-

rística. Asimismo se descarta la enfermedad de Gaucher tipo I. Otra posibilidad menos probable sería la enfermedad de Niemann Pick tipo B, no demostrándose plaquetopenia, ni patrón intersticial pulmonar.

Conclusiones. La enfermedad de EC es muy poco frecuente y presenta unas características radiológicas e histológicas propias, siendo la inmunohistoquímica necesaria para el diagnóstico. Predominan las manifestaciones óseas, siendo el dolor óseo lo más frecuente.

V-33

CALIDAD DE VIDA Y SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA. ESTUDIO PANORAMA

B. de Rivas Otero¹, P. de Pablos Velasco², P. Vieitez García³ y J. Mata Poyo⁴

¹Departamento Médico. AstraZeneca Farmacéutica Spain, S.A. Madrid. ²Departamento de Endocrinología y Metabolismo. Complejo Hospitalario Dr. Negrín. Las Palmas (Gran Canaria). ³Departamento Médico. Bristol-Myers Squibb Company. Madrid. ⁴Atención Primaria. ZBS de Tábara. Tábara (Zamora).

Objetivos. El PANORAMA es un estudio europeo cuyo objetivo es valorar la calidad de vida (CV) y la satisfacción con el tratamiento antihiper glucemiante en pacientes con diabetes tipo 2 (DMT2). En esta comunicación se presentan los datos descriptivos de la calidad de vida en España.

Material y métodos. Estudio observacional, transversal, multicéntrico y multinacional. Una selección aleatoria de centros de Atención Primaria incluyeron a una muestra aleatoria de pacientes, ≥ 40 años diagnosticados de DMT2 al menos 1 año antes, que acudieron a la consulta en los 6 meses previos. En la visita se recogieron las variables del estudio. Se determinó la HbA1c mediante un mismo sistema en todos los participantes, y cada paciente completó los cuestionarios de CV y satisfacción con el tratamiento: ADD-QoL, DTSQ para médicos y pacientes y HFS-II.

Resultados. 54 médicos incluyeron datos de 752 pacientes (52,9% varones; edad media $67,7 \pm 9,9$ años). Duración media DMT2: $8,4 \pm 6,6$ años. HbA1c media $6,9 \pm 1,1\%$; 60,2% con valores $< 7\%$. Los principales motivos comunicados por los médicos como responsables de no alcanzar el objetivo terapéutico fueron la falta de adherencia a las medidas higiénico-dietéticas (54,3%) y el fallo del tratamiento (23,8%). La puntuación del impacto ponderado promedio (IPP) en el ADDQoL fue $-0,6 \pm 0,5$ pudiendo variar la puntuación entre +3 (impacto positivo máximo) y -9 (negativo máximo). Los principales apartados en los que los pacientes contestaron que su vida podría mejorar mucho/muchísimo si no tuvieran diabetes fueron la libertad para comer y para beber. La puntuación media de los médicos en el cuestionario de satisfacción con el tratamiento fue $27 \pm 5,9$ y la de los pacientes $29,3 \pm 6,1$, pudiendo oscilar entre 36 (muy satisfecho) hasta 0 (muy insatisfecho). Más del 65% de los pacientes y médicos tuvieron una puntuación positiva (≥ 4 puntos) en cada uno de los apartados de satisfacción. El 34,6% de los pacientes y el 26,9% de los médicos consideraron que los niveles de azúcar habían sido en las últimas semanas frecuentemente altos, y el 15,1% de los pacientes y el 7% de los médicos frecuentemente bajos. La puntuación media en la subescala de preocupación a la hipoglucemia fue de $11,2 \pm 14,7$, pudiendo oscilar entre 0 y 72; 0 indica la menor preocupación. Los pacientes refirieron estar preocupados a menudo/casi siempre en los 6 últimos meses principalmente por tener una hipoglucemia estando solo/a 14,7% y por no tener a nadie cerca para que le ayude en caso de sufrirla (13,2%).

Conclusiones. Se observa una mejoría en el control de la HbA1c con respecto a estudios previos. A pesar de que sólo se presentan datos descriptivos de la CV, y que son necesarios más análisis para interpretarlos mejor, estos resultados sugieren que el mayor impacto de la

diabetes en la vida de los pacientes parece relacionado con las limitaciones en su libertad para comer o beber. Tanto los pacientes como los médicos están en general satisfechos con los tratamientos prescritos. En caso de sufrir una hipoglucemia lo que más parece preocupar a los pacientes es estar solos y sin nadie que les pueda ayudar.

V-34

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A INERCIA CLÍNICA EN PACIENTES ESPAÑOLES CON DIABETES MELLITUS TIPO II NO INSULINODEPENDIENTE

J. González Clemente¹, B. Font², R. Lahoz² y G. Gambús²

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona). ²Novartis Farmacéutica, S.A.

Objetivos. La inercia clínica (IC) se define como la ausencia de intensificación terapéutica en pacientes que no alcanzan los objetivos del tratamiento. Este estudio pretende describir la IC asociada a una población de pacientes no insulinizados con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en España.

Material y métodos. Estudio epidemiológico, transversal, retrospectivo y multicéntrico realizado en consultas de atención primaria y especializada de España. En total, 1.555 pacientes cumplieron todos los criterios de inclusión: adultos con DM2 no-gestacional y sin control glucémico ($HbA1c \geq 7\%$), con terapia hipoglucemiante oral iniciada al menos dos años antes y con valores HbA1c disponibles durante un período de tres visitas. La IC total se definió como ausencia de intensificación del tratamiento hipoglucemiante en todos los valores HbA1c no controlados. La IC parcial se definió como ausencia de intervención en al menos un valor HbA1c no controlado.

Resultados. La media de edad fue $64,7 \pm 10,3$ años y el tiempo desde el diagnóstico $9,2 \pm 5,7$ años. El 74% de pacientes presentaban obesidad abdominal. La IC total se estimó en el 13,5%, mientras que la IC parcial fue del 31,4% en pacientes controlados vs 71,8% en no-controlados. Los cambios medios de tratamiento fueron $1,0 \pm 1,02$ en pacientes controlados vs $1,8 \pm 1,2$ en no-controlados ($p < 0,0001$). Los factores asociados ($p < 0,05$) a la falta de control glucémico fueron: obesidad, sedentarismo, hipertensión, hiperlipidemia, número total de factores de riesgo y hábito tabáquico. Los pacientes con ≥ 4 factores de riesgo representan el 71,7% del grupo con control glucémico, mientras que alcanzan el 84,3% en el grupo no-controlado ($p < 0,0001$). Entre los pacientes con inercia clínica el número de factores de riesgo asociados es mayor ($p < 0,0001$), presentando también mayor proporción de complicaciones macrovasculares (26,7% vs 20%) y microvasculares (30,8% vs 21,8%).

Conclusiones. Uno de cada siete pacientes con DM2 y mal control glucémico no vieron intensificado su tratamiento en los últimos dos años. Tres de cada cuatro pacientes no-controlados no recibieron intervención en alguna de las visitas que lo requerían. Se evidenció asociación entre complicaciones clínicas e IC en el manejo de la diabetes.

V-35

VALORACIÓN DE LESIÓN DE ÓRGANO DIANA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS ATENDIDOS COMO INTERCONSULTAS A MEDICINA INTERNA

M. Bonilla, I. Torres, M. Espinosa, M. Areses, R. Arnaez, M. Mellado, J. Sánchez y J. Aréjola

Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Camino. Pamplona/Iruña (Navarra).

Objetivos. Analizar las características de los pacientes con DM valorados en las interconsultas a Medicina Interna. Evaluar la relación de lesión de órgano diana (LOD) con los factores de riesgo vascular, el grado de control de la enfermedad y el tiempo de evolución de la misma.

Material y métodos. Estudio retrospectivo observacional de las 936 interconsultas realizadas a medicina interna desde servicios médicos y quirúrgicos. Revisión de la historia clínica informatizada.

Resultados. Se revisaron 936 interconsultas realizadas a medicina interna en el año 2008. Se seleccionaron 276 pacientes con diabetes mellitus en sus antecedentes. El 7,24% (20) se excluyeron del análisis por recogida incorrecta de datos en la historia clínica. De los 256 pacientes estudiados (50% varones, 50% mujeres y edad media 73,79 y 71,64 años respectivamente). El 36% de los pacientes no presentaba lesión de órgano diana. Se objetivó asociación con cardiopatía en el 40% de los casos, nefropatía 28%, retinopatía 24%, accidente cerebro-vascular (ACV) 18% y neuropatía periférica 13%. Los factores de riesgo vascular (FRV) asociados a la DM son, por orden de prevalencia: HTA (89,06%), dislipemia (55,85%), obesidad (45,7%), tabaquismo activo (12,89%).

Conclusiones. Teniendo en cuenta las limitaciones de la muestra estudiada, se objetiva que el acumulo de FRV incrementa las tasas de LOD. Los pacientes con más tiempo de evolución de diabetes presentan mayores tasas de LOD. A pesar del alto riesgo vascular y las altas tasas daño de órgano objetivado en estos pacientes, el 35% de la muestra presenta un control subóptimo de la diabetes. Ver tabla 1 (V-35).

V-36

USO DE NEUROLÉPTICOS EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE DELIRIUM EN NUESTRO SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. Callejo Plazas, C. Gómez del Valle, M. Navarro Aguilar, M. Igúzquiza Pellejero, V. Garcés Horna, M. Aibar Arregui y J. Cabrerizo García

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

Objetivos. Describir el uso de neurolépticos típicos y atípicos, y otros fármacos, empleados para el tratamiento del delirium en nuestro Servicio de Medicina Interna.

Material y métodos. Se recogieron todos los pacientes que durante su ingreso fueron diagnosticados de síndrome confusional agudo durante 21 días en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico Lozano Blesa de Zaragoza. Se valoraron todos los tratamientos establecidos para tratar dicho cuadro. Se excluyeron todos los pacientes con cualquier diagnóstico previo psiquiátrico, los diagnosticados y tratados previamente de demencia y los que presentaron como motivo de ingreso o durante el mismo algún tipo de patología neurológica.

Resultados. Se recogieron 26 pacientes diagnosticados de delirium durante la estancia hospitalaria en Nuestro Servicio de Medicina Interna, durante las tres primeras semanas del mes de junio de 2010. La media de edad fue de 87 años. 15 pacientes eran varones (57,9%). 10 pacientes precisaron combinación de dos o más fármacos (38,46%). Se utilizaron siete fármacos para el tratamiento de los pacientes. Los fármacos más pautados fueron neurolépticos, que se utilizaron en 22 de los 26 pacientes. De dichos neurolépticos: haloperidol, risperidona, levomepromazina y quetiapina, el

más utilizado fue el haloperidol, seguido muy de cerca por la quetiapina. En dos pacientes se utilizó risperidona, y en uno levomepromazina. El resto de los fármacos utilizados fueron antiepilépticos como la gabapentina, antidepresivos como la trazodona, e hipnóticos como el clometiazol (distraneurine), todos por su efecto sedante

Discusión. En nuestro estudio, la mayoría de los pacientes (84,6%) fueron tratados con neurolépticos. El más utilizado fue el haloperidol, probablemente por su eficacia y seguridad, junto con la elevada experiencia de uso. El segundo más frecuente fue la quetiapina, indicada para disminuir los efectos indeseados de los neurolépticos típicos, fundamentalmente sobre el movimiento. 11 pacientes (42%) no fueron tratados en ningún momento con neurolépticos típicos.

Conclusiones. Para el tratamiento del síndrome confusional agudo seguimos utilizando mayoritariamente los neurolépticos típicos, aunque los atípicos se utilizaron en el 42% de los pacientes. En 6 de los pacientes (23%) no se empleó ningún neuroléptico, sino fármacos con efecto sedante como la trazodona, la gabapentina o el clometiazol.

V-37

EL SÍNCOPE EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

R. Villar Bello, A. Mena de Cea, M. Azalgará Lozada, M. Martínez Quintanilla, T. Chouciño Fernández, C. Montero Teijeiro y R. Freire Martínez

Servicio de Medicina Interna A. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña.

Objetivos. Evaluar los ingresos por síncope en un Servicio de Medicina Interna.

Material y métodos. Se revisaron los informes de alta de los pacientes cuyo motivo de ingreso o el diagnóstico al alta fue de presíncope/síncope, desde el 1 de noviembre/2009 al 30 de abril/2010. Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, días de estancia, diagnóstico final, antecedentes familiares o personales relevantes, tratamientos farmacológicos previos, estudios complementarios y tratamiento realizado y reingresos por igual motivo.

Resultados. Un 5,9% (39/657) de los ingresos fueron por síncope (19 varones y 20 mujeres, edad media: 76,87 a). La estancia media fue de 8,46. Un 71,8% estaban diagnosticados de HTA, un 20,5% de DM y un 48,7% de dislipemia. El 25,6% presentara presíncope/síncope previos. 19/39 estaban diagnosticados de cardiopatía, siendo las más frecuentes la c. isquémica y alteraciones del ritmo. 8/39 padecían alguna enfermedad neurológica. El 72% de los pacientes tomaban alguna medicación antihipertensiva y/o bradicardizante. Sólo 6 pacientes sufrieron traumatismo secundario: 5 TCE y 1 fracturas costales. Se realizaron un total de 77 estudios complementarios (2 por paciente): 1 test de esfuerzo, 22 Tac cerebral, 8 EEG, 22 ecocardiogramas, 19 Holter, 3 ecodoppler de troncos supraaórticos y 2 angiotac pulmonar. Sólo 1 de los 22 ecocardiogramas aportó datos para el diagnóstico del síncope, confirmando la sospecha inicial de estenosis aórtica severa. De los 19 Holter, sólo 2 fueron diagnósticos, objetivando un ritmo nodal y un bloqueo AV de segundo grado que no aparecía en el EKG del ingreso. Otros 2 objetivaron rachas de TSV. El resto de los estudios no aportaron datos relevan-

Tabla 1 (V-35).

FRV	Pacien.	NOLOD.	Cardio.	P. Nefrop.	Retinop.	ACV	Neurop.
0	7 (3%)	4 (57%)	1 (14%)	0 (0%)	1 (14%)	1 (14%)	0 (0%)
1	58 (23%)	26 (44%)	18 (31%)	13 (22%)	13 (22%)	12 (20%)	10 (17%)
2	116 (45%)	43 (37%)	47 (41%)	31 (27%)	20 (17%)	17 (15%)	12 (10%)
3	67 (26%)	18 (27%)	30 (45%)	25 (37%)	25 (37%)	15 (22%)	11 (16%)
4	8 (3%)	1 (13%)	6 (75%)	3 (38%)	2 (25%)	0 (0%)	0 (0%)
Total	256 (100%)	92 (36%)	102 (40%)	72 (28%)	61 (24%)	45 (18%)	33 (13%)

tes. Los diagnósticos finales fueron: 8 vasovagal (20,5%), 6 (15,4%) ortostático, 6 (15,4%) bloqueos AV completos, 1 bloqueo AV de 2º grado, 1 bloqueo trifascicular, 2 disfunción sinusal, 2 TSV, 1 estenosis aórtica severa, 3 fibrilación auricular, 5 (12,8%) no filiado y 4 otros diagnósticos. Se implantaron un total de 9 marcapasos y en 17 pacientes el tratamiento consistió en ajuste de la medicación previa. Sólo un paciente reingresó por síncope durante el período de estudio.

Discusión. El síncope es una causa frecuente de ingresos hospitalarios, realizándose un gran número de estudios complementarios que en la mayor parte de los casos no aportan datos relevantes para el diagnóstico. En nuestro Servicio el porcentaje de ingresos por síncope fue mayor que en otras series (2-6%). Se realizaron un total de 77 estudios complementarios (todos los Tac se solicitaron en Urgencias) y sólo 1/22 ecocardiogramas y 4/19 Holter aportaron algún dato relevante. Teniendo en cuenta que los diagnósticos finales más frecuentes fueron el síncope vasovagal, el ortostático y el bloqueo AV completo (todos ellos diagnosticados por historia clínica, exploración física y el EKG al ingreso) y la escasa rentabilidad diagnóstica de los estudios realizados, creemos que se debe realizar un protocolo en nuestro centro para un mejor manejo de estos pacientes.

Conclusiones. En nuestro Servicio el ingreso por síncope es mayor que en otras series, realizándose un alto número de estudios complementarios que no aportaron datos para su diagnóstico etiológico. En la mayoría de los casos se puede diagnosticar la causa del síncope con una buena historia clínica y exploración física, así como con el EKG del ingreso. Se debería poner en marcha un protocolo conjunto con los distintos servicios implicados para intentar evitar ingresos y realización de pruebas complementarias innecesarias.

V-38 EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER DE PULMÓN EN SEGOVIA ENTRE 2000-2009

S. Martín Rodríguez¹, G. Estrada Trigueros², M. Cepeda González¹, E. Martínez Moreno¹, B. García López¹ y M. Carralón González¹

¹Servicio Medicina Interna, ²Unidad de Neumología. Hospital General. Segovia.

Objetivos. El cáncer de pulmón supone el 20% de los cánceres diagnosticados en España, siendo la principal causa de mortalidad por cáncer en nuestro país. Estando totalmente demostrada su asociación con el tabaquismo y, hasta el momento, claramente más predominante en el sexo masculino. El objetivo de nuestro estudio es conocer las características de los pacientes con cáncer de pulmón en nuestra provincia en la última década. Para ello, hemos estudiado los tipos histológicos, estadio TNM al diagnóstico, la edad de presentación, el sexo, tabaquismo, así como su relación con la supervivencia durante esta década.

Material y métodos. Se recogieron de forma retrospectiva, todos los pacientes con broncoscopia sospechosa, con anatomía patológica compatible o con correlación broncoscopia-radiológica compatible. La fuente de datos fueron los informes de alta hospitalaria a través del HP-Doctor que se cotejaron con la base de datos del Servicio de Neumología durante los años 2000-2009. Se incluyeron sólo pacientes con tumor pulmonar primario, excluyéndose los metastásicos. También se excluyeron aquellos casos en los cuales no existía información suficiente. Los datos recogidos se analizaron según el programa estadístico SPSS 15.

Resultados. Se recogieron los datos de 516 pacientes compatibles, siendo válidos para nuestro estudio 485. La edad media de los pacientes fue de 70 años, siendo el 90% varones. El número de casos diagnosticados en mujeres entre el primer trienio (2000-2003) y el último (2007-2009) se duplicó de 7 casos a 14 casos. La histología más frecuente en la totalidad de los casos estudiados fue el epidermoide (54,3%), aunque en los casos diagnosticados en mujeres la histología más frecuente fue el adenocarcinoma (60%). En cuanto al

estadio TNM al diagnóstico el 80% eran estadio IIIB y IV. El tratamiento más frecuente fue la quimioterapia (50%). El porcentaje de pacientes operados fue del 15%. La supervivencia global es del 9% a los 5 años con una mediana de supervivencia de 8 meses. Por grupos de edad, la supervivencia fue mejor en los pacientes menores de 70 años que en los mayores de 70 años con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$). En nuestro estudio, no existió diferencia en la supervivencia entre pacientes fumadores y no fumadores. Así como tampoco hubo diferencias en la supervivencia con los pacientes ex-fumadores ($p = 0,2$). No hay diferencias estadísticamente significativas en la supervivencia entre las diferentes histologías ($p < 0,6$).

Conclusiones. En nuestra provincia durante la última década, se objetiva un importante aumento del número de casos entre mujeres, aunque todavía existe un claro predominio entre los hombres. La edad del diagnóstico es avanzada. La mayoría de los pacientes se diagnosticaron en estadios avanzados. La supervivencia global es muy baja siendo similar a la del resto de los estudios publicados, siendo la edad un factor independiente del estadio TNM.

V-39 SERIE DE FEOCROMOCITOMAS Y PARAGANGLIOMAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA

S. Nieto Martínez¹, R. Jaso Tejera¹, F. Ortiz Flores¹, M. Aller Fernández¹, C. Muñoz Esteban² y C. Valero Díaz de Lamadrid¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria).

Objetivos. El feocromocitoma y el paraganglioma son neoplasias poco frecuentes de las células cromafines que requieren para su diagnóstico un alto índice de sospecha clínica. Estudiamos los pacientes con feocromocitomas y paragangliomas diagnosticados en nuestro hospital analizando los aspectos clínicos, analíticos y la rentabilidad de las pruebas diagnósticas.

Material y métodos. Revisión de las historias clínicas de los casos de feocromocitomas y paragangliomas intervenidos quirúrgicamente en nuestro hospital en los últimos 20 años (1990-2009).

Resultados. Se estudiaron 24 pacientes (58% mujeres y 42% varones) con media de edad de 50 ± 15 años (18-80 años). El mayor número de casos se diagnosticó en el Servicio de Endocrinología (8) seguido por el de Nefrología (5). Dos pacientes padecían una neoplasia endocrina múltiple (MEN 2a y MEN 2b respectivamente) y otro una neurofibromatosis. Hubo 4 paragangliomas (3 en abdomen y uno vesical) y 20 feocromocitomas (96% unilaterales y 92% benignos). Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: palpitaciones (50%), ansiedad (37%), sudoración y pérdida de peso (33%), cefalea (29%), náuseas (25%), dolor abdominal (17%) y fiebre (8%). Un tercio estaban asintomáticos y sólo el 8% presentó la tríada clásica (cefalea, sudoración y palpitaciones). La mayoría (67%) tenían hipertensión arterial: sostenida en el 40% y paroxística en el 60%. Casi un tercio de los pacientes presentaron hipotensión ortostática. En tres casos se diagnosticó una disfunción ventricular izquierda reversible etiquetada como síndrome de Tako-Tsubo. El 51% presentó un aumento de adrenalina en orina/24h y el 63% de noradrenalina (NA). En el 88% de los casos se elevó al menos una de las catecolaminas y/o del ácido vanilmandélico (AVM) en orina de 24h. El 19% fueron incidentalomas en las pruebas de imagen. La sensibilidad de las mismas para detectar el tumor fue del 92% en la ecografía abdominal ($n = 14$), del 100% en el TAC abdominal ($n = 24$) del 100% en la RM ($n = 7$) y del 90% para la gammagrafía MIBG ($n = 20$). En la mayoría se practicó una laparotomía y en el 25% laparoscopia (sobre todo en los últimos 4 años). Se realizó una RTU del paraganglioma vesical que fue el único caso de recidiva local. La supervivencia a los 5 años fue del 100%.

Discusión. La existencia de enfermedades hereditarias en el 12% de los casos sugiere la necesidad de realizar un estudio de estos procesos en los pacientes con feocromocitomas. En nuestra serie la determinación conjunta de catecolaminas y AVM en orina de 24 horas mejoró la rentabilidad diagnóstica. El hallazgo casual de una masa suprarrenal en el TAC (incidentaloma) debe de orientar al estudio de estos tumores. El TAC y la RM fueron las pruebas de imagen más útiles. La intervención quirúrgica del tumor se tiende a realizar por laparoscopia.

Conclusiones. El feocromocitoma y el paraganglioma son tumores poco frecuentes que requieren un alto índice de sospecha clínica. La determinación conjunta de catecolaminas y AVM en orina de 24 horas, junto con las pruebas de imagen, consiguen una buena rentabilidad diagnóstica.

V-40

A PROPÓSITO DE 2 CASOS: ENFERMEDAD DE MADELUNG

M. Peris Sifre¹, M. Beltrán Salvador¹, J. Llopis Barrés¹, M. Cubedo Bort², A. Climent Radiu¹, M. Miquel Palasí¹, M. Bruscas Maicas¹ y C. Casillas Meléndez³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Críticos, ³Servicio de Radiología. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón. Castellón.

Objetivos. 1. Comentar 2 casos enfermedad rara descrita en la literatura 1846. Se caracteriza por múltiples depósitos subcutáneos de tejido adiposo no encapsulado, distribuidos de forma simétrica. Afecta a varones de edad media. 2. Corroborar etiología desconocida y asociación a situaciones clínicas. 3. Enfatizar el diagnóstico sencillo pero es necesario pruebas complementarias. 4. Comentar la recidiva frecuente y las posibles complicaciones.

Material y métodos. Presentación 2 casos de enfermedad de Madelung: Caso 1: varón de 40 años fumador y enolismo crónico, sin otros AP. Remiten para estudio por presentar masa cervical anterior y posterior de pocas semanas de evolución, con progresivo y rápido aumento de tamaño y sensación de disfagia y disnea. Exploración: tumefacción región cervical anterior, difusa que borra línea mandibular, otras tumoraciones cervical posterior, deltoidea e hipogastrio, duras no dolorosas, resto normal. Hb: 15 VCM: 110 GGT: 525 GPT: 110 GOT: 220 glucosa: 134, ferritina: 386. Resto normal. Rx tórax y eco abdominal: normales. TAC que inicialmente se informo como normal. RMN se compara con TAC: aumento progresivo de acúmulo graso subcutáneo torácico, abdominal y pélvico. EMG, TAC craneal y endoscopias digestivas: normales. Biopsia masa cervical: tejido adiposo maduro no encapsulado. Caso 2: varón de 42 años fumador y enolismo crónico, sin otros AP. Presenta masa púbica de gran tamaño desde hace 2-3 años con crecimiento progresivo que se acompaña de edemas en miembros inferiores y parestesias distales. Hb: 13 VCM: 106. IST: 94%. GGT: 450 GPT: 30 GOT: 120 glucosa: 103, ferritina: 8 89. Resto normal. Eco abdominal: masa prepúbica 170 × 25 × 100 mm, estructura similar a la grasa circundante. TAC craneal: normal. TAC torácico: enfisema. RMN corporal: depósito de grasa anómalo en abdomen, tórax, miembros.

Resultados. Caso 1: deterioro clínico y anímico importante con limitación funcional. Se remite a Cirugía plástica: liposucción cervical anterior, abdominal y púbica sin presentar complicaciones. Inicia rehabilitación con importante mejoría funcional y anímica. Actualmente asintomático, no enolismo con analítica normal, progresión lenta. Caso 2: deterioro clínico marcado, importante limitación funcional y edemas miembros inferiores, pendiente de cirugía.

Discusión. Es una enfermedad rara en la actualidad sólo algo más de 200 pacientes han sido publicados. Se caracteriza por acúmulos de grasa se localizan simétrica en parte alta del tronco, cuello y cabeza, pudiendo afectar a zona proximal de miembros y abdomen.

Inicialmente los lipomas presentan crecimiento rápido, con evolución lenta, progresiva y recidivante. Pueden asociar: DM, dislipemia, hepatopatía, neoplasias aéreo-digestivas altas. 80% y con neuropatía motora y sensitiva, se han descrito polineuropatía y encefalopatía mitocondrial. Más frecuente en varones de edad media, área Mediterránea, con enolismo. Nuestros pacientes cumplen estas características. Diagnóstico sencillo, las pruebas de imagen son de ayuda para ver el alcance de la afectación y para diagnosticar patología maligna local.

Conclusiones. Es importante pensar en la enfermedad para el diagnóstico, realizar pruebas que descarten complicaciones o neoplasias. El seguimiento de estos pacientes debe ser estrecho y multidisciplinar. Hay que valorar el beneficio de la cirugía, prestar apoyo psicológico, potenciar buenos hábitos y en nuestra experiencia ha sido primordial el apoyo rehabilitador potenciando positivamente la limitación funcional y aspecto psicoafectivo.

V-41

PARTES DE INTERCONSULTA DE MEDICINA INTERNA A UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS HOSPITALARIA

C. Vicente Martín¹, S. Plaza Canteli¹, C. Sobrino Calzada¹, G. Flox Benítez¹, D. Ferreiro López¹, J. Marco Martínez² y J. Jurdado Ruiz-Capillas¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid). ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos. La Medicina Interna (MI) es una especialidad que se abastece a sí misma. En ocasiones precisa la realización de partes de interconsulta (PIC) a otras especialidades para aclarar una patología o realización de pruebas. Las "situaciones de enfermedad avanzada y terminal" (SEAT) suponen un 60% de la mortalidad en España cuyo manejo óptimo se debería realizar bajo un enfoque paliativo. Queremos describir la demanda de asistencia mediante PIC solicitados a la UCP por el servicio de MI.

Material y métodos. Estudio ambispectivo realizado entre febrero de 2002 hasta febrero de 2010 (ambos inclusive) en la UCP del HSO, un hospital de segundo nivel que atiende a una población de 200.000 habitantes. Se incluyeron todos los partes de interconsulta (PIC) solicitados por MI. Se categorizaron los PIC según se trasladara al paciente a la UCP (PICCT) o permaneciera en MI (PICST). Se realizó análisis univariante. Una $p < 0,05$ se consideró significativa.

Resultados. En el periodo del estudio se solicitaron 338 PIC (14,1% de la actividad de la UCP): 247 PICCT y 91 PICST. Los PIC solicitados por MI fueron 140 (41,4%): 106 como PICCT y 34 como PICST. El 95% fue patología oncológica. El 62,8% fueron varones. La edad media fue 73,1 (DE 12,1). El 85,3% de los PICST fueron para organización de cuidados y para control sintomático. En los PICCT, los motivos de ingreso más frecuentes fueron la carcinomatosis peritoneal (14,2%), otros síntomas digestivos (13,2%) y el control general sintomático (11,3%). El síntoma predominante fue el dolor (47,8%) seguido de la disnea (30%), fiebre (15%), astenia (11,4%), náuseas/vómitos (11,4%), anorexia/caquexia (8,5%) y síndrome confusional (5,7%). Al ingreso 19 pacientes (13,6%) recibían opioides incrementándose al alta a 63 pacientes (45%) ($p < 0,008$). Veintidós pacientes (15,7%) requirieron sedación. El 86,3% de las causas de sedación se debían a agitación y disnea. El tipo de alta más frecuente en los PICST fue el domicilio (70,6%) y en los PICCT los exitos (49,1%).

Discusión. Los pacientes con criterios de paliación precisan un abordaje desde un punto de vista multidisciplinar de CP. El manejo del dolor, la disnea y el control sintomático es fundamental en el tratamiento que muchas veces difiere del tratamiento y enfoque clásico del punto de vista del internista. Por otro lado, la derivación para organización de cuidados favorece que el pacien-

te quede imbricado en la red de CP para mejora de la calidad asistencial.

Conclusiones. Los CP aportan a MI un enfoque multidisciplinar en el manejo de los pacientes que precisan cuidados paliativos. Es importante que el internista conozca el manejo de los síntomas más frecuentes del paciente paliativo dada la alta prevalencia de las SEAT.

V-42 EVALUACIÓN DE LOS INFORMES DE ALTA TRAS HOSPITALIZACIÓN EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

J. Prieto de Paula¹, S. Franco Hidalgo², A. Ginés Santiago¹, E. Mayor Toranzo¹, S. Calzada Simón¹, J. Arranz Velasco¹, L. Nalotto¹ y D. Serrano Herrero³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. ³Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Palencia. Palencia.

Objetivos. El informe de alta tras hospitalización (IAH) es un documento primordial tanto para el paciente como para el médico de A. Primaria u otros médicos que intervengan en el proceso asistencial. Además, de él se extraen los principales indicadores del funcionamiento hospitalario. En definitiva, es un reflejo de la calidad asistencial y un instrumento esencial para facilitar la continuidad asistencial. La obligatoriedad y los contenidos mínimos del IAH están regulados normativamente. La SEMI ha formulado recientemente unas recomendaciones para su elaboración. El objetivo del presente trabajo es conocer el grado de adecuación de los IAH del Servicio de MI de un Hospital Universitario a la normativa y recomendaciones expuestas.

Material y métodos. Estudio retrospectivo sobre las 3627 altas del Servicio de MI de nuestro Centro, durante el año 2009. El tamaño de la muestra (94) se calculó con un intervalo de confianza del 95% y un error del 10%. Para la evaluación se analizó el cumplimiento de los ítems contenidos en la Orden Ministerial de septiembre de 1984, así como en la Ley 41/2002, de autonomía del paciente, y las recientes recomendaciones de la SEMI. Se consideró que el IAH era aceptable si, estando mecanografiado, recogía al menos dos tercios de los ítems de cada uno de los apartados relativos al hospital, a la identificación del paciente y al proceso asistencial. Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS v 7.5.

Resultados. Los IAH correspondían a 94 pacientes (55,3% varones) de 72 ± 17 años. Todos los IAH estaban realizados en la intranet del Centro. Salvo el domicilio del paciente (sólo presente en el 2%), la mayoría de los IAH contenían los datos del hospital y del paciente. Respecto de los 18 ítems correspondientes al proceso asistencial, destaca la escasa cumplimentación de los antecedentes familiares (3%), del estado cognitivo y valoración social del paciente (12%), de las recomendaciones higiénico-dietéticas (24%) y de los comentarios sobre el plan diagnóstico o terapéutico (24%). El diagnóstico principal figuraba en la mayoría de los IAH, pero los diagnósticos secundarios sólo constaban de manera explícita en el 45%. Mientras que el tratamiento principal figuraba en el 78%, sólo constaban otros tratamientos en el 43% de los casos. En 21 IAH (22%) no se reflejaban ninguna de las constantes habituales (TA, pulso, T^a y SatO₂). En suma, y de acuerdo con los criterios expuestos, sólo el 50% de los IAH podían considerarse de calidad aceptable.

Discusión. Aunque la calidad de los IAH va más allá de la cumplimentación o no de unos ítems mínimos, nuestro trabajo muestra que ni siquiera éstos quedan reflejados razonablemente. Otros estudios han demostrado datos similares. La ausencia de todas las

constantes en un 22% de los IAH o la falta generalizada de cumplimentación de los antecedentes familiares, son ejemplos ilustrativos de la escasa calidad de los mismos. Resulta preocupante, por otra parte, que sólo el 50% de los IAH puedan considerarse adecuados para cumplir con su misión.

Conclusiones. 1. El margen de mejora en la elaboración de los IAH es muy amplio. 2. Un diseño predeterminado de los IAH, que incluya todas las variables exigibles, puede mejorar la calidad de los mismos. 3. Los clínicos debemos asumir nuestra responsabilidad en el compromiso de calidad de los IAH; y los gestores y/o responsables de los servicios, en el diseño de las necesidades de personal, teniendo en cuenta el tiempo que requiere su elaboración.

V-45 ERITEMA INDURADO DE BAZIN: PRESENTACIÓN DE UNA SERIE DE 21 CASOS

E. Fonseca Aizpuru¹, E. Rodríguez Ávila¹, I. Arias Miranda¹, R. Fernández Madera¹, R. Fernández Regueiro¹, E. Fuente Martín², T. Pascual Pascual³ y J. Morís de la Tassa¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Anatomía Patológica, ³Servicio de Neumología. Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias).

Objetivos. El eritema indurado (EI) es una reacción de hipersensibilidad al bacilo de la tuberculosis (tuberculide). Se caracteriza por lesiones en miembros inferiores. Histológicamente se describe como una paniculitis lobulillar con vasculitis. Analizar la forma de presentación, tratamiento y evolución de los casos diagnosticados de EI.

Material y métodos. Se recogieron casos con biopsia compatible con EI en el Hospital de Cabueñes desde enero 2000 a diciembre 2009. Es un hospital de segundo nivel, referencia del Área Sanitaria V de Asturias, que atiende a una población de unos 300.000 habitantes.

Resultados. Se diagnosticaron 21 casos, 16 mujeres (76,2%) y 5 hombres (23,8%). Edad media 58,8 ± 16,6 (82-26) años. Se recogió historia de contacto y/o enfermedad tuberculosa en 8 (38%). Todos referían brotes de lesiones cutáneas nodulares, dolorosas y recidivantes en miembros inferiores, de meses/años de evolución. El test de la tuberculina se realizó a 18 (85,7%). Fue positivo en 14 (77,8%), con una induración media en mm de 20,9 ± 9,5 (40-10). Se realizó PCR (reacción en cadena de la polimerasa) y cultivo para bacilo de tuberculosis en la biopsia cutánea, en 7 (33,3%) y 11 (52,3%) respectivamente, ambas con resultado negativo. Se realizó tratamiento con antituberculoso en 10 (47,6%) con buena evolución en 9 y pendiente de completar tratamiento 1. Recibieron tratamiento sintomático 11 (52,4%) con buena evolución en 3, mala en 1 (exitus no relacionado) y pendiente de eventual tratamiento antituberculoso por persistencia de lesiones cutáneas en 4.

Discusión. La etiología del EI es controvertida. La detección por PCR de DNA de Mycobacterium tuberculosis varía según las series del 14 al 70%, lo cual demuestra el papel etiopatogénico de este microorganismo. La ausencia de resultado positivo, puede ser debida a una reacción a proteínas u otros componentes del microorganismo no detectables mediante esta técnica. Nunca se han demostrado bacilos en los cultivos de las lesiones. El diagnóstico se basa en: la confirmación anatómico-patológica de una paniculitis lobulillar con vasculitis, antecedente de tuberculosis o contacto, test de tuberculina positivo y exclusión de otras causas, asociado a mala evolución con tratamiento sintomático. En estos casos, la terapia con rifampicina, isoniazina y pirazinamida es eficaz, bien tolerada y sin recaídas a medio plazo.

Conclusiones. En casos seleccionados de eritema indurado, estaría indicado tratamiento tuberculostático.

V-46 ANÁLISIS DE RESULTADO DE LA CIRUGÍA DE HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

I. Calero Paniagua¹, A. Molina Medina¹, L. de Benito Cordon¹,
M. Alramadan Aljamalah² y P. Yunta Abarca³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Endocrinología,
³Servicio de Cirugía General. Hospital General Virgen de la Luz.
Cuenca.

Objetivos. Valoración del resultado del manejo quirúrgico del Hiperparatiroidismo Primario en nuestro hospital.

Material y métodos. Se realizó un estudio retrospectivo donde se analizaron las historias clínicas de 25 pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente en el intervalo de tiempo comprendido entre junio del 2005 y junio del 2008.

Resultados. La edad media fue de 62.5 años, 23 mujeres (92%), 3 varones (8%). Comorbilidades: litiasis renal: 8 (32%), depresión y manifestaciones psiquiátricas: 4 (16%), osteoporosis: 5 (20%). La cifra media de PTH en el momento del diagnóstico fue de 191 pg/ml [15-65 pg/ml], el calcio fue de 11,2 mg/dl [8,5-10,5 mg/dl] y el fósforo de 2,63 mg/dl [2,5-4,8 mg/dl]. El estudio de localización con gammagrafía Tc 99m sestamibi (MIBI) fue negativa en 3 pacientes (12%), que se correspondieron con adenomas, y positiva en 22 (88%), que incluyeron todas las hiperplasias. El porcentaje medio del descenso de la PTH fue de 67,2%. En el estudio histopatológico 21 (84%) fueron adenomas, 4 (16%) hiperplasia. En el seguimiento, la cifra media de PTH a los 6 meses fue de 74 pg/ml, a los 18 meses 53 pg/ml, a los 24 meses 84 pg/ml y a los 36 meses 73 pg/ml. La cifra media de calcio a los 12 meses fue de 9,3 mg/dl. Las recidivas se evidenciaron en 3 pacientes (12%).

Conclusiones. 1. La introducción de la PTH intraoperatoria ha contribuido de forma notable en el éxito de la terapia quirúrgica. 2. El hiperparatiroidismo es una entidad clínica más frecuente en mujeres que en hombres y con edad media de presentación mayor de 50 años. 3. La gammagrafía con Tc 99m sestamibi (MIBI) es la exploración más específica para la localización tanto de adenoma como de hiperplasia hipertiroidea.

V-47 ¿CUÁNTOS PROFESIONALES SANITARIOS PERCIBEN SU TRABAJO COMO CAUSA DE DETERIORO Y POR QUÉ?

A. Grau¹, R. Suñer², D. Flichtentrei³, M. Prats³ y F. Braga³

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital de Figueras. Figueras (Girona). ²Servicio de Neurología. Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta. Girona. ³Intramed. Net.

Objetivos. 1. Conocer la prevalencia de Consecuencias Laborales Negativas en profesionales sanitarios hispanoamericanos. 2. Establecer la asociación de las Consecuencias Laborales Negativas con factores personales, sociodemográficos, profesionales y con el síndrome de Burnout.

Material y métodos. Estudio transversal, observacional y analítico. La muestra de estudio está formada por 11530 profesionales de la salud, 51% son varones y la edad media es de 41,7 años (dt 10,8). El muestreo fue oportunístico, permitiendo la participación de todos los profesionales sanitarios de países de habla hispana registrados en el portal de Internet "Intramed" (www.Intramed.Net). Se recogieron variables sociodemográficas y laborales. Las Consecuencias Laborales Negativas incluyen el planteamiento de Abandono de la profesión, el Absentismo, la percepción de Deterioro Personal, de Deterioro Familiar y de los Errores asistenciales atribuidos a las condiciones laborales. Evaluación del burnout mediante el Maslach Burnout Inventory (MBI).

Resultados. Se observaron Consecuencias Laborales Negativas en 5384 profesionales (el 53.3% de la muestra), estando presente el planteamiento de Abandono en 1565 (13,6%), el Absentismo en 449 (3,9%), la percepción de Deterioro Personal en 4916 (42,6%), de Deterioro Familiar en 3250 (28,2%), y la creencia de cometer Errores asistenciales en 553 (4,8%). Mediante una regresión logística con el método Forward Stepwise (Wald), con la presencia de Consecuencias Laborales Negativas como variable dependiente, se obtuvieron los siguientes OR [IC del 95%] en las variables independientes que entraron en el modelo con el siguiente orden de relevancia: Agotamiento Emocional del MBI (1,074 [1,068-1,080]), Valoración laboral (0,774 [0,734-0,837]), Economía personal (0,885 [0,861-0,909]), Vivir en pareja (0,632 [0,466-0,857]), Sentirse quemado (1,556 [1,383-1,749]), Nación por trabajar en Argentina (OR = 1,578 [1,288-1,934]), en Colombia (1,974 [1,419-1,746]) o Uruguay (1,523 [1,074-2,160]), Profesión por Medicina (1,576 [1,257-1,974]), Realización personal del MBI (0,988 [0,980-0,995]), Número de hijos (1,086 [1,042-1,132]), Horas de ocio (0,996 [0,993-0,998]), Guardias (1,193 [1,075-1,325]), Optimismo (0,952 [0,923-0,982]), Enfermedad crónica (1,176 [1,057-1,309]) y Despersonalización del MBI (1,013 [1,003-1,024]). Permanecieron fuera del modelo las variables Edad, Sexo, Años de profesión, Días de baja y Satisfacción profesional.

Discusión. Variables como la Valoración laboral, la Economía personal, el Sentirse quemado, las Guardias, el Optimismo, etc. se han descrito asociadas a burnout (especialmente a Agotamiento emocional). El Burnout, en su dimensión de Agotamiento emocional, podría ser el principal factor causal de las Consecuencias laborales negativas, mientras que Realización personal y Despersonalización tienen menos importancia.

Conclusiones. 1. La prevalencia de Consecuencias laborales negativas en profesionales sanitarios hispanoamericanos es elevada, especialmente la percepción de Deterioro en la vida personal y familiar. 2. La dimensión Agotamiento emocional del burnout es la variable con mayor asociación a Consecuencias laborales negativas, seguida de los sentimientos de Valoración laboral, Economía personal, Vivir en pareja y Sentirse quemado. 3. Las diferencias profesionales y transnacionales son relevantes.

V-48 LOCURA MEGALOBLÁSTICA: A PROPÓSITO DE 2 CASOS

R. Riera Hortelano¹ y B. Álvarez Cuenllas²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital San Agustín. Avilés (Asturias). ²Aparato Digestivo. Complejo Asistencial de León. León.

Objetivos. Revisión en la literatura de la locura megaloblástica a partir de la exposición de dos casos clínicos.

Material y métodos. Descripción de dos casos clínicos y revisión de la literatura en relación con la patología que nos ocupa.

Resultados. Caso 1: mujer de 86 años que ingresa por desorientación. A.P.: HTA, ACxFA, IAM e ingreso reciente por ICC. En tratamiento con omeprazol, aspirina y clopidogrel. Ingresó por cuadro de alteración conductual y delirios de muerte. A la exploración está bradipsíquica, expresa temores de muerte y alucinaciones visuales. En los estudios complementarios destacan Hemoglobina 10,7 g/dl [12-16] Hematocrito 31,2% [35-47] VCM 110,0 fl [80-100] Vitamina B12 (cobalamina) 37 pg/mL [200-914] Ac anticélulas parietales 8,3 (> 15) y Ac antiFI 5,9 (> 6). La RM protocolo demencia objetiva atrofia cortical y lesiones en sustancia blanca de perfil isquémico crónico. La gastroscopia objetivó una gastritis crónica atrófica. Con el diagnóstico de anemia perniciosa se inicia tratamiento con cobalamina a la dosis habitual experimentándose una leve mejoría. Caso 2: varón de 80 años que ingresa por deterioro general. Ex fumador importante,

sin otros antecedentes de interés. Cuadro de larga evolución de pérdida de memoria y abandono personal, el último mes anorexia y negativa a salir de la cama sin datos de organicidad. Durante la espera en urgencias, agitación y agresividad. A la exploración llama la atención la caquexia; apenas colabora y se muestra somnoliento y sin contestar a lo que se le pregunta, la familia refiere conducta oposicionista con episodios puntuales de inquietud psicomotriz. Por momentos parece desconectado del medio y en otros rechaza expresamente lo que se le ofrece. En los estudios complementarios destaca ácido fólico 1,9 ng/mL [3-17,5], vitamina B12 (cobalamina) 177 pg/mL [200-914], hematies $2,3 \times 10^{12}/L$ [4,4-6,1], hemoglobina 9,0 g/dl [13-18], hematocrito 26,0% [40-54], VCM 113,0 fl [80-100], Acs anticélulas parietales y Acs antiFI dentro de valores normales. La gastroscopia muestra gastritis crónica atrófica. En el TC craneal se evidencia moderada atrofia corticosubcortical.

Discusión. La deficiencia de cobalaminas produce una desmielinización discontinua, difusa y progresiva de los cordones dorsales y laterales de la médula espinal y la corteza cerebral. Los rasgos característicos de la disfunción neurológica son su distribución simétrica y distal, en manos y pies. Los síntomas más tempranos y comunes son parestesias, entumecimiento y pérdida de la sensibilidad. Es frecuente la pérdida del sentido de posición y de la vibración, especialmente a las altas frecuencias. Puede haber disminución de los reflejos tendinosos profundos, pero la hiperreflexia y la espasticidad sobrevienen cuando se involucran los cordones laterales. Con frecuencia se desarrollan trastornos de la marcha que pueden llegar hasta la ataxia. Las alteraciones mentales van desde la irritabilidad a la demencia, que se asemeja a la enfermedad de Alzheimer, y pudieran aparecer psicosis, esquizofrenia paranoide (locura megaloblástica) e incluso el coma. Pueden presentarse también somnolencia, perversión del gusto, del olfato y de la visión, con ocasional atrofia óptica. La lista de disfunciones neurológicas es larga y puede incluir disfunción vesical, impotencia, hipotensión ortostática, disturbios visuales como la pérdida de la agudeza visual y de la visión de colores. La locura megaloblástica es menos frecuente y se manifiesta como alucinaciones, ideación paranoide y delirios. El grado de implicación del SNC no se correlaciona totalmente con el grado de anemia. En casos excepcionales se encuentra neuropatía pronunciada en ausencia de cualquier anormalidad hematológica y las afectaciones neurológicas pueden progresar mientras los valores hematológicos permanecen normales. En algunos casos, estos fenómenos pueden deberse al tratamiento inadecuado con ácido fólico.

V-49

DESCENSO DEL FILTRADO GLOMERULAR CON CREATININA NORMAL EN LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA AGUDA

J. Cabrerizo García¹, M. Iguzquiza¹, R. Ridruejo Sáez², B. Zalba Etayo² y J. Pérez Calvo¹

¹Servicio de Medicina Interna ²Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Objetivos. Analizar el valor pronóstico de la disfunción renal mediante el filtrado glomerular (FG) en pacientes que ha sufrido un síndrome coronario agudo (SCA) y presentan concentraciones de creatinina normal.

Material y métodos. Estudio descriptivo prospectivo con 328 pacientes ingresados de forma consecutiva con SCA con y sin elevación del segmento ST de alto riesgo y creatinina < 1,1 mg/dl. Dividimos la muestra según el FG estimado al ingreso mediante índice de Cockcroft en < 60 ml/min y > 60 ml/min. Se registraron otras variables como edad, estratificación de riesgo GRACE, fracción de eyección, troponina I, segmento ST, presencia de arritmias y leucocitosis al ingreso. Se analizó su relación pronóstica con la mortalidad intrahospitalaria. Se emplearon las pruebas de la U de Mann-Whitney, de Chi cuadrado de Pearson y el test exacto de Fisher para muestras independientes.

Resultados. Durante la hospitalización fallecieron 12 pacientes (3,7%) y 316 (96%) permanecieron vivos. La media del FG fue de 93,33 + 32,61 ml/min. El 47 (14,3%) presentaban un FG < 60 ml/min y 281 (85,7%) > 60 ml/min. Encontramos relación significativa entre la mortalidad intrahospitalaria con la edad, estratificación de riesgo GRACE, fracción de eyección, índice de Cockcroft y leucocitosis al ingreso (tabla).

Discusión. La enfermedad coronaria y renal han de interpretarse como dos formas de expresión de una misma enfermedad vascular sistémica. La insuficiencia renal es un factor de mal pronóstico conocido de la cardiopatía isquémica. En general, empleamos la creatinina para medir la función renal sin embargo, la relación entre la concentración de creatinina sérica y el filtrado glomerular (FG) no es lineal sino hiperbólica y son precisos descensos de al menos el 50% del FG para que la creatinina se eleve por encima del intervalo de referencia. Es la denominada "enfermedad renal oculta". La relación que ponemos de manifiesto en el presente trabajo entre insuficiencia renal oculta y el pronóstico de los pacientes que sufren un SCA ha sido poco estudiada.

Conclusiones. La insuficiencia renal oculta, estimada con el índice de Cockcroft, incrementa el riesgo de fallecer durante la hospitalización.

Tabla 1 (V-49).

		Fallecidos	No fallecidos	p
Edad Media		74,6 ± 5,5 años	62,1 ± 12,5	0,001
Score Grace	Alto	8 (20,5%)	31 (79,5%)	< 0,001
	Medio y bajo	4 (1,4%)	283 (98,6%)	
FE	Conservada ≥ 50	1 (0,5%)	198 (99,5%)	0,002
	Deprimida < 50	7 (7,1%)	92 (92,9%)	
Arritmias	Sí	6 (8,4%)	65 (91,5%)	NS
	No	6 (2,3%)	251 (97,7%)	
Troponina 1	Elevada	12 (3,7%)	309 (96,3%)	NS
	Normal	0 (0%)	7 (100%)	
Segmento ST	Elevado	6 (2,8%)	206 (97,2%)	NS
	Normal o descendido	6 (5,2%)	110 (94,8%)	
Índice de Cockcroft	< 60 ml/min	6 (12,8%)	41 (87,2%)	< 0,001
	≥ 60 ml/min	6 (2,1%)	275 (97,9%)	
Leucocitosis	≥ 10.000 cell/mm3	10 (6%)	157 (94%)	0,021
	< 10.000 cell/mm3	2 (1,2%)	159 (98,8%)	

talización en pacientes con SCA y creatinina normal. El cálculo del FG debiera tenerse en cuenta estos pacientes, nos aporta información pronóstica importante y complementa a otras herramientas en la estratificación del riesgo. Ver tabla 1 (V-49).

V-50 CARACTERIZACIÓN GENÉTICA DE HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR EN UNA UNIDAD DE LÍPIDOS

J. Torres Triana, L. Manzanedo Bueno, P. Crecente Otero, N. Castro Iglesias, R. Díez Bandera, R. Macías Casanova, M. Gómez Munuera y F. Sanz Ortega

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

Objetivos. Realizar la identificación genética de los pacientes con sospecha de Hipercolesterolemia Familiar atendidos en la Unidad de Lípidos del Hospital Clínico Universitario de Salamanca, a los que se les ha realizado el test genético de Lipochip.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con sospecha de Hipercolesterolemia Familiar atendidos en la unidad de lípidos del Hospital Clínico Universitario de Salamanca, con una puntuación Medped ≥ 6 , a los que se les ha realizado el test genético Lipochip.

Resultados. Se revisaron 42 pacientes desde septiembre de 2009 a junio de 2010. 28 pacientes (66,7%) presentaban mutación genética compatible con hipercolesterolemia familiar (HF). El 82,14% de los pacientes diagnosticados de HF presentaban una puntuación Medped ≥ 8 . De los pacientes con HF el 71,4% eran mujeres. La edad promedio fue de 40 años. Las mutaciones en el gen del Receptor LDL fueron las más frecuentes afectando al 85,7% (24) de los pacientes, seguidas por un 14,3% de mutaciones en el gen de la apolipoproteína B y no se encontró ninguna mutación en el gen del PCSK9. La mutación más frecuente fue la M049 del gen receptor LDL, encontrada en 8 pacientes, seguida de las mutación M072 (5 pacientes), M120 (3 pacientes) del mismo gen y la mutación M1000 (3 pacientes) del gen de la apolipoproteína B. Uno de los pacientes presentó una combinación de dos mutaciones, la M001 y la M073 a nivel del gen receptor LDL. En la tabla se enumeran las mutaciones encontradas con su respectiva identificación genética. Respecto a la ciudad de origen de los pacientes, el 57,1% de los pacientes eran naturales de la ciudad de Salamanca.

Discusión. La HF es un trastorno genético del metabolismo de las lipoproteínas, que ha demostrado un incremento en el riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular y aterosclerosis a una edad temprana. Se produce cuando hay mutaciones a nivel del gen de receptor LDL, de la apolipoproteína B o del PCSK9. La identificación y confirmación de los pacientes con estos trastornos a través de los test genéticos disponibles, permiten optimizar el tratamiento hipo-

lipemiente y detectar precozmente a otros miembros de la familia afectados.

Conclusiones. Los pacientes con una puntuación Medped más alta tienen mayor probabilidad de presentar una mutación para HF. En nuestra serie las mujeres presentaban una mayor prevalencia de HF. El gen más comúnmente afectado es el gen del Receptor LDL y en nuestra serie la mutación más frecuente fue la M049 de dicho gen. Ver tabla 1 (V-50).

V-51 EDAD Y MASA TUMORAL: VARIABLES RELACIONADAS CON LARGA SUPERVIVENCIA EN MIELOMA MÚLTIPLE (ANÁLISIS DE UNA SERIE DE 391 PACIENTES)

A. Cánovas Fernández, J. Barreiro García y J. Alonso Alonso

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cruces. Barakaldo (Vizcaya).

Objetivos. La supervivencia (SV) de los pacientes con mieloma múltiple (MM) ha mejorado considerablemente en los últimos años con el autotrasplante de precursores hemopoyéticos (AT) y los nuevos agentes. No obstante hay referencias en la literatura de SV superior a 10 años en MM con quimioterapia convencional; esto sugiere la existencia de un subgrupo de pacientes de menor riesgo aunque las razones no sean del todo conocidas. Nuestro objetivo ha sido evaluar factores pronósticos en los pacientes tratados con quimioterapia en nuestra cohorte de MM con SV ≥ 10 años.

Material y métodos. Desde enero de 1980 a marzo de 2008 tratamos a 391 pacientes con MM diagnosticados de acuerdo con los criterios de la Chronic Leukemia-Myeloma Task Force. El tratamiento consistió en melfalán-prednisona, poliquimioterapia y, desde 1994, AT, cuando ha sido practicable. Entre 2003 y 2006 se incorporan los nuevos agentes: talidomida, bortezomib y lenalidomida. Métodos estadísticos: χ^2 , prueba exacta de Fisher, t de Student y multivariante por regresión binaria logística de Cox

Resultados. Pacientes observados: 391; se excluyen 64 por asintomáticos (12) o vivos con tiempo de observación < 10 años. Son incluidos 327; edad mediana 68 (31-96). Componente monoclonal (CM) (%): G (46), A (31), cadenas ligeras y otros (23); CL κ (57%), CL λ (43%); mediana del CM sérico: 3,6 g/dl (0,3-10); CM urinario en el 60%. Estadios de Durie-Salmon (DS) (%): I (13), II (23) y III (64). ISS (154 pacientes) (%): I (21), II (40) y III (39). Plasmocitosis medular: mediana 40% (3-100). Beta-2 μ g: mediana: 4 mg/L (0,8-70). Han fallecido 304 con mediana de tiempo de observación (TO) de 1,56 años (media: 2,36 [0,02-9,6]). Viven más de diez años desde el inicio de quimioterapia 23 (7%) con mediana del TO de 12 años y media de 13,7 (10,02-24) años. AT en 59 pacientes (12 dobles), 35 en el grupo de fallecidos con TO < 10 años y 9 en los supervivientes > 10 años (4 dobles). Han resultado significativas en relación con SV

Tabla 1 (V-50). Caracterización genética de hipercolesterolemia familiar

Gen mutado	Características de la mutación			Nº casos (%)
	Mutación	Identificación genética	Clase mutacional	
Receptor LDL	M049	C.953G > T	Cambio de aminoácidos	8 (28,6%)
	M072	c.1775G > A	Cambio de aminoácidos	5 (17,9%)
	M120	c.2389+4 ^a > G	Splicing	3 (10,7%)
	M003	c.-135C > G	Promotor	2 (7,1%)
	M061	c.661G < T	Cambio de aminoácidos	2 (7,1%)
	M282	c.796G > A	Cambio de aminoácidos	2 (7,1%)
	R016	c.1846- Δ 2140+?del	Alelo nulo	1 (3,6%)
	M001+M073	c.2393_2401del	Delección pauta de lectura +	
		ITTCTCGTCT+c.1690A > C	Cambio de aminoácidos	1 (3,6%)
Apolipoproteína B	M1000	c.10580C > T	Cambio de aminoácidos	3 (10,7%)
	M100	No reportada	Alelo nulo	1 (3,6%)

> 10 años las siguientes variables: ISS, A/B de DS, CF, edad, Hb, albúmina, CM sérico, plasmocitosis y fallo o progresión a los 12 meses del inicio de la QT. No son significativos el sexo, el tipo de CM, el fallo del tratamiento a los 3 meses, la cifra de creatinina ni beta-2 microglobulina. En el análisis multivariante resultan significativas la edad, la plasmocitosis y la cuantía del CM sérico.

Discusión. Los índices pronósticos más utilizados en el MM son el de DS y el ISS. Con el desarrollo de la citogenética es posible ahora una aproximación más precisa al pronóstico aunque estos métodos con frecuencia no están disponibles. En nuestra serie las variables relacionadas con la SV de 10 o más años han sido las habituales de los índices pronósticos referidos. En el análisis multivariante sin embargo sólo han sido significativas edad, plasmocitosis medular y cuantía del componente monoclonal sérico; las dos últimas relacionadas con la masa tumoral y la primera, con la tolerancia del paciente al tratamiento.

Conclusiones. En nuestra serie de MM, 23 pacientes (8,8%) han sobrevivido 10 o más años con quimioterapia estándar. Los factores relacionados con esta SV prologada han sido menor edad y menor masa tumoral, representada por la cuantía del componente monoclonal sérico y la plasmocitosis medular.

V-52

APLICACIÓN DE LA ESCALA CURB-65 COMO ÍNDICE PRONÓSTICO INICIAL EN PATOLOGÍA NO QUIRÚRGICA

C. Armiñanzas Castillo¹, C. Valero Díaz de Lamadrid², R. Portilla Chocarro¹, L. Velasco Arjona¹, N. Calvo Mijares¹, M. Piret Ceballos¹ y J. Riancho Moral²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Sierrallana. Torrelavega (Cantabria). ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria).

Objetivos. La asistencia a pacientes pluripatológicos requiere una correcta valoración de la gravedad del cuadro que permita decidir si el ámbito más adecuado para su tratamiento es ambulatorio, hospitalario o en una unidad de cuidados intensivos (UCI). Con este fin se han desarrollado varias escalas, que incluyen variables clínicas y analíticas, para estimar la gravedad y el pronóstico de diferentes enfermedades. La escala CURB-65, que valora sólo 6 ítems, es útil en la predicción de mortalidad en pacientes con neumonía comunitaria. El objetivo de nuestro estudio es establecer la utilidad de esta escala en la predicción del riesgo de muerte a los 30 días en pacientes con enfermedades no quirúrgicas ingresados en un Servicio de Medicina Interna.

Material y métodos. El estudio se realizó en el hospital comarcal Sierrallana (Torrelavega, Cantabria), que cubre un área sanitaria de 160.000 habitantes con 250 camas de hospitalización general. Se recogieron 206 pacientes (56% varones y 44% mujeres), ingresados en el Servicio de Medicina Interna (marzo-mayo 2010). Fueron evaluados en las primeras 24 horas del ingreso, previo consentimiento informado. Se analizaron las variables de la escala CURB-65 (confusión, urea > 42 mg/dl, frecuencia respiratoria \geq 30/minuto, PA sistólica < 90 mmHg y/o PA diastólica \leq 60 mmHg y la edad \geq 65 años). El seguimiento se realizó hasta el alta o el fallecimiento del paciente. En la escala CURB-65 los pacientes fueron agrupados en riesgo bajo (0-1 ítem), intermedio (2 ítem) o alto (3 o más ítems).

Resultados. La aplicación de la escala CURB-65 al ingreso clasificó a los pacientes en riesgo bajo (25%), riesgo intermedio (35%) y riesgo alto (40%). La estancia media fue de $8,6 \pm 6,9$ días. La mortalidad en el primer mes fue del 10,7% (21 pacientes). Los pacientes fallecidos tenían un score en la escala CURB-65 de: 0% en riesgo bajo, 9% en riesgo moderado y 91% en riesgo alto y los no fallecidos de: 28% en riesgo bajo, 38% en riesgo moderado y 34% en riesgo alto ($p < 0,001$). El porcentaje de éxitos en el score bajo, intermedio y alto fue del 0%, 3% y 23% respectivamente. El score de riesgo alto en la escala CURB-65 mostró una sensibilidad del 90% y una especi-

ficidad del 66% en la predicción del riesgo de muerte a los 30 días.

Discusión. La aplicación de la escala CURB-65 en las primeras 24 horas del ingreso en los pacientes de Medicina Interna puede ayudar a establecer de forma sencilla el riesgo de muerte en los primeros 30 días. Esto permitirá establecer medidas que aseguren una especial atención en estos enfermos.

Conclusiones. Consideramos de utilidad aplicar la escala CURB-65 en los pacientes ingresados en Medicina Interna.

V-53

PACIENTES PSIQUIÁTRICOS HOSPITALIZADOS: ¿SÓLO ENFERMOS DE MENTE?

C. Hernández Quiles, N. Ramírez-Duque, J. Praena Segovia, D. Mendoza Giraldo, L. de la Higuera Vila, L. Moreno-Gaviño y M. Bernabeu-Wittel

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. Análisis descriptivo de los factores de riesgo cardiovascular, consumo de tóxicos y patologías médicas (crónicas o agudas) de una población psiquiátrica hospitalizada.

Material y métodos. Estudio descriptivo mediante cortes transversales semanales durante 2 meses de los pacientes ingresados en la Unidad de Agudos de Psiquiatría del Hospital Universitario Virgen del Rocío durante los meses de marzo y abril de 2010. Se analizaron las diversas patologías médicas acompañantes o que generaran una complicación durante su ingreso, registrándose también los factores de riesgo cardiovascular y el consumo de tóxicos.

Resultados. El número total de pacientes incluidos fue de 96, con una edad media de 39 ± 13 años, siendo el 53,9% de ellos varones. La prevalencia de los factores de riesgo vascular del 61%. El 50% presentaba un IMC > de 25 y el 21% presentaba obesidad en alguno de sus grados. Eran fumadores el 58%, bebedores de > 40 gramos de alcohol el 18% y consumían algún otro tóxico el 27,6%. La HTA estaba presente en el 8%, la diabetes en el 5% y la dislipemia en el 13,2%. Presentaban alguna enfermedad cardiovascular el 5%, digestiva el 8%, neurológica el 6,6% y respiratoria el 10,5%. El 30,2% recibían tratamiento médico además de los de su enfermedad mental y el 6,6% habían requerido un ingreso en un área no psiquiátrica en el año previo. El 26,3% presentaron complicaciones médicas durante su ingreso que requirieron asistencia por parte de un internista, falleciendo uno de ellos.

Conclusiones. A pesar de su relativa corta edad, la necesidad de atención médica más allá de su enfermedad mental fue alta en nuestra población psiquiátrica hospitalizada, siendo llamativa la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular.

V-54

EVALUACIÓN INTEGRAL DE UNA POBLACIÓN OLVIDADA: LOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

L. de la Higuera Vila, N. Ramírez-Duque, J. Praena Segovia, D. Mendoza Giraldo, L. Moreno Gaviño, C. Hernández Quiles y M. Bernabeu-Wittel

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. Describir las características epidemiológicas y clínicas, así como su situación funcional y social de una población psiquiátrica hospitalizada.

Material y métodos. Estudio descriptivo mediante cortes transversales semanales durante 2 meses de los pacientes ingresados en la Unidad de Agudos de Psiquiatría del Hospital Universitario Virgen del Rocío durante los meses de marzo y abril de 2010. Se registraron las características de su enfermedad mental (clase, tiempo de

evolución y número de ingresos), realizando además una evaluación funcional (escalas de Barthel y Lawton-Brody) y social (escala de Gijón).

Resultados. El número total de pacientes incluidos fue de 96, con una edad media de 39 ± 13 años, siendo el 53,9% de ellos varones. El tiempo medio de evolución de la enfermedad psiquiátrica fue 9 ± 8 años (rango: 0,1-40), con una media de ingresos previos en el área de Psiquiatría de $4,5 \pm 6$ (esquizofrenia: 59%, neurosis: 35,5%, otras: 5,5%). La media en la escala de insuficiencia sociofamiliar fue de $11 \pm 4,4$ puntos presentando el 66,6% clara insuficiencia (≥ 10 puntos). En cuanto a la evaluación funcional, el índice de Barthel para las actividades básicas fue de: 95 ± 15 puntos y sin embargo, al estudiar las actividades instrumentales, el índice de Lawton-Brody fue de $5,54 \pm 2,6$ puntos, siendo el 54% de ellos incapaces de administrarse su medicación.

Conclusiones. A pesar de definirse como una "unidad de agudos", nuestra población psiquiátrica hospitalizada estudiada se caracteriza por ser enfermos crónicos con una evidente falta de recursos sociofamiliares y un alto riesgo de abandono de la medicación.

V-55

SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ: ESTUDIO DESCRIPTIVO

C. Gómez del Valle¹, M. Serrano Herrero¹, M. Navarro Aguilar¹, M. Iguzquiza Pellejero¹, M. Matía Sanz¹, M. Martín Fortea¹, R. Pelay Cacho¹ y A. Velázquez Benito²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Objetivos. Describir las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes ingresados por síndrome de Guillain Barré, el tratamiento empleado y su evolución durante el ingreso y al alta.

Material y métodos. Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo en el que se revisan las historias de los pacientes con el diagnóstico al alta de síndrome de Guillain Barré, ingresados en el Hospital Clínico "Lozano Blesa" de Zaragoza desde el año 2006 al año 2009, ambos inclusive.

Resultados. Se incluyeron 24 pacientes. El 67% fueron varones. La edad media de los pacientes fue de 47 años. Respecto a la distribución estacional, el 37,5% de los casos se dieron en invierno. En el 50% de los pacientes no se encontró antecedente de infección; 11 pacientes refirieron un antecedente de infección respiratoria y tan sólo 1 paciente, de infección gastrointestinal. La mayoría de los pacientes (83,3%) ingresaron en el Servicio de Neurología. El 25% fueron trasladados a la UCI durante el ingreso (el 7% por insuficiencia respiratoria establecida). La estancia media de los pacientes fue de 21,9 días. En cuanto a la clínica, 5 pacientes fueron diagnosticados de síndrome de Miller-Fisher, y 2 de otras variantes regionales. Los síntomas más frecuentes fueron parestesias (50%), afectación de pares craneales (42%), paraparesia de EEII (38%), tetraparesia (33%) y paraparesia de EESS (4%). A 23 pacientes se les realizó punción lumbar, hallándose una disociación albúmino-citológica en el 77% de los casos. A 21 pacientes se les realizó estudio de neurofisiológico, presentando el 48% una polineuropatía desmielinizante. El 84% de los pacientes fue tratado con Inmunoglobulinas, el 8% fue tratado con plasmaféresis y el otro 8% fue tratado únicamente con corticoides. El 92% de los pacientes tuvo secuelas que precisaron rehabilitación (el 21% se trasladó a otro tipo de hospital). Sólo dos pacientes fallecieron durante el ingreso.

Discusión. El SGB es una polirradiculoneuropatía desmielinizante aguda y autoinmune, que afecta principalmente al sistema nervioso periférico. Como en estudios previos, en nuestra serie se observa un predominio del sexo masculino, del adulto joven y de los meses de invierno. Llama la atención el alto número de pacientes en los que no se refleja un antecedente de infección, que puede deberse a una anamnesis deficiente. Según la literatura, la clínica puede ser muy variada, presentándose clásicamente como un déficit motor de

EEII con progresión ascendente, en muchas ocasiones precedida de parestesias, y en un tercio de los casos, acompañada de afectación de pares craneales (cifra algo superior en nuestra serie). En el 80% de los casos, se encuentra una disociación albúmino-citológica en el LCR (concordante con nuestro estudio). El estudio neurofisiológico es útil para confirmar el diagnóstico y definir el subtipo; en nuestra muestra, la afectación más prevalente es la de tipo desmielinizante, aunque en un alto porcentaje de pacientes es de tipo mixto. Respecto al tratamiento, la plasmaféresis y las Ig son similares en cuanto a eficacia, y siendo una u otra de elección según la disponibilidad o experiencia de cada centro. La cifra de mortalidad de nuestros pacientes se encuentra dentro de la que referida por la literatura (5-8%), siendo la causa del exitus la insuficiencia respiratoria.

Conclusiones. El perfil del paciente ingresado por un SGB es un adulto joven, varón, con antecedente de cuadro infeccioso. La clínica del cuadro suele ser variada, con predominio de un déficit motor de EEII con progresión ascendente, afectación de pares craneales y parestesias. La mayoría de los pacientes van a presentar secuelas al alta, precisando rehabilitación.

V-56

HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO: EXPERIENCIA DE FUNCIONAMIENTO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA (HUNSC)

M. Castilla Selva, M. Padilla Salazar, A. Castellano Higuera, L. Abella Vázquez y P. Láynez Cerdeña

Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos. Se describe la experiencia y características del funcionamiento de la Unidad de Hospitalización a Domicilio del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC) durante 33 meses.

Material y métodos. Estudio observacional retrospectivo de todas las Historias Clínicas del Servicio de HADO del HUNSC entre marzo de 2007 y diciembre de 2009. Los parámetros analizados fueron: servicio solicitante, valoración de ingreso, causa de rechazo, estancia media y grado de satisfacción de los pacientes y sus familiares. Los datos se obtuvieron a partir de la base de datos de la Unidad de HADO y del Departamento de codificación de archivos del HUNSC. Se analizaron con el paquete estadístico SPSS 15.0 para Windows.

Resultados. Durante el periodo analizado se recibieron un total de 1422 solicitudes de ingreso en HADO. El servicio con mayor demanda (25,9%) fue Urgencias, seguido por Medicina Interna (21,9%), Cirugía (18,2%) y Neumología (16,0%). Se rechazaron 469 solicitudes (33%), siendo la causa más frecuente de rechazo el no reunir criterios de ingreso (41%). La estancia media de los pacientes fue de 9 días (rango: 1-31 días), siendo el grado de satisfacción muy bueno.

Discusión. La hospitalización a domicilio ha demostrado ser una alternativa útil a la hospitalización convencional. El utilizar indicadores que nos permitan detectar deficiencias y efectuar acciones de mejora hace mejorar la Calidad de la Unidad y hacerla más eficiente.

Conclusiones. Debido al alto número de consultas rechazadas, y a la no utilización por algunos Servicios, es necesario efectuar varias acciones de mejora para mejorar la eficiencia y utilización de HADO: 1) Efectuar charlas informativas en los servicios para optimizar las Hojas de Consulta y la utilización de la Hospitalización a Domicilio. 2) Se considera oportuno crear un formato especial de Hoja de Consulta donde se determinen los criterios de ingreso en dicha unidad. Como en otras experiencias, el grado de satisfacción de los pacientes y cuidadores fue muy alto, considerando esta alternativa a la hospitalización convencional de gran utilidad.

V-57 CONSUMO DE PLANTAS MEDICINALES EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN MEDICINA INTERNA EN GRAN CANARIA

I. Oliva Alfonso¹, A. Conde Martel¹, J. Cruz Suárez²,
L. del Otero Sanz³, E. Herrera Ramos⁴, M. Hemmersbach-Miller¹,
M. Serrano Fuentes¹ y J. Ruiz Hernández¹

¹Servicio de Medicina Interna, ⁴Servicio de Inmunología. Complejo Hospitalario Dr. Negrín. Las Palmas (Gran Canaria). ²Servicio de Medicina Naturista. Centro Biodrago T.I.S. Galdar (Gran Canaria). ³Medicina Preventiva. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de (Gran Canaria).

Objetivos. Conocer la prevalencia del consumo de plantas medicinales en pacientes ingresados en M. Interna.

Material y métodos. Se realizó un estudio prospectivo incluyendo a 98 pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Dr. Negrín, a los cuales se les realizó una encuesta sistematizada sobre el consumo de plantas medicinales. Se excluyó a los pacientes con deterioro cognitivo severo. Se recogieron las características demográficas de los pacientes, el motivo de ingreso, los fármacos que consumían al ingreso, la ingesta de plantas medicinales, el motivo por el cual las consumían y su forma de obtención. Se analizó la prevalencia de consumo de plantas medicinales y su relación con las características de los pacientes. Para el análisis estadístico se utilizaron los test de Chi cuadrado y t de Student.

Resultados. De los 98 pacientes encuestados, 33,7% eran varones y 66,3% mujeres con una edad media de 76 años (DE 9,1, rango 37-105). El 53,1% de los pacientes tenía una residencia rural. Las causas de ingreso más frecuentes fueron insuficiencia cardíaca (48%), patología infecciosa (20, 4%). La prevalencia de consumo de plantas medicinales actual fue de un 33,7% y considerando además el consumo previo de un 64,3%. Las plantas más usadas fueron manzanilla (34%), hierba luisa (25,5%), pasote (19,4%), cola caballo (16,3%), tila (14,3%), caña limón (11,2%), poleo (10,2%), tomillo (8,2%), nogal (7,1%), brujilla (6,1%), vinagrera, pita-savia, aloe (3,1%) y ruda (1%). Las principales finalidades de consumo fueron para alivio del dolor abdominal (19,4%), como diurético (14,3%), antigripales (8,2%), para la tensión arterial (3,1%) o por placer (25,5%). Un 44,9% de pacientes las obtenían en la tienda mientras que un 34,7% en el campo. El consumo global de plantas medicinales se asoció a una mayor edad media ($p < 0,005$), y tendía a ser mayor en pacientes que vivían en medio rural (71,2 vs 55,6%, $p = 0,11$). La mayoría de los pacientes estaba polimedicado. Los fármacos consumidos con mayor frecuencia fueron diuréticos (48%), beta-bloqueantes (40,8%), AAS (33,7%), antidiabéticos orales (24,5%) y anticoagulantes orales (ACO) (23,5%). Cabe destacar una asociación inversa entre el consumo de ACO y plantas medicinales ($p = 0,04$), pese a lo cual 11 pacientes con ACO las tomaban.

Discusión. En nuestra sociedad nos vemos envueltos en un marco en el que cada vez se tiende más al uso de remedios naturales. De hecho, en este estudio se observa una alta prevalencia de consumo de plantas medicinales. El consumo más frecuente fue el de manzanilla, de la que hay que tener en cuenta que uno de sus principios activos es la cumarina, que podría interferir en el efecto de los ACO de nuestros pacientes, como de hecho se ha descrito. Por otra parte habría que considerar el uso de plantas medicinales con acción diurética (cola caballo) que puede tener relevancia en la evolución de los pacientes con insuficiencia cardíaca. Harían falta más estudios para evaluar los efectos tanto positivos como negativos de las plantas medicinales.

Conclusiones. La prevalencia de consumo de plantas medicinales en pacientes hospitalizados en Medicina Interna es muy elevada y se debería recoger en la historia clínica.

V-58 TEST DEL ALIENTO CON TRIGLICÉRIDOS MARCADOS CON C13 EN EL DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA PANCREÁTICA EXOCRINA (IPE)

P. Sánchez Moliní¹, X. Salcedo Mora², S. Lara Baruque³
e I. Jiménez Alonso²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Digestivo, ³Análisis Clínicos. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Objetivos. Valorar la utilidad del Test de aliento con triglicéridos marcados con C13 en el aire espirado.

Material y métodos. Estudio descriptivo-retrospectivo sobre pruebas realizadas a 305 pacientes en el Laboratorio de Digestivo del Hospital Universitario de la Princesa entre marzo 2003 y mayo 2010. El test se basa en administrar triglicéridos marcados con C13 que son digeridos por las enzimas pancreáticas y eliminados por el aire espirado en unas horas. El análisis se realizó por espectrofotometría de masas, calculando el porcentaje de $^{13}C-CO_2$, en el aire espirado. Se consideró resultado de la prueba: normal si el resultado fue > 45 , grado I de 30 a 45, Grado II de 15 a 30 y Grado III < 15 . Método: se toman 2 pruebas basales posteriormente y después de la ingestión del sustrato (250 mg en 20 g de mantequilla) se recogen 2 pruebas de aire espirado cada 30 minutos, hasta completar 6 horas. Se realizaron 356 pruebas a un total de 305 pacientes (pts): 172 varones (v) y 133 mujeres (m). Las patologías origen de la insuficiencia pancreática se dividieron en: cirugía biliopancreática, causa médica (pts celíacos, diarrea crónica...), pancreatitis crónica, y pts afectos de fibrosis quística.

Resultados. El resultado fue: normal en 36 pts (16 v + 20 m), grado I en 100 (55 v y 45 m), Grado II en 115 (70 v y 45 m), Grado III en 54 (31 v + 23 m). Según la patología de origen: 135 pts (44,26%) estaban diagnosticados de pancreatitis crónica (98 v + 37 m); 99 pts (32,45%) de fibrosis quística (45 v + 54 m); 29 pts (9,50%) habían tenido cirugía biliopancreática (8 de ellos (2 v + 6 m) por causa neoplásica); 32 pts (10,49%) estaban diagnosticados de enfermedades biliopancreáticas (13 v + 19 m); 10 pts (3,27%) tenían celiaquía (5 v + 5 m). Respecto al mayor grado de Insf pancreática (Grados II y III), según las diferentes patologías: Grado II (115 pts): 56 pts (48,65%) con fibrosis quística (27 v + 29 m), 42 pts (36,52%), pancreatitis crónica (35 v + 7 m), 17 pts (14,78%) causas quirúrgicas y médicas (8 v + 9 m); Grado III (54pts): 25 pts (46,29%), pancreatitis crónica (18 v + 7 m), 19 pts (35,18%), fibrosis quística (9 v + 10 m), 10 pts (18,51%) de causas quirúrgicas y médicas (4 v + 6 m).

Discusión. En nuestro estudio el mayor grado de insuficiencia pancreática se detectó en los pacientes con diagnóstico de pancreatitis crónica (44,26%) y de fibrosis quística (32,45%). Resultados por sexos: pancreatitis cónica (v) 53 (79,10%) y (m) 14 (20,89%). En fibrosis quística: 36 (v) (48%) y 39 (m) (52%). Este test de aliento en IPE, es una buena alternativa para medir la actividad intraduodenal de la lipasa pancreática (LP), en sustitución de la cuantificación de grasa fecal (test de Van de Kamer) > 7 g/día en heces de 72 horas, que se produce cuando la secreción de LP ha disminuido en un 90%.

Conclusiones. Dado que la insuficiencia pancreática exocrina se desarrolla de forma muy lenta, favoreciendo la malnutrición y sus complicaciones a lo largo de muchos años, el test de aliento con triglicéridos marcados con C13, es un método fiable no invasivo ni radiactivo y es una prueba fácil de realizar que permite medir pronto el grado de IPE en pacientes afectos de diversas patologías. Así mismo permitiría monitorizar la respuesta al aporte de enzimas pancreáticos sustitutos.

V-59 INDICADOR DE CONFIANZA DE LOS MÉDICOS (ICM)

N. Marín Gámez, H. Fornieles Pérez, F. Durbán, M. Lago, P. Ataz López y J. Pimentel

SIMEAL. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas. Almería.

Objetivos. Un índice de sentimiento (en este caso, de confianza) expresa la realidad percibida en base a los hechos vividos, conocidos y reales, no necesariamente a lo que está por venir. Una empresa tiene como verdadera identidad aquella que subyace en la opinión de las personas que trabajan en ella. La realidad demuestra que las vivencias, historias y opiniones de las personas que trabajan en la empresa son las que de verdad marcan la diferencia. De hecho, el cambio de cultura no puede imponerse, se erige desde dentro y a largo plazo. Actualmente, la credibilidad de una empresa empieza y termina por la opinión que tienen de ella sus propios trabajadores que pueden actuar como los mejores -o peores- embajadores de la misma.

Material y métodos. ICM es un índice sintético estructurado, con expresión analógica-cuantitativa, que se construye desde la información dada por los facultativos a través de una intervención tipo cuestionario en un tiempo dado. Tamaño muestral: Universo 40 servicios en tres áreas funcionales (finalistas, clínicos de apoyo al diagnóstico, administración-gestión). Se han obtenido 160 respuestas validadas, y 16 excluidas, que es una representación diversa de los FEAs, predominio de los clínicos (83%) y de mujeres (56%), en un tiempo definido (primavera 2008-primavera 2010). Periodicidad: trimestral. Las dimensiones fueron: Volumen de trabajo. Naturaleza del trabajo. Respeto percibido. Desarrollo profesional continuado (formación, competencias, carrera profesional). Conciliación laboral-familiar-ocio. Rating: Cada dimensión se valoró cualitativamente como "peor", "igual" o "mejor". Carácter. Anónimo y voluntario.

Resultados. El ICM 08-09 muestra un valor medio de 4,97, siendo el valor de partida de 4,2 puntos, el peor 3,8, el máximo 5,2, y una dispersión escasa, (DE: $\pm 1,21$; rango 3-7,5). Conciliación. Los facultativos perciben dificultades para conciliar tiempo laboral, ocio y familia entre el 70%-80% de encuestados. Volumen de trabajo ("cargas"): el 60% contestó que esta dimensión estaba peor, ahora el descontento sube al 70% que creen que empeoran las cargas laborales asignadas. Desarrollo profesional continuado: tanto en abril-08 como en enero 10 entre el 60%-65% de los encuestados dijeron estar peor, percibir negativamente sus posibilidades de desarrollo, la valoración, pues, con tendencia negativa, no ha cambiado sustancialmente. Autonomía -nivel o libertad de- para las actividades laborales y Respeto percibido (pacientes, familiares, trabajadores...) son las dimensiones que mejores resultados ofrecen a lo largo de la serie temporal: el 40% dijo que su autonomía no había variado, y entre el 30% y el 20% que mejoró; en cuanto al respeto, casi un 33% cree que ha mejorado y algo más que sigue igual.

Discusión. El ICM describió tendencias razonables y durante 2 años se comportó de un modo consistente. La conciliación vida familiar, ocio y trabajo necesitan mejorar. El volumen de trabajo, también. Los médicos desean que mejore netamente sus posibilidades de desarrollo profesional, y es razonable dirigir esfuerzos en este sentido dado que ello aumenta la productividad y los resultados. El médico medio coloca la autonomía en el 4º lugar y cree que, siendo mejorable, no ha empeorado. Finalmente, parece mejorar el respeto percibido.

Conclusiones. El ICM es un instrumento útil. No pretendemos hacer una inferencia a otros contextos, tal vez muy diferentes. No sabemos si puede, además, anticipar expectativas o pulsar escenarios futuros. ICM probablemente permita aproximarse a las expectativas e intenciones laborales apoyándose en el sentimiento vivido y la propia percepción actual del entorno -o dimensiones en este caso- sociolaboral, el empleo, la economía familiar y el bienestar.

V-60 COLITIS COLÁGENA Y ENFERMEDADES REUMÁTICAS

N. Gago Arsenal¹, A. Rueda Cid², C. Campos Fernández², J. Calvo Catalá², M. González-Cruz Cervellera², E. Mateo Sanchis¹ y M. Pastor Cubillo²

¹Servicio de Medicina Interna. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. ²Servicio de Reumatología y Metabolismo Óseo. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia.

Objetivos. La colitis colágena (CC) es una enfermedad de etiología desconocida (supuestamente autoinmune), que se caracteriza por diarrea crónica acuosa, sin moco ni sangre ni pus y que se acompaña de dolor abdominal, siendo normal la colonoscopia. Su diagnóstico es histológico al demostrar una banda de colágeno subepitelial, con moderado infiltrado inflamatorio crónico en la lámina propia y aumento de linfocitos intraepiteliales. Fue descrita en 1976 por Lindström. Se ha relacionado con diversas patologías: poliartritis seronegativa, patología tiroidea, artritis reumatoide y otros procesos autoinmunes (Sjögren, miastenia, esclerodermia, arteritis de células gigantes, etc.). Su tratamiento se basa en anti-diarreicos y si no responde, 5-ASA e incluso corticoides. Pretendemos valorar la incidencia de la CC en un Servicio de Reumatología.

Material y métodos. Para ello, hemos realizado una búsqueda de pacientes con patología reumatológica estudiados en nuestro servicio en los últimos 10 años y a los que se ha diagnosticado colitis colágena, basándonos en la base de datos del Servicio.

Resultados. Constatamos once pacientes con colitis colágena: Pacientes con diarrea crónica y tratados en nuestra consulta de Reumatología. Sexo: 9 mujeres y 2 hombres. Edad media: 53.7 años (69 y 24 años). Duración media del cuadro hasta diagnóstico: 2,1 años (8 meses y 7 años). Diagnóstico: colonoscopia con biopsia característica. Patologías asociadas: artritis reumatoide en 4 casos, artrosis en dos casos, esclerodermia en un caso, lupus eritematoso sistémico en un caso, síndrome de Sjögren primario en un caso, polimiositis en un caso y artropatía psoriásica en un caso.

Discusión. Constatamos la asociación de CC en pacientes con patología reumatológica y diarrea crónica, afectando más a pacientes de sexo femenino, como en otras series publicadas. El diagnóstico es histológico, por lo que ante una diarrea crónica y con colonoscopia normal, es indispensable la realización de biopsia y estudio histológico que demuestre banda de colágeno subepitelial, con infiltrado inflamatorio crónico en la lámina propia y aumento de linfocitos intraepiteliales. No obstante, parecen pocos casos, pensando que es una patología poco diagnosticada, no investigando todos los casos de diarrea crónica asociados a enfermedades reumáticas.

Conclusiones. 1. Se constata la asociación de CC a procesos reumatológicos, sobre todo inflamatorios/autoinmunes. 2. La CC debe ser un proceso más frecuente que lo reflejado en la bibliografía, recomendando la realización de biopsia a todo paciente con diarrea crónica aun con endoscopia normal. 3. Siempre que aparezca diarrea en un paciente con patología reumática, debemos sospechar éste cuadro y efectuar los estudios pertinentes.

V-61 PROCEDIMIENTOS INVASIVOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS EN CUIDADOS PALIATIVOS DEPENDIENTE DE MEDICINA INTERNA

C. Vicente¹, S. Plaza¹, C. Sobrino¹, G. Flox¹, L. Morata¹ y J. Marco²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid). ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos. Describir los procedimientos invasivos (PI) realizados a pacientes oncológicos en situación de cuidados paliativos.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes oncológicos en cuidados paliativos (CP) que ingresan en la unidad de cuidados paliativos (UCP) de un hospital de segundo nivel que atiende a una población de 200.000 habitantes entre 2007 y 2009. Se consideraron como PI las siguientes categorías: catéter peritoneal para paracentesis o permanente (dos pacientes), nefrostomía, pleurodesis, prótesis esofágica, biliar y colónica, drenaje biliar externo, tubo de tórax (DET) y filtro de vena cava (FVC). El listado de PI se obtuvo mediante el filtrado de los códigos de los procedimientos del CIE-9 del servicio de documentación que posteriormente se cruzó con la base de la UCP que mantiene de forma activa en su actividad asistencial. Se realizó análisis descriptivo y en los contrastes de hipótesis una $p < 0,05$ se consideró significativa.

Resultados. En el periodo del estudio se producen 27.353 ingresos en especialidades médicas y quirúrgicas de los que en 444 (1,62%) se realiza algún PI. Los PI que se realizan por neoplasias son 154 (34,7%) de los cuales, ingresan en la UCP 67 (43,5%). En los pacientes en CP el 64,1% de los casos se debían a tumores del aparato digestivo y 61,2% son hombres. La edad media fue 66 años (DE 11,5). El ingreso fue urgente en 47,8% de los casos y programado en 29,9%. El PI más frecuente fue la inserción de catéter peritoneal para paracentesis (50,7%). Otros procedimientos fueron: colocación de nefrostomías (10,4%), pleurodesis (10,4%), prótesis esofágicas (9%), drenaje biliar externo (6%), DET (6%), prótesis biliar (3%), colónicas (3%) y FVC (1%). Dieciocho (27%) de los pacientes fallece durante el ingreso con una estancia de 18,5 días (P25-75: 9,7-25,5) precisando sedación 4 pacientes. De los pacientes restantes, la estancia fue de 9 días (P25-75: 6-17) ($p < 0,009$ vs estancia de los exi-tus) y el 56,7% fallece posteriormente: las altas a domicilio (49,2%) en 39 días (P25-75: 22-103) y los traslados (4,4%) a centros sociosanitarios en 5 días (P25-75: 4,3-13). El ingreso para la realización del procedimiento supone el 35% del tiempo que le queda de vida al paciente.

Discusión. El 43,5% de los pacientes oncológicos en situación de CP precisan de algún procedimiento invasivo para mejorar su sintomatología a lo largo de la evolución de la enfermedad. La realización de dichos procedimientos puede conllevar un deterioro funcional del paciente durante el ingreso o incluso su fallecimiento. Los ingresos suelen ser largos y suponen más de un cuarto del tiempo de vida que le queda al paciente.

Conclusiones. Es importante seleccionar adecuadamente al paciente y ser capaz de transmitirle la suficiente información para que pueda consentir o rechazar el procedimiento, garantizando siempre la continuidad de cuidados.

V-62

LA "TOMA DE DECISIONES" EN EL PACIENTE PALIATIVO NO ONCOLÓGICO

S. Romero Salado, A. García Egido, M. Escobar Llompart, R. Corzo Gilabert, V. Pérez Vázquez, O. Mera Gallardo, G. García Domínguez y F. Gómez Rodríguez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).

Objetivos. Dentro de los pacientes paliativos no oncológicos se engloba la insuficiencia cardiaca (IC). Su progresión y evolución en el tiempo conlleva un deterioro funcional en la vida diaria del paciente, que a menudo, se asocia a un grado elevado de comorbilidad. El presente estudio, parte de la inquietud de nuestro Servicio, para saber y valorar como estamos asistiendo a los pacientes con IC avanzada en fase terminal en esos últimos días.

Material y métodos. Revisión-análisis de los pacientes fallecidos con el diagnóstico de ICA como causa principal en el Servicio de Medicina Interna de un Hospital comarcal durante dos periodos: 1º periodo de 6 meses (noviembre 2007-abril 2008) y 2º periodo (no-

viembre 2008-abril 2009) tras actualización del tema. Se elaboró un protocolo de recogida de datos con investigación de toma de decisiones (existencia o no de órdenes recogidas en la historia clínica sobre la realización de maniobras de RCP, gradación de actuaciones como limitación del esfuerzo terapéutico, decisión de no medidas invasivas/UCI y la información dada sobre el pronóstico, al paciente, a la familia, a enfermería. Si se había retirado la medicación habitual para la enfermedad de base antes del fallecimiento, el inicio del tratamiento paliativo y la existencia de testamento vital. Los datos recogidos se analizaron mediante los métodos estadísticos propios de un estudio descriptivo.

Resultados. Se analizaron 70 pacientes en dos periodos (1º periodo entre paréntesis). Datos recogidos en Hª clínica sobre el pronóstico informado al: paciente 59% (28%), familia 85% (71%), enfermería 83% (57%). Datos recogidos en Hª clínica sobre información terapéutica o actitud a seguir en caso de empeoramiento progresivo del cuadro clínico: rechazo de medidas de RCP, UCI (agresivas/invasivas) 90% (28%), retirada de tratamiento específico 26% (14%), inicio de tratamiento paliativo 80% (28%). Datos recogidos sobre el consentimiento verbal informado 92% (71%). Existencia de testamento vital o voluntad anticipada 0% (0%).

Discusión. Respecto a la comunicación entre personal sanitario (equipo asistencial), familia y paciente en cuanto a los factores pronósticos, plan terapéutico y tipo de actuación a realizar según evolución de estado clínico del paciente se objetivó: que en más del 59% de los casos el pronóstico de la enfermedad se había informado al paciente, a la familia y al equipo sanitario; así como la actitud terapéutica según evolución clínica de la enfermedad e inicio de tratamiento paliativo, siendo anotados, en esos casos, en la historia clínica. Sólo en 11 pacientes se retiró el tratamiento activo. Las guardias de Medicina Interna en nuestro centro la realizan además de internistas otros especialistas (digestivos, neumólogos, oncólogos, endocrinos y neurólogos); por ello es importante que en la historia clínica de estos pacientes quede reflejado de forma clara y legible el plan de actuación en caso de empeoramiento. Así; RCP se inició en 3 de los pacientes (7% frente al 17% hace 2 años). Hemos mejorado pero aún se necesita avanzar más e insistir en la necesidad de reflejar todos estos datos en la historia incluyendo el consentimiento verbal (92% frente a 71% hace 2 años).

Conclusiones. Para llevar a cabo una asistencia eficaz es necesaria una adecuada comunicación paciente/familia/equipo sanitario en cuanto al ambiente asistencial, la información sobre cuestiones de pronósticos y planes de actuación proporcionales a la situación clínica del paciente, debiendo quedar anotadas en la historia clínica y reflejadas en las hojas de tratamientos de éstos pacientes. Es absolutamente necesario informarse y estar formados en cuidados paliativos para una mejor asistencia a este tipo de pacientes y su familia.

V-63

PREVALENCIA DE OBESIDAD Y SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES INGRESADOS POR EVENTOS CARDIOVASCULARES EN EL ÁREA MÉDICA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

V. Lechuga Flores, M. Escobar Llompart, V. Manzano Román, S. Romero Salado, R. Corzo Gilabert y O. Mera Gallardo

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).

Objetivos. Nuestro objetivo es conocer la incidencia de obesidad y síndrome metabólico así como de los factores de riesgo vascular más prevalentes en los pacientes hospitalizados en el área de especialidades médicas de nuestro hospital que han sido ingresados por un evento cardiovascular agudo.

Material y métodos. Estudio transversal donde se revisaron los pacientes ingresados por síndrome coronario agudo y evento cere-

brovascular isquémico agudo en los Servicios de Medicina Interna, Neurología y Cardiología de nuestro centro entre el 1 de marzo y el 31 de mayo de 2010. Se elaboró un protocolo de recogida de datos donde se incluyeron los siguientes ítems: N° de Hª clínica, sexo, edad, peso, talla, IMC, diabetes mellitus conocida, hipertensión conocida, hipercolesterolemia conocida, hipertrigliceridemia conocida, tabaquismo, sedentarismo, perímetro abdominal, HDL-colesterol, nivel de triglicéridos plasmáticos, presión arterial y glucemia plasmática en ayunas. Para el diagnóstico de síndrome metabólico se aplicaron los criterios de la ATP III.

Resultados. Se incluyeron un total de 125 pacientes, 81 varones y 44 mujeres con edades comprendidas entre 38 y 92 años. 62 pacientes ingresados por ictus isquémico agudo y 63 por síndrome coronario agudo. 76 pacientes (60,8%) presentaban IMC > 30 de los que 55 pacientes sufrían obesidad grado I (44%), 19 obesidad grado II (15,2%) y 2 obesidad grado III (1,6%). 71 pacientes (56,8%) cumplían criterios de síndrome metabólico siendo la HTA y HDL-colesterol patológico (< 40 en varones o 50 en mujeres) los criterios más frecuentes (64,8 y 60,8%). El 52,8% de los pacientes presentaban perímetro abdominal alterado (> 102 cm en varones o 88 en mujeres). De los 71 pacientes diagnosticados de SM, 35 (49,29%) cumplían 3 criterios diagnósticos, 23 (32,39%) 4 criterios y 13 (18,3%) cumplían la totalidad de criterios para SM. Analizando los factores de riesgo vascular obtuvimos que el 67,2% eran hipertensos, el 66,4% eran fumadores o exfumadores, 50,4% hipercolesterolémicos, 48,8% diabéticos, 45,6% sedentarios y 39,2% hipertrigliceridémicos.

Discusión. En nuestra serie objetivamos en los pacientes una muy alta incidencia de obesidad (llegando al 60,8% del total) y de síndrome metabólico (56,8% de los enfermos). Desglosando los factores de riesgo vascular más prevalentes destacan la alta incidencia de hipertensión (67,2%) y tabaquismo activo/extabaquismo (66,4%) encontrándonos también porcentajes valorables de diabéticos e hipercolesterolémicos (48,8 y 50,4% respectivamente).

Conclusiones. La incidencia de obesidad y síndrome metabólico es elevada en nuestra serie encontrando relación entre ambos y el riesgo de sufrir un evento cardiovascular. La hipertensión arterial, el tabaquismo, la diabetes y la hipercolesterolemia también parecen estar involucrados en el desarrollo de dichos eventos. Es preciso un mejor conocimiento del síndrome y sus consecuencias al demostrarse que estos pacientes sufren un riesgo de mortalidad cardiovascular 2-3 veces superior al de la población general.

V-64 ADALIMUMAB COMO TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE BEHÇET

E. Mateo Sanchis¹, C. Campos Fernández², A. Rueda Cid², J. Calvo Catalá², M. González-Cruz Cervellera², N. Gago Arsenal¹ y M. Pastor Cubillo²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Reumatología y Metabolismo Óseo. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia.

Objetivos. La enfermedad de Behçet (EB) es una vasculitis con afectación multisistémica, caracterizada por la tríada de poliartritis, aftas bipolares y afectación oftálmica, con frecuente afectación cutánea (eritema nodoso, foliculitis, pustulosis, patergia) y otras manifestaciones sistémicas. Los anticuerpos monoclonales antiTNF, han sido utilizados en casos limitados y en series pequeñas en pacientes con EB refractaria a tratamientos habituales. Valoramos nuestra experiencia con adalimumab en pacientes diagnosticados de enfermedad de Behçet y sin respuesta a terapias habituales (corticoides, azatioprina y ciclosporina) y en dos casos a otro antiTNF (infliximab).

Material y métodos. Hemos revisado los pacientes diagnosticados de enfermedad de Behçet en nuestro servicio y que ante fracaso a

otras terapéuticas, han sido tratados con adalimumab, constatando seis pacientes. Los seis tratamientos fueron considerados como "uso compasivo", ya que hasta la fecha, no es una indicación de la ficha técnica.

Resultados. Sexo: 4 mujeres y 2 hombres. Edad media 42.5 (rango 38-46). Tiempo medio de la enfermedad: 14.1 años (rango: 5-22). Todos tenían afectación articular, cutánea y aftas. Una paciente presentaba compromiso neurológico y en 5, existía afectación ocular (uveítis). Previamente se habían tratado con corticoides, azatioprina, CyA e infliximab (en dos casos). Debido a la mala evolución y poca respuesta al tratamiento de fondo, se decidió iniciar el tratamiento con adalimumab a dosis habitual (40 mg cada 14 días), con buena respuesta clínica: remisión completa en 4 casos (67%) y mejoría clínica en los dos restantes (33%). En estos momentos, el tiempo medio de tratamiento con adalimumab es de 30 meses (rango 12-41), con perfecta tolerancia y sin registrar efectos adversos.

Discusión. Hemos tratado con adalimumab, seis pacientes diagnosticados de EB y con mala respuesta a los tratamientos habituales. Dos de ellos, se habían tratado previamente con infliximab y ante ineficacia, hicimos swiching, iniciando adalimumab. Todos los pacientes han mejorado, con remisión completa en 4 casos y mejoría en los dos restantes. Tras 30 meses de media de tratamiento, además de buena respuesta, no se han evidenciado efectos adversos.

Conclusiones. Los anti TNF son una indicación terapéutica cada vez más frecuente en las enfermedades autoinmunes. El adalimumab es una buena opción terapéutica en pacientes con EB refractarios a tratamientos habituales. Si la respuesta fuera parcial (2 de nuestros casos), podemos asociar al tratamiento otros fármacos (corticoides o azatioprina), para mejorar la respuesta terapéutica.

V-65 NEUMONÍA EOSINÓFILA IDIOPÁTICA. ESTUDIO CLÍNICO DE 11 CASOS

C. Lucas Álvarez, L. Alvela Suárez, L. Manzanedo Bueno, N. Castro Iglesias, M. Gómez Munuera, V. Chimpén Ruiz, M. Bécares Lozano y M. Fidalgo Fernández

Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Salamanca. Salamanca.

Objetivos. Estudio de las manifestaciones clínicas, analíticas, radiológicas, métodos diagnósticos y respuesta al tratamiento de la neumonía eosinófila idiopática.

Material y métodos. Se estudian de forma prospectiva y retrospectiva, previo protocolo establecido, las historias clínicas de pacientes hospitalizados en los 10 últimos años en el Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

Resultados. Se obtuvieron 11 historias clínicas con el diagnóstico de neumonía eosinófila idiopática que correspondían a 7 varones (63,63%) y 4 mujeres (36,36%), en edades comprendidas entre 40 y 76 años (media 61,18 años). La manifestación clínica más frecuente fue la fiebre o febrícula en el 100% de los casos, seguida de la tos y disnea. En la exploración física, la disnea fue el dato más destacable (72,72%). Analíticamente, destacó leucocitosis (81,81%), seguida de hipoxemia y eosinofilia periférica, sólo en 4 sujetos (4,11%), La radiografía de tórax mostró patrón intersticial, seguida de condensación periférica. La TAC torácica se realizó en 8 pacientes, destacando el patrón en vidrio deslustrado en el 27,27%. Las pruebas funcionales respiratorias se realizaron en 7 enfermos, siendo el patrón obstructivo el hallazgo más frecuente. La broncoscopia se realizó en 8 casos, mostrando en el BAL eosinofilia en el 50%. Se realizó biopsia transbronquial en 6 pacientes demostrándose eosinofilia marcada. Todos fueron tratados con corticoides con mejoría en 10 casos y fue exitus un paciente.

Discusión. La neumonía eosinófila idiopática es una enfermedad de causa desconocida, que se sospecha por la presencia de eosinófilos en sangre periférica, en nuestros casos sólo estuvo presente en 4 pacientes. En este sentido se ha señalado la ausencia de eosinofilia periférica en algunos pacientes siendo necesaria la realización de broncoscopia con BAL y/o biopsia transbronquial. Clínicamente cursa con insuficiencia respiratoria que muchas veces precisa ingreso en UCI, en nuestros pacientes sólo 2 casos precisaron ingreso en UCI. El diagnóstico temprano permite una buena evolución con tratamiento corticoideo y excepcionalmente no responde a esta medicación, como sucedió en uno de nuestros enfermos.

Conclusiones. La neumonía eosinófila idiopática es una enfermedad poco frecuente, que debe sospecharse ante la presencia de infiltrados pulmonares periféricos y eosinofilia periférica, con cultivos de esputo negativos. Predomina en hombres en una proporción 2:1, semejante a los hallazgos obtenidos en nuestra población. Se señala que es más frecuente en edades comprendidas entre los 20-40 años, nuestros pacientes superan estas edades. La presencia de eosinofilia periférica orienta a su diagnóstico, pero puede no existir. En estos casos el BAL y/o biopsia transbronquial son útiles para la demostración de eosinofilia. Los corticoides continúan siendo el tratamiento de elección con gran efectividad.

V-66

MANEJO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 (DM2) DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN: EFICACIA Y FACTIBILIDAD DE LAS PAUTAS DE INSULINA BASAL-BOLUS (ESTUDIO HOSMIDIA)

P. Reales¹, A. Pérez² e Investigadores del Estudio Hosmidia

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Gutiérrez Ortega. Valdepeñas (Ciudad Real). ²Servicio de Endocrinología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Objetivos. Establecer un protocolo de manejo de la DM2 durante la hospitalización con análogos de insulina en pauta basal-bolos (PDH) y evaluar su factibilidad y eficacia en términos de control glucémico alcanzado y complicaciones.

Material y métodos. Estudio observacional post-autorización prospectivo en 15 hospitales de España. Se incluyeron en el protocolo 141 pacientes DM2 que recibieron dieta en 3 tomas e insulina basal (glargina) y prandial + correctora (análogo de rápida). La glucemia capilar se determinó ≥ 4 veces diarias y la dosis de insulina se ajustó de acuerdo a un algoritmo estandarizado. Se recogieron datos durante la hospitalización y a los 3 meses del alta hospitalaria (grupo PDH). Como grupo control se recogieron retrospectivamente datos de 62 pacientes con características similares hospitalizados durante el mes previo al inicio del estudio.

Resultados. Edad, IMC y tiempo de evolución de diabetes fue similar en ambos grupos, pero los pacientes PDH tenían HbA1c más elevada ($8,7 \pm 2,1\%$ vs $7,9 \pm 1,7\%$, $p < 0,05$). En el grupo PDH la dosis media diaria de insulina (U) el primer y último día de hospitalización respectivamente, fueron basal ($21,7 \pm 12,3$ vs $24,2 \pm 12,7$), prandial ($20,2 \pm 12,3$ vs $24,3 \pm 15,1$) y correctora ($8,5 \pm 8,7$ vs $6,7 \pm 8,7$). La tabla muestra el perfil de glucemias medias durante la hospitalización en los grupos PDH y control, antes del alta y a los 3 meses en PDH. En PDH, la glucemia media diaria (mg/dl) ($205,9 \pm$

$63,9$ vs $154,9 \pm 42,2$) basal ($180,1 \pm 72,1$ vs $121,1 \pm 47,2$) preprandial ($204,2 \pm 68,3$ vs $149,1 \pm 45,1$) y postprandial ($217,2 \pm 74,6$ vs $166,1 \pm 48,4$) se redujeron ($p < 0,01$) desde el ingreso hasta el alta y permanecieron estables a los 3 meses. La HbA1c se redujo a $7,5 \pm 1,7\%$ a los 3 meses del alta ($p < 0,05$ vs ingreso). 19,3% pacientes en PDH y 17,7% grupo control presentaron alguna hipoglucemia analítica (< 60 mg/dl) o sintomática ($p = 0,801$). La estancia media fue $8,8 \pm 4,2$ días vs $10,7 \pm 9,0$ en PDH y control.

Discusión. Las pautas basal-bolos con análogos de insulina son de elección para la hiperglucemia en hospitalizados no críticos por eficacia, seguridad y por la flexibilidad y posibilidad de estandarización (Med. Clin 2009).

Conclusiones. Los protocolos de manejo de la hiperglucemia con pautas basal-bolos con análogos de insulina son factibles y permiten mejorar el control glucémico sin aumento de las hipoglucemias en pacientes con DM2 hospitalizados. Los ajustes del tratamiento al alta permiten mejorar el control glucémico postalta. Ver tabla 1 (V-66).

V-67

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 18 PACIENTES CON MIASTENIA GRAVIS

P. Serrano Herrero¹, C. Gómez del Valle¹, M. Aibar Arregui¹, R. Pelay Cacho¹, M. Matía Sanz¹, M. Bucar Barjud¹, I. Torres Courchoud¹ y A. Viloria Alebesque²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Objetivos. Estudio epidemiológico descriptivo de pacientes diagnosticados de miastenia gravis en 2009.

Material y métodos. Estudio descriptivo y retrospectivo en el que se revisaron todos los casos diagnosticados en 2009 de miastenia gravis en la planta de neurología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza. La muestra se compuso de un total de 18 pacientes, en los cuales se recogieron datos de filiación, antecedentes patológicos, síntomas de inicio, duración del ingreso, pruebas diagnósticas, presencia o no de timoma, tratamiento recibido y reingresos por crisis. Tras la recogida de datos, se realizó un análisis estadístico de los mismos.

Resultados. La edad media de los pacientes fue de 65 años (DE 21,83 años). Hubo más diagnósticos en mujeres (77,77%) que en varones (22,22%). Entre los antecedentes patológicos destacaban los pacientes con HTA (72,22%), de los cuales la mayoría superaban los 65 años (76,92%) y 3 pacientes presentaban antecedentes de enfermedad tiroidea. La mayoría de los pacientes (el 61,11%) debutaron con síntomas de miastenia ocular (ptosis palpebral y diplopía). La duración media del ingreso fue de 12 días (DE de 1,07 días). Todos los casos fueron tratados con piridostigmina vía oral, con clara mejoría clínica, y sólo a 3 de ellos se les realizó timectomía por la presencia de timoma y 2 casos necesitaron tratamiento con inmunoglobulinas y plasmaféresis para el control de los síntomas. Hasta el momento del estudio, sólo reingresaron por crisis 4 pacientes.

Discusión. La miastenia gravis es el más frecuente de los trastornos de la unión neuromuscular. La incidencia de esta enfermedad es de 10 a 20 casos nuevos por cada millón de personas y su prevalencia se calcula en 100 a 200 casos por millón. Las mujeres están

Tabla 1 (V-66). Perfil glucemias durante la hospitalización

	PreDes	PostDes	PreCom	PostCom	PreCena	PostCena
Control H	166	197	200	236	202	195
PDH Ho	150	184	177	196	205	182
PDH Alta	121	153	148	168	179	175
PDH 3 m	130	166	140	170	156	174

afectadas con mayor frecuencia en la segunda y tercera décadas de la vida, y en los varones es más frecuente en la sexta y octava décadas. En nuestro estudio se pone de manifiesto la mayor frecuencia de miastenia gravis en las mujeres, cuya media de edad es menor en el momento del diagnóstico que la de los hombres. El síntoma de inicio más frecuente por el que consultaron los pacientes fue la presencia de ptosis palpebral. La mayoría procedían de urgencias, y fueron ingresados una media de 12 días, ya que dada la elevada edad de muchos de los pacientes presentaban otras enfermedades concomitantes que fue necesario controlar. Destaca la alta prevalencia de HTA, que podemos justificar igualmente por la edad de los pacientes del estudio. En cuanto al tratamiento, el porcentaje de timectomías no es valorable ya que el estudio recoge los casos diagnosticados durante 2009 y eso implica un tiempo limitado de seguimiento de la evolución; al igual que ocurre con la frecuencia de las crisis.

Conclusiones. 1. La miastenia gravis es una enfermedad más frecuente en mujeres. 2. Afecta a diferentes rangos de edad en dependencia del sexo: en las mujeres es más frecuente entre la segunda y tercera décadas de la vida, y en los varones, entre la sexta y la octava décadas de la vida. 3. La forma más frecuente de presentación de la enfermedad son los síntomas oculares. 4. El tratamiento con piridostigmina parece tener un buen control de los síntomas, por lo menos al comienzo de la enfermedad.

V-68 ANÁLISIS DEL CONSUMO DE CONCENTRADOS DE HEMATÍES DURANTE UN AÑO EN EL ÁREA MÉDICA

O. Mera Gallardo, G. García Domínguez, S. Romero Salado, V. Pérez Vázquez, R. Corzo Gilabert, V. Lechuga Flor, V. Manzano Román y F. Gómez Rodríguez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).

Objetivos. A pesar de encontrarnos en el siglo XXI y con grandes avances tecnológicos, seguimos necesitando la sangre para permitir acciones tremendamente invasivas, corregir defectos severos o mantener a pacientes con tratamientos agresivos. No obstante, debemos reconocer el uso, en ocasiones indiscriminado, de la sangre debido en parte a la seguridad que presentan los hemoderivados hoy en día y su accesibilidad aparente. En nuestro Hospital se consumen casi 4000 unidades de concentrado de hematíes al año. Nuestro objetivo es analizar y cuantificar las áreas de su consumo.

Material y métodos. Registrar la cantidad de concentrados de hematíes consumidos durante el año 2009 en nuestro Hospital, descripción de la áreas de consumo (médicas, médico-quirúrgicas, quirúrgicas e urgencias), y cuantificación del consumo.

Resultados. Durante 2009 se transfundieron 3.757 unidades de concentrados de hematíes. La distribución del consumo por área -expresado en unidades de concentrados- fue: Urgencias 908, Hematología 412, Medicina Interna 332, Quirófanos 319, UCI 303, Digestivo 248, Cirugía 230, Oncología 215, Urología 200, Nefrología 192, Traumatología 186, Ginecología-Obstetricia 92, Infeccioso 54, Cardiología 36, Neumología 18, Otros 12.

Discusión. Llama la atención, al contrario de lo que podamos inicialmente pensar, que el mayor consumo se produce en el Área médica (Hematología, Medicina Interna, Digestivo, Oncología, Nefrología, Cardiología y Neumología); 1507 unidades -40%- (Medicina Interna el 22% de ese área y el 8% del total). Seguimiento del SCCU (Urgencias, UCI); 1211 unidades -32%-; siendo en el Área Quirúrgica el consumo de 1027 unidades -27%-. En base a estos datos, es importante disponer de una plan de ahorro en el consumo de sangre y hemoderivados basándose no solo en una indicación correcta de la necesidad de transfusión, sino además en la prevención y recuperación de sangre englobando cada una de las Áreas Médico-Quirúrgicas-SCCU de nuestro Hospital.

Conclusiones. La transfusión de sangre y hemoderivados es un bien solidario y que necesita estar adecuadamente gestionado para lograr la mejor eficiencia. Disponer de medidas para la anticipación (autotransfusión) y control de la pérdidas hemáticas en cirugías agresivas, medidas de ahorro de sangre farmacológicas (ajustes de tratamientos anticoagulantes, antiagregantes, antifibrinolíticos, desmopresina, uso de F VII, medidas de facilitación de la eritropoyesis -hierro oral, intramuscular o intravenoso, eritropoyetina recombinante) y medidas de ahorro de sangre quirúrgicas (recuperación de pérdidas intra o postoperatorias), así como, valoración de la indicación de transfusión en el paciente en fase terminal por enfermedad oncológica o no oncológica que de una u otra manera están muy relacionados con las áreas de actuación y asistenciales del médico internista.

V-69 IDENTIFICACIÓN DE LAS REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

C. Rinascente¹, V. Achaval Rodríguez¹, J. Medina², D. Ferreira¹ e I. Portero²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Urgencias. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid).

Objetivos. Evaluar el número de casos identificados como reacción adversa a medicamento en relación con el número total de casos (incidencia). Valorar el grado de descripción del evento y sus eventuales complicaciones por parte del facultativo así como la atribución causal al medicamento.

Material y métodos. Se trata de un estudio observacional retrospectivo de serie de casos longitudinal. Se revisaron los historiales clínicos del Servicio de Urgencias de nuestro centro hospitalario, un hospital de segundo nivel asistencial que cubre una población de 170.000 habitantes. Criterio de inclusión: pacientes mayores de 75 años de edad que acudieron al Servicio de Urgencias del centro en un periodo de 6 meses (desde el 1 de noviembre de 2009 hasta el 30 de abril de 2010), con diagnósticos que sugirieran algún tipo de reacción adversa relacionada con medicamentos. Se clasifican los casos en 3 grupos: 1) "Definición clara de episodio y relación atribuida definitiva al medicamento" 2) "Definición clara de episodio y relación posible con medicamento" 3) "Casos dudosos y mala definición de episodio".

Resultados. Total de la muestra a estudio: 5349 pacientes de edad superior a 75 años. Total de casos: 75 pacientes con posible, probable o definitiva reacción adversa a medicamento. Incidencia global: 1,4%. En el primer grupo se incluyen 9 casos de intoxicación digitalica (12%) y 24 casos de sobredosificación de acenocumarol (32%). En el segundo grupo se incluyen 2 casos de exantema (3%), 1 de hipoglucemia (1%), 1 de insuficiencia renal aguda e hipotensión (1%), 2 casos de bradicardia (3%), 1 de discinesias, 1 de náuseas/vómitos y 1 de astenia. En el tercer grupo se incluyen 1 caso de efecto medicamentoso, 5 de intoxicación medicamentosa, 1 de alergia y 26 casos de episodios posibles pero atribuidos a otras causas (35%).

Discusión. Las reacciones adversas a fármacos son un problema particularmente relevante en los ancianos por varias razones: polifarmacia, coexistencia frecuente de insuficiencia hepática y/o renal que altera el perfil de eliminación y/o metabolismo de los medicamentos y la presencia de respuestas atípicas a la medicación en comparación con los adultos. Es importante la identificación precoz de reacciones secundarias para prevenir complicaciones y para el ajuste de la polifarmacia habitual en estos pacientes. Nuestra hipótesis inicial era la existencia de una tasa relevante de infradiagnóstico, con mala descripción de los episodios y baja identificación de la causalidad. Para probarlo, planteamos un plan de investigación clínica en dos fases, una retrospectiva orientativa y una prospectiva confirmatoria. Se presentan en esta comunicación los datos retros-

pectivos, que indican la plausibilidad de la hipótesis al encontrar una incidencia significativamente baja de reacciones adversas para una muestra de más de 5000 sujetos y una insuficiente descripción de los episodios en el 44% de casos.

Conclusiones. El nivel de identificación de las reacciones adversas a medicamentos a la entrada en el hospital de los pacientes ancianos es probablemente inferior a lo deseable para un buen manejo clínico de este problema.

V-70 UNIDAD DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO Y CÁNCER COLORRECTAL

J. Torné Cachot¹, J. Blanch Falp¹, J. Baucells Azcona¹, X. Pérez Martí², X. Encinas Méndez² y X. Errando Ricol²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Cirugía General. Hospital Residència Sant Camil. Sant Pere de Ribes (Barcelona).

Objetivos. Uno de los principales objetivos de las unidades de diagnóstico rápido (UDR) es el diagnóstico rápido de enfermedades potencialmente graves y de forma especial del cáncer. El objetivo principal de nuestro estudio es evaluar el impacto funcional de nuestra unidad en el diagnóstico de cáncer colorrectal.

Material y métodos. La UDR de nuestro centro sigue un modelo funcional multidisciplinario. Está liderada por el servicio de Medicina Interna que aporta un médico adjunto que asume la práctica totalidad de las consultas excepto la patología mamaria y la sospecha de cáncer de pulmón. Durante el periodo de 4 años (2006-2009) se han registrado de forma prospectiva todos los pacientes que fueron diagnosticados de cáncer colorrectal. Se han evaluado las siguientes variables: edad, sexo, procedencia, demora de la primera visita, motivos de consulta, localización del tumor, intervalo diagnóstico, intervalo terapéutico y tratamiento instaurado.

Resultados. En el periodo del estudio se diagnosticaron 154 casos, 97 en hombres (63%) y 57 en mujeres (37%), con una edad media de 67,60 años (28-89). Las principales procedencias fueron, consultas externas del hospital con 65 casos (42%), Atención Primaria con 59 (38%) y urgencias con 22 (14%). La demora de la primera visita fue de 2,9 días (0-10). Los principales motivos de consulta fueron, alta sospecha clínica en 117 casos (76%), anemia en 17 (11%), masas abdominales en 7 (4,5%), alteraciones radiológicas sospechosas de malignidad en 5 (3,2%), dolor abdominal en 3 (1,9%), diarrea crónica en 2 (1,3%), cuadro tóxico en 2 (1,3%) y fiebre de origen desconocido en uno (0,6%). El intervalo diagnóstico fue de 9,33 días (mediana: 8 días). En cuanto a la localización, en 50 casos (32,4%) estaba en el recto, 58 (37,6%) en colon descendente, 10 (6,4%) en colon transversal y 36 (23,2%) en colon ascendente. El intervalo terapéutico fue de 25,04 días (mediana: 25 días). El tratamiento inicial según localización y estadificación fue, quirúrgico en 91 casos (59%), radioterapia + quimioterapia previa a cirugía en 40 (26%), endoscópico en 11 (7,1%) y paliativo en 12 (7,7%).

Discusión. El cáncer colorrectal ha sido la segunda enfermedad maligna diagnosticada en nuestra unidad por detrás del cáncer de mama y seguido por el de pulmón. Durante el periodo del estudio la UDR ha contribuido en el diagnóstico del 52% de todos los cánceres colorrectales registrados en nuestro hospital. El único dato clínico relevante ha sido el predominio de la localización en colon izquierdo (70%) cifra superior a la descrita en la mayoría de las series y que creemos ha sido debido a la mayor especificación de la sintomatología sospechosa en los criterios de evaluación por la unidad. Sin la exclusión de los casos extremos, en nuestra serie, el intervalo diagnóstico (media: 9,3 días; mediana: 8 días) ha sido inferior a la estancia media del servicio de Medicina Interna.

Conclusiones. 1. La UDR de nuestro centro es la unidad hospitalaria donde se diagnostica a un mayor número de pacientes de cáncer colorrectal. 2. En nuestra serie destaca una mayor localización en colon izquierdo (70%), hecho que atribuimos a la especificación

y diversificación de síntomas y/o signos de sospecha clínica incluidos en el protocolo como candidatas de evaluación en la UDR. Por lo contrario, casos de anemia ferropénica sin otra sintomatología asociada suelen ser estudiados en diversos niveles asistenciales.

V-71 AUMENTO DE TRANSAMINASAS EN LOS PACIENTES CON MONONUCLEOSIS INFECCIOSA INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA

A. Laso Ortiz, D. Selva Ramírez, A. Garre García, V. Rosa Salazar, M. García Méndez, M. Hernández Contreras y B. García Pérez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Objetivos. Cuantifica la prevalencia de hepatitis en los pacientes que ingresan en la Unidad de Corta Estancias (UCE) de nuestro centro por Mononucleosis Infecciosa (MNI); analizando las cifras de transaminasas y la existencia de hepatoesplenomegalia en la ecografía, así como la diferencia de estancia hospitalaria en estos pacientes respecto a los que no tenían dicha complicación.

Material y métodos. Se trata de un estudio retrospectivo de una cohorte de 99 pacientes ingresados en la UCE (perteneciente a Medicina Interna) de nuestro hospital con el diagnóstico de MNI, desde enero de 2003 a diciembre de 2009. Se revisaron las historias clínicas y los datos analíticos de dichos pacientes, prestando especial atención a los niveles séricos de transaminasas; GOT, GPT y la GGT. Así mismo, también se revisaron los datos ecográficos, serológicos y la estancia media en nuestra Unidad de dichos pacientes.

Resultados. Se analizaron 99 pacientes, incluyéndose a 93 por falta de las enzimas hepáticas en 6 de ellos. Entre éstos, 51 (54,8%) fueron hombres y 42 (46,2%) mujeres. La edad media fue de 23,8 años y la estancia media 3,5 días. La serología para el VEB fue positiva (IgM VCA) en 54 (58,1%), para CMV (IgM CMV) en 27 (29%) pacientes, y no se solicitaron serologías en los 12 (12,9%) restantes. Se realizó ecografía abdominal en 48 (51,6%), objetivando hepatomegalia en 8 (16,7%) y esplenomegalia en 26 (54,2%). El valor máximo de GOT fue de 657 U/l (media 139,4); el de GPT de 818 U/l (media 224,5), y para GGT 588 U/l (media 164,0). En 72 (77%) pacientes se objetivó elevación conjunta de GOT y GPT por encima de los niveles normales. Este subgrupo tuvo una estancia media de 3,5 días y una media de edad de 23,57 años. Entre éstos se realizó ecografía abdominal a 44 (61,1%), constatando esplenomegalia en 26 (59,1%) y hepatomegalia en 7 de ellos (15,9%).

Discusión. La MNI es una enfermedad infecciosa causada por el VEB, pero también puede ser producida por el CMV y toxoplasma. Por lo general, son cuadros leves, aunque en ocasiones es necesaria la hospitalización, siendo la UCE, uno de los Servicios donde ingresan estos pacientes. Entre sus complicaciones, la hepatitis supone la más frecuente. Según la literatura, las anomalías de la bioquímica hepática de estos pacientes varían entre el 50-80%, siendo rara la hepatitis franca. Suelen ser alteraciones ligeras (menos de 5 veces), auto-limitadas, que pueden pasar desapercibidas y cuyo mecanismo fisiopatológico no queda claro. En nuestros pacientes aparece en el 77% de los casos, cifra que no difiere de la literatura; con unas cifras de GOT y GPT elevadas unas 5 veces por encima del valor normal, pero que no supuso un incremento en la estancia media hospitalaria frente a los que tenían transaminasas normales (3,5 días en ambos grupos). Los hallazgos ecográficos de esplenomegalia (10-50%), y hepatomegalia (5-20%) varían según las series siendo consonantes con los porcentajes de nuestros pacientes (54% y 16%), independientemente de que tengan alteradas las enzimas hepáticas.

Conclusiones. El aumento de transaminasas es la alteración analítica más frecuente de los pacientes ingresados por MNI. Suele ser transitoria, leve y no prolonga la estancia hospitalaria, por lo que no es un criterio de exclusión para ingresar a estos pacientes en una Unidad de Corta Estancia.

V-72 RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN EN PACIENTES HIPERFRECVENTADORES DEL SERVICIO DE URGENCIAS CON TRASTORNO POR SOMATIZACIÓN

J. Torres Macho¹, C. del Álamo², G. García de Casasola¹,
S. Gámez Díez¹, A. Arribas Hernández², I. García Gutiérrez¹
y M. de Castro¹

¹Servicio de Urgencias-Medicina Interna, ²Servicio de Psiquiatría.
Hospital Infanta Cristina. Madrid.

Objetivos. Evaluar la eficacia de un esquema de intervención en pacientes con trastorno por somatización que realizan múltiples visitas al Servicio de Urgencias.

Material y métodos. Entre septiembre de 2009 y marzo de 2010 se realizó un estudio observacional prospectivo incluyendo a pacientes con diagnóstico de trastorno por somatización utilizando la definición del DSM IV que hubieran realizado durante el mes anterior 4 o más visitas a urgencias por síntomas somáticos sin causa orgánica. Los pacientes fueron remitidos a la unidad de patología psicosomática formada por internistas y psiquiatras, donde se realizaba una intervención basada en visitas programadas, tratamiento con antidepresivos, benzodiazepinas y psicoterapia breve. Se registró el número de visitas a urgencias y de citas programadas a consulta antes y después de la intervención.

Resultados. Se incluyó a seis pacientes (4 mujeres), la edad media fue de $46,5 \pm 11,6$ años. Los motivos de consulta fueron: dolor abdominal recurrente (3 pacientes), vómitos incoercibles (1 paciente), disnea (un paciente) y síncope de repetición (1 paciente). 4 pacientes presentaban trastornos del sueño. Tres pacientes recibieron tratamiento con antidepresivos (dos citalopram y uno paroxetina) y cuatro con loracepam. Cinco pacientes (83%) presentaron una mejoría subjetiva significativa a los tres meses.

Discusión. Los pacientes con trastorno por somatización suponen el 7% de las visitas totales a los servicios de urgencias. El manejo de estos pacientes en Urgencias es complejo, habitualmente niegan la influencia de los factores psíquicos en su padecimiento y no suelen mejorar con el tratamiento del sintoma con los fármacos habituales. El desarrollo de unidades multidisciplinares específicas con esquemas de intervención estructurada puede ser útil en el abordaje de estos pacientes.

Conclusiones. Una intervención terapéutica estructurada en pacientes con trastorno por somatización mediante visitas programadas en una unidad específica puede mejorar la sintomatología y disminuir el número de visitas a Urgencias en estos pacientes.

V-73 APENDAGITIS COMO CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN FOSA ILÍACA IZQUIERDA

I. de la Rocha, L. Mañas, C. Lázaro, F. González, I. Clemente,
C. Monroy, M. Sidahi y A. Sáenz

Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Ciudad Real.
Ciudad Real.

Objetivos. Describir dos casos de dolor abdominal agudo en fosa iliaca izquierda causados por apendagitis.

Material y métodos. Análisis de dos pacientes diagnosticados de apendagitis durante el año 2009, en el Servicio de Medicina Interna del Hospital General de Ciudad Real. Se describen los hallazgos clínicos, pruebas complementarias, tratamiento y evolución.

Resultados. Caso 1: varón de 52 años con antecedentes de DM tipo 2, tetralogía de Fallot intervenida en la infancia e hipertrofia benigna de próstata. Consulta por un cuadro de 48 horas de evolución caracterizado por dolor abdominal difuso mayor en fosa iliaca izquierda (FII), de tipo cólico, de moderada intensidad. No presentó náuseas ni alteración del hábito intestinal, no fiebre. Los días

previos refería ingesta copiosa de grasas y aumento de su actividad física habitual. En la exploración solo destacaba dolor a la palpación profunda en FII, sin datos de peritonismo. La analítica y la ecografía abdominal fueron normales. Se realizó tomografía axial abdominal (TAC) que aportó el diagnóstico de apendagitis aguda. Caso 2: varón de 26 años con antecedentes de dolor abdominal y episodios de diarrea de meses de evolución, fumador y síndrome depresivo. Refiere cuadro de una semana de evolución de exacerbación de su dolor abdominal localizado en FII de tipo cólico, sin otros hallazgos clínicos. La analítica fue normal. En la TAC abdominal se informó de apendagitis epiloica. Ambos pacientes se trataron con antiinflamatorios no esteroideos (AINES), con mejoría importante de la sintomatología. La evolución fue favorable sin aparición de complicaciones, actualmente se encuentran asintomáticos.

Discusión. La apendagitis aguda es la inflamación de un apéndice epiloico. La etiología puede ser primaria (proceso inflamatorio de origen vascular secundario a torsión o trombosis de la vena de drenaje), o secundaria (por la participación de estas estructuras en procesos de vecindad). En el primer grupo se consideran factores de riesgo el sobrepeso, la actividad física intensa y la ingesta de comidas copiosa. En el segundo la causa más frecuente es la diverticulitis. La clínica se caracteriza por dolor abdominal de inicio súbito, intenso y localizado en flanco o FII. Se puede acompañar de náuseas y distensión abdominal sin compromiso del estado general ni anorexia. A veces en la exploración se objetiva masa o zona empastada en el flanco o fosa iliaca. En las pruebas complementarias puede haber leve elevación de los leucocitos y de la proteína C reactiva. Hay que realizar el diagnóstico diferencial con otras causas de abdomen agudo. Las técnicas de imagen son fundamentales. La ecografía abdominal puede ser diagnóstica, pero con bajo rendimiento en pacientes obesos o localizaciones profundas. El TAC abdominal es el estudio de elección. El tratamiento es principalmente sintomático con AINES, la cirugía sólo es necesaria si aparecen complicaciones. Las más habituales son la recidiva, la compresión extrínseca del colon adyacente con estenosis que puede llegar a la obstrucción y, más raras, son la invaginación o la perforación. La mayoría de los casos se resuelven sin complicaciones.

Conclusiones. La apendagitis aguda se considera una patología infradiagnosticada de dolor abdominal agudo, ya que debido a la espontánea resolución del cuadro clínico en muchos casos el paciente no consulta con su médico. El diagnóstico de certeza se realiza mediante técnicas de imagen, es de elección la TAC abdominal.

V-74 TABACO, INMIGRACIÓN Y PRISIÓN: UN VIAJE A LO DESCONOCIDO

M. Pérez-Tristancho¹, M. Suárez-Pérez², A. Sánchez Moreno³,
F. García Campón³, J. Fajardo⁴, C. Cabrera Sánchez³,
I. Suárez-Lozano⁴ y Grupo EPRICAP³

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Elena. Huelva.

²Centro de Salud Gibrleón. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Huelva. ³Centro Penitenciario Huelva. ⁴UGC Medicina Interna-Infecioso. Hospital Comarcal Infanta Elena. Huelva.

Objetivos. Según datos facilitados por el Ministerio de Sanidad y Consumo, la prevalencia de consumo de tabaco en población española de más de 15 años es del 34,4%. Su prevalencia en minorías poblacionales no es bien conocida. Objetivo del estudio: determinar su prevalencia y fases de abandono en inmigrantes de un centro penitenciario

Material y métodos. Diseño: estudio prevalencia. Emplazamiento: centro penitenciario tipo Sujetos-Método: se incluyeron todas las personas que aceptaron voluntariamente participar. El estudio, aprobado por el Gabinete Técnico de la Secretaría General de Ins-

tuciones Penitenciarias, se realizó siguiendo las recomendaciones de la Asamblea Médica Mundial Helsinki. Consideramos fumadores a las personas que el día de la encuesta fumaban tabaco en cualquiera de sus formas independientemente de que lo hicieran a diario o de forma ocasional. Los fumadores que en el momento de la encuesta habían suprimido el hábito se consideraron como exfumadores. Análisis estadístico medidas de tendencia central, proporciones e intervalos de confianza. Comparación entre variables mediante Chi cuadrado, t de Student y Mc Nemar.

Resultados. Se incluyeron un total de 178 sujetos (7,9% mujeres) con una edad media de 33,3 años (DE 8,5). La prevalencia de tabaquismo fue del 70,2% en inmigrantes y 84,1% en nativos (p 0,000). La edad de inicio en nativos fue más precoz (14,2 vs 16,6, p 0,000). La proporción de fumadores fue más elevada en inmigrantes de estrato social bajo (75% vs 25%, p 0,003), con menor nivel de instrucción (80% vs 20%, p 0,000). El 57% estaban en fase de precontemplación, el 25% contemplación y un 16% en preparación. El 34,8 de los inmigrantes y el 59,8% de los nativos tenían una dependencia moderada o alta a la nicotina (p 0,003).

Discusión. La investigación sobre algunas minorías de población es escasa. Este estudio pone de manifiesto que la prevalencia de tabaquismo en inmigrantes internados en un centro penitenciario es más elevada que la de la población general española, aunque inferior a la de los nativos españoles del mismo centro penitenciario. La edad de inicio es más precoz (14 vs 16,5 años) que la de la población general y más elevada que la de los presos españoles. Las diferencias culturales y la barrera del idioma pueden suponer una dificultad en el acceso a programas de deshabituación. La validez externa del estudio es una limitación a tener en cuenta, al tratarse de un estudio realizado en un único centro.

Conclusiones. Es preocupante la elevada prevalencia de tabaquismo en personas internadas en prisiones y la precocidad de su inicio. La prevalencia de fumadores entre los inmigrantes y su grado de dependencia a la nicotina es menor que la de los nativos españoles. Debería aprovecharse la proximidad al sistema sanitario durante la estancia en prisión para desarrollar programas de intervención sobre tabaco culturalmente adaptados a esta población.

V-76

UTILIDAD DE LA PROFILAXIS MEDICAMENTOSA EN LAS REACCIONES ANAFILACTOIDES A CONTRASTES YODADOS. REVISIÓN SISTEMÁTICA

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

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

Objetivos. Evaluar la utilidad de la medicación profiláctica para evitar reacciones anafilactoides en aquellos pacientes que van a ser sometidos a pruebas radiológicas con contraste yodado.

Material y métodos. Dado que existía una revisión sistemática de buena calidad publicada previamente sobre este tema (Tramer, BMJ, 2006), lo que se hizo fue actualizarla cursando la búsqueda desde octubre de 2005 hasta septiembre de 2009. Realizamos una revisión sistemática de la literatura científica siguiendo la pirámide 6S de evaluación de la evidencia de Haynes. Las bases de datos utilizadas fueron: UptoDate versión 17.3, Clinical Knowledge Summaries (CKS), Clinical Evidence, Tripdatabase, Cochrane, PubMed. Se revisaron guías clínicas de sociedades científicas: American Academy of Allergy, Asthma and Immunology; Sociedad Española de Radiología Médica, American Society of Radiology. Las palabras clave utilizadas se seleccionaron en base a las utilizadas para indexar los artículos incluidos en la revisión referida. La estrategia de búsqueda en PubMed fue: ("Contrast Media/adverse effects"[Mesh] OR "Contrast Media/toxicity" [Mesh]) AND ("Drug Hypersensitivity/prevention and control" [Mesh] OR "Anaphylaxis/prevention and

control"[Mesh] OR "Hypersensitivity/prevention and control"[Mesh] OR "Hypersensitivity, Immediate/prevention and control"[Mesh]). Los artículos que buscábamos para evaluar la utilidad de la profilaxis eran revisiones sistemáticas o ensayos clínicos aleatorios. Se incluyeron los estudios disponibles a texto completo, publicados en inglés o español. Entre sus objetivos debían incluir el analizar la utilidad de la medicación profiláctica (corticoides y antihistamínicos) en las reacciones anafilácticas secundarias a contraste yodado. Tres evaluadores seleccionaron los estudios más apropiados de forma independiente, con evaluación de su calidad y análisis de sus principales datos.

Resultados. La búsqueda en las fuentes secundarias no encontró nada, tan sólo en las guías de las sociedades científicas se menciona la limitación sobre la evidencia clínica sobre la premedicación. Se identificaron 20 artículos primarios en PubMed que fueron excluidos en su mayoría al no ser ninguno relevante para nuestra pregunta. La mejor evidencia disponible fue la revisión sistemática de la que partíamos para realizar la actualización, es decir la realizada por Tramer (BMJ, 2006): "Pharmacological prevention of serious anaphylactic reactions due to iodinated contrast media". En ella se concluye que: 1) Haría falta administrar la profilaxis a una gran cantidad de pacientes no seleccionados para evitar un episodio grave de reacción al contraste; 2) No existen datos válidos de la utilidad de la premedicación en pacientes que han tenido reacciones alérgicas previas a contrastes; 3) No se debe confiar en una eficacia "total" de la premedicación; 4) No se debe utilizar de forma rutinaria en pacientes no seleccionados.

Discusión. A pesar de la escasa evidencia que existe en la utilidad de la premedicación, es frecuente que un paciente sea rechazado para la realización de una prueba radiológica por no haber realizado previamente la profilaxis medicamentosa, con el consiguiente perjuicio para el paciente y el hospital. A pesar de ser un tema relevante en materia de seguridad y consumo de recursos, nuestra investigación revela que hay escasas evidencias al respecto.

Conclusiones. Nuestro trabajo confirma la ausencia de nuevas evidencias científicas que sustenten la utilidad de la profilaxis medicamentosa antes de la administración de contrastes yodados modernos.

V-77

DEFECTO DE LINFOCITOS T REGULADORES EN PACIENTES ALCOHÓLICOS CRÓNICOS CON ESTEATOHEPATITIS ALCOHÓLICA

M. Polvorosa¹, J. Almeida², A. González-Quintela³, A. Orfao² y J. Laso¹

¹Unidad de Alcoholismo, Servicio de Medicina Interna II, ²Centro de Investigación del Cáncer y Servicio de Citometría. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Clínico. Salamanca.

³Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela (A Coruña).

Objetivos. Es conocido que en el alcoholismo crónico se asocia con una activación de la respuesta inmune, en particular la innata. En diversas enfermedades (p. ej., autoinmunes) relacionadas con una activación del sistema inmune se ha observado un defecto de linfocitos T reguladores (Tregs). El objetivo del presente trabajo fue analizar el comportamiento de las células Tregs en la sangre periférica (SP) de pacientes con esteatohepatitis alcohólica (EHA) y en alcohólicos crónicos sin hepatopatía.

Material y métodos. Se estudiaron un total de 31 pacientes alcohólicos crónicos varones (consumo de alcohol > 90 g/día): 16 con EHA y 15 sujetos sin lesión hepática; además, se incluyeron como grupo control 10 varones adultos sanos (consumo de etanol < 20 mg/día). El análisis de los linfocitos Tregs se realizó mediante citometría de flujo multiparamétrica, con combinaciones de 8 anticuerpos monoclonales dirigidos frente a CD3, CD4, CD8, CD25

(IL2Ra), CD45, CD45RA, CD127 (IL7Ra) y CD197 (CCR7), con el fin de identificar los linfocitos Tregs (CD4+/CD25+/CD127-/-) y sus subpoblaciones, en los estadios madurativos virgen (CD45RA+/CCR7+), de memoria (CD45RA-/CCR7-) y efector (CD45RA-/CCR7+). Los resultados se expresan en mediana y rango intercuartílico.

Resultados. Los pacientes con EHA presentaban un descenso significativo ($p < 0,05$) de los linfocitos Tregs circulantes en comparación con los alcohólicos sin hepatopatía y con los controles, tanto en números absolutos ($29,8 [21,0-45,6] \times 10^3/\mu\text{L}$ vs. $51,4 [28,6-84,7] \times 10^3/\mu\text{L}$ y $39,2 [28,3-57,1] \times 10^3/\mu\text{L}$, respectivamente) como en porcentaje de células Treg respecto al total de leucocitos (0,4% [0,3%-0,5%] vs 0,8% [0,6%-1,2%] y 0,6% [0,5%-8%], respectivamente). El descenso observado en los pacientes con EHA era preferentemente a expensas de la población de células Tregs de memoria/efectoras, significativamente reducidas ($p = 0,03$) en estos pacientes en comparación con los otros 2 grupos de estudio ($22,1 [15,3-37,6] \times 10^3/\mu\text{L}$ vs $41,4 [24,2-70,2] \times 10^3/\mu\text{L}$ y $36,1 [10,3-47,4] \times 10^3/\mu\text{L}$, en EHA, alcohólicos sin hepatopatía y controles, respectivamente).

Discusión. Los linfocitos T reguladores son una subpoblación de linfocitos T CD4+ cuya función es inmunorreguladora, inhibiendo la respuesta inmune, y de mantenimiento de autotolerancia. Los resultados del presente estudio ponen de manifiesto por primera vez la existencia de un defecto numérico de los linfocitos Tregs circulantes en pacientes con EHA (pero no en alcohólicos crónicos sin lesión hepática), preferentemente a expensas de la población de células Tregs de memoria/efectora. Este trastorno podría contribuir a la activación del sistema inmune propia de estos pacientes, y al consiguiente desarrollo de la enfermedad hepática por alcohol. Son necesarios nuevos estudios para profundizar en este hallazgo novedoso y conocer mejor sus repercusiones.

Conclusiones. Los pacientes alcohólicos con EHA presentan una reducción del número de células Tregs, más acusado en el compartimento de las células Tregs de memoria/efectoras, que podría contribuir al estado de activación inmune característica de estos pacientes y al desarrollo de hepatopatía alcohólica.

Estudio financiado por el proyecto 2007/020 del Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid).

V-78 NUEVOS PATRONES CONTRA VIEJOS HÁBITOS DE PRESCRIPCIÓN DE ALBÚMINA EN UN HOSPITAL CENTRAL

J. Pasin, P. Marcelino y L. Mourão

Unidade de Cuidados Intensivos. Hospital Curry Cabral. (Portugal).

Objetivos. Este estudio tuvo como objetivo evaluar la idoneidad de la prescripción de albúmina humana en un hospital central, de acuerdo con la evidencia científica sobre esta área actualmente disponible.

Material y métodos. El estudio fue retrospectivo y analizó los pedidos de albúmina a los servicios farmacéuticos entre septiembre 2007 y agosto 2008. Fueron analizadas 764 solicitudes de 619 pacientes con edad media de $58,1 \pm 14,7$ años, 510 (77%) de los cuales del sexo masculino. Se evaluaron parámetros analíticos globales (proteínas totales, albúmina sérica, creatinina e INR) en la fecha de prescripción de albúmina, grandes grupos nosológicos y los motivos de prescripción.

Resultados. De los 556.831 frascos de albúmina solicitados, fueron efectivamente administrados 5.033 (0,9%).

Discusión. Los pacientes con patología hepática fueron el grupo nosológico más representado (60%). Se verificó que el 36% de los pedidos cumplieron con los criterios de evidencia científica, siendo la hipalbuminemia el motivo de pedido más frecuente (53%).

Conclusiones. Concluimos que es necesario un mayor cuidado en el fundamento de los pedidos de albúmina, de forma a ser más

acordes con la evidencia científica. Se justifica la existencia de normas restrictivas de los servicios farmacéuticos.

V-79 CAUSAS DE HIPERCALCEMIA EN UNA SERIE DE 174 PACIENTES

E. Rodríguez Ávila¹, E. Fonseca Aizpuru¹, S. Rubio Barbón¹, D. Galiana Martín¹, R. Fernández Regueir¹, I. Arias Miranda¹, E. Fernández Rodríguez² y J. Moris de la Tassa¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Bioquímica. Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias).

Objetivos. Analizar las causas, frecuencia y características demográficas (edad y sexo) de hipercalcemia (calcio sérico ≥ 11 mg/dl) en una serie de pacientes.

Material y métodos. Estudio descriptivo y retrospectivo, de los pacientes con hipercalcemia desde enero a diciembre de 2009. Los datos se obtuvieron del Departamento de Bioquímica Clínica del Hospital de Cabueñes (Gijón), referencia del Área Sanitaria V de Asturias. Se revisaron las historias clínicas, con diagnóstico de hipercalcemia leve $< 11,9$ mg/dl, moderada entre 12-13,9 mg/dl y grave > 14 mg/dl, y se determinó la etiología. Se excluyeron los pacientes < 14 años. Los datos recogidos se analizaron mediante el programa SPSS v. 12.0.

Resultados. Durante el año 2009 se encontraron 279 determinaciones que cumplían los criterios. Tras revisión de los casos, finalmente se estudiaron 174 pacientes: mujeres 113 (64,9%) y hombres 61 (35,1%), con una edad media $67,9 \pm 14,6$ (94-18) años. Los Servicios de procedencia fueron: Atención Primaria (AP) 55 (31,6%), Endocrinología 36 (20,7%), Medicina Interna 22 (12,6%) y Nefrología 17 (9,8%). El número de determinaciones de calcio por paciente fueron $1,3 \pm 0,7$ (6-1). La hipercalcemia fue leve en 145 (83,3%), moderada 22 (12,6%) y grave 7 (4%). Se realizó determinación simultánea de albúmina (81) y de PTH (38). Se llegó al diagnóstico definitivo en 81 (46,6%) casos, pendiente de evolución y estudios 33 (19%). No se hicieron estudios adicionales en 60 (34,5%), 53 procedentes de atención 1ª. Los diagnósticos más frecuentes fueron: hiperparatiroidismo 1º (HPP) 38 (46,9%) y tumoral 20 (24,6%); con una frecuencia menor: hiperparatiroidismo 2º (12), 2º a tratamiento con calcio/vitamina D (11), inmovilización (8), diuréticos tiazídicos (1), insuficiencia adrenal (1) y sarcoidosis (1). La etiología fue multifactorial en 10 (12,3%). Los niveles de calcio de origen tumoral fueron $12,6 \pm 1,8$ (16,7-11,1), frente a $11,6 \pm 0,7$ (14,6-11) en el HPP. Se encontró asociación estadística ($p < 0,05$) entre hipercalcemia ≥ 13 mg/dl y patología tumoral.

Discusión. La hipercalcemia es más frecuente en mujeres de edad media. La aproximación diagnóstica debería incluir la determinación del calcio al menos en 2 ocasiones y la solicitud de forma conjunta de albúmina, en nuestra serie 81 casos, debido al gran número de pseudohipercalcemias. El HPP aparece en la literatura como responsable en más del 50% de los casos y los tumores malignos en el 10-20%. En conjunto representan más del 90% de las causas de hipercalcemia. Por ello la determinación de PTH debería de formar parte del algoritmo diagnóstico inicial, en nuestra serie se solicitó en 38 casos. Destacar la ausencia de estudios con fines diagnósticos o derivación al especialista de área, en un nº elevado de pacientes procedentes de atención primaria, quizás en relación con ausencia de síntomas, hallazgo casual en estudio de otra patología o diagnóstico de pseudohipercalcemia. Se describe asociación entre hipercalcemia grave y patología tumoral, como en estudios previos.

Conclusiones. La hipercalcemia es más frecuente en mujeres. El HPP y los tumores constituyen las causas más frecuentes. Es obligado hacer un adecuado diagnóstico diferencial y eventual determinación de PTH.

V-80 ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS (EAS) EN UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA

E. Fonseca Aizpuru, E. Rodríguez Ávila, I. Arias Miranda, R. Fernández Madera, I. Marañón Zabalda, S. Rubio Barbón, F. Nuño Mateo y J. Morís de la Tassa

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

Objetivos. Analizar las características y relevancia de las EAS en una Consulta de Medicina Interna.

Material y métodos. Se realizó un estudio descriptivo transversal, retrospectivo, entre enero 2008 y diciembre 2009 en la consulta de Medicina Interna. El Hospital de Cabueñes (Gijón) es referencia del Área Sanitaria V de Asturias, atiende a una población de 300.000 habitantes. El diagnóstico de EAS definida se realizó en base a los criterios clasificatorios vigentes. Los datos recogidos se analizaron mediante el programa SPSS v. 12.0.

Resultados. Durante el período de estudio se atendieron 11.365 consultas. De los cuales 413 (3,63%) pacientes se remitieron por sospecha de EAS. Se evaluaron como primera visita 131 (31,7%). La procedencia fue: atención primaria 74 (56,48%), atención especializada 39 (29,77%), urgencias 15 (11,45%), desconocida 3 (2,29%). Y como sucesivas 282 (68,3%). Los motivos de consulta más frecuentes fueron: polimialgia reumática (PMR) 17 (13%), eritema nodoso (EN) 15 (11,5%), Raynaud 13 (10%), colagenosis 13 (10%), vasculitis 9 (7%), uveítis 9 (7%), arteritis temporal (AT) 8 (6,1%), síndrome seco 8 (6,1%). Otros menos frecuentes: artralgias/artritis, lupus, VSG elevada, fiebre de origen desconocido, esclerodermia, CPK elevada/miopatía, sarcoidosis y púrpura. Tras revisión de historia clínica se confirmó diagnóstico de EAS en 277 (67%) pacientes. Prevalencia de 46,16 casos/100.00 habitantes/año. EAS indeterminada 191 y EAS definida en 86. La distribución por sexos fue mujeres 217 (78,3%) y hombres 60 (21,7%). La edad media $61,6 \pm 18,4$ años (91-15). Con diagnóstico de: PMR/AT 107, Sjögren 20, lupus 15, esclerodermia 12, EN 12, sarcoidosis 12, vasculitis 12, síndrome antifosfolípido 6, EMTC 6, Behçet 6 y dermatomiositis 4. Precisarón ingreso 23 (8,3%) pacientes en planta convencional, ninguno precisó cuidados intensivos. Fueron alta 58 (20,9%), pérdida 36 (13%), exitus 7 (2,5%). La mediana de revisiones durante 2008 y 2009 fue de 2.

Discusión. Atención primaria es la principal fuente de pacientes remitidos por sospecha de colagenosis. La afectación articular, cutánea o el síndrome seco, constituyen los motivos de consulta más frecuentes. El sexo parece tener un papel importante en el desarrollo de autoinmunidad. Pueden afectar a todos los grupos de edad. Las EAS constituyen casi el 70% de las sospechas diagnósticas. La mayoría son pacientes con signos de colagenosis de fondo pero sin criterios definitorios en el momento del estudio, -EAS indeterminada. Destacar la importancia de las revisiones, y seguimiento a largo plazo, dado su potencial de desarrollo de complicaciones multisistémicas. La evolución es favorable, con escasa mortalidad.

Conclusiones. La consulta externa es el principal punto de contacto del hospital con la población de su área de influencia, y su relevancia es cada vez mayor. Son patologías potencialmente graves, lo que justifica un estrecho seguimiento ambulatorio.

V-81 SÍNDROME DE AGOTAMIENTO O DESGASTE PROFESIONAL (BURNOUT) EN MÉDICOS RESIDENTES DE GRANADA

C. Fernández-Roldán, I. Saucedo Villanueva, S. Ruiz Durán, M. Moreno Higuera, R. Gálvez López, J. Callejas-Rubio, D. Vinuesa García y F. Anguita Santos

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Objetivos. Conocer el porcentaje de médicos residentes afectados por el desgaste profesional, el grado de éste, así como caracte-

rísticas laborales que pudieran estar relacionadas con el burnout en el colectivo estudiado.

Material y métodos. Se trata de un estudio de tipo transversal, realizado durante los meses de mayo-junio de 2010, en médicos residentes de los hospitales San Cecilio y Virgen de las Nieves de Granada. Los residentes fueron invitados a participar por correo electrónico o personalmente, garantizando el anonimato. Se les propuso la autoadministración de dos cuestionarios: la escala Maslach Burnout Inventor (MBI) y otro, de elaboración propia, que recoge datos sociodemográficos y datos laborales. El cuestionario MBI valora mediante tres subescalas, tres dimensiones del agotamiento profesional: cansancio emocional (CE); despersonalización (DP) y realización personal (RP). Se definió la existencia de desgaste profesional (burnout) en aquellos residentes que presentaron puntuaciones altas en las subescalas de CE y/o DP. Para el registro y análisis de los datos se utilizó el programa estadístico PASW Statistics 17.0 (SPSS).

Resultados. Respondieron ambos cuestionarios 61 residentes (33% hombres y 66% mujeres), con una edad media de $28,92 \pm 3,97$ años. Llevaban una media de 2,9 años trabajando como residentes, y el 18% había trabajado previamente como residente en otra especialidad. Los encuestados pertenecían a 25 especialidades, destacando por número de participantes Medicina de Familia (13,1%) y Medicina Interna (11,5%). Se agruparon en: especialidades médicas (73,3%, incluyendo medicina de familia), y especialidades con parte quirúrgica (26,7%). Referente al año de residencia, contestaron 17 R1 (28,5%), 20 R2 (33,5%), 11 R3 (18%), 9 R4 (15%) y 3 R5 (5%). Con respecto al número de guardias mensuales, la media estuvo en 5,47 (rango 5-7,5) La mediana y la moda fueron 5 (desviación típica 0,80, varianza 0,64). Un 59% de los residentes hacían 5 guardias, y un 20% hacían más de 6. Las puntuaciones medias en las subescalas de la MBI fueron: CE 20,33, DP 8,77 y RP 38,62. Aplicando los puntos de corte más usados en la escala MBI, el 82% de los residentes tenían residentes tenían puntuaciones moderadas-altas en CE y/o DP. Se detectó desgaste profesional, con cifras altas de CE y/o DP en el 54,1%. No se encontró relación entre el desgaste profesional y el tipo de especialidad (médica o quirúrgica), $p = 0,78$. Tampoco se encontró relación entre el número de guardias y el burnout. No había diferencias entre residentes "pequeños" (R1 y R2), que habitualmente hacen guardias en urgencias, y residentes "mayores" (R3-R5). Los residentes que antes hicieron otra especialidad, dieron valores más bajos en RP, de forma estadísticamente significativa ($p = 0,022$).

Discusión. Los resultados encontrados muestran un porcentaje de afectados por burnout alto (54%) algo superior a un estudio previo realizado en 2006 en el Hospital Virgen de las Nieves de Granada (burnout en el 48%). Hay que decir que éste trabajo del 2006 se realizó sólo en residentes que hacían guardias en urgencias, y que desde entonces se han producido mejoras laborales. Nuestros datos indican un desgaste profesional bastante inferior a estudios posteriores realizados en 2010 en Barcelona, también en residentes (burnout en 69,7%).

Conclusiones. El desgaste profesional en los residentes de Granada afecta a más de la mitad de los encuestados.

V-82 NEUROFIBROMATOSIS Y TUMOR DE GIST

M. Gómez Antúnez, B. Pinilla Llorente, J. Cabrera Aguilar, O. López Berastegui, T. Blanco Moya, E. Ntolfi, F. de la Calle Prieto y A. Muiño Míguez

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

Objetivos. La neurofibromatosis se caracteriza por la presencia de múltiples neurofibromas, con expresión clínica variable que se asocia con un aumento de la incidencia de tumores. Nuestro obje-

tivo es ver la asociación entre neurofibromatosis y tumores del estroma gastrointestinal (GIST).

Material y métodos. Se ha hecho una revisión de todos los pacientes con diagnóstico de neurofibromatosis en nuestro Hospital. En cada paciente se han revisado los diagnósticos y la anatomía patológica en busca de tumores del estroma intestinal.

Resultados. Hay registrados 104 pacientes mayores de 15 años con diagnóstico de neurofibromatosis. De ellos 3 pacientes tienen diagnóstico de tumor GIST. Caso 1: mujer de 91 años que ingresa por ictericia y síndrome constitucional. En analítica presenta Hb 11,5, VCM 82, leucocitos 11.800, plaquetas 266.000, ALT 67, AST 109, bilirrubina total 14, GGT 364, fosfatasa alcalina 954, con amilasa y lipasa normal. En TC presenta nódulos mesentéricos, duodenales y en hilio hepático que condicionan una dilatación de vía biliar. Se colocó endoprótesis biliar y se hizo biopsia de nódulo abdominal compatible con GIST. Se inició tratamiento con imatinib, con buena tolerancia. Caso 2: mujer de 48 años que consulta por cuadro de 72 horas de dolor abdominal, náuseas y vómitos, con neumoperitoneo, encontrándose en la laparotomía tumoración en yeyuno de 3 cm con perforación a eses nivel. La anatomía patológica de la tumoración duodenal es informada como GIST. Ha sido tratada con imatinib durante 2 años, sin datos de recidiva 3 años después. Caso 3: mujer de 64 años diagnosticada de tumor tipo GIST en íleon tratado con resección del mismo, que 3 meses más tarde es diagnosticada de metástasis hepáticas, que se resecan. Posteriormente recidiva de la metástasis hepáticas, por lo que se realiza tratamiento con imatinib, a pesar de lo cual se objetiva progresión de las mismas.

Discusión. Los tumores GIST se originan a partir de las células intersticiales de Cajal, y se caracterizan por la expresión de un receptor de membrana mutante con actividad tirosina quinasa (c-kit) anormal. Representan el 0,2% de los tumores gastrointestinales, siendo más frecuentes en estómago e intestino delgado, con frecuente diseminación metastásica al hígado. Estos tumores estaban catalogados previamente como otros tumores, y los avances en la inmunohistoquímica han permitido definirlos como una entidad propia. La prevalencia real de estos tumores en pacientes con neurofibromatosis sospechamos sea más alta al no haberse podido catalogar recientemente, de hecho nuestras 3 pacientes se han diagnosticado en los años 2004, 2007 y 2009. La importancia del diagnóstico radica en la posibilidad de tratamiento con respuesta al mismo con inhibidores de la tirosina quinasa, incluso en pacientes que previamente los consideraríamos no tratables por enfermedad metastásica o muy avanzada.

Conclusiones. Los pacientes con neurofibromatosis tienen un aumento del riesgo de desarrollar tumores intestinales tipo GIST, sobre todo de intestino delgado. En un paciente con neurofibromatosis con presencia de patología neoplásica metastásica o irreseccable debemos hacer diagnóstico anatomopatológico por la posibilidad de respuesta a tratamiento con inhibidores de la tirosina quinasa.

V-83 HIPONATREMIA EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO

L. González González¹, P. Sánchez Sobrino²,
C. Páramo Fernández², J. Lamas¹, A. Rivera Gallego¹,
R. García-Mayor² y C. Martínez Vázquez¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Xeral de Vigo. Vigo (Pontevedra).

Objetivos. Evaluar la etiología y severidad de la hiponatremia en pacientes hospitalizados.

Material y métodos. Se estudiaron 19 pacientes con hiponatremia (sodio menor de 135 mEq/L) ingresados en nuestro hospital o que precisaron atención en el Servicio de Urgencias entre junio del 2008 y octubre del 2009. Evaluamos el motivo de consulta, antece-

dentos de interés, si cumplían criterios de SIADH y si existió yatrogenia durante la hospitalización, así como el grado de severidad de la hiponatremia y su repercusión pronóstica.

Resultados. Se analizaron 19 pacientes (10 mujeres y 9 varones) con un rango de edad comprendido entre 33 y 87 años (mediana 80 años). Sólo en el 37% de los pacientes el motivo de consulta estaba directamente relacionado con la hiponatremia, siendo en los demás un hallazgo casual. El 63% (12/19) tomaban fármacos relacionados con la homeostasis del sodio (IECAS, diuréticos, ISRS, neurolépticos y benzodiacepinas). El 37% (7/19) desarrolló la hiponatremia durante su hospitalización por otra causa mientras que el 63% (12/19) ya la presentaba en la primera determinación realizada en el Servicio de Urgencias, sin embargo sólo el 16% (3/19) tenía hiponatremia previa documentada. Se trataba de hiponatremias verdaderas (osmolaridad plasmática menor de 275 mOsm/kg) en todos los casos, 6 de ellas cumplían criterios de SIADH, 3 presentaban aumento del volumen extracelular (fallo cardíaco), 1 era un síndrome pierde-sal, otra de causa farmacológica (hidroclorotiacida) y en el 42% (8/19) no se realizó estudio completo por lo que no se sabe con exactitud la etiología. Entre las causas de yatrogenia destacan los sueros hipotónicos, la dieta hiposódica y los psicofármacos. Detectamos hiponatremia severa (sodio menor o igual 115 mEq/L) en el 31% (6/19) siendo la mayoría de éstos ancianos con comorbilidad asociada o con antecedente de traumatismo craneoencefálico, observando una mortalidad del 50% en el primer año.

Discusión. La hiponatremia es el trastorno electrolítico más frecuente en hospitalizados y condiciona aumento de la morbimortalidad, especialmente en pacientes ancianos. El desarrollo de hiponatremia se ha asociado con yatrogenia (sueros hipotónicos y fármacos, sobre todo diuréticos) y el propio ingreso hospitalario como agravante. En la mayoría de las ocasiones la etiología es multifactorial, siendo el SIADH un diagnóstico de exclusión poco frecuente.

Conclusiones. La hiponatremia se presenta con mayor frecuencia en pacientes de edad avanzada, pluripatológicos y polimedicados, asociándose en nuestra serie con mortalidad a corto plazo en su forma severa. La plurietiología de esta alteración, especialmente la secundaria a fármacos, obliga a su diagnóstico y manejo precoces en orden a minimizar sus efectos negativos sobre el pronóstico de los pacientes con este trastorno, la mayoría de las veces corregible y evitable.

V-84 USO INADECUADO DE LA SONDA VESICAL EN UN HOSPITAL COMARCAL: IMPACTO DE UNA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN PARA REDUCIRLO

M. Bourguet, C. Benavides, M. Mafe, A. Ventura y C. Tornero

Servicio de Medicina Interna. Hospital Francesc de Borja. Gandía (Valencia).

Objetivos. El uso inadecuado de la sonda vesical (SV) favorece la aparición de infecciones urinarias y es causa de aumento de morbilidad y mortalidad. Se han publicado recientemente las recomendaciones del IDSA (Clin Infect Dis. 2010;50:625) sobre la prevención de las infecciones asociadas a SV. Nos planteamos evaluar su uso acorde con estas recomendaciones en pacientes médicos en nuestro Hospital y conocer el impacto de una estrategia de intervención basada en la difusión de las citadas recomendaciones.

Material y métodos. Se diseñó un estudio de intervención con evaluación previa y comparación posterior. Se recogieron los siguientes datos de todos los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital comarcal Francisco de Borja de Gandía a lo largo de una semana: la presencia de SV, su indicación, y si esa indicación era adecuada a las definidas en las recomendaciones. Tras una nota informativa de carácter general especificando las indicaciones correctas de la SV y una sesión clínica informativa

en los servicios de Urgencias y de Medicina Interna, se repitió la recogida de datos durante la semana siguiente. Para la comparación de porcentajes se utilizó el paquete estadístico SPSS 15.0, test de la chi cuadrado y criterio de significación $p < 0,05$.

Resultados. Se revisaron un total de 285 pacientes, el 49,5% de ellos tras la intervención. En la recogida de datos inicial el 22,1% de los pacientes era portador de SV y en el 50% de ellos la indicación se consideró no acorde con las guías. Tras la nota informativa general, el porcentaje de pacientes con SV fue del 12,8% y en el 33% de ellos la indicación no era adecuada. El porcentaje de pacientes con SV de indicación incorrecta bajó del 11% en la toma de datos previa, al 4,3% en la recogida posterior a la intervención ($p = 0,03$). Las causas para la presencia de SV que se consideraron inadecuadas fueron en el 45% monitorización de la diuresis en pacientes que hubieran podido recogerla adecuadamente, incontinencia urinaria en el 27% y por causa no clara en el resto. No hubo diferencias significativas en el uso de SV con indicación adecuada.

Conclusiones. Las campañas de información sobre el uso correcto de la SV son eficaces a corto plazo para la reducción de su uso inadecuado, pero el impacto a largo plazo queda por evaluar.

V-85

INFLUENCIA DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR EN EL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE, DIURÉTICO Y EN LA OXIGENOTERAPIA

M. Martínez Gabarrón¹, J. Castellanos Monedero¹, R. Cicuéndez Trilla¹, M. Galindo Andúgar¹, A. Escalera Zalvide¹, M. Franco Huerta¹, M. Ramírez Ortega² y J. Tenias³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, ³Área de Investigación, Docencia y Formación. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

Objetivos. Conocer si el diagnóstico de hipertensión pulmonar al alta incrementa la indicación terapéutica de acenocumarol, oxigenoterapia y furosemida.

Material y métodos. Se realizó un estudio retrospectivo observacional, para ello se seleccionaron todos aquellos pacientes que ingresaron en el año 2009 en el Hospital General La Mancha Centro en el Servicio de Medicina Interna, en la Sección de Neumología y en la Sección de Cardiología. Los pacientes se seleccionaron mediante el registro CMBD (conjunto mínimo básico de datos), siempre que entre sus diagnósticos al alta figurase la Hipertensión Pulmonar. La prueba diagnóstica utilizada fue el ecocardiograma transtorácico. Se recogieron antecedentes personales, medicación previa al ingreso, causas posibles de indicar estos fármacos a parte de la hipertensión pulmonar, juicio clínico y fármacos al alta. Se realizó un test estadístico de McNemar. El análisis estadístico se realizó mediante el programa informático SPSS 15.

Resultados. Se obtuvo una muestra de 89 pacientes. El 91,1% de los pacientes ingresó en Medicina Interna. La edad media era de 72,3 años. El 60% fueron mujeres. El 64,4% presentaba hipertensión, el 31,1% eran diabéticos y el 17,3% presentaban dislipemia. El motivo de ingreso más frecuente fue la disnea con un 75,5%. Entre las causas de hipertensión pulmonar destacaban la EPOC con un 25,6%, la insuficiencia cardiaca derecha e izquierda con un 16,7%, las valvulopatías con un 16,7% y otras enfermedades pulmonares como ASMA, SAOS o TEP con un 8,9% de los casos. Previo al ingreso estaban tratados con oxigenoterapia el 22% de los pacientes al alta fueron tratados con oxigenoterapia el 34,4% esta diferencia es estadísticamente significativa con una $p < 0,001$. Previo al ingreso estaban en tratamiento con acenocumarol el 41,1% al alta fueron tratados con acenocumarol el 60% de los pacientes esta diferencia es estadísticamente significativa con una $p = 0,01$. Previo al ingreso estaban tratados con furosemida el 46,6% al alta presentaban tra-

tamiento con furosemida el 61,1% esta diferencia es estadísticamente significativa con una $p < 0,05$.

Discusión. La hipertensión pulmonar es una enfermedad cuyas etiologías son muy diversas, en la gran mayoría se presenta asociada a enfermedades cardiológicas o pulmonares, en un menor porcentaje es de etiología autoinmune. Las actuales guías terapéuticas insisten en la necesidad de mantener una buena oxigenación, en la mayoría de los casos es necesario indicar anticoagulación y también es necesaria la utilización de diuréticos para controlar la enfermedad. En nuestro trabajo hemos analizado si el presentar durante el ingreso esta enfermedad modificaría las pautas de tratamiento de forma significativa en estos grupos terapéuticos, para ello hemos analizado sólo aquellos pacientes en los que se administraban estos fármacos por esta patología. Hemos observado que esta enfermedad aumenta la dispensación de estos fármacos.

Conclusiones. La hipertensión pulmonar incrementa el número de pacientes al alta tratados con acenocumarol, oxigenoterapia y furosemida.

V-86

SHORT TERM FOLLOW-UP OF RENAL OUTCOME AFTER AN EPISODE OF ACUTE KIDNEY INJURY AND PRE-RENAL AZOTEMIA IN THE EMERGENCY DEPARTMENT

P. Fidalgo¹, S. Coelho¹, B. Rodrigues¹, D. Grande², F. Frade³, A. Papoila⁴ y K. Soto¹

¹Nephrology, ²Internal Medicine, ³Emergency Department.

Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca EPE. Amadora (Portugal).

⁴BioStatistics Department. Faculdade de Ciências Médicas. Lisboa (Portugal).

Objectives. Prompt recognition and management of acute kidney injury (AKI) in emergency settings is a pivotal task on reducing patient mortality, hospital length of stay and associated costs. Nonetheless it seems that renal recovery after AKI is neither complete nor the rule. Our aim was to study the renal outcome not only of AKI but also of an apparently innocent pre-renal azotemia episode.

Material and methods. Using the database of a prospective cohort study carried-out in the ED of our hospital (including 616 patients) a follow-up analysis was developed. Patients were classified according clinical criteria as AKI, pre-renal azotemia (preR), CKD and normal function (NF). AKI diagnosis was based on RIFLE and AKIN criteria. Glomerular filtration rates, estimated through the MDRD equation (eGFR), were analyzed at time of discharge (D) and after ≥ 6 months of follow-up (F). Baseline renal function was obtained with serum creatinine (SCr) values from the hospital electronic records, 3-6 months previous to ED admission. Total recovery of renal function (TR) was considered when eGFR was $> 90\%$ of the baseline, partial recovery (PR) when = 50-90% and no-recovery (NR) if $< 50\%$.

Results. Patients ($n = 616$) had a mean age of 59.1y and were classified as AKI (21.1%), preR (25.8%), CKD (2.4%) and NF (50.7%). From these, 503 (81.7%) and 385 (62.5%) had SCr available at D and F respectively. The time of follow-up was 18.2 months (SD 6.5). Among AKI patients, 34 (26.6%) died during the study time; 21 (13.3%) in the preR; 1 (0.7%) in the CKD; and 30 (9.7%) in the NF group. Of AKI group at D time, only 22% presented TR; 49% PR and 29% NR. In the preR were 61; 35 and 4% respectively. Of 11 patients with stable CKD, 64% maintained their renal function and 35% worsened partially. Related to NF patients, 23% deteriorated their renal function partially and only 1.7% lost more than half of baseline eGFR. Analysing at F time, in AKI group only 16% presented TR, 41% PR and 43% NR. For preR group 28%, 49% and 23% were found respectively. In stable CKD group 36% worsened partially, and only 9% developed severe dysfunction. In NF group, 34% of patients developed partial renal deterioration and only 10% with a decreased >

50% of their baseline eGFR. Evaluating the evolution by groups; 80% of those AKI patients who had recovered their eGFR at D, developed partial or significant renal dysfunction at the end of study time (F). The majority of AKI without recovery remained with impaired renal function. While 63% of preR patients worsened, 70% of NF patients remained with normal function.

Conclusions. A single AKI episode carried persistent deleterious renal function effects after a short time of follow-up even when there was apparent recovery at hospital discharge. PreR patients seemed to have the same negative trend, although with a lower magnitude. Strategies warranting renal function vigilance after an AKI or preR episodes are mandatory.

V-87 INCIDENCIA DE HIPONATREMIA MODERADA EN MEDICINA INTERNA: CAUSAS Y CONSECUENCIAS

S. Caro Bragado, R. Mayayo Alvira, N. Iniesta Arandia, G. Salgueiro, C. Navarro San Francisco, M. Fernández Capitán, F. Montoya Lozano y A. Lorenzo Hernández

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos. La presencia de hiponatremia condiciona la evolución de cualquier patología dado que su asociación hace más difícil el manejo farmacológico, empeora el pronóstico de la patología de base, y, en sí misma, implica un peor pronóstico durante el ingreso. Debido a todo esto, quisimos evidenciar la incidencia de hiponatremia y su relación con: 1- motivo de ingreso, 2- antecedentes personales; 3- tratamiento habitual e instaurado en planta; 4- sintomatología clínica; estudio desarrollado en dos unidades de hospitalización de Medicina Interna de un hospital terciario.

Material y métodos. Se ha realizado una revisión retrospectiva de pacientes con hiponatremia moderada ingresados en Medicina Interna durante el año 2009. Definimos hiponatremia moderada aquella con valores comprendidos entre 118-133 mg/dL. Una vez identificados, definimos las variables de estudio en antecedentes personales, diagnóstico al alta, tratamiento habitual y cambios del mismo durante el ingreso.

Resultados. De los 1.358 pacientes ingresados en las dos unidades analizadas, presentaron hiponatremia moderada el 5,1% (70 pacientes); con media de 124 mg/dL. La hiponatremia estaba presente al ingreso en un 24,3% (17 pacientes). La edad media fue 69 años (rango de 15 a 97 años), siendo varones el 55,7% (39 enfermos). Respecto a los antecedentes personales, el 64,3% (45 pacientes) habían presentado datos de insuficiencia cardiaca, hepatopatía crónica o insuficiencia renal crónica. De todos estos, el 44,3% (31 pacientes) presentaba ICC, el 22,9% (16 enfermos) hepatopatía crónica y el 28,6% (20 pacientes) IRC. En el grupo de pacientes con IRC, pese a existir hiponatremia, esta era más leve que en resto de grupos de riesgo. El 68,3% de los pacientes recibían tratamiento en domicilio, siendo los fármacos más usados los diuréticos de asa en un 55,6% (26 enfermos) e IECAS 28,9% (9 pacientes). El tratamiento se mantuvo en 18,6% de los pacientes a su llegada a planta (13 enfermos). La hiponatremia fue sintomática en el 47,1% (33 pacientes). Pese a la presencia de hiponatremia moderada, ésta no condujo a cambios de tratamiento pero se asoció a peor evolución en nuestros pacientes, cursando con una mortalidad del 12,9% (9 pacientes), con respecto a la mortalidad global en Medicina Interna que es del 3,5%. Un 44,4% de los decesos (4 pacientes) fue por ICC; un 33,3% por causas infecciosas (3 enfermos) y 22,2% por neoplasias (2 pacientes).

Discusión. Existe relación entre hiponatremia moderada y antecedentes personales de insuficiencia cardiaca y hepatopatía crónica. En estos pacientes los niveles de natremia son persistentemente más bajos que en el resto de la serie, aunque se presente asintomática. Pese a que otros autores encuentran relación entre hiponatremia moderada-grave y SIADH, fármacos con acción en SNC

y situación de últimos días; en nuestra casuística no encontramos SIADH, pero sí relación con ICC y cirrosis como causas fundamentales de hiponatremia.

Conclusiones. La hiponatremia de causa mixta, debida a enfermedad hepática, cardiaca y agravada por tratamiento farmacológico, es una patología de elevada prevalencia en pacientes hospitalizados. El tratamiento crónico con diuréticos de ASA y espironolactona se asocia con mayor frecuencia a hiponatremias moderadas y asintomáticas. Todo esto condiciona una mayor dificultad en el manejo, así como aumento de la mortalidad durante el ingreso.

V-88 EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO EN SU PRIMER AÑO DE FUNCIONAMIENTO

S. Franco Hidalgo¹, J. Prieto de Paula², J. Martín Serradilla¹, A. López Castellanos³, J. Jolín Garjón⁴, J. Sánchez Navarro¹ y J. Monfá Bosh¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Dirección Médica, ⁴Subdirección Médica. Complejo Asistencial de Palencia. Palencia. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Objetivos. Las Consultas de Atención Inmediata o Unidades de Diagnóstico Rápido (UDR) son una alternativa asistencial dirigida al diagnóstico de pacientes con enfermedades potencialmente graves. En noviembre-2008 se puso en marcha en nuestro Centro una UDR con los objetivos de minimizar las demoras en estos supuestos; mejorar la coordinación con Atención Primaria (AP) y, en su caso, disminuir los ingresos hospitalarios. El objetivo del presente trabajo es analizar la experiencia del primer año de funcionamiento de la Unidad.

Material y métodos. El Complejo Hospitalario de Palencia (CHP) atiende a una población de 173.000 habitantes. La UDR la conforman un médico internista y un diplomado de enfermería; dispone de una consulta y una sala de espera, y funciona de 8 a 15 horas y de lunes a viernes. Está abierta a todos los facultativos del área en las situaciones en que se presente alguno de los procesos prefijados. La petición de consulta se realiza personalmente, por vía telefónica, fax o e-mail, según los casos. Tanto la primera visita como las sucesivas y las exploraciones complementarias se llevan a cabo con carácter preferente. En todos los supuestos, tras el diagnóstico, se realiza informe clínico completo. A todos los pacientes se les entrega una hoja informativa y una encuesta de 24 preguntas de respuesta múltiple sobre la atención recibida.

Resultados. En el primer año de funcionamiento se atendió a 417 pacientes -frecuentación: 2,4/1.000 hab/año-, 223 de ellos (53,5%) varones, con una edad de 61 ± 20 años. La espera media para la primera visita fue de 1,9 ± 1,5 días (máxima, 8 días, y moda -203 casos- 1 día). El intervalo hasta la obtención del diagnóstico de 9,5 ± 11,7 días. Los pacientes procedían de AP en 277 casos (66,4%), de Urgencias en 88 (21%) y de Atención Especializada (AE) en 44 (10,6%). En 8 casos (2%) la procedencia fue diversa. Los motivos de consulta predominantes fueron: afectación del estado general 109 casos (26,1%); anemia 43 (10,3%); dolor abdominal 34 (8,2%); fiebre prolongada 28 (6,7%); síndrome diarreico crónico 24 (5,7%) y adenopatías persistentes 18 (4,3%). Respecto de los diagnósticos emitidos destaca el grupo de enfermedades digestivas 152 (23,4%); infecciones 63 (15,1%), enfermedades reumatológicas 33 (7,9%), y cardiovasculares 32 (7,7%). De los 417 pacientes, 75 (18%) se diagnosticaron de neoplasias. Las más frecuentes fueron las de riñón, próstata y vías urinarias 15 (20%), las de esófago, estómago y duodeno 14 (18,7%) y las de colon 13 (17,3%). El 86,3% de los casos atendidos cumplían criterios de adecuación a la UDR. La satisfacción respecto de la atención global fue alta o muy alta en el 97,5%.

Discusión. Los resultados del primer año de funcionamiento de la UDR en nuestro Centro no dejan dudas sobre su eficacia y sobre el

grado de satisfacción entre los pacientes. Se han conseguido minimizar las demoras, tanto para la primera visita como para la obtención del diagnóstico. Esto es especialmente importante en el caso de los tumores, que, por otro lado, suponen casi la quinta parte de los casos.

Conclusiones. 1. La UDR permite la atención de procesos pacientes graves con demoras mínimas. 2. Los tumores son, con las enfermedades digestivas, los diagnósticos más frecuentes. 3. La coordinación de la UDR con los servicios centrales, la Atención Primaria y el resto de especialidades, son imprescindibles para el buen funcionamiento de la Unidad. 4. La satisfacción de los usuarios de la UDR es muy alta.

V-89

VALOR PRONÓSTICO DE LA HEMOGLOBINA EN MIELOMA MÚLTIPLE CON INSUFICIENCIA RENAL SEVERA INICIAL EN UNA SERIE DE 391 PACIENTES

J. Alonso Alonso, J. Barreiro García y A. Cánovas Fernández

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cruces. Barakaldo (Vizcaya).

Objetivos. La insuficiencia renal severa (IRS) inicial en el mieloma múltiple (MM), reduce las posibilidades de tratamiento y la supervivencia. La detección de variables pronósticas facilita la toma de decisiones, pero éstas pueden variar según la población de estudio. Nuestro objetivo ha sido evaluar las variables relacionadas con IRS inicial en el MM y con utilidad pronóstica respecto a la recuperación de la función renal.

Material y métodos. Estudio retrospectivo, en la cohorte de pacientes diagnosticados en nuestro servicio de MM (desde enero de 1980 a marzo 2008) de los afectados de IRS inicial, definida como creatinina sérica ≥ 5 mg/dl. Se examinan las variables usualmente consideradas en este contexto en relación con el resto de pacientes, y, dentro del grupo de IRS, de las variables pronósticas de recuperación de función renal. Criterios diagnósticos de MM y de respuesta: los de la Chronic Leukemia-Myeloma Task Force. Métodos estadísticos: análisis univariante por medio de χ^2 y t de Student y multivariante por regresión logística binaria de Cox.

Resultados. Se incluyen 376 pacientes con MM sintomático; edad mediana: 68 años (31-93); componente monoclonal sérico (CMS) (%): G (47), A (31); cl/otros (22%). CM urinario (CMU) presente en 60%. Estadio de Durie y Salmon (%): I (15); II (25); III (60); DS A: 75%; B: 25%. ISS (202 pacientes) (%): I (29); II (36,5); III (35,5). Treinta y tres pacientes (8,8%) con IRS al diagnóstico; mediana de creatinina: 7,78 mg/dl (5-20). En 88% se detecta CMU y 13 (39%) tenían MM de cadenas ligeras. En el análisis univariante, fueron variables significativamente asociadas a IRS: ISS, MM de c. ligera, CF, Hb, plasmocitosis, cuantía de CMS, calcemia y b2mcg. En el análisis multivariante la única variable significativamente asociada a IRS fue hemoglobina. Once de los 33 pacientes con IRS precisaron hemodiálisis. Quimioterapia de 1ª línea: MP (6); VAD (16); otras: (11). En recaídas o progresión se utilizaron, a partir de 2003, talidomida, bortezomib y lenalidomida. Obtuvieron respuesta según los criterios de Bladé el 28% (1 RC; 6 RP, 1 R menor); no respondieron 21 (72%) y no fueron valorables 4. Quince pacientes (45%) recuperan función renal (creatinina $< 2,5$ mg/dl) a los 3 meses; doce (36%) fallecen en < 3 meses; siete (21%) viven > 2 años y dos viven > 7 años. Se analizan finalmente las variables relacionadas con la no recuperación de función renal o fallecimiento a los 3 meses. En el análisis univariante sólo resulta significativa la hemoglobina y, en el límite, ISS y CMU. En el análisis multivariante sólo es significativa la cifra de hemoglobina.

Discusión. Nuestros resultados confirman el sombrío pronóstico de la IRS concomitante con el diagnóstico de mieloma, aunque los que responden al tratamiento y mejoran la función renal pueden alcanzar una supervivencia prolongada. La concentración de hemoglobina ha resultado la única variable significativa, tanto en relación con la frecuencia de IRS inicial como de su reversibilidad. Esto puede explicarse porque depende tanto de la agresividad del mieloma como de la severidad y duración previa de la insuficiencia renal.

Conclusiones. En nuestra serie se constata que la IRS al diagnóstico se asocia a menor tasa de respuestas y menor supervivencia aunque un subgrupo de pacientes con mejoría de la función renal puede presentar una supervivencia prolongada. La única variable significativa relacionada con la no recuperación de la función renal y con el fallecimiento precoz ha sido la hemoglobina.

V-90

MODIFICACIONES DE GÉNERO EN EL PERSONAL SANITARIO

M. Chimento Viñas¹, P. Sánchez Junquera¹, E. Martínez Velado¹, A. de la Vega Lanciego¹, P. García Carbó¹, J. Soto Delgado¹, L. Palomar Rodríguez¹ y C. Ochoa Sangrador²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Investigación. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora.

Objetivos. La incorporación masiva de la mujer a los estudios sanitarios y a la vida laboral ha supuesto modificaciones en las plantillas de los hospitales. El objetivo de nuestro estudio fue analizar la situación de nuestro Complejo Asistencial respecto a los posibles cambios de género producidos en los últimos cuatro años.

Material y métodos. Estudio observacional. Se solicitaron al S. de Personal de nuestro Complejo Asistencial los datos de la plantilla del personal sanitario con fecha 31-XII-2005 y los mismos con fecha 31-XII-2009. Se analizó la relación mujer/hombre en el personal facultativo de especialidades médicas, quirúrgicas, Traumatología, UCI, Urgencias, Pediatría, en los ATS/DUE, y en los ayudantes sanitarios en el año 2005 y en el 2009. Se realizó comparación entre los mismos mediante test de ji cuadrado o pruebas exactas.

Resultados. Ver tabla de resultados.

Discusión. Se objetiva un aumento importante, aunque no significativo, de las mujeres en el personal sanitario de nuestro Complejo entre el año 2005 y el 2009. Este aumento se ha producido prioritariamente en las especialidades médicas y en el S. de Urgencias. Persiste predominio masculino en Traumatología. En el resto de especialidades quirúrgicas se ha evidenciado un aumento del 13% de mujeres. Las medidas adoptadas para la conciliación de la vida laboral han favorecido la feminización sanitaria.

Conclusiones. Aunque en los últimos cuatro años ha aumentado de forma considerable el personal sanitario femenino en nuestro Complejo, incluso en los facultativos de especialidades quirúrgicas y en Urgencias, este incremento no es estadísticamente significativo en el personal analizado. Ver tabla 1 (V-90).

V-91

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS RELACIONADOS CON EL DESGASTE PROFESIONAL (BURNOUT) EN MÉDICOS RESIDENTES DE GRANADA

C. Fernández-Roldán, S. García Durán, I. Saucedo Villanueva, R. Gálvez López, M. Moreno Higuera, M. García Morales, S. Moya Roldán y P. Giner Escobar

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Objetivos. Buscar posibles factores socio-demográficos relacionados con el síndrome de agotamiento o desgaste profesional (burnout) en médicos residentes de Granada.

Material y métodos. Estudio de tipo transversal, realizado durante los meses de mayo-junio de 2010, en médicos residentes de los hospitales San Cecilio y Virgen de las Nieves de Granada. Los residentes fueron invitados a participar por correo electrónico o personalmente. Se les solicitó la autoadministración de dos cuestionarios: la escala Maslach Burnout Inventory (MBI), compuesta de tres subescalas (cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y realización personal (RP), y otro, de elaboración propia, que recoge datos demo-

Tabla 1 (V-90). Resultados

	Mujeres 2005	Hombres 2005	% mujeres	Mujeres 2009	Hombres 2009	% mujeres	p
Médicos:	33	43	44%	51	42	55%	p = 0,0930
E. médicas							
Médicos:	16	38	30%	23	29	43%	p = 0,0873
E. qcas.							
Traumat.	2	15	11%	2	15	11%	p = 0,6994
UCI	3	4	42%	4	5	44%	p = 0,6713
Urgenc.	5	17	22%	10	18	55%	p = 0,2484
Pediatr.	4	4	50%	5	4	55%	p = 0,6008
ATS/DUE	484	54	91%	521	50	96%	p = 0,4681
Ay. sanit.	462	19	91%	476	32	93%	p = 0,0630

gráficos, sociales y laborales, así como preguntas concretas en relación a variables que pudieran estar relacionadas con el síndrome de agotamiento profesional (burnout). Se definió la existencia de desgaste profesional (burnout) en aquellos residentes que presentaron puntuaciones altas en las subescalas de CE y DP. Los datos se recogieron de forma anónima. El registro y análisis de los datos se realizó con el programa informático PASW Statistics 17.0 (SPSS).

Resultados. Respondieron ambos cuestionarios 61 residentes (33% hombres y 66% mujeres), con una edad media de $28,92 \pm 3,97$ años. El 51% tenían pareja estable, el 15% estaban casados, y el 31% eran solteros. Tenían hijos un 15% de los encuestados. Estaban fuera de su ciudad un 54% y vivían solos el 14,8%. Dijeron hacer ejercicio de forma habitual, el 57,4%, con una media de 3 veces a la semana (rango 1-6). Las mujeres dieron puntuaciones significativamente más altas que los hombres en CE ($p = 0,040$). Los que vivían fuera de su ciudad también tenían puntuaciones más altas en CE ($p = 0,019$). No se encontraron diferencias entre los que tenían pareja y los que no. Los que tenían hijos tuvieron puntuaciones más bajas en DP, ($p = 0,039$). Los que dijeron hacer deporte puntuaron más alto en PA, con un valor $p = 0,011$.

Discusión. El trabajar y vivir fuera de tu ciudad de origen aparece relacionado con mayor CE, probablemente por una menor posibilidad de apoyo en redes sociales y familiares. Es destacable la diferencia hallada por sexos en CE, cosa que no se había encontrado hasta ahora en la bibliografía consultada, y que perjudica a las médicas, que en la actualidad tienden a ser mayoría en nuestro sistema sanitario. Habría que señalar el posible efecto protector del hecho de tener hijos, ya que se relaciona con puntuaciones más bajas de DP. La realización de ejercicio de forma regular incrementa la sensación de RP, pero esta subescala se usa menos para el diagnóstico de burnout.

Conclusiones. Ser mujer y vivir y trabajar fuera de tu ciudad de origen se relacionan con el desgaste profesional, fundamentalmente en CE. El tener hijos podría ser un factor protector, pues se relaciona con menor DP. El estado civil/situación personal con respecto a tenencia o no de pareja no influye en el burnout. La realización de ejercicio de forma regular se relaciona con una mayor RP.

V-92

ANGIOPLASTIA PRIMARIA: INFLUENCIA DE LA VÍA DE ABORDAJE EN EL TIEMPO HASTA EL TRATAMIENTO. ¿SE PRODUCEN RETRASOS?

A. Ruiz Tornero, E. Cambroner Cortinas, V. Hidalgo Olivares, J. Córdoba Soriano, F. Salmerón, R. Fuentes Manso, A. Gutiérrez Díez y J. Jiménez Mazuecos

Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

Objetivos. La angioplastia primaria (AP) es el tratamiento de elección del SCAEST siempre que se realice por un equipo experi-

mentado y con un retraso bajo hasta el tratamiento. Por otra parte el acceso radial (AR) en el cateterismo disminuye las complicaciones hemorrágicas de los pacientes (P) que en el SCAEST son elevadas pero esta técnica de acceso podría demorar la respuesta hasta el tratamiento al ser técnicamente más demandante.

Material y métodos. Registro prospectivo de P consecutivos a los que se realizó una AP comparando el AR con el acceso femoral (AF). Se analiza el tiempo puerta-balón (TiPuBa) y el tiempo desde que el P llegaba a sala hasta que se produce la apertura de la arteria coronaria (TSaBa). La elección de la técnica se realizó por preferencia del operador o por características del P. Los P se analizaron por intención de acceso independientemente de cómo se finalizó el procedimiento.

Resultados. Se analizaron 278 P (82% AR y 18% AF). El 26% eran mayores de 75 años, 75% varones, 30% diabéticos, 64% HTA y 41% fumadores. Un 3% se presentaron con inestabilidad hemodinámica o shock. Un 36% eran IAM anteriores. Hubo un 3% de crossover radial-femoral y 0,3% crossover femoral-radial. No hubo ninguna diferencia en las características clínicas entre los dos grupos. La mediana global del TiPuBa fue de 80µin. La media del TPuBa en el AR fue 98 ± 70 µin frente a 105 ± 87 µin (p : ns). La media del TSaBa en el AR fue de 25 ± 11 µin y 38 ± 68 µin en el AF (p : ns). El 62% de los P en los que se usó el AR fue atendido en menos de los 90 minutos frente al 65% de los P por AF (p : ns).

Conclusiones. La angioplastia primaria por vía radial se realiza con igual rapidez y sin afectar a las demoras hasta la reperfusión en un centro experimentado en el acceso radial por lo que en estos centros debería constituir la vía preferencial de abordaje.

V-93

RABDOMIÓLISIS: DIFERENTES ETIOLOGÍAS PARA UN MISMO PROBLEMA

J. Miramontes González¹, A. Nava Rebollo², M. Borao Cengotita-Bengoa¹, A. García Mingo¹, I. García¹ y A. Sánchez Rodríguez¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca. ²Servicio de Nefrología. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Clínico. Salamanca.

Objetivos. La rabdomiólisis es un síndrome caracterizado por la necrosis muscular y la liberación de enzimas musculares al torrente sanguíneo. Es una causa muy conocida de fracaso renal agudo oligúrico en distintos grados de severidad. La aparición de nuevos fármacos como son las estatinas y hábitos deportivos así como, la polimedición asociada al envejecimiento poblacional condicionan un cambio en las etiologías subyacentes y una modificación en el abordaje terapéutico de esta patología. En este trabajo se hace un análisis de las patologías que han condicionado una un cuadro de rabdomiólisis que ha requerido atención hospitalaria.

Material y métodos. Se realiza un análisis retrospectivo de los pacientes que presentaron cuadros de rabdomiólisis durante el período de 10 años y que requirieron ingreso en una unidad de Agudos de Nefrología. Se analizan recogen los datos de sexo, edad y posible agente etiológico.

Resultados. Se registraron un total de 31 casos con edad media 59,6 años (21-90 años). Relación varón/mujer: 2,1/1 (21/10). El resultado se ha agrupado de la siguiente manera: 1. Sepsis: 5 casos. 2. Isquemia arterial aguda/amputación: 3 casos. 3. Pacientes psiquiátricos en tratamiento neuroléptico (haloperidol, risperidona): 5 casos. 3- Crisis convulsiva generalizada: 2 casos. 4. Estatinas (sinvastatina, atorvastatina): 3 casos. 5. Miscelánea: 12 casos con causas diferentes; neoplasia de próstata, enf. de Mc Ardle, Depleción hidrosalina, hipotermia, colchicina, traumatismo, Adicción a drogas iv x 4 (ADVP), Ejercicio físico intenso x 2 (spinning). La recuperación sin secuelas fue completa.

Discusión. Los casos de rabdomiólisis que necesitan de una especial atención y vigilancia intensiva han de ser una prioridad desde que los pacientes son atendidos en la urgencia. El origen multifactorial de esta entidad exige una anamnesis precisa para identificar la etiología y realizar un tratamiento precoz, lo que repercute de una forma positiva en la recuperación funcional renal.

Conclusiones. 1. La rabdomiólisis origina FRA oligúrico severo, siendo el 0,5% de los ingresos en Nefrología. El resto de pacientes se pueden manejar en una planta de hospitalización convencional con seguimiento estrecho. 2. La hemodiálisis fue requerida en el 30%, pero la recuperación sin terapia renal sustitutiva fue del 100%. 3. Los fármacos (estatinas, neurolépticos) son la causa más frecuente de R. Especialmente importante es el grupo de pacientes psiquiátricos (5/26). 4. La agresión física y el ejercicio intenso son causas conocidas, destacando en este grupo las modalidades de ejercicio intenso de nueva parición como es el "spinning".

V-94

ESTUDIO DE LA CAPACIDAD DE DIFUSIÓN DEL MONÓXIDO DE CARBONO EN 25 PACIENTES CON DIAGNÓSTICO RECIENTE DE HIPERTENSIÓN PULMONAR

C. Soto¹, J. Ríos¹, P. Ruiz¹, S. Alcolea², M. Moreno³, A. Sánchez³, M. Torres⁴ y A. Buño⁵

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Neumología, ³Servicio de Cardiología, ⁴Servicio de Radiodiagnóstico, ⁵Análisis Clínicos. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

Objetivos. Analizar si existe correlación entre la capacidad de difusión del monóxido de carbono (DLCO) y: parámetros hemodinámicos-ecocardiográficos: presión arterial pulmonar sistólica (PAPS); funcionales: clase funcional de la NYHA modificada y test de la marcha de los 6 minutos y analíticos: N-T-proBNP.

Material y métodos. Se revisaron de forma retrospectiva los pacientes diagnosticados de hipertensión pulmonar (HP) en el Hospital La Paz de Madrid desde el 2007 al 2009. Variables analizadas: edad, sexo, tipo de HP, PAPS por ecocardiograma y por cateterismo cardiaco derecho, clase funcional de la NYHA, distancia recorrida en el test de la marcha de los 6 minutos, niveles de N-T-proBNP, DLCO al diagnóstico y tipo de tratamiento.

Resultados. Se recogieron 25 pacientes (grupos 1 y 4 de la clasificación de Dana Point). 9 varones y 16 mujeres. Edad: 24-83 años (media 57,44 años). Subtipos: 2 pacientes con HP idiopática. 7 con HP asociada a conectivopatía/enfermedad autoinmune. 4 con HP asociada a VIH. 3 con HP de causa tóxica. 2 con HP portopulmonar. 7 con HP tromboembólica. Clase funcional: 20% en clase I, 32% en clase II, 48% en clase III y 0% en clase IV. Ecocardiograma: PAPS mínima 35 mmHg, máxima 140 mmHg, media 69,92 mmHg, DS 25,3 mmHg y mediana 70 mmHg. Cateterismo cardiaco derecho: PAPS mínima 45 mmHg, máxima 145 mmHg, media 92,64 mmHg, DE 27,5 mmHg y mediana 95 mmHg. Distancia recorrida en el test de la

marcha: mínima 0 m, máxima 528 m, media de 361,6 m, DE 150,2 m y mediana 400 m. N-T-proBNP: nivel mínimo 52, máximo 5.785, media 1.343,9, DE 1.686 y mediana 479. DLCO al diagnóstico: porcentaje mínimo 28%, máximo 106%, media 67,9%, DE de 22,2% y mediana 73%. Tratamientos: 12 con tratamiento específico: 10 con bosenán, 10 con sildenafil y 1 con prostanoides inhalados. Se encontró correlación estadísticamente significativa entre la PAPS medida por ecocardiografía y la medida por cateterismo cardiaco derecho (coeficiente de correlación 0,872). Entre la PAPS en ecocardiografía y la clase funcional, también hubo correlación significativa (coeficiente 0,694). Aunque no fue estadísticamente significativa, los resultados pudieran sugerir una correlación entre la DLCO y el test de la marcha (coeficiente 0,571): a menor DLCO, menor distancia recorrida. No se encontró correlación entre la DLCO y la PAPS en cateterismo y ecocardiograma, el N-T-pro-BNP ni la clase funcional.

Discusión. En los enfermos con HP severa secundaria a broncopatía, se ha observado una DLCO muy disminuida. Algunos estudios han demostrado la utilidad de los test de función respiratoria en la HP idiopática. Aunque no ha sido bien estudiado su uso en otros grupos, se ha observado una disminución de la DLCO en relación a controles sanos, similar en el grupo de HP idiopática, la asociada a conectivopatías y la asociada a cardiopatía congénita. Sin embargo, no hay estudios que hayan demostrado correlación entre la DLCO y los parámetros hemodinámicos, los marcadores séricos ni la capacidad de ejercicio.

Conclusiones. Se encontró correlación entre la DLCO y el test de la marcha pero no estadísticamente significativa, por lo que se necesitarían estudios con un mayor tamaño muestral para alcanzar la significación estadística para la correlación entre la DLCO y el test de la marcha de los 6 minutos, así como con el resto de parámetros.

V-95

DIAGNÓSTICO CLÍNICO E HISTOLÓGICO DE LA ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

C. Aguirre González¹, C. Royo-Villanova Reparaz¹, F. Sarabia Marcos¹, E. García Villalba¹, A. Pérez Pérez¹, J. Fernández Pardo¹, C. López Rodríguez² y D. Palazón Moñino¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. ²Servicio de Medicina Interna. Fundación Jiménez Díaz-UTE. Madrid.

Objetivos. Analizar y describir los criterios de clasificación empleados en el diagnóstico, propuestos por el American College of Rheumatology (ACR) y los hallazgos histológicos de la biopsia de la arteria temporal (AT), en pacientes con sospecha clínica de arteritis de células gigantes (ACG) ingresados en un Servicio de Medicina Interna.

Material y métodos. Estudio descriptivo de los resultados obtenidos en el diagnóstico, de una serie de 75 pacientes, con sospecha clínica de ACG, ingresados en nuestro servicio entre los años 1997 y 2009. Se establece el diagnóstico de ACG cuando la biopsia es compatible (infiltrado inflamatorio por células mononucleares en la pared arterial y fragmentación de la lámina elástica interna, con o sin células gigantes multinucleadas) o, si la biopsia es negativa, cuando se reúnen al menos 3 de los 5 criterios propuestos por el ACR (edad de inicio > 50 años, cefalea de comienzo reciente, velocidad de sedimentación globular superior a 50 mm/h, hipersensibilidad/disminución del pulso de la AT y biopsia compatible). Se han revisado las historias clínicas informatizadas, procesándose los datos obtenidos mediante un programa estadístico.

Resultados. De los 75 pacientes con sospecha clínica, el diagnóstico final de ACG se hizo en 53 (70%). De estos 53, reunían 3 o más criterios del ACR 50 de los pacientes (94%). Todos tenían más de 50 años, la VSG estaba elevada en 49 de ellos (92%), presentaban ce-

falea 36 (67%), la biopsia fue compatible en 33 (62%) y sólo 7 (13%) mostraban alteraciones en la exploración de las AT. Se realizó biopsia de la AT a 56 pacientes (75%), siendo compatible en 33 (59%). En sólo 1 paciente la longitud de la muestra histológica fue superior a 3 cm. No se realizó ninguna biopsia de la arteria contralateral.

Discusión. El diagnóstico de certeza sólo puede obtenerse mediante estudio histológico. En 1.990 la ACR propuso unos criterios que sin intentar sustituir a la biopsia, pueden orientar en el diagnóstico. La biopsia confirmó el diagnóstico en el 44% de los pacientes con sospecha clínica. A pesar de las recomendaciones de los autores, únicamente una de las muestras histológicas tenía una longitud superior a 3 cm. Ante el resultado inicial histológico negativo, en ninguno de los casos se realizó biopsia de la arteria contralateral. El 26% de pacientes con biopsia negativa/no realizada, se diagnosticaron de ACG por reunir 3 de los 5 criterios de la ACR, tras haberse descartado otras causas. La cefalea y la elevación de la VSG estaban presentes en la mayoría de los pacientes; llama la atención que los hallazgos anormales a la exploración de las AT solo se observaran en 7 de los pacientes.

Conclusiones. Los criterios que orientan al diagnóstico de la ACG son fundamentalmente clínicos; se siguen empleando los propuestos por la ACR (1.990), con una sensibilidad y especificidad de 93,5 y 91,2 respectivamente. El diagnóstico de certeza se establece mediante biopsia; se recomienda que la longitud de la muestra sea entre 3-6 cm, dada la afectación segmentaria de la pared vascular. Su negatividad no excluye el diagnóstico. Si la sospecha clínica es elevada y la biopsia no es concluyente, está indicado iniciar el tratamiento para evitar las complicaciones vasculares.

V-96

¿INTERNISTA O INTERCONSULTOR?

E. Puerto Pérez, E. Fraile Villarejo, L. Mateos Polo, N. Cubino, I. González y A. Sánchez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.

Objetivos. Número de interconsultas para M. Interna. Patología prevalente de las interconsultas según la edad de los pacientes y el servicio de procedencia.

Material y métodos. Hemos realizado un estudio retrospectivo y transversal en el que hemos incluido a 354 interconsultas al servicio de medicina interna, procedente de los servicios quirúrgicos (Traumatología, cirugía general, cirugía máximo-facial y otorrinolaringología) en el último año, con edades comprendidas entre 30-99 años. Se recogen las siguientes variables; historia clínica con la patología por la que están ingresados y por la que interconsultan, Rx tórax y analítica que incluye hemograma, función renal, iones y coagulación.

Resultados. Se recogen un total de 363 pacientes de los cuales eran 208 varones y 146 mujeres con una media de edad de 71 años en cirugía, 87 años en traumatología, 59 en neurocirugía y 57 años en maxilofacial y otorrino. Con respecto a las patologías más frecuentes son: Traumatología: infecciosas 17,91% de las eran neumonías y sepsis de otro origen, insuficiencia cardiaca 12,43%, patología G-I 11,44%, anemia 14,4%, DM tipo 2 11,4%, control del dolor 13,3%, EPOC e insuficiencia renal crónica 6,6%, HTA 9,45%, fibrilación auricular 7,96%, agitación 5,54%, otras causas 22,2%. Cirugía general: fibrilación auricular 21,1%, insuficiencia cardiaca 16,6%, infecciosas que son 26,6%, en el que incluye neumonías 58,3% y sepsis abdominales 41,66%, DM tipo 2 10%, EPOC 7,77%, patología G-I 6,6%, anemia 6,6%, EPOC agudizado 6,6%, HTA 4,4%, trombopenia 3,3%. Cirugía maxilofacial y otorrino: HTA 25,9%, DM tipo 2 24,07%, enfermedades infecciosas 16,6%, patología digestiva que incluye hemorragias digestivas e íleo paralítico 14,8%, fibrilación auricular crónica 5,5%, EPOC 3,7%, otras 9,25%. Neurocirugía: enfermedades infecciosas 38% de las cuales eran infección del catéter 64,28% y

neumonías 35,71%, HTA 30,5%, fibrilación auricular 11,1%, patología digestiva 5,5%, otras enfermedades 13,8%.

Discusión. Como se puede observar, la patología varía en función del servicio de interconsulta, mientras la más predominante en cirugía general es la relacionada con la enfermedad cardiovascular FA e insuficiencia cardiaca, en el servicio de Traumatología destacaría las causas infecciosas sobre todo neumonías seguido de la enfermedad cardiovascular y digestiva de predominio el íleo paralítico de enfermos encamados. Sin embargo en relación a los pacientes de cirugía maxilofacial y otorrino es la diabetes y la HTA el motivo más frecuente de interconsulta. En relación con los enfermos de neurocirugía vuelve a ser las enfermedades infecciosas la patología más frecuentemente consultada. La edad podría ser una de los motivos por los cuales el tipo de enfermedad sea tan variada.

Conclusiones. Después de analizar todo lo anterior está claro que el interconsultor es una figura fundamental sobre todo en los hospitales donde existen múltiples servicios quirúrgicos y que sería el internista el más capacitado para desarrollar esta actividad, no sólo por la diversidad de patología que se puede observar sino por el amplio rango de edad de estos pacientes.

V-97

USO INJUSTIFICADO DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA: CAUSAS Y COSTE

J. Rodríguez Roca, A. Martín Aspas y C. Collado Pérez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Objetivos. Valorar si se hace un uso adecuado de inhibidores de la bomba de protones (IBP) como profilaxis de enfermedad ulcerosa y/o hemorragia digestiva alta en el servicio de Medicina Interna, los motivos y coste del mismo.

Material y métodos. Análisis descriptivo transversal de todos los pacientes hospitalizados en el servicio durante un día, recogiendo datos de edad, sexo, antecedentes de enfermedad gastroduodenal: úlcera péptica o hemorragia digestiva alta (EGD) y medicación administrada. Consideramos indicación de IBP como profilaxis si presenta: a) Uso de AINE o antiagregante más al menos uno de los siguientes factores de riesgo: > 60 años, corticoides, anticoagulación (oral o con heparina), coagulopatía, antecedentes de EGD; b) doble antiagregación o antiagregante más AINE. El coste medio en nuestro hospital de 1 comprimido de IBP es 0,21€ y el uso intravenoso 2,97€ (incluidos fungibles).

Resultados. Se revisaron 55 pacientes (ninguno presentaba indicación de IBP como tratamiento de EGD activa). La edad media fue 71 años (42 pacientes mayores de 60 años), 52,7% mujeres. 14 pacientes (25,4%) con indicación adecuada de IBP: 9 por antiagregación y más de 60 años; 2 por doble antiagregación; 2 por antecedentes EGD antiagregados; 1 con AINEs mayor de 60 años. 37 pacientes (67,3%) tenían pautado IBP de forma injustificada: 20 con heparina profiláctica, 9 anticoagulados, 5 con corticoides (25 de los cuales eran mayores de 60 años), 2 mayores de 60 años (sin otro factor de riesgo), 1 sin fármaco ni antecedente EGD. 4 pacientes (7,3%) sin IBP (2 por no tener indicación, y 2 con ranitidina). Entre los pacientes sin indicación de IBP, 28 lo tenían pautado oral (uno de ellos cada 12 horas), lo que supone 6,09€, y 9 pacientes intravenoso (dos de ellos, cada 12 horas), lo que supone 32,6€. En total, un exceso de gasto diario en IBP de 38,76€ en nuestro servicio.

Discusión. Encontramos un uso excesivo de IBP como profilaxis de EGD, hallazgo descrito previamente en la literatura. En nuestro servicio aparece especialmente asociado al uso de heparina de bajo peso molecular como profilaxis de enfermedad tromboembólica en pacientes mayores de 60 años; en este escenario clínico no está establecido el uso de IBP como profilaxis de EGD. Probablemente se deba a la ausencia de efectos secundarios a corto plazo de los IBP.

El coste estimado en un año del exceso de IBP sería 14.147,40€ en nuestro servicio.

Conclusiones. Se hace un uso injustificado de IBP en el servicio de Medicina Interna en el 67,3% de los pacientes, especialmente cuando se les pauta heparina profiláctica y son mayores de 60 años.

V-98

MIXOMA AURICULAR. EXPERIENCIA CLÍNICA. ESTUDIO DE 19 CASOS

A. Alguacil¹, R. Labra¹, V. Cano¹, G. Muñiz¹, P. Lima², J. Bayona¹, L. López-Almodóvar² y J. Orradre³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Cirugía Cardíaca, ³Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Objetivos. Los tumores primarios cardiacos son raros a diferencia de los tumores metastásicos que afectan al corazón y que son 20 veces más frecuentes. La incidencia se sitúa entre 0.001-0.03% en estudios necrópsicos. En su mayoría (75%) son benignos, destacando el mixoma. El objetivo es describir los casos con el diagnóstico de mixoma atendidos en nuestro hospital.

Material y métodos. Se revisan de forma retrospectiva las historias clínicas con diagnóstico anatomopatológico de mixoma desde 2003. El Servicio de Cirugía Cardíaca atiende poblaciones de Toledo, Cuenca y Ciudad Real. Se analizan los datos epidemiológicos, forma de presentación, técnica diagnóstica, tipo de cirugía y supervivencia.

Resultados. Diecinueve casos presentaba diagnóstico de mixoma: 12 mujeres (63%) y 7 hombres (47%) con edad media de 67 años (22-76). El paciente de 22 años tenía en sus antecedentes la resección de varios nevos. La forma de presentación fue: disnea de esfuerzo en 5 casos (26%). Dolor torácico en 5 casos (26%) con diagnóstico de síndrome coronario agudo (SCA) en 2 de ellos. Fibrilación auricular de reciente comienzo en 4 casos (24%). 1 caso presentó síncope. 2 casos debutaron con isquemia arterial por embolia a nivel periférico y renal y en otro caso a nivel coronario con infarto de miocardio en cara inferior. 1 caso cursó con malestar general y lesiones de vasculitis leucocitoclástica. Sólo en 1 caso el diagnóstico fue casual sin clínica acompañante. El diagnóstico y caracterización se realizó con ecocardiograma transtorácico (Eco-TT) excepto en 2 casos que se hizo en la angiografía por SCA. Todos se localizaron en la aurícula izquierda (AI) dependiente de septo interauricular (SIA) en su mayoría en la zona del foramen oval. En 6 casos (31%) eran pediculados y móviles. En 5 casos (26%) producían prolapsos a través de la válvula mitral (VM) con distinto grado de obstrucción funcional. En 2 casos afectaban a la VM. El tamaño medio era de 4,3 cm (0,5-9) de diámetro. En todos se realizó resección completa y reparación de la VM en 2 casos, sin mortalidad con supervivencia y sin recidiva.

Discusión. Los mixomas son los tumores primitivos cardiacos más frecuentes. Había un predominio del sexo femenino y una edad ligeramente superior a otras series. El más joven de 22 años con resección de varios nevos no cumplía criterios del síndrome de Carney. Los mixomas cardiacos pueden confundirse con otros procesos cardiovasculares como una estenosis mitral por obstrucción por prolapsos en diástole a través de la VM como en 5 de nuestros casos y como SCA. Los fenómenos embólicos cerebrales o periféricos presente en 2 de nuestros pacientes, forman parte del cuadro clásico, debido a que son tumores friables. También puede cursar como proceso inmunológico por estímulo antigénico por componentes del tumor, como en el caso con vasculitis leucocitoclástica. Por todo ello debe considerarse al mixoma como una entidad simuladora de otros procesos clínicos. El ecoTT ha ayudado en su caracterización y diagnóstico que lo detectó en todos los casos que se realizó. Su localización preferentemente es en la AI, pudiendo asentar en otras cavidades. En todos los casos (100%) se situaron en la AI con tamaño

variable hasta 9 cm de diámetro. La resección completa es el tratamiento de elección, que pudo realizarse en todos los casos sin mortalidad y sin recidiva hasta la fecha.

Conclusiones. 1) Los mixomas son tumores benignos de localización preferente en AI. 2) La presentación clínica puede simular otras entidades cardiovasculares, cerebrales o inmunológicas. 3) El eco TT es de inestimable ayuda para su caracterización e identificación especialmente en los casos sin manifestaciones cardiológicas. 4) El tratamiento quirúrgico con resección completa permitirá su curación.

V-99

PORFIRIA AGUDA INTERMITENTE: MÁS ALLÁ DEL DOLOR ABDOMINAL E HIPONATREMIA

P. Tarabini-Castellani, L. Garro Núñez, M. Aldámiz-Echevarría, S. San Miguel López de Uralde, G. Arroita González, L. Ceberio Hualde, E. Sáez de Adana Arróniz y J. Cabrejas Ugartondo

Servicio de Medicina Interna. Hospital Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz (Álava).

Objetivos. Describir dos casos de porfiria aguda intermitente (PAI).

Material y métodos. Descripción de los hallazgos clínicos, analíticos y radiológicos de dos casos de PAI diagnosticados entre mayo y septiembre de 2009.

Resultados. Caso 1: mujer de 20 años que ingresa por dolor abdominal difuso, vómitos e hiponatremia (106 mEq/L). Presenta crisis convulsiva tónico clónica, con TAC cerebral normal. Se realiza estudio de dolor abdominal e hiponatremia con los siguientes resultados: TAC abdominal normal, osmolaridad plasmática 243 mOsmol/kg, osmolaridad urinaria 589 mOsmol/kg, ADH: 22,4 pg/ml, compatible con SIADH. Se obtienen los resultados de porfirinas en orina positivas, ALA (229,1 mg/g creatinina), PBG (55,3 mg/L) en orina elevadas, compatible con porfiria aguda, y PBG deaminasa en eritrocitos (44 U/L) disminuida siendo diagnosticada de PAI e iniciándose tratamiento con 400 g de glucosa EV. Caso 2: mujer de 28 años que ingresa por íleo suboclusivo. Posteriormente presenta alteración del nivel conciencia, tetraparesia severa, hiponatremia (121 mEq/L) y edema cerebral difuso en TAC. La RMN muestra extensa afectación cortical occipito-frontal en probable relación con leucoencefalopatía posterior reversible (PRES). El estudio de difusión orienta a afectación isquémica en territorios frontales. Se obtienen resultados de porfirinas en orina elevadas (ALA 67,7 mg/creatinina, PBG 30,5 mg/24h) y se inicia tratamiento con hemina intravenosa. El resultado de PBGD en eritrocitos disminuido (63 U/L), confirma el diagnóstico de PAI. Cuatro semanas después se repite la RMN craneal con desaparición casi completa de la afectación en territorio cerebral anterior y en menor medida posterior en relación con infarto subagudo-crónico.

Discusión. Las porfirias son un grupo de enfermedades hereditarias producidas por la alteración de las enzimas implicadas en la síntesis del grupo hemo. La PAI, de herencia autosómica dominante, deriva del déficit parcial de actividad de la PBG deaminasa (PBGD). Es la más grave de las porfirias agudas, afectando en Europa a 1/75.000 personas. Son características de esta enfermedad las crisis dolorosas abdominales con manifestaciones neuropsiquiátricas y la ausencia de lesiones cutáneas. La más común de las manifestaciones neurológicas es la neuropatía periférica de predominio motor y patrón electromiográfico axonal. La afectación del sistema nervioso central es frecuente y consiste en alteración del comportamiento, alucinaciones y alteración del nivel de conciencia. El 20% de los ataques cursan con convulsiones, sobre todo en pacientes con hiponatremia secundaria a SIADH. En la neuroimagen se han descrito cambios corticales transitorios en relación a PRES o a vasoespasmos cerebrales. Durante las crisis la excreción de PBG y ALA en

orina está elevada. La disminución de PBG deaminasa en los eritrocitos confirma el diagnóstico de PAI. Los tratamientos consisten en la administración de hemina endovenosa y/o el aporte de hidratos de carbono endovenosos.

Conclusiones. 1. La PAI es la más grave de las porfirias agudas. 2. Se cree que su prevalencia está infraestimada. 3. Ante pacientes jóvenes con clínica abdominal o neurológica acompañadas de hiponatremia que no se justifican tras las pruebas diagnósticas habituales debe considerarse el diagnóstico de PAI.

V-100 CASOS DE SÍNDROME DE GOOD (HIPOGAMMAGLOBULINEMIA ASOCIADA A TIMOMA) REGISTRADOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DURANTE UN PERÍODO DE 5 AÑOS

M. Gil Ortega¹, E. Pérez Luna¹, M. Herranz Marín¹,
A. García Alonso², J. Egea Díaz¹, F. Morales Caravaca¹,
R. Alcaraz Martínez¹ y F. Herrero Huerta¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital J.M. Morales Meseguer. Murcia. ²Servicio de Inmunología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Objetivos. Describir los parámetros epidemiológicos, clínicos y analíticos que puedan orientar al diagnóstico de síndrome de Good. Valorar la respuesta clínica y analítica al tratamiento con inmunoglobulinas.

Material y métodos. Se aportan dos pacientes diagnosticados de síndrome de Good durante un período de cinco años. Caso 1: mujer de 78 años. Timectomía en 2004 por timoma mixto (linfocítico-células epiteliales). Desde entonces infecciones respiratorias de repetición. Ingresa en 2008 por bronquitis aguda. En analítica destaca: hipogammaglobulinemia severa (IgA 0,01 g/L, IgG 0,1 g/L, IgM 0,01 g/L). Ante la sospecha de síndrome de Good, se deriva al servicio de Inmunología del Hospital Virgen de la Arrixaca, donde tras valoración de inmunidad humoral y celular se diagnostica de hipogammaglobulinemia con disminución de la población B. Se inició tratamiento con Ig G. Tras 2 años esta asintomático y mantiene niveles de IgG de 700 mg/dl. Caso 2: varón 31 años. Timectomía en 2003 por timoma linfocítico. Desde entonces infecciones respiratorias de repetición. En 2005 se diagnostica de síndrome de Good en Hospital Virgen de la Arrixaca, donde se confirma la presencia de hipogammaglobulinemia severa. Se inicia tratamiento con Ig G. Tras 5 años de tratamiento no ha precisado de ingreso hospitalario, manteniendo niveles de IgG de 800 mg/dl.

Resultados. Se consideró como criterio diagnóstico del síndrome de Good la presencia simultánea de hipogammaglobulinemia y timoma. Se recopilaron dos pacientes durante el periodo de 2005 a 2010, con edades de 31 y 78 años respectivamente. En ambos casos la presencia de timoma precedió al diagnóstico del síndrome. En el caso 1 el timoma era mixto (linfocítico-células epiteliales) y en el caso 2 linfocítico. En los dos casos se sospechó el síndrome ante la presencia de infecciones de repetición, de predominio respiratorio, y no coexistían otras manifestaciones autoinmunes. Entre los hallazgos de laboratorio destacan los parámetros reflejados en la tabla 1. Ambos casos se trataron con Ig G sin complicaciones, con buena respuesta clínica y analítica.

Discusión. El síndrome de Good asocia la presencia de un timoma con una hipogammaglobulinemia y aparece preferentemente a partir de la quinta década de vida (40-70 años). El timoma suele ser benigno y generalmente se diagnostica primero el timoma (80% de los casos) y posteriormente, en una media de 5 años, la inmunodeficiencia. La patogenia es desconocida. La clínica es la habitual en los déficit de síntesis de anticuerpos, con predominio de las infecciones de las vías respiratorias. El diagnóstico se realiza por la clínica y por el estudio de la respuesta inmune humoral y celular. El tratamiento consiste en la reposición de gammaglobulinas.

Conclusiones. 1. El antecedente de timoma, la presencia de infecciones de repetición y la hipogammaglobulinemia pueden orientar a la sospecha de un síndrome de Good. 2. Todo paciente con timoma se beneficiaría de un control clínico para descartar la presentación de la inmunodeficiencia. 3. Ante toda inmunodeficiencia primaria que se inicie en la edad adulta, estaría indicado descartar un timoma. 4. El tratamiento con IgG es bien tolerado y mejora la calidad de vida del paciente, con disminución de los ingresos hospitalarios por infecciones.

V-101 ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES. DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO Y TÉCNICAS DE IMAGEN

C. Royo-Villanova Reparaz, F. López Andreu, J. Vicente Calderón,
P. Aroca Fernández, A. Pérez Pérez, A. Melgarejo González,
E. Rashid Jiménez y J. Soriano Palao

Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Objetivos. Realizar un estudio descriptivo de los resultados analíticos y las técnicas de imagen solicitadas en una serie de 75 pacientes con sospecha clínica de arteritis de la temporal.

Material y métodos. Estudio de la población constituida por pacientes atendidos en el Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia entre los años 1997 y 2009 con sospecha diagnóstica de arteritis de la temporal. De un total de 75 pacientes con sospecha clínica inicial, únicamente el 70,66% fueron finalmente diagnosticados de enfermedad de Horton bien por criterios clínico-evolutivos (basándonos en los criterios clasificatorios del ACR), por hallazgos anatomopatológicos o por ambos. Hemos analizado estadísticamente los parámetros analíticos realizados a nuestros pacientes ante la sospecha de arteritis de células gigantes así como las técnicas de imagen solicitadas (eco-doppler de arterias temporales o angio-RMN de TSA).

Resultados. En cuanto a los resultados analíticos obtenidos destaca la existencia de VSG elevada en el 89,28% de los pacientes, así como la existencia de anemia en el 67,85% de los mismos. La PCR se encuentra elevada en el momento del diagnóstico en el 41,07% de nuestros pacientes y la alfa-2-globulina en el 53,57%. La FA y la gamma-GT únicamente aparecen elevadas en el 16,07% y el 23,21% respectivamente. Únicamente a 11 pacientes (14,66%) se les solicitó alguna técnica de imagen, a 7 de ellos se les realizó una eco-doppler, resultando solamente una de ellas compatible con el diagnóstico y a 4 de los pacientes se les realizó una angio-RMN.

Discusión. Los resultados analíticos son similares a los obtenidos en el resto de las series, destacando tal vez, que la PCR resulta elevada en menor porcentaje que en la mayoría de las series publicadas. En las publicaciones más recientes que hemos revisado aparece como parámetro analítico a tener en cuenta, la elevación de la IL6 en especial para el seguimiento de los pacientes. En nuestra serie no se ha pedido a ninguno de los 75 pacientes por disponer de la técnica en nuestro centro. Llama la atención que únicamente a 7 de los pacientes (9,33%) se les realizara una eco-doppler, mientras que a 56 de ellos (74,66%) se les realizó una biopsia, resultando positiva únicamente en el 58,92% de los mismos. La eco-doppler es una técnica diagnóstica incruenta que no sólo nos puede apoyar el diagnóstico, sino además ayudar en la localización del mejor lugar para realización de la biopsia en el caso de que esté indicado realizarla.

Conclusiones. Hemos obtenido resultados similares al resto de las series en los parámetros analíticos valorados. Es probable que en un futuro próximo la IL6 sea un parámetro a tener en cuenta en el seguimiento de los pacientes aunque actualmente su uso no está extendido en la práctica diaria como demuestra el hecho de que no ha sido pedido en ninguno de los pacientes de nuestra serie. La eco-doppler se ha utilizado en muy pocos pacientes teniendo en cuenta

la inocuidad de la prueba y su utilidad tanto para apoyar el diagnóstico como en especial para colaborar en la selección del lugar de realización de la biopsia.

V-102

CAUSAS DE INGRESO Y DE MUERTE EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

F. Gomes Martín, P. Gargallo Gómez, S. Guillén Lorente, C. López Félez, M. Marco Aguado, S. Clemente Jiménez y J. Díez Manglano

Servicio de Medicina Interna. Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

Objetivos. Conocer las enfermedades que motivan los ingresos hospitalarios en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) 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 EPOC. Sólo se ha incluido el primer ingreso en este periodo. 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.

Resultados. Se han incluido 251 pacientes, 183 varones y 68 mujeres, con una edad media de 80 ± 9 años. Los diagnósticos principales de ingreso han sido la EPOC en 68 casos (27,1%), la neumonía e infección respiratoria en 46 (18,3%), la insuficiencia cardiaca en 25 (10,0%), otras infecciones en 19 (7,6%) y el accidente cerebrovascular isquémico en 12 (4,8%). Han fallecido durante el ingreso 23 pacientes (9,10%). A lo largo del seguimiento han fallecido 145 pacientes y en 121 se ha podido establecer la causa de muerte. Las causas más frecuentes de muerte han sido EPOC (22 casos, 15,2%), neumonía e infección respiratoria (16 casos, 11,0%), insuficiencia cardiaca (13 casos, 9,0%), accidente cerebrovascular isquémico (13 casos, 9,0%), otro cáncer (9 casos, 6,2%), otra infección (8 casos, 5,5%), cáncer de pulmón (6 casos, 4,1%), y muerte súbita (5 casos 3,4%).

Conclusiones. La EPOC, las infecciones y la insuficiencia cardiaca son las causas más frecuentes de ingreso y de muerte en pacientes con EPOC.

V-103

ENTERITIS LINFOCÍTICA (EL) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD AUTOIMMUNE SISTÉMICA (EAS): RESPUESTA A DIETA SIN GLUTEN (DSG)

M. Vives Fernández¹, M. Rodríguez-Carballeira¹, F. Fernández-Bañares², M. Mariné Guillem¹, C. González Mínguez³, M. Alsina Donadeu⁴, P. Almagro Mena¹ y M. Esteve Comas²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Digestivo, ³Servicio de Anatomía Patológica, ⁴CATLAB. Hospital Mutua de Terrasa. Terrasa (Barcelona).

Objetivos. Evaluar la respuesta histológica y clínica, de la EL tras la introducción de DSG en un grupo de pacientes con EAS.

Material y métodos. A 176 pacientes con EAS se les aplicó una estrategia de cribado de Enteropatía Sensible al Gluten (ESG) mediante la determinación de anticuerpos antitransglutaminasa (tTGA, ELIA) y antiendomio (EmA, IFI), estudio genético HLA DQ2/DQ8 (PCR) y evaluación de síntomas digestivos (dolor y distensión abdominal, flatulencia, diarrea y astenia) mediante una escala analógica visual (EAV). Se obtuvieron datos analíticos, clínicos e inmunológicos de la enfermedad de base, y se determinó la presencia de anticuerpos antienterocito de todos los pacientes sometidos a dieta. Aceptaron biopsia duodenal 100 pacientes de los 120 con algún dato positivo en la estrategia de cribado. Se retiraron los AINEs al menos 2 meses antes de la inclusión y se descartaron otras causas conocidas de EL como *H. pylori* o parásitos. La lesión histológica se definió

según los criterios de Marsh (Marsh I: EL definida por > 25 linfocitos intraepiteliales (LIE) por 100 células epiteliales, Marsh II: hiperplasia de criptas, Marsh III: atrofia de vellosidades). A aquellos sujetos con EL de causa no aclarada se les propuso inicio de DSG y se les repitió nueva biopsia duodenal a los 9-12 meses. Se consideró respuesta clínica completa si los síntomas desaparecieron (EAV < 20) y se corrigió la anemia; respuesta clínica parcial si los síntomas mejoraron en al menos 30 puntos en la EAS y/o mejora significativa de la anemia; respuesta histológica completa: evolución de Marsh III a Marsh I o 0, y en los casos Marsh I reducción de un 50% de LIE; respuesta histológica parcial: disminución de LIE entre 25-50%.

Resultados. En 27 pacientes se detectó algún grado de enteropatía de causa no aclarada. Una única paciente mostró serología positiva y además fue la única Marsh IIIc. Se propuso DSG y aceptaron 18. Se objetivó respuesta completa clínica e histológica en 2 (la paciente Marsh IIIc y 1 paciente Marsh I, familiar de primer grado de paciente con enfermedad celiaca- EC-). Ambas fueron diagnosticadas de ESG (2%). Apreciamos respuesta histológica parcial en otros 4 pacientes pero sin respuesta clínica; en los demás casos no hubo respuesta clínica ni histológica. En ningún caso se detectaron Ac antienterocito. Ni la presencia de EL, ni la respuesta a la DSG se relacionó con las características demográficas, tiempo de evolución de la EAS de base ni el uso de inmunosupresores. La presencia de EL fue superior entre los pacientes con sarcoidosis o Sjögren que en el resto de EAS (54,5% vs 29%, $p = 0,032$, OR 4,14 IC95% 0,9-17). Entre los pacientes con EL se registró más anemia (72% vs 56%, $p = 0,1$) y una tendencia no significativa a una mayor puntuación en la EAV de síntomas digestivos. No se apreciaron diferencias en cuanto a la presencia de osteoporosis.

Discusión. Los pacientes con EAS no tienen una mayor prevalencia de ESG que la población general ni siquiera de EL que es su forma de expresión clínica e histológica más leve. Un 25% de pacientes con EAS presentan EL de etiología y significado inciertos.

Conclusiones. La prevalencia de ESG entre las EAS es similar a la de la población general pero hay un porcentaje relevante de EL de etiología incierta. Esta EL no ocasiona manifestaciones clínicas ni analíticas relevantes.

V-104

ANÁLISIS Y EVOLUCIÓN DE LOS ESTADOS DE SOBRECARGA FÉRRICA DESDE 2006 HASTA JUNIO DE 2010 EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

R. Gómez de la Torre¹, L. Serrano de Lucas², L. Alcuria Ledo³, A. Arenas Iglesias³ y J. Fernández Carreira⁴

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias). ²Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital de Cruces. Barakaldo (Vizcaya). ³Servicio de Medicina Interna, ⁴Unidad de Investigación. Hospital San Agustín. Avilés (Asturias).

Objetivos. Estudio y seguimiento de los estados de sobrecarga férrica, desde enero de 2006 hasta junio de 2010.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de 4 años de duración, de pacientes atendidos en el Hospital San Agustín de Avilés, con IST igual o mayor del 45% en tres determinaciones seriadas. Para el estudio de variables cualitativas se utilizó la prueba estadística del chi cuadrado con el test exacto de Fisher, y para el estudio de la asociación entre una variable cualitativa y otra cuantitativa se utilizó la prueba del ANOVA. Para predicción de la mortalidad se ha realizado una regresión logística, incluyendo todas las variables que se habían relacionado en la fase previa: edad, IST, género, procedencia de los servicios, con especial referencia al servicio de hematología frente a los otros servicios y un análisis del tratamiento con eritropoyetina (EPO).

Resultados. Análisis 701 metabolismos del Fe, el tamaño muestral es: 6,84% (48 pacientes) Edad media: 62, 21 años, 66, 7% varo-

nes y 33, 3% mujeres. En el seguimiento han fallecido: 15/48 (31,3%): Hematología: 20,83% total, Digestivo: 4,16% total, Medicina Interna: 4,16 total. Exitus por género: Varones: 12/20 (60%, 25% total), mujeres: 3/13 (23,07%, 6,25% total). Diagnósticos más frecuentes: anemia refractaria, mielodisplasia, linfoma, leucocitosis, hemocromatosis infección VHC, neoplasias, VIH, betatalasemia + hemocromatosis, diabetes, La media del IST: 69,375%, media IST Hematología: 79,813, media IST de los otros servicios: 64,156, Media IST exitus: 84,800%, Media IST vivos: 62,364%. Regresión logística exitus/ edad-IST: resultan predictoras de mortalidad. Odds Ratio: 1,062 $p = 0,004$ IC95%: 1,019-1,106 para IST y Odds Ratio: 1,063 $p = 0,34$ IC95%: 1,005-1,124 para edad. Regresión logística exitus/ edad-IST-EPO, procedencia hematología y género: la única variable que sigue siendo predictora mortalidad es IST. Odds Ratio: 1,052 $p = 0,019$, IC95%: 1,008-1,098.

Discusión. Los enfermos hematológicos, presentan una eritropoyesis ineficaz, que por sí misma genera una sobrecarga férrica. Al aplicar estudio multivariante, los pacientes hematológicos fallecen unas 5 veces más, su IST es significativamente mayor y se asocia al exitus de forma significativa, igualmente la asociación con EPO y su mayor dosis se asocia al exitus. Análisis multivariante: edad, servicio de procedencia, género y tratamiento con EPO, solo el IST es significativo en cuanto a exitus, lo que significa que en nuestra serie el IST se puede considerar como predictor de fallecimiento.

Conclusiones. 1. mayoría de enfermos con sobrecarga férrica secundaria. 2. Los enfermos hematológicos en análisis multivariante, fallecen cinco veces más son varones de más edad que los grupos de pacientes con sobrecarga férrica primaria o que los pacientes con sobrecarga férrica secundaria de otros servicios. 3. IST mayor de forma significativa y predictor de fallecimiento en los pacientes hematológicos con respecto al resto de pacientes y servicios de procedencia.

V-105

ADECUACIÓN DE LOS CRITERIOS DE NHO PARA PREDICCIÓN DE MORTALIDAD EN ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA SEVERA

G. Flox Benítez¹, A. Mancebo Plaza², C. Vicente Martín¹, S. Plaza Canteli¹, E. García Romo³, P. Rondón Fernández¹, E. Labrada González¹ y J. Jurdado Ruiz Capillas¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid). ²Servicio de Medicina Interna. Hospital del Sureste. Madrid. ³Unidad de Soporte Hospitalario de Cuidados Paliativos. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Objetivos. Valorar si existen diferencias en cuanto a la mortalidad en pacientes EPOC severo con criterios de terminalidad según la NHO frente a otros que no las cumplen y si presentan predictores clínicos y analíticos diferentes.

Material y métodos. Estudio unicéntrico observacional de una cohorte de pacientes prospectiva realizado en Hospital de segundo nivel desde el 1 de septiembre de 2008 al 31 de agosto del 2009 que ingresaban con criterios de EPOC severo definidos por Global Initiative for Chronic Lung Disease (GOLD). Se recogieron distintas variables clínicas y analíticas para clasificación en dos grupos en función de si cumplían o no criterios de enfermedad pulmonar avanzada terminal descritos por la NHO con seguimiento posterior durante 6 meses.

Resultados. De los 57 pacientes incluidos, 11 (19,3%) cumplían criterios de terminalidad y 46 (80,7%) no. En el primer grupo eran hombres 8 (72,7%) y la edad de 75,79 años (DE 8,05). Existía hipercapnia en 8 (72,7%). El número de ingresos fue de 2,5 (P25-75: 2,0-5,5) y el de visitas a urgencias fue 3 (P25-75: 3-8,5). La PO₂ fue de 47 mmHg (P25-75: 42-56), la PCO₂ de 51 mmHg (P25-75: 43,5-55) y el VEMS de 39 (P25-75: 37-47). Todos habían tenido algún episodio de cor pulmonale agudo o crónico. Sólo uno de 4 había adelgazado

más del 10% en los últimos 6 meses. La taquicardia basal estaba presente en uno de tres en los que se pudo recoger este dato. Se usaron opioides en 3 (27,3%) y benzodiacepinas en cinco (45,5%) de los casos. En el seguimiento se registraron 4 (36,45) exitus, dos de ellos por neumonía y uno por ICC. En el segundo grupo había 40 (88,9%) hombres con edad de 72,04 (DE 8,99). Existía hipercapnia en 19 (41,3%). El número de ingresos fue de 2 (P25-75: 1-3) y el de visitas a urgencias fue 3 (P25-75: 1-3). La PO₂, la PCO₂ y el VEMS fueron de 60 mmHg (P25-75: 57-70), 43 mmHg (P25-75: 38-49) y 41 (P25-75: 29-55) respectivamente. Veintitrés (50%) habían tenido algún episodio de cor pulmonale. Nueve (19,6%) habían adelgazado más del 10% en el último año y sólo 4 (8,7%) tenían taquicardia basal. El PPS previo al ingreso era ≤ 50 en 12 (26,1%) pacientes. El motivo más frecuente de ingreso era reagudización en 26 (56,5%) casos y el síntoma la disnea en 60,3%. Al alta se usaron opioides en 4 (8,7%) casos y benzodiacepinas en 6 (13,6%). A los 6 meses fallecieron 11 (25,6%) pacientes, cinco (41,7%) por EPOC. En el contraste de hipótesis, los pacientes con criterios de terminalidad tenían peor PO₂, PCO₂ y saturaciones basales siendo estas diferencias significativas. También se encontró mayor uso de benzodiacepinas en este grupo de modo significativo.

Discusión. No existen diferencias significativas en el número de fallecimientos entre los dos grupos lo que concuerda con la revisión de la literatura con el fracaso de estos criterios para estimar supervivencia a 6 meses en enfermos no oncológicos. Existen diferencias significativas en la elevación PCO₂ basal, la disminución de la PO₂ basal y saturación basal en el grupo con criterios de terminalidad y no en otros parámetros. Existe significativamente mayor prescripción de benzodiacepinas en el grupo con criterios de terminalidad.

Conclusiones. Los criterios de terminalidad de la NHO no son útiles para predecir la mortalidad en EPOC severos a 6 meses. Sólo encontramos diferencias en cuanto a la PO₂, PCO₂ y saturación basales entre ambos grupos.

V-106

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA CON CRITERIOS DE SEVERIDAD

G. Flox Benítez¹, C. Vicente Martín¹, A. Mancebo Plaza², S. Plaza Canteli¹, E. García Romo¹, E. Labrada González¹, A. Mecina Gutiérrez¹ y J. Jurdado Ruiz Capillas¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid). ²Servicio de Medicina Interna. Hospital del Sureste. Madrid.

Objetivos. Evaluar si la calidad de vida percibida valorada mediante el Cuestionario Respiratorio de Saint George (SGRQ) es diferente en pacientes con EPOC severo según cumplan criterios o no de terminalidad definidos por la National Hospice Organization (NHO).

Material y métodos. Estudio prospectivo unicéntrico de una cohorte de pacientes que ingresaban con criterios de EPOC severo definidos por la Global Initiative for Chronic Lung Disease (GOLD) realizado en un hospital de segundo nivel que atiende a una población de 200.000 habitantes. El estudio se realizó desde el 1 de septiembre de 2008 al 31 de agosto del 2009. Se determinó si cumplían criterios de terminalidad según criterios de la NHO y se les realizó, bien personalmente o telefónicamente el SGRQ para evaluación de calidad de vida percibida.

Resultados. Se reclutaron 57 pacientes EPOC severos de los que 11 (19,3%) cumplían criterios de terminalidad según la NHO y 46 (80,7%) no los cumplían. El SGRQ fue realizado por un total de 35 pacientes por lo que hubo 38,6% de pérdidas. Diez pacientes no pudieron realizar el cuestionario porque habían fallecido, seis no quisieron colaborar, dos eran pacientes psiquiátricos y dos tenían discapacidad para la comunicación. Siete (20%) pacientes de los

Tabla 1 (V-106). Puntuaciones obtenidas en el SGRQ

Terminalidad	Con criterios	Sin criterios	p
Global	3,97 (P25-75: 3,58-4,38)	3,99 (P25-75: 3,32-4,30)	0,592
Síntomas	69,6 (P25-75: 61,72-84,14)	70,97 (P25-75: 57,09-77,98)	0,374
Actividad	87,12 (P25-75: 70,06-96,21)	85,83 (P25-75: 66,65-96,64)	0,819
Impacto	0,996 (P25-75: 0,877-1,044)	0,973 (P25-75: 0,8065-1,0437)	0,675

que realizaron el cuestionario presentaron criterios de terminalidad.

Discusión. La calidad de vida valorada en el grupo con criterios no es diferente a la percibida por el otro grupo 3,97 (P25-75: 3,58-4,38) vs 3,99 (P25-75: 3,32-4,30) con $p = 0,592$, aunque estos resultados pueden estar condicionados por el tamaño muestral.

Conclusiones. No existen diferencias en cuanto a calidad de vida medida mediante el SGRQ entre pacientes que cumplen criterios de terminalidad y los que no. El tratamiento sintomático paliativo debe proporcionarse de forma proporcionada y progresiva a todo paciente EPOC severo cumpla o no criterios de terminalidad. Ver tabla 1 (V-106).

V-107

MORTALIDAD ASOCIADA A RABDOMIÓLISIS

J. Miramontes González¹, A. Nava Rebollo², A. Romero Alegría¹, I. González Fernández¹, M. Pérez García¹ y A. Sánchez Rodríguez¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca. ²Servicio de Nefrología. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Clínico. Salamanca.

Objetivos. La rabdomiólisis es una entidad conocida, con distintas etiologías, y que dependiendo de la severidad puede llegar no solo a comprometer la funcionalidad del riñón, puede ser mortal. En este trabajo se pretende analizar la mortalidad asociada a rabdomiólisis partiendo de la etiología que condiciona el cuadro y las cifras de enzimas musculares en su nivel máximo dentro del cuadro.

Material y métodos. Se revisan los casos de los pacientes que han ingresado, por su gravedad, en una unidad de agudos tras el diagnóstico de rabdomiólisis y presentar fracaso renal agudo oligúrico. Se extraen los datos de sexo, edad, etiología, cifras de CK-MB durante la evolución y se analiza la evolución.

Resultados. 31 pacientes fueron seleccionados con las características referidas. Edad media 59,6 años. (21-90 años). Relación Varón/Mujer: 2,1/1 (21/10). Se ajustan los datos en función de la etiología: 1- Sepsis: 3 pacientes tuvieron recuperación completa y 2 exitus (fallo multiorgánico) CK máx: 22.727. 2- Isquemia arterial aguda/amputación: 3 casos; 3 exitus. CK máx: 128.280. 3- Fármacos neurolépticos (haloperidol, risperidona): 3 recuperación completa, 2 exitus, uno de ellos por Síndrome neuroléptico maligno, CK máx: 36.761. 4- Estatinas (sinvastatina, atorvastatina): 3 casos (61 ± 20 años); recuperación total. CK máx: 108.829. 5 - Crisis convulsiva generalizada: 2 casos. Recuperación del 100%. CK máx: 10.881. 6-, Adicción a drogas vía parenteral, 4 casos con recuperación completa. 7- Miscelánea: 8 casos con causas diferentes; neoplasia de próstata, enf. de Mc Ardle, depleción hidrosalina, hipotermia, colchicina, traumatismos. Ejercicio físico intenso × 2 (spinning). La recuperación sin secuelas fue completa. La CK máx: 267865 correspondió a la agresión física.

Discusión. La rabdomiólisis es una entidad con múltiples etiologías, potencialmente letal. Es por ello la necesidad de realizar un correcto diagnóstico y seguimiento estrecho. En los casos que ana-

lizamos la presencia de comorbilidades importantes (sepsis, isquemia arterial aguda, Sd neuroléptico maligno) determina la evolución.

Conclusiones. La presencia de otras patologías determina en gran medida la severidad del cuadro y la evolución a sepsis. La diálisis no siempre es resolutive. -La CK-MB se correlaciona con la severidad del cuadro.

V-108

EL FRACASO RENAL AGUDO EN PACIENTES CRÍTICOS QUE INGRESAN EN LA UCI. ANÁLISIS DE LAS CAUSAS DE ÉSTE

P. Alaminos García¹, M. Mendiña Guillén², F. González Díaz¹, F. Pérez Blanco² y J. Cantero Hinojosa²

¹Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias (Sec UCI). Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Objetivos. Muchos de los pacientes a los que se les presta asistencia urgente hospitalaria por causas banales presentan un importante deterioro de la función renal. Algunos de estos son ingresados en cuidados intensivos y un número escaso de ellos desarrollan fracaso multiorgánico. El objeto de nuestro trabajo es describir las principales patologías graves atendidas en Unidades de Cuidados Intensivos que desarrollan Fallo renal agudo (FRA) en sus 2 variantes pre-renal y necrosis tubular aguda (NTA)

Material y métodos. La muestra del estudio la componen un total de 80 pacientes reclutados de los servicios de: Urgencias, plantas médicas, médico-quirúrgicas y quirúrgicas, que posteriormente fueron trasladados a UCI por su gravedad. El periodo en que se realizó fue del 1 de septiembre al 31 de diciembre del 2009, en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. Se desecharon 10 pacientes por pérdida de datos y muestras de orina defectuosas.

Discusión. Se estudiaron en todos los casos las siguientes variables: edad, motivo de ingreso, variables bioquímicas (creatinina en sangre y orina, urea en sangre y orina, osmolalidad en sangre y orina, FENa, aclaramiento de Cr). Se analizaron diariamente con objeto de identificar el FRA prerrenal del FRA intrínseco. Fueron excluidos los pacientes con IRC, y aquellos que recibieron diuréticos y se adoptaron las definiciones de FRA publicadas por Liaño en Kid. Int 1996; 50: 811-818. Sobre estos datos se realizó un estudio estadístico descriptivo.

Conclusiones. Las causas de origen médico (52/70, 74%), fueron más habituales que las causas quirúrgicas (18/70, 26%). En el grupo de la disfunción la proporción de causas médicas vs quirúrgicas fue de 83% vs 17%, mientras que en los que desarrollaron necrosis fue de 66% vs 34%. Las dos entidades nosológicas con más frecuencia encontradas fueron la sepsis (36/70, 51%) y el fallo cardíaco agudo (27/70, 41%). En el grupo de pacientes con disfunción la causa más frecuente fue el fallo cardíaco agudo (24/35, 69%), mientras que la Sepsis lo fue en los que desarrollaron necrosis 26/35, 74%)

Tabla 1 (V-108). Resultados

	Disfunción. N = 35	Necrosis. N = 35	Total
Enf. médica	29	23	52
Enf. quirúrgica	6	12	18
Sepsis 10	26	36	62
Fallo cardíaco	24	5	29
Politrauma	0	3	3
Post-RCP	1	1	2

V-109

ENFERMEDAD DE ERDHEIM-CHESTER (HISTIOCITOSIS NO X): ESTUDIO DE 4 CASOS

M. Juanós Iborra¹, A. Selva O'Callaghan¹, S. Martí², A. López³, L. Jubany¹, I. de Torres⁴, J. Grau Junyent⁵ y M. Vilardell Tarrés¹

¹Servicio de Medicina Interna, ³Servicio de Hematología, ⁴Servicio de Anatomía Patológica. Hospital General Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona). ⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínic i Provincial. Barcelona.

Objetivos. La enfermedad de Erdheim-Chester es una histiocitosis no X, que cursa con infiltración xantogranulomatosa (histiocitos CD68+, S-100-CD1 -) multiorgánica. Al tratarse de una entidad rara y multisistémica, hace difícil pero fundamental la sospecha clínica. Por este motivo hemos revisado 4 casos retrospectivamente, con diagnóstico anatomopatológico confirmado, en dos de los casos por necropsia.

Material y métodos. Se han revisado los aspectos clínicos, anatomopatológicos y terapéuticos de 4 casos diagnosticados de enfermedad de Erdheim-Chester en 3 hospitales terciarios de Barcelona. La edad de los pacientes (2 varones, 2 mujeres) estaba comprendida entre 24 y 64 años. Se consideró el diagnóstico de esta enfermedad cuando existía un cuadro clínico compatible e infiltración tisular por histiocitos CD1-, CD68+.

Resultados. El tiempo medio de demora entre el inicio de la clínica y el diagnóstico fue de 3 años y de 18 meses desde el diagnóstico hasta el exitus cuando esta fue la evolución del paciente. En 3 casos se había realizado múltiples biopsias (cutánea, muscular, testicular) informadas como inflamación inespecífica, lográndose confirmar el diagnóstico tras revisar las mismas piezas anatomopatológicas en el contexto de sospecha clínica dirigida. La característica alteración ósea en forma de osteosclerosis metafasaria de huesos largos sólo se detectó en 2 casos. Tres pacientes presentaban infiltración cutánea, dos de ellos con afectación conjuntival concomitante. En dos de los casos se constató afectación muscular, permitiendo la biopsia muscular llegar al diagnóstico en uno de ellos. Respecto a la afectación neurológica se evidenció clínica en 2 casos, uno de ellos en forma de leptomeningitis con hipertensión craneal letal, confirmada por necropsia; otro presentó cerebelitis con crisis comiciales refractarias a tratamiento. En otros dos casos se detectó afectación hipofisaria, que se manifestó como diabetes insípida en un caso, y como déficit de ACTH e insuficiencia suprarrenal en otro, que también presentó hiperprolactinemia. Un varón presentó una orquitis bilateral, permitiendo diagnóstico por biopsia. En cuanto a la afectación cardiovascular, uno de los casos debuto como un ritmo nodal y derrame pericárdico, y en otros dos se constató por prueba de imagen y confirmación autopsica la coexistencia de periaortitis. Dos de los casos presentaban patrón intersticial pulmonar. Se observó refractariedad a diferentes tratamientos; glucocorticoides, metotrexate, ciclosporina, ciclofosfamida, etóposido, vinblastina, adriamicina

y pentostatina. Tampoco fueron útiles el IFNalfa, talidomida o imatinib.

Conclusiones. Es preciso un alto índice de sospecha para diagnosticar la enfermedad de Erdheim-Chester. La existencia de periaortitis, neumonía intersticial o afectación neurológica en ausencia de diagnóstico debería obligar al clínico a tener en cuenta esta entidad. Existe una gran variabilidad tanto en la presentación como en la evolución clínica, lo que obliga a considerar dicha enfermedad ante diversos contextos clínicos de presentación atípica de difícil diagnóstico para el clínico y el patólogo.

V-110

FIBROSIS PULMONAR RESIDUAL: ENTONCES Y AHORA

E. Moral Escudero, A. Hernández Molina, J. Oliva Navarro, D. Selva Rodríguez, P. Fernández-Montesinos Anierte y M. Molina Boix

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Objetivos. Comparar los patrones radiológicos residuales en las radiografías simples de tórax en enfermos diagnosticados de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en el servicio de Medicina Interna en dos periodos de tiempo diferentes, con el fin de relacionar el avance terapéutico y las de las condiciones socio-sanitarias en dichos periodos con las lesiones radiológicas residuales probablemente atribuibles a Tuberculosis (TBC) respiratoria.

Material y métodos. Descripción retrospectiva de enfermos con EPOC a partir de las radiografías de tórax de dos grupos poblacionales de similares características clínicas separados por un periodo de 20 años en un servicio de Medicina Interna en un Hospital de tercer nivel. En el primer grupo se incluyeron radiografías de 167 enfermos con una media de edad de 67,4 años ingresados a lo largo del año 1989 y de los cuales el 76% eran fumadores. El segundo grupo incluyó imágenes radiológicas pertenecientes a 159 enfermos con una media de edad de 62,5 años ingresados en 2009, de los cuales el 85% eran fumadores. Las lesiones estudiadas fueron: atelectasias residuales, calcificaciones tanto parenquimatosas como pleurales y el patrón reticular fibrótico localizado, sugestivias estas de procesos tuberculosos previos. Los datos recogidos se analizaron mediante estadística descriptiva, obteniendo los siguientes resultados.

Resultados. De los 167 pacientes incluidos en el primer grupo de estudio se identificaron un total de 113 (67,7%) que presentaban alteraciones radiológicas, siendo la lesión más prevalente el patrón reticular fibrótico que se identificó hasta en 40 de los sujetos incluidos en este grupo (35,4%). Frente a este resultado, en el estudio de las series radiológicas pertenecientes a los pacientes del segundo grupo, se identificaron 101 libres de lesiones radiológicas (63,5%).

Discusión. Tras comparar las imágenes correspondientes a ambos grupos se aprecia una disminución significativa de las lesiones residuales en pleura y pulmón. Consideramos esta disminución podría ser atribuible a la concurrencia de diversos condicionantes sociosanitarios entre los que se incluyen: la detección precoz de la TBC, el mayor control y mejoría en el tratamiento de los enfermos de VIH, la introducción reglada del tratamiento y profilaxis tuberculostática, el seguimiento sistematizado del enfermo con TBC y a la mejoría en el cumplimiento terapéutico por parte del paciente. Asimismo han jugado un papel fundamental los programas de control y vigilancia epidemiológica introducidos en nuestra comunidad.

Conclusiones. Con este trabajo descriptivo pretendemos reseñar la mejoría diagnóstica y terapéutica que la medicina moderna ha experimentado en las últimas décadas.

V-111 ESTUDIO DE LA PATOLOGÍA ATENDIDA POR EL MIR DE INTERNA EN LAS GUARDIAS DE INTERNA

J. Hernández Roca, J. Mulero Conde y E. Mené Fenor

Servicio de Medicina Interna. Hospital Rafael Méndez. Lorca (Murcia).

Objetivos. El objetivo de dicho estudio es cuantificar la patología atendida, las pruebas de imagen e invasivas realizadas por el MIR en un Hospital General Universitario. Determinar, qué áreas de la asistencia clínica diaria en urgencias son las que generan un mayor volumen de interconsultas y reivindicar la labor del MIR como elemento de orientación diagnóstica y terapéutica del paciente. Así mismo, los datos obtenidos podrían ayudarnos a orientar los cursos de Iniciación en Urgencias del MIR de Interna a su comienzo de la residencia.

Material y métodos. Se recogen todos los ingresos realizados por un residente a lo largo de un año. Los ingresos realizados por los residentes se recogen en el libro del MIR. Este realiza una Historia clínica Informatizada y genera un informe Electrónico. Se revisaron los 427 ingresos realizados por el MIR desde 1-1-09 hasta 31-4-10, lo que suponen un total de 75 guardias. Posteriormente se realizó una descripción porcentual de las áreas que acumularon el total de los ingresos realizados por el residente de Medicina Interna.

Resultados. El MIR en su labor asistencial durante las horas de guardia atiende hospitalizados en el servicio de Medicina Interna, realiza Interconsultas Urgentes con otros servicios. El Servicio de Medicina Interna abarca todas las especialidades médicas. Este hecho hace que el MIR, sea un referente en la guardia. Con respecto al área de urgencias, el MIR es un elemento clave ordenador de los pacientes a su ingreso. Este estudio muestra la diversidad de patología que un MIR puede llegar a asistir. Creemos que el MIR, ha de ser un elemento clave en la puerta de urgencias. Su peculiar formación multidisciplinar, hacen de este un especialista con recursos inagotables para el proceso diagnóstico y terapéutico. Por contra, el presente estudio, denota que al menos en nuestro centro, el residente de Medicina Interna asume en sus guardias un escaso 12,89% de patología infecciosa. Si la tendencia habitual de las distintas especialidades es asumir su patología infecciosa, como el caso de las endocarditis por cardiología, o las tuberculosis pulmonares por neumología... cabe pensar que con el paso de los años el residente de Medicina Interna, acabará abarcando cada vez menos patología infecciosa en sus guardias y en consecuencia los Servicios de Medicina Interna asumirán una menor cantidad de patología Infecciosa, quedándose a la larga como meros consultores.

Conclusiones. Del estudio, se puede desprender que el residente de Medicina Interna, en su labor asistencial durante sus guardias atiende aproximadamente un 35,84% de patología Cardiológica, con 13,35% las patología neurológica y 12,89% infecciosas, Paradójicamente un área clásicamente propiedad de la Medicina Interna como son las infecciosas recogen únicamente un 12,89% de su labor asistencial. Creemos que con el presente estudio, demuestra la gran variedad de patología a la que se enfrenta en las guardias el MIR a lo largo de su proceso formativo y que hacen del MIR de Interna un elemento vertebrador imprescindible en la labor asistencial hospitalaria. Esto hace que la presencia del Internista en el ámbito de Urgencias tenga una mayor relevancia que en épocas pasadas.

V-112 ¿PUEDE RELACIONARSE EL ANTICUERPO ANTI-C1Q CON LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL LES Y LOS NIVELES DE ANTI-DNA?

G. López¹, M. Corica², P. Moya², N. Rodríguez¹, C. Geli², J. de Lobet², C. Díaz-López² y J. Casademont¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Objetivos. Analizar diferencias clínicas, hematológicas e inmunológicas entre los pacientes con LES que presentan anticuerpos anti-C1q y los que no.

Material y métodos. Se analizaron retrospectivamente las historias clínicas de 75 pacientes con LES en seguimiento en la unidad de Reumatología de un hospital universitario a los que se les solicitó el anticuerpo anti-C1q entre enero y diciembre de 2009. Se estudiaron las siguientes variables: -Factores demográficos: edad, sexo y años de evolución de la enfermedad. -Características clínicas: úlceras orales, fotosensibilidad, rash malar, rash discoide, fenómeno de Raynaud, artritis, artralgias, serositis, vasculitis, afectación renal (definida como proteinuria mayor a 0,5 g/l o confirmación por biopsia) y cualquier afectación neurológica o pulmonar secundaria a LES. -Parámetros inmunológicos: anti-C1q (positividad y título), ANA (positividad y patrón), antiDNA (positividad y título), y positividad de los anticuerpos anti-SM, anti-Ro, anti-La, anti histona y antifosfolípidos. -Parámetros hematológicos: presencia de anemia, plaquetopenia, leucopenia, linfopenia o anemia hemolítica.

Resultados. La media de edad de los pacientes fue de $43,4 \pm 1,7$ años, el 90,6% fueron mujeres, la evolución media del LES fue de $13 \pm 1,1$ años. Del total de pacientes, 19 (25,3%) presentaron positividad para el anticuerpo anti-C1q caracterizándose por ser más jóvenes ($34,84$ vs $46,32$ años), presentar mayor frecuencia de afectación cutánea (rash malar, 57,9% vs 35,7%) y vasculítica (26,3% vs 3,6%), expresión de ANA moteado (100% vs 81,8%) y anticuerpos anti-Ro (57,9% vs 38,1%). Se observó una tendencia, aunque sin hallar diferencias estadísticas significativas, en la frecuencia de aparición de alteraciones renales (52,6% vs 35,7%), anemia (84,2% vs 60,7%) y leucopenia (63,2% vs 39,3%). Los títulos de anti-DNA y los títulos de anti-C1q se correlacionaron de manera estadísticamente significativa ($p < 0,0001$) presentando además títulos más elevados de anti-DNA ($115,9$ vs $41,9$ UI/mL).

Discusión. Las concentraciones anti-C1q están elevadas en los pacientes afectados de LES siendo significativamente mayores en aquellos con la afectación renal lúpica (Ann Rheum Dis. 2005;64:444-8; Arthritis Res Ther. 2009,11:R87). Desconocemos si existe relación con otras manifestaciones de la enfermedad aunque algunos trabajos han sugerido la posible relación con la afectación cutánea y hematológica (leucopenia) (Ann Rheum Dis. 2005;64:1108). Su valor como índice de actividad inflamatoria, excluyendo la afectación renal, todavía es controvertido pese a lo descrito en algunos estudios (Lupus. 2010;19:634-8; Lupus. 2004;13:290-7; Ann Rheum Dis. 1990;49:698-704). Nuestro trabajo ha evidenciado que la existencia de este anticuerpo es mayor en los individuos más jóvenes, que se relaciona con otras manifestaciones de la enfermedad como la cutánea y vasculítica, sugiere que hay una mayor frecuencia de alteraciones hematológicas (anemia y leucopenia) aún sin significación estadística y que dicho anticuerpo podría emplearse como marcador de actividad inflamatoria por su relación con el anti-DNA. No obstante las limitaciones que suponen el tipo de estudio y el tamaño de la muestra no permiten confirmar dichos hallazgos.

Conclusiones. La presencia del anticuerpo anti-C1q puede relacionarse con otras manifestaciones de la enfermedad como la cutánea y la vasculítica. Existe una correlación positiva entre la concentración de anti-C1q y anti-DNA.

V-113 SEGUIMIENTO TELEFÓNICO PARA EVITAR REINGRESOS EN ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA. BENEFICIO EN CALIDAD Y AHORRO ECONÓMICO

M. Elola Zeberio¹, A. Eguíluz Pinedo¹, N. Pérez Fernández¹,
M. Vaquero Valencia¹, X. Kortajarena Urkola¹, M. Ibarguren Pinilla¹,
J. Vivanco Martínez¹ y G. Zubillaga Garmendia²

¹Servicio de Medicina Interna, ²UPV-EHU. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea. Donostia-San Sebastián (Guipúzcoa).

Objetivos. 1) Comprobar la disminución de reingresos hospitalarios gracias al seguimiento telefónico de los pacientes EPOC dados de alta de un hospital terciario en un periodo de 6 meses. 2) Determinar el ahorro económico con esta intervención. 3) Cuantificar la satisfacción de los pacientes mediante este seguimiento.

Material y métodos. Se incluyen todos los pacientes dados de alta del Hospital por reagudización de EPOC de agosto-2009 a enero-2010. Se excluye a aquellos que no deseen colaborar, aquellos con los que no sea posible el contacto telefónico, los ingresados en el momento del reclutamiento, los que al alta fueron trasladados a otro centro hospitalario y los fallecidos en el momento del reclutamiento. Se realizan llamadas telefónicas cada 15 días, durante los 3 meses siguientes. Se recogen características basales de dichos pacientes, ingresos durante los 6 meses previos al inicio de la intervención, reingresos durante los 3 meses del seguimiento, cumplimiento de tratamiento y grado de satisfacción en relación a la intervención. Para el cálculo del ahorro económico, se ha calculado que el gasto por cama/día en nuestro hospital es de 985 euros.

Resultados. De 266 pacientes incluidos, se excluyen 128 pacientes, 7 por traslado a otro centro hospitalario, 84 por imposibilidad de contacto telefónico, 5 no desean colaborar, 8 por estar ingresados en el momento del reclutamiento, 19 exitus y 5 por otras causas. Por tanto el estudio se realiza con 138 individuos. Los pacientes entrevistados tuvieron 145 ingresos los seis meses previos. Durante los 3 meses de seguimiento se registraron 60 reingresos. 11 pacientes precisaron más de 1 ingreso. En 20 ocasiones fueron atendidos en Consultas Externas o Urgencias, sin necesitar ingreso. Se calcula, por tanto, una reducción de 12 reingresos en 3 meses y con ello un ahorro estimado de 70.920 euros (calculado con una estancia media de 6 días por paciente). La mayoría de los pacientes se mostraron muy satisfechos con la atención recibida (95,65%). Sólo 1 paciente se mostró insatisfecho.

Discusión. La tendencia de la medicina actual, pasa por evitar en lo posible los reingresos en pacientes crónicos. Su seguimiento estrecho, con controles de la cumplimentación del tratamiento y la derivación a Atención Primaria y/o Urgencias para la modificación temprana del mismo, hace que podamos disminuir la tasa de reingresos. Esto a su vez genera un importante ahorro económico a nivel sanitario y aumenta la satisfacción del paciente respecto al seguimiento realizado.

Conclusiones. 1) Gracias al seguimiento telefónico, se reducen los reingresos en pacientes con patología crónica, en este caso, EPOC. 2) Esta reducción, supone un importante ahorro económico. 3) Con la intervención telefónica, los pacientes muestran una gran satisfacción respecto a la atención recibida.

V-114 EVALUACIÓN DE INGRESOS Y ESTANCIA INADECUADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

J. Sequeira Lopes da Silva, O. González Casas,
M. González Gómez, V. Bejarano Moguel y D. Magro Ledesma

Servicio de Medicina Interna. Hospital Perpetuo Socorro. Badajoz.

Objetivos. Realizar una evaluación de los pacientes ingresados en un Servicio de Medicina Interna, caracterizando género, edad y jui-

cio clínico al ingreso y confirmando la validez del ingreso y de la estancia en una Planta de Medicina Interna.

Material y métodos. Revisión las historias clínicas de todos los pacientes ingresados en Medicina Interna en nuestro Hospital en el día 25 de mayo de 2010. Para confirmar los criterios de ingreso y de estancia en un Servicio de Medicina Interna se ha aplicado el Appropriateness Evaluation Protocol (AEP).

Resultados. En ese día de mayo había 88 pacientes ingresados, 38 del género femenino y 50 del género masculino, con una edad media de 76,7 años. La patología pulmonar secundaria a un proceso infeccioso (neumonía e infecciones respiratorias no condensantes) fue el juicio clínico más frecuente al ingreso, con un total de 26 pacientes, seguido de la insuficiencia cardiaca crónica congestiva (17 pacientes). Los síndromes confusionales agudos (6 pacientes), los accidentes cerebro-vasculares (4 enfermos) y las gastroenteritis con deshidratación importante (4 enfermos) son también causas frecuentes de ingreso. 9% de los ingresados, según la AEP, no cumplían criterios, siendo que eran pacientes que habían subido a planta por síndrome constitucional o deterioro general a estudio. La necesidad de medicación intravenosa (total de 76 pacientes) y de terapia respiratoria (53 enfermos) fueron los criterios de ingreso más frecuentemente encontrados. Con respecto a la estancia, con una media de 4,5 días, 12 enfermos habían ingresado ese mismo día, 65 pacientes cumplían criterios de estancia (74%) y 11 enfermos no lo cumplían (12,5%). De nuevo, las principales razones que suportaban la permanencia hospitalaria fueron la necesidad de terapia parenteral (54 pacientes) y de terapia respiratoria (39 pacientes). La fiebre en las últimas 24 horas fue también un criterio frecuente para no dar el alta.

Discusión. La mayoría de nuestros pacientes, individuos mayores que acuden al Hospital por patología cardiaca y/o pulmonar descompensada, necesitarán de medicación intravenosa y/o oxigenoterapia para restablecerse, frecuentemente validando, según la AEP, su ingreso en nuestro Servicio. Durante su estancia, los mismos criterios que han conllevado al ingreso, justifican su permanencia en nuestra Unidad. La mayoría de los ingresos y estancia inadecuados corresponde a pacientes ingresados con el diagnóstico de síndrome constitucional o deterioro general a estudio, ingresados para la realización de pruebas complementarias no invasivas.

Conclusiones. En nuestro estudio, 91% de los pacientes tenían al menos 1 criterio de ingreso y 74% cumplían criterios de estancia adecuada (según la AEP). La necesidad de medicación parenteral y/o terapia respiratoria justifica la gran mayoría de los ingresos y las estancias. La realización de pruebas complementarias no invasivas es la principal causa de los ingresos/estancia inadecuados.

V-115 HIPERGLUCEMIA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN MEDICINA INTERNA: PREVALENCIA Y SIGNIFICADO

H. Enríquez Gómez, M. Prat Roibás, S. Araujo Fernández,
A. Sanjurjo Rivó, J. Paz Ferrín, F. Fernández Fernández
y J. de la Fuente Aguado

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

Objetivos. El objetivo principal de este estudio es determinar la prevalencia de hiperglucemia y diabetes intrahospitalaria en el servicio de Medicina Interna y determinar la supervivencia en pacientes con y sin historial clínico de DM.

Material y métodos. Se trata de un estudio retrospectivo, transversal, en el que se recogieron datos de 437 pacientes ingresados consecutivamente en el servicio de Medicina Interna en el Hospital Povisa, ubicado en Vigo, durante el mes de enero de 2009. Se evaluaron: edad, sexo, motivo de ingreso, obesidad, enfermedad cardiovascular, hipertensión, enfermedad renal, dislipemia, tipo de diabetes, tabaquismo, tratamiento hospitalario con antidiabéticos orales, insulina, corticoides; estancia hospitalaria y mortalidad.

Resultados. La edad media era de $70,30 \pm 18,37$, con una mediana de 75. El 52,8% eran mujeres. Las enfermedades cardio-respiratorias fueron el motivo de ingreso más frecuente: infección respiratoria 94 (18,9%), insuficiencia cardiaca 47 (9,4%), neumonía 44 (8,8%) y reagudización de EPOC 37 (7,4%). Con respecto a la hiperglucemia, se detectaron con glucemia normal 236 (54,5%) pacientes, con GBA 72 (16,6%), con DM 125 (28,9%). A partir de la información disponible se clasificó como no diabéticos 337 (77,83%) pacientes, DM tipo 2 a 94 (21,71%) y DM tipo 1 a 2 (0,46%). Recibieron tratamiento hipoglucemiante, durante el ingreso hospitalario, con antidiabéticos orales 36 (8,3%) pacientes e insulina 47 (10,9%). Por otra parte, una elevada proporción de enfermos recibieron tratamiento con corticoides 183 (42,23%). Respecto a las comorbilidades, se detectó que 90 (20,8%) pacientes tenían dislipemia, 197 (45,50%) ECV, 212 (49%) HTA, 16 (3,70%) obesidad, 49 (11,30%) enfermedad renal, 37 (8,50%) eran fumadores activos y 38 (8,80%) exfumadores. La estancia media fue de $6,31 \pm 3,55$ días, con una mediana de 6. El tiempo de estancia hospitalaria guardó una relación directa con la edad del paciente, cuanto más edad más prolongado, sin embargo no se hallaron datos significativos en relación con la hiperglucemia recién diagnosticada o en diabéticos ya conocidos. Respecto a la mortalidad durante el ingreso hospitalario, 31 (7,1%) pacientes fallecieron.

Conclusiones. Una proporción importante de los pacientes ingresados tienen hiperglucemia en ausencia de diabetes conocida. Los pacientes diagnosticados de diabetes en el ingreso tienen una elevada proporción de factores de riesgo cardiovascular añadidos. Se observa un claro aumento de la mortalidad en los pacientes con hiperglucemia diagnosticada en el hospital con respecto al resto de los grupos de pacientes.

V-116

LOS EOSINÓFILOS... ¿SE NOS HAN SUBIDO A LA CABEZA?

M. Pesce¹, E. Muñoz Pérez¹, R. Bravo Jover¹, R. Vidal Chalver¹, A. Belso Candela¹, M. Romero Nieto¹, R. Pascual Pérez¹ y S. Fernández Izquierdo²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Neurología. Hospital Virgen de la Salud. Elda (Alicante).

Objetivos. Descripción de 2 casos clínicos con Síndrome Hiper-eosinofílico (SHE) y clínica neurológica de inicio.

Material y métodos. Se comunican dos pacientes con SHE que debutaron con afectación neurológica. El primero con una neuritis óptica y el segundo con síndrome de hipertensión intracraneal y afectación meníngea. Se realizó un estudio exhaustivo para descartar causas secundarias de eosinofilia (parasitarias, inmunoalérgicas, etc.) y afectación orgánica que mostró colitis eosinofílica en ambos casos. El primer paciente presentó visión borrosa en campo inferior de ojo derecho y dolor ocular. Campimetría: cuadrantanopsia inferior temporal derecha, fondo de ojo normal y agudeza visual de ojo derecho de 0,2. Se objetivó aumento progresivo de la cifra de eosinófilos que llegó hasta $9.700/\text{mm}^3$. Frotis de sangre periférica: eosinófilos vacuolados con alteraciones de la granulación segmentación y algunos meta-mielo-eosinófilos; descenso de FAG; eosinófilos en sangre periférica C-Kit +; Vit B12 > 8.000 pg/ml. Fenotipo linfoide: B/T normales. Aspirado MO cresta tibial: hiper celularidad (serie eosinofílica 40%; precursores 23%, Eo maduros 17% dismórficos. Blastos < 1%. Mastocitos normales). Cariotipo 46 XY sin alteraciones estructurales. PCR del reordenamiento FIP1L1-PDGFRalfa: fusión de genes, exones 12 y 8. El segundo paciente presentó cefalea, vómitos y edema de papila y 70.882 eosinófilos/ mm^3 . Frotis: eosinófilos dismórficos, multivacuolados, en diferentes estadios madurativos, no blastos. Ferritina 1.522 mg/dl, GGT 128 mg/dl, LDH 1.955 mg/dl, IgG 524 mg/dl, IgA, IgM, e IgE normales; Vit B12 4.374 pg/ml. LCR: 15 leucos (71% Eo), hematíes < 2, glucosa 87 mg/dl, proteínas 66 mg/dl, cultivo y gram negativo. Citología LCR: escasos

linfocitos, macrófagos y eosinófilos, negativo para malignidad. Aspirado MO: Serie mieloide granulocítica: disminuida, no exceso de blastos, la hematopoyesis normal desplazada por una proliferación de la serie eosinofílica en todos sus estados madurativos con desviación izquierda. Cariotipo de MO: 47, XY; trisomía del cromosoma 8. PCR del reordenamiento FIP1L1-PDGFRalfa negativo. Fenotipo linfoide dentro de la normalidad. Tras descartarse otros procesos causantes de eosinofilia ambos casos se diagnosticaron de SHE variante mieloproliferativa respondiendo al tratamiento con imatinib 100 mg/día.

Resultados. Los dos enfermos que se presentan se enmarcan dentro de las variantes mieloproliferativa del SHE caracterizado por el aumento de vitamina B12, fosfatasa alcalina leucocitaria disminuida, anomalías cromosómicas, hepato-esplenomegalia y precursores de leucocitos en sangre periférica. Lo excepcional de nuestros casos es su clínica neurológica de inicio: el primer paciente debuta con una neuritis óptica. Sólo se han descrito dos casos de neuritis óptica y pérdida de visión asociados a SHE, y en éstos la afectación ocular precedió en años al diagnóstico de SHE. Únicamente hemos encontrado una referencia de afectación meníngea en SHE. Nuestro segundo paciente debutó con un cuadro de hipertensión intracraneal y eosinofilia en LCR. Ambos mejoraron de forma espectacular tras el tratamiento con imatinib.

Discusión. El SHE es una entidad en la que existe hiperproducción de eosinófilos e infiltración de múltiples órganos. La eosinofilia puede detectarse incidentalmente. Rara vez las manifestaciones neurológicas pueden ser la forma de inicio: ACVA tromboembólico; encefalopatía; neuropatía periférica (50%); trombosis del seno longitudinal o transversal.

Conclusiones. La presencia de síntomas neurológicos y eosinofilia debe hacernos pensar en SHE primario una vez descartadas otras causas secundarias.

V-117

ESTUDIO DE CAUSAS DE MORTALIDAD EN LA PLANTA DE MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

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

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos. Estudiar las causas de mortalidad en pacientes ingresados en una planta de Medicina Interna de un hospital terciario. Como objetivos secundarios, analizar la relación entre mortalidad y estancia media, edad, comorbilidades, situación basal y origen del paciente.

Material y métodos. Se realiza una revisión retrospectiva de todos los pacientes ingresados en planta de Medicina Interna durante el año 2009. Se analiza la causa del exitus, la edad, el origen del paciente, la estancia media y el grado de comorbilidad según el índice de Charlson.

Resultados. De un total de 910 pacientes ingresados durante el año analizado, fallecieron 44 (4,8%). Las causas de exitus se distribuyen del siguiente modo: neoplasias (23%), sepsis (23%), insuficiencia cardiaca (18%), tromboembolismo pulmonar (7%), insuficiencia respiratoria (9%), hepatopatías descompensadas (5%), hemorragia digestiva alta (7%), alteraciones hidroelectrolíticas (2%) y otras causas no aclaradas (7%) de las que no se dispone de autopsia. La media de edad de los pacientes fallecidos fue de 78 años (rango 44 a 93). El ratio entre mujeres y hombres se mantiene 1:1. El 75% de los pacientes procedían de su domicilio, mientras que un 25% estaban previamente institucionalizados y eran dependientes para las actividades básicas de la vida diaria. En cuanto las comorbilidades asociadas, medidas mediante el índice de Charlson, la puntuación media son 4 puntos (rango 0 a 11). La estancia media es

superior a la registrada de forma habitual en Medicina Interna, alcanzando los 13,4 días (rango 1 a 53 días).

Discusión. Los pacientes que fallecen durante su ingreso en Medicina Interna suelen ser pacientes ancianos, sin predilección en cuanto a género y frecuentemente institucionalizados y dependientes. Derivado del aumento en su estancia hospitalaria presentan frecuentemente complicaciones nosocomiales. Aproximadamente el 10% de estos pacientes son derivados de unidades de críticos donde se han desestimado nuevas medidas invasivas. Así mismo, se trata de pacientes complejos que cuentan con antecedentes personales múltiples que condicionan su pronóstico. En cuanto a las causas últimas del fallecimiento no son diferentes de las series generales de mortalidad publicadas en la literatura, predominando las neoplasias y las infecciones agudas que derivan en estado de sepsis.

Conclusiones. La mortalidad en Medicina Interna se asocia a edades avanzadas de la vida. Por este motivo, el manejo por personal especializado, junto con la identificación precoz de factores de riesgo como la institucionalización, la desnutrición y el deterioro cognitivo; puede ayudar al manejo más eficiente de los mismos. Es importante, dado que el anciano es un paciente frágil, la implementación de programas de rehabilitación y atención por parte de personal especializado, tanto médico como enfermería, fomentando el autocuidado durante el ingreso.

V-119

LINFOMA CEREBRAL PRIMARIO EN LA PROVINCIA DE CUENCA: AUMENTO DE SU INCIDENCIA EN LOS 2 ÚLTIMOS AÑOS

I. Calero Paniagua¹, A. Molina Medina¹, J. García Klepzig², L. de Benito Córdón¹, J. Nieto Rodríguez¹, J. Ruiz Recuenco³ y M. Busto Medina⁴

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Radiodiagnóstico, ³Servicio de Hematología. Hospital General Virgen de la Luz. Cuenca. ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos. Estudiar las características epidemiológicas, clínicas, radiológicas e histológicas, así como el tratamiento y la evolución de los seis casos diagnosticados de Linfoma Cerebral Primario (LCP) en nuestro hospital durante los meses comprendidos entre enero del año 2008 y noviembre del 2009.

Material y métodos. Revisión retrospectiva analizando las historias clínicas hospitalarias de los pacientes, la aportada por parte de los centros de referencia y la información obtenida con llamadas a domicilio. Se descartó enfermedad sistémica con estudio de extensión mediante la realización de TAC tóraco-abdominal, estudio oftalmológico y biopsia de médula ósea. Finalmente, comparamos los resultados con series publicadas anteriormente.

Resultados. Durante este periodo de tiempo se diagnosticó de LCP a 6 pacientes. La incidencia fue de 2,09 casos por 100.000 habitantes/año. La edad media fue de 70 años, con edades comprendidas entre los 52 y los 82 años, 4 varones (66,6%) y 2 mujeres (33,3%). Todos eran inmunocompetentes. Dos de los pacientes eran agricultores, otros 2 trabajaron como empleados en telefónica, una fue ama de casa y otro comercial. La clínica y la localización se muestran en las tablas 1 y 2. Las lesiones fueron únicas en 5 casos y múltiples en 1 caso. Se realizó biopsia a 4 de los pacientes y en el 100% de los casos se objetivó Linfoma B difuso de células grandes (uno de ellos asociado con virus de Epstein-Barr). Las imágenes en la RMN con contraste mostraron lesiones hipointensas en IP T2, realce con contraste, bordes bien definidos, mínimo edema, poco efecto de masa, compromiso de los espacios perivasculares y localización profunda. La RMN avanzada mostró restricción con alta señal (b1000) y baja CDA (50-70 mm²/sg) en las imágenes con difusión y aumento de acetil-colina y lípidos en ausencia de necrosis

con espectroscopia. El tratamiento y la evolución se muestran en las tablas 3 y 4. La mortalidad hasta junio del 2010 ha sido del 66,6% (4/6) y la supervivencia media de 11,5 meses.

Conclusiones. 1. El LCP parece mostrar un nuevo patrón de presentación con respecto a las series previas (más frecuencia, mayor edad, inmunocompetentes). 2. Incidencia 5,23 veces mayor a la descrita en la mayoría de las series. 3. Las imágenes de los tumores supratentoriales presentan signos característicos y diagnósticos de LCP, mientras que las de los infratentoriales son más inespecíficas, debiendo hacer diagnóstico diferencial con otras entidades (metástasis y hemangioblastomas). 4. La supervivencia ha mejorado.

Tabla 1 (V-119). Síntomas clínicos de presentación

Crisis comiciales	2/6
Focalidad neurológica	3/6
Cefalea	1/6
Síncope	1/6
Parálisis facial periférica	1/6
Alteración comportamiento	1/6

Tabla 2 (V-119). Localización tumoral

Cuerpo calloso	3/6
Sustancia blanca profunda	4/6
Cerebelo	2/6

Tabla 3 (V-119). Tratamiento

Quimioterapia	4/6
Radioterapia	1/6
Cirugía	1/6
Corticoides	1/6
Trasplante médula ósea	1/6

Tabla 4 (V-119). Evolución clínico/radiológica

Remisión completa	2/6
Remisión parcial	2/6
Mejoría clínica	2/6

V-120

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE MARFAN: EXPERIENCIA DE LA UNIDAD DE ENFERMEDADES RARAS DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE

S. Olmos Soto, D. Piñar Cabezas, E. Caro Martínez, M. Jover Ríos, J. Cama Barbieri, A. Ramírez, R. Sánchez Martínez y A. Tello Valero

Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante.

Objetivos. Estudio descriptivo de los 22 pacientes remitidos por sospecha, despistaje o control de enfermedad de Marfan a la Unidad de Enfermedades Raras del HGUA desde octubre de 2008 hasta junio de 2010.

Material y métodos. Revisión de historias clínicas.

Resultados. De los 22 pacientes incluidos en el estudio se confirma diagnóstico de Síndrome de Marfan en 13 (59%), estableciéndose como probable Síndrome de Marfan en 2 (9%) y descartándose en el resto de sujetos. Del total de pacientes, 7 (32%) fueron remitidos por la Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER), 6 (27%) fueron citados desde la propia Unidad de Enfermedades Raras, 4 (18%) fueron remitidos desde Atención Primaria, mientras que 5 (23%) fue remitido desde otro origen (Servicios de Medicina Interna y Cardiología Pediátrica). Un 69% de los pacientes diagnosticados

tenían antecedentes familiares y presentaban afectación de dos sistemas cumpliendo un criterio mayor de Ghent. En cuanto a la relación familiar, el 75% de los diagnosticados presentó antecedentes de familiares diagnosticados de enfermedad de Marfan, mientras que en los no diagnosticados, un 63% de los pacientes presentaron antecedentes familiares. El estudio genético de la mutación del gen FBN1 en los diagnosticados resultó positivo típico en el 31% de los pacientes, mientras que se encontraron mutaciones no descritas en las bases de datos en un 38% y fue negativo en el 8%, en cambio, en los no diagnosticados, se encontró mutaciones típicas en el 14%, no descritas previamente en el 14% y un estudio genético negativo en el 57%. No se encontraron mutaciones en el TGFBR2 (realizado a un solo individuo por sospecha de síndrome de Marfan Tipo 2).

Discusión. El síndrome de Marfan es una conectivopatía hereditaria que comprende ciertas características principalmente esqueléticas, cardiovasculares y oculares. Tiene una incidencia de 1 entre 10.000 habitantes, con herencia autosómica dominante y penetrancia completa. Se han detectado alteraciones genéticas características, como es la mutación en el gen para la fibrilina (FBN1) causando el síndrome de Marfan tipo I y mutación en el gen que codifica el receptor 2 para factor transformador del crecimiento beta (TGFBR2), clasificados como síndrome de Marfan tipo II. Para su diagnóstico se han establecido los Criterios de Ghent, determinándose criterios sintomatológicos mayores y menores, que junto a la afectación familiar y alteraciones genéticas marcan el diagnóstico de la enfermedad.

Conclusiones. El síndrome de Marfan, puede tener asociados importantes problemas que involucran el sistema cardiovascular, fundamentalmente disección aórtica, así como afectación ocular grave. Es por ello que ante la sospecha clínica se debe realizar un estudio y seguimiento protocolizado del paciente y, dada la asociación familiar, despistaje de familiares. Igualmente, es importante realizar estudio de pacientes con hábito marfanoide para despistaje de otras enfermedades asociadas como Ehler-Danlos y homocistinuria homocigota.

V-121

¿POR QUÉ INGRESAN LOS MENORES DE 30 AÑOS EN MEDICINA INTERNA?

N. Cubino Bóveda, I. González Fernández, A. Romero Alegría, P. Miramontes González, S. Márquez Batalla, M. Borao Cengotitabengoa, E. Puerto Pérez y L. Mateos Polo

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.

Objetivos. Analizar los motivos de ingreso, la distribución por sexo, la estancia media y las enfermedades más prevalentes por las que ingresan los menores de 30 años en un Servicio de Medicina Interna.

Material y métodos. Se analiza la base de datos del Servicio de enero 2003 a mayo 2010. Estudio descriptivo, observacional de los pacientes menores de 30 años ingresados en dicho periodo de tiempo, analizándose 215 pacientes que tenían la historia completa en la base de datos. Se han analizado la distribución por sexo, el motivo de ingreso agrupando las causas y las enfermedades resultantes. La estancia media y los reingresos.

Resultados. Se analizan 215 pacientes: 92 mujeres (42,79%) y 123 varones (57,20%), estancia media de 6,2 días. La tasa de reingresos fue baja del 8,3% y los motivos fueron continuación de estudio, complicaciones de procesos crónicos o primeras dosis de tratamientos biológicos (enfermedad inflamatoria intestinal, lupus, etc.). El motivo de ingreso principal fue la fiebre en 120 pacientes (55,8%): fiebre y tos (32 paciente de los cuáles 18 eran tuberculosis (TBC), 5 neumonía de la comunidad (NAC), 2 traqueobronquitis, 3 gripes A H1N1 y 4 sepsis respiratorias por *S. pneumoniae*. De los pacientes

con fiebre y odinofagia (20 pacientes: 5 faringoamigdalitis, 9 síndrome mononucleósico, 2 paratiditis, 3 Linfomas de Hodking y 1 timoma). Fiebre y síndrome miccional en 11 paciente (5 infecciones de orina, 5 pielonefritis y 1 sepsis urinaria en una paciente con RVU). Como fiebre y cefalea debutaron 17 pacientes, 13 meningitis, la mayoría virales (8), 4 meningitis bacteriana (1 por *N. meningitidis* y 3 por *S. pneumoniae*, y 1 sin documentación microbiológica). Fiebre y diarrea en 20 pacientes con GEA (exposición alimentaria en 7, virales 7, salmonelosis en 4, debut de una enfermedad celiaca en 1 paciente, y 1 secundaria a antibióticos). Otras causas de fiebre fueron 3 malarías, 1 dengue, endocarditis secundaria a dispositivo valvular, dos abscesos hepáticos, 4 viriasis, 1 enfermedad de Lyme y 8 fiebre de origen autoinmune (6 enfermedades inflamatorias intestinales y 2 lupus). Otra causa frecuente de ingreso fue la disnea en 31 pacientes (14,4%): 11 agudizaciones asmáticas, 17 neumotórax espontáneos, 1 neumomediastino y 2 edema agudo de pulmón por presión negativa. El dolor abdominal en 21 pacientes (9,76%): 9 hepatitis, 4 pancreatitis, 3 hemorragias digestivas, dos ERGE, 1 gastritis y 1 intestino irritable. Menos frecuentes fueron crisis convulsivas (5 pacientes), alteraciones psiquiátricas (anorexia, intentos atóxicos) y cefaleas tensionales. Llama la atención la rabdiomiolisis en jóvenes secundarios al ejercicio en 4 pacientes.

Discusión. Los menores de 30 años ingresan principalmente por procesos infecciosos a distintos niveles. Alta incidencia de tuberculosis en jóvenes con 18 pacientes de las cuales, 14 eran pulmonares, 1 diseminada y 3 pleurales, todos eran negativos. Los neumotórax espontáneos son frecuentes. Las enfermedades autoinmunes en pacientes jóvenes son la causa más frecuente de reingresos. 2 pacientes presentaron alteraciones visuales como debut de una esclerosis múltiple.

Conclusiones. Los jóvenes ingresan principalmente por procesos infecciosos generalmente banales, sin embargo no hay que olvidarse de enfermedades más graves típicas de estas edades que presentan síntomas inespecíficos como las enfermedades autoinmunes, la TBC, los linfomas o la esclerosis múltiple. Los neumotórax espontáneos son la segunda motivo de ingreso, seguido de patología abdominal.

V-122

ENFERMOS PLURIPATOLÓGICOS Y HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

E. Delgado¹, D. Tanaka¹, M. del Río², E. Albacar², S. Guiu², L. Gil² y J. Forteza-Rey¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Hospitalización a domicilio. Complejo Asistencial Son Dureta. Palma de Mallorca (Illes Balears).

Objetivos. Describir las características de enfermos procedentes de MI que ingresan en Hospitalización a Domicilio (HAD) Conocer las características del subgrupo de pacientes pluripatológicos procedentes de MI Comparar los pacientes pluripatológicos con aquéllos no pluripatológicos.

Material y métodos. Estudio prospectivo descriptivo de los pacientes ingresados en HAD procedentes de MI durante el periodo entre el 1/5/2009 y el 1/5/2010. Se recogieron las variables: número total de enfermos, edad, sexo, índice de Charlson, área de procedencia, circunstancias al alta (alta médica, voluntaria, reingreso, exitus), índice de Barthel al ingreso, requerimientos de oxígeno o vía periférica. Se dividió la muestra en dos grupos, en función de la definición de pluripatología de Ollero y colaboradores, comparando dichas variables entre ambos grupos.

Resultados. 60 pacientes. 33 mujeres (55%). Estancia Media (EM) 9,1 días (2-36). Edad media (EdM): 69,18 años. 59 pacientes valorados desde el hospital, 1 directamente en domicilio. Para 9 era su 2º o más ingreso en HAD. 54 procedían de área de hospitalización/urgencias y 6 de CCEE. 34 eran pluripatológicos. 59 fueron remiti-

dos a Atención Primaria al alta y en 1 caso se realizó traslado a residencia de ancianos. No hubo reingresos durante la HAD. 17 requirieron oxigenoterapia en domicilio. 36 llevaron vía periférica. Barthel medio al ingreso 81,5 (30 pacientes con Barthel 100). Índice de Charlson (IC) medio 2 (0-9). En el grupo de pluripatológicos: 34 pacientes. 33 mujeres (97%). EM 10,17 días (2-29). EdM: 67 años. Todos fueron valorados en el hospital. 7 ingresaban por 2ª o más veces. 6 provinieron de CCEE. Todos excepto 1 fueron dados de alta a AP. 17 llevaron oxígeno. 10 con vías periféricas. Barthel medio al ingreso: 81,2. IC 2,35 (0-6). En el grupo de no pluripatológicos: 26 pacientes. 14 hombres (53,8%). EM: 7,69 (2-36). EdM: 72 años. 1 valorado en domicilio. 2 ingresaban por 2ª o más veces. 5 desde CCEE. 100% remitidos a AP. 5 con oxígeno. 15 con vía. Barthel al ingreso fue de 85. IC: 1,61 (0-9).

Discusión. El envejecimiento progresivo de la población, acompañado del aumento de la esperanza de vida, conlleva un aumento proporcional en el número de enfermos crónicos. Esta realidad implica una reordenación de los recursos sanitarios, requiriendo unas atenciones especiales tanto intra como extrahospitalarias. Las unidades de HAD llevan funcionando más de 25 años, existiendo en la actualidad 93 unidades en el país. Por sus características especiales pueden servir de puente entre la Atención Especializada y la Primaria, así como contribuyen a aliviar las estancias hospitalarias promoviendo una precoz movilización del enfermo a su medio habitual, el domicilio. En nuestro estudio presentamos una serie de pacientes que han pasado una media de 10 días de su hospitalización en el domicilio, con un alto grado de seguridad y eficacia, totalmente comparables en dichos aspectos con el subgrupo de enfermos sin pluripatología.

Conclusiones. Los pacientes procedentes de MI pueden ser tratados con seguridad y eficacia en una unidad de HAD, disminuyendo las estancias hospitalarias. En el subgrupo de pacientes pluripatológicos se alcanzan niveles similares de eficacia y seguridad que en el resto de pacientes. El grupo de pacientes pluripatológicos presenta mayores estancias y un Barthel al ingreso menor, así como correlación con el Índice de Charlson.

V-123 FACTORES DETERMINANTES DE LA MORTALIDAD EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR

P. Al-Cheikh Felices, F. Gomes Martín, E. del Corral Beamonte, I. Martín Algora, I. García-Álvarez García, R. Martínez Álvarez, P. Martínez Rodés y J. Díez Manglano

Servicio de Medicina Interna. Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

Objetivos. Valorar la influencia de la comorbilidad en el pronóstico de la fibrilación auricular (FA).

Material y métodos. Se han incluido todos los pacientes ingresados con fibrilación auricular durante 2007 en una unidad de Medicina Interna. Para cada caso se han recogido los siguientes parámetros: edad, sexo, comorbilidades (diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca, antecedente de ictus o isquemia cerebral transitoria, anemia), riesgo embólico medido por el sistema CHADS2 y el uso de anticoagulantes. Se ha realizado un seguimiento de los pacientes. Se ha calculado el índice CONUT con la primera analítica que incluía los 3 parámetros. Para las comparaciones se han utilizado los test t de Student y χ^2 . La influencia de los factores en la supervivencia se ha valorado con un test de regresión logística con selección de variables hacia atrás. Se han calculado las curvas de supervivencia de Kaplan-Meier y las medianas de supervivencia con el test de regresión de Cox.

Resultados. Se han incluido 264 pacientes, 122 varones (46,2%) y 142 mujeres (53,8%) con una edad media de $81,0 \pm 8,4$ años. Tenían FA previamente conocida 179 pacientes (67,8%). El riesgo embólico era bajo en 13 (4,9%), moderado en 59 (22,3%) y alto en 192 (72,7%)

pacientes respectivamente. Se prescribió tratamiento con anticoagulantes a 135 (51,1%) pacientes. La mediana de seguimiento ha sido 375 días y han fallecido 158 (59,8%) pacientes. Los pacientes fallecidos eran de más edad (83,7 y 76,9 años; $p = 0,0003$), tenían menos hipertensión (56,3% y 71,7%; $p = 0,01$) y más insuficiencia cardiaca (34,2% y 22,6%; $p = 0,04$), y anemia 60,8% y 37,7%; $p = 0,0002$). El uso de anticoagulantes orales se ha asociado con menor mortalidad (66,0% y 41,1%; $p < 0,0001$). No hubo asociación entre el riesgo embólico y la mortalidad. En el análisis multivariante la mortalidad se asoció con la edad (OR 1,15 IC95% 1,10-1,21; $p = 0,0004$), el sexo femenino (OR 0,41 IC95% 0,22-0,79; $p = 0,007$), la insuficiencia cardiaca (OR 2,18 IC95% 1,10-4,32; $p = 0,02$), la hipertensión arterial (OR 0,50 IC95% 0,26-0,95; $p = 0,03$) y la anemia (OR 2,23 IC95% 1,24-4,02; $p = 0,007$).

Discusión. La FA es la arritmia más frecuente y su prevalencia aumenta con la edad. Conlleva un aumento en el riesgo de sufrir episodios embólicos, especialmente ictus isquémicos. En nuestra cohorte el uso de anticoagulantes se ha asociado con menor mortalidad pero la edad y la comorbilidad son los factores que más influyen en la supervivencia.

Conclusiones. La edad y la comorbilidad son los factores asociados con la mortalidad en la fibrilación auricular.

V-124 SÍNDROME DE CUSHING SECUNDARIO A LA INTERACCIÓN DE CORTICOIDES INHALADOS Y RITONAVIR EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. Prats Julià, A. Ramírez Correa, M. Aranda Sánchez, O. Flores Lledó, M. Roget Alemany, J. Torviso, R. Donea y F. Bella Cueto

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Terrassa. Terrassa (Barcelona).

Objetivos. Estudiar la presentación de síndrome de Cushing secundario al tratamiento simultáneo con ritonavir y corticoides inhalados en un servicio de Medicina Interna.

Material y métodos. Estudio descriptivo de casos de pacientes en tratamiento con ritonavir y corticoides inhalados diagnosticados de sd. de Cushing exógeno entre mayo del 2009 y abril del 2010. Se registraron los antecedentes y principales características clínicas así como el tratamiento incluyendo tipo de corticoides, vía de administración y tiempo de exposición a corticoides en el momento del diagnóstico.

Resultados. Se detectaron tres casos, dos varones y una mujer con edades comprendidas entre los 41 y los 46 años, dos de ellos fumadores activos, dos de ellos diagnosticados de EPOC. Los tres en tratamiento con corticoides inhalados y antiretroviral que incluía IP y ritonavir. El tiempo medio de administración de corticoides inhalados fue de 8 meses, sin exposición a corticoides sistémicos durante dicho periodo. Uno de los pacientes recibió budesonida 800-1.200 $\mu\text{g}/\text{día}$, otro fluticasona 500 $\mu\text{g}/\text{día}$ durante 8 meses y el tercero fluticasona 1.000 $\mu\text{g}/\text{día}$ durante 12 meses asociada a 800 $\mu\text{g}/\text{día}$ de budesonida los primeros 8 meses pero aumentada a 1.600 $\mu\text{g}/\text{día}$ en los 4 meses previos al diagnóstico. El diagnóstico se sospechó por la clínica. Los pacientes presentaron al menos dos de los siguientes signos/síntomas: cara de luna llena (100%), redistribución de la grasa con aumento a nivel abdominal (66%), debilidad en extremidades inferiores (66%). En los casos con aumento de la grasa abdominal se planteó el diagnóstico diferencial con el sd. de lipodistrofia que se desestimó por cortisol bajo en plasma. Se llegó al diagnóstico de sd. Cushing exógeno por cortisol plasmático bajo con un valor medio de 14,48 nmol/L, rango de 3,24-26,07.

Discusión. En adultos se ha establecido sd. de Cushing secundario a tratamiento con corticoides inhalados solos o asociados a inhibi-

dores enzimáticos. Se ha descrito con fluticasona 1.000 µg/día o budesonida 1.600 µg/día, pero no con dosis de 800 µg/día de budesonida. Una revisión reciente halló 25 casos de supresión adrenal y sd. de Cushing secundario a la interacción entre ritonavir y fluticasona. No halló ningún caso atribuido a la interacción de ritonavir con otros corticosteroides inhalados, aunque sí un caso secundario a la interacción de budesonida inhalada a dosis altas (1.600 µg/día) y indanavir.

Conclusiones. 1) En los pacientes en tratamiento con ritonavir y corticoides inhalados se debe tener en cuenta la posibilidad de presentar un sd. de Cushing iatrogénico. 2) La interacción ritonavir-budesonida puede causar también sd. de Cushing iatrogénico. 3) El tiempo medio de exposición a corticoides inhalados fue de 8 meses. 4) La cara de luna llena fue la manifestación clínica más frecuente.

V-125 PREVALENCIA DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN PACIENTES ESPAÑOLES CON SOBREPESO Y OBESIDAD

S. Artola Menéndez¹, P. Conthe Gutiérrez², J. Vidal Cortada³, B. Font⁴, R. Lahoz⁴, G. Gambús⁴ y R. Gomis Barberá³

¹Atención Primaria. Centro Salud M^a Jesús Hereza. Leganés (Madrid). ²Servicio de Medicina Interna. Hospital General Gregorio Marañón. Madrid. ³Servicio de Endocrinología. Hospital Clínic i Provincial. Barcelona. ⁴Área Cardiovascular y Metabolismo. Novartis Farmacéutica, S.A. Barcelona.

Objetivos. Determinar la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) diagnosticada en pacientes con sobrepeso u obesidad atendidos en centros de atención primaria (AP) y especializada (endocrinología y medicina interna) en España.

Material y métodos. Estudio epidemiológico, descriptivo, transversal y multicéntrico, de ámbito nacional en condiciones de práctica clínica habitual. La población de estudio está compuesta por 91.394 pacientes adultos, de ambos sexos que acudieron a consultas de AP o especializadas y de los que se recogieron datos antropométricos (sexo, edad, talla, peso y presencia de DM2).

Resultados. En el ámbito de AP, la prevalencia global de DM2 es del 21,8%, incrementándose paulatinamente con el IMC: En los pacientes con bajo peso la prevalencia de DM2 es de 5,22%, de 7,7% en los pacientes con normopeso, de 16,4% en pacientes con sobrepeso y alta en pacientes con grados II y III de obesidad: 38,5% y 45,5% respectivamente (test Chi-cuadrado, $p < 0,0001$). En consultas especializadas, la prevalencia de DM2 es superior a la recogida en AP (44,9% de media), del 11,1% en bajo peso, del 19,1% en normopeso y aumentando también con la obesidad desde 37,7% en pacientes con sobrepeso vs. 53,5% en pacientes obesos siendo de 53%, 55,3% y 53,2% en obesidad grado I, II y III respectivamente (test Chi-cuadrado, $p < 0,0001$). En AP, las menores diferencias de prevalencia de DM2 por sexos se dan en la categoría de sobrepeso (hombres 17,3% vs mujeres 15,7%) y las más extremas en las categorías de obesidad grado II (hombres 44,0% vs mujeres 35,6%) y de bajo peso (hombres 9,4% vs mujeres 3,9%). En ámbito especialista y para ambos sexos, la prevalencia de DM2 crece con el incremento cualitativo del IMC, oscilando entre un 7% en mujeres con bajopeso y un máximo de 53,3% en mujeres con obesidad grado III (test chi-cuadrado, $p < 0,0001$). Globalmente, en jóvenes (18-40 años) la prevalencia es baja, especialmente en pacientes sin obesidad (entre el 1,6% y el 4,3%). Ésta aumenta considerablemente con la edad, alcanzando valores máximos para los pacientes que cuentan entre 65 y 80 años y que presentan obesidad grado III (57,7%). Esta tendencia al aumento de la prevalencia se revierte en pacientes muy ancianos (mayores de 80 años) con sobrepeso u obesidad (IMC ≥ 25).

Conclusiones. La proporción de individuos con DM2 en España muestra una asociación evidente con el sobrepeso u obesidad del

paciente, apreciándose además una relación significativa con factores demográficos como el sexo y la edad del paciente.

V-126 ESTUDIO HINTHER. MANEJO DE LA HIPERGLICEMIA EN LOS HOSPITALES CON PAUTAS BASAL-BOLUS

A. Pérez

Servicio de Endocrinología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Objetivos. Determinar las pautas basal-bolus con insulina utilizadas y evaluar su eficacia en el manejo de la hiperglucemia durante la hospitalización.

Material y métodos. Estudio nacional de no intervención y transversal. Participaron 119 especialistas en Endocrinología y Medicina Interna que recogieron datos de 414 pacientes con hiperglucemia durante la hospitalización, tratados con pautas basal-bolus, estancia hospitalaria > 3 días y hemodinámicamente estables.

Resultados. El 53,8% de los pacientes eran hombres, edad $70,7 \pm 10,6$ años, IMC $28,4 \pm 4,9$ Kg/m² y HbA1c $8,3 \pm 1,6$ %. El 16,4% de los pacientes no presentaron comorbilidad (índice de Charlson 0-1), 36,2% baja comorbilidad (Charlson 2-3) y 47,3% alta comorbilidad (Charlson > 3). El 49% ingresaron por enfermedad cardiovascular, 35,4% por proceso infeccioso y 14,3% por enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Antes de la hospitalización el 90,1% recibían tratamiento hipoglucemiante (HG) (76,7% antidiabéticos orales y 46,1% insulina). La duración del tratamiento con pauta basal-bolus fue $8,2 \pm 7,5$ días. El 43,2% de los pacientes precisó modificación en la pauta por situaciones especiales (26,5% por tratamiento con corticoides). En las últimas 24 horas de la hospitalización la insulina basal y pandrial más utilizadas eran glargina (87% de los pacientes) y aspart (29,9% de los pacientes) siendo la dosis media basal $24,7 \pm 11,4$ UI/día (mediana 22 UI/día glargina, 36 U detemir y 44 UI NPH), y la prandial $17,8 \pm 20,3$ UI/día. Las dosis de corrección media en las últimas 24 horas fue $6,3 \pm 6,5$ UI/día. Respecto al ingreso, en las 24 horas previas al alta se observó una reducción de las glucemias medias preprandiales (ayunas 132 ± 41 mg/dl vs 159 ± 38 mg/dl, pre-almuerzo 154 ± 49 mg/dl vs 177 ± 45 mg/dl y pre-cena 153 ± 50 mg/dl vs 177 ± 46 mg/dl) y postprandiales (post-desayuno 154 ± 36 mg/dl vs 179 ± 46 mg/dl, post-comida 165 ± 43 mg/dl vs 182 ± 51 mg/dl y post-cena 155 ± 36 mg/dl vs 175 ± 53 mg/dl). El 57% de pacientes tenía glucemias basales 90-130 mg/dl, 32-40% preprandiales 90-130 mg/dl y 64-77% postprandiales < 180 mg/dl. El 20,8% de los pacientes presentaron alguna hipoglucemia (81,4% asintomáticas, 69,8% sintomáticas y 8,1% sintomáticas severas). El 33,8% de los pacientes mantuvieron una glucemia media durante la hospitalización en objetivos sin hipoglucemias. Al alta se indicó tratamiento con hipoglucemiantes orales en 16,4%, insulina 34,1% e HG orales + insulina en 46,9%.

Discusión. Las pautas de administración sc de insulina basal-bolus permiten diferenciar claramente los requerimientos basales y prandiales o nutricionales. Son eficaces y ofrecen mayor flexibilidad para la adaptación a circunstancias clínicas específicas, por lo que se consideran de elección para la hiperglucemia en la hospitalización. Los resultados en este estudio confirman la eficacia y seguridad de estas pautas en los pacientes hospitalizados por diversos procesos, y muestran la creciente incorporación de las mismas por los especialistas en Endocrinología y Medicina Interna. Así mismo, los hallazgos indican la utilización de los diferentes componentes de la pauta, su adaptación en situaciones especiales y los ajustes realizados al alta.

Conclusiones. Las pautas basal-bolus de administración de insulina con análogos son las más utilizadas y permiten el control de la mayoría de los pacientes con hiperglucemia durante la hospitalización. La adición de insulina basal es la medida terapéutica más utilizada para intensificar el tratamiento al alta.

V-127

LA ANEMIA EN UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA: CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES

M. de Castro Martínez, C. Gómez Cuervo, F. Álvarez de Miguel, I. Gredilla Zubiria, J. Martínez Ávila y B. Otero Perpiñá

UPPAMI. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Objetivos. Describir las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes valorados en una consulta de Medicina Interna por anemia.

Material y métodos. Estudio observacional que recoge 85 pacientes estudiados entre 2008 y 2009 en las consultas de la Unidad de Pluripatología (UPPAMI) del Hospital 12 de Octubre. Se recopilaron distintas variables a partir de los informes de alta hallados en el HP-DOCTOR agrupadas en las siguientes categorías: edad, sexo, antecedentes personales, motivo de consulta, resultados analíticos, prueba de imagen y endoscopia, diagnósticos finales y el tratamiento. Los datos se analizan mediante el paquete estadístico SPSS 15.0.

Resultados. De los 85 pacientes iniciales, 8 son excluidos por falta de informe clínico. De los 77 restantes 62,3% eran mujeres. La edad media es 68 (DE 16,60) años. El 22% toma antiagregantes, el 20% anticoagulantes y el 14% AINEs. El 57,1% presentaba síndrome anémico, el 22,1% síndrome constitucional, el 19,5% hemorragia digestiva, y fueron transfundidos el 35,1%. Los valores analíticos (media (DE)) aparecen en la tabla. El 10,4% tienen hipotiroidismo. Sólo en un paciente se detectó pico monoclonal. Los marcadores tumorales se encontraron alterados en el 10,4%. Se solicitó TC en 57,1% de los pacientes. De todos los realizados, el resultado fue anormal en el 43,18%. La endoscopia digestiva se solicitó en el 48%, de las cuales en el 67,56% se objetivó enfermedad benigna, en el 29,73% enfermedad maligna y en el 2,7% no había alteraciones específicas.

Discusión. Los pacientes son mayoritariamente mujeres. La clínica más frecuente fue el síndrome anémico, requiriendo transfusión hasta un tercio de los mismos. Las causas más frecuentes son las pérdidas de hierro de origen benigno, seguida de las de origen maligno. La prevalencia de las formas ferropénicas condiciona el proceder diagnóstico de manera que el TC es la pruebas más empleada seguida por el estudio endoscópico. Asimismo, el tratamiento más frecuente es la administración de hierro.

Tabla 1 (V-127).

Hemoglobina (g/dL)	8,81 (1,83)
VCM (fl)	79,41 (14,43)
Leucocitos ($\times 1.000/\text{mL}$)	7,91 (3,38)
Plaquetas ($\times 1.000/\text{mL}$)	294 (125)
Ferritina (ng/mL)	92,93 (185,95)
Hierro ($\mu\text{g}/\text{dL}$)	40,64 (41,38)
Transferrina (mg/dL)	287 (105)
Vitamina B12 (pg/mL)	509 (405)
Fólico (ng/mL)	9,2 (4,77)
VSG (mm)	45,9 (31,6)

V-128

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS CASOS DE MIOPATÍA INFLAMATORIA EN UN HOSPITAL COMARCAL

S. Calzado¹, M. Monteagudo¹, N. Fernández², C. Tolosa¹, A. Casanovas¹, R. Jordana¹, B. Marí¹ y J. Oristrell¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Dermatología. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona).

Objetivos. Análisis descriptivo de las manifestaciones clínicas, analíticas y evolutivas de una serie de 43 pacientes diagnosticados de miopatía inflamatoria en la Corporació Sanitària Parc Taulí (CSPT).

Material y métodos. Se han revisado de forma retrospectiva, a partir de las historias clínicas, los pacientes diagnosticados de miopatía inflamatoria en la CSPT entre enero de 1991 y marzo de 2010.

Resultados. 43 pacientes cumplían los criterios de Bohan y Peter para el diagnóstico de dermatomiositis (DM) y/o polimiositis (PM). Dos casos fueron excluidos por no disponer de historia clínica inicial dado que provenían de otro centro. De los 41 pacientes restantes, 23 pacientes se diagnosticaron de DM (15 DM definida -una asociada a síndrome Sjögren-, 2 DM probable, 2 DM posible, 2 DM hipomiopática y 2 DM amiopática). La edad media al diagnóstico de los pacientes con DM hipomiopática y/o amiopática fue de 44 años, mientras en el resto de DM fue de 57 años. El 68,4% eran mujeres. 12 pacientes fueron diagnosticados de PM (7 PM definida, 5 PM probable), con edad media de 53 años y siendo el 58,3% varones. 4 pacientes fueron diagnosticados de síndrome antisintetasa (50% varones) y 2 mujeres de miositis asociadas a enfermedad sistémica (esclerodermia). La forma más frecuente de presentación clínica fue la debilidad y/o el dolor proximal agudo-subagudo (inferior a 2 meses) en 22 pacientes (53,7%), 13 de los cuales (59,1%), al diagnóstico, presentaban debilidad severa que les impedía levantarse de la cama sin ayuda. 8 pacientes (19,5%) presentaron neoplasia asociada (6 DM y 2 PM), 5 pulmonares (2 oat-cell y 3 adenocarcinoma), una doble neoplasia sincrónica sigma-pulmón (adenocarcinoma), una mama (carcinoma ductal infiltrante) y una esofágica (adenocarcinoma). En 4 de los pacientes, la neoplasia apareció después del diagnóstico de miopatía y, en los restantes, el diagnóstico se realizó dentro del primer mes de estudio de la miopatía. 5 pacientes tuvieron todos los enzimas musculares normales al diagnóstico (3 DM definida y 2 DM amiopática). De 40 pacientes con ANAs, 18 (44%) entre 1/160-1/640 y 3 (7,3%) > 1/640. El anticuerpo Jo1 se determinó en 33 casos (80,5%), fue positivo en 7 pacientes (17,1%), 4 con diagnóstico de síndrome antisintetasa, 2 DM definidas y 1 PM probable asociada a adenocarcinoma pulmonar. El anticuerpo Mi2 se determinó en 10 casos (24,4%) siendo positivo en 6, todas DM (una asociada a neoplasia pulmonar). 14 pacientes fallecieron (34,1%), 4 por su enfermedad neoplásica de base y el resto por causas relacionadas con la miopatía y/o complicaciones asociadas al tratamiento (6 por causas infecciosas, 2 por insuficiencia respiratoria aguda y 2 por otras causas).

Discusión. La recogida retrospectiva de datos, a partir de la historia clínica, donde la información es recogida por diferentes clínicos junto con que no todos los datos revisados se incluían en todas las historias clínicas, aumenta, en gran medida, la dispersión en algunos de los resultados.

Conclusiones. 1. La mortalidad en nuestra serie de pacientes ha sido elevada (34,1%). 2. La forma más frecuente de presentación clínica fue la debilidad y/o el dolor proximal subagudo con debilidad severa e imposibilidad para levantarse de la cama sin ayuda en 1/3 de los pacientes. 3. El 19,5% presentaron una neoplasia asociada (62,5% pulmonar). El 75% afectos de DM y el 25% de PM.

V-129

PARÁMETROS BIOQUÍMICOS HABITUALES EN EL DIAGNÓSTICO DEL FRACASO RENAL AGUDO

P. Alaminos García¹, M. Menduina Guillén², J. Cantero Hinojosa², F. González Díaz¹ y F. Pérez Blanco²

¹Cuidados Críticos y Urgencias (Sec UCI). Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Objetivos. A veces en el fallo renal agudo es difícil realizar el diagnóstico diferencial entre la disfunción renal y la Necrosis tubular aguda (NTA). El test urinario más discriminativo entre ambas entidades es el FENa. Nuestro estudio pretende determinar el valor

de diferentes índices de función renal tanto séricos como urinarios, para el diagnóstico diferencial entre la Disfunción renal y la NTA.

Material y métodos. Se estudiaron un total de 120 personas; grupo control (n = 40), grupo de pacientes con 2 subgrupos: Disfunción (n = 40) y NTA (n = 40); se eliminaron las muestras de 10 pacientes por deterioro de las mismas. Se ha adoptado la definición de FRA según la publicación de Liaño et al (Kid Int. 1996;50:811-8). Los pacientes proceden de los servicios de urgencias, salas de medicina (incluida medicina Interna) y de todas las salas de Cirugía, descartándose aquellos con IRC, neoplasia vesical, hematuria y tratamiento previo con diuréticos. Se analiza creatinina, iones, osmolalidad y urea tanto en sangre como en orina, aclaramiento de creatinina y FENa. Se ha empleado el test no paramétrico de Kruskal-Wallis, fijándose el nivel de significación estadística en el 5% (p < 0,05).

Conclusiones. 1). El análisis ha mostrado diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de Disfunción al compararlo con el de NTA, en los siguientes parámetros: Cl Cr, FENa, Na o, Cr s, Cr o, U s, U o y Osm o (Kruskal-Wallis p < 10⁻⁴). 2). Osm y Na séricos presentan concentraciones similares en ambos grupos y por lo tanto no han sido útiles en el diagnóstico diferencial de ambas entidades (Kruskal-Wallis p = 10⁻⁴). 3). Los valores de Cr s, FENa, Na o y Us, fueron significativamente mayores en el grupo de NTA (Kruskal-Wallis p < 10⁻⁴). Ver tabla 1 (V-129) y tabla 2 (V-129).

V-130

ESTUDIO DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA. ¿CUÁNDO TENEMOS QUE PENSAR EN UN ORIGEN MALIGNO?

C. Gómez Cuervo, M. de Castro Martínez, F. Álvarez de Miguel, J. Martínez Ávila, I. Gredilla Zubiria y B. Otero Perpiñá

UPPAMI. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Objetivos. Describir el perfil de los pacientes con diagnóstico de anemia ferropénica y comparar las características clínicas, analíticas y los resultados en las diferentes pruebas complementarias entre aquellos con diagnóstico de malignidad (MG) frente a causas benignas (BG).

Material y métodos. Estudio observacional que recoge 85 pacientes estudiados entre 2008 y 2009 en las consultas de la Unidad de Pluripatología (UPPAMI) del Hospital 12 de Octubre. Se recopilaron distintas variables a partir de los informes de alta hallados en el HP-DOCTOR agrupadas en las siguientes categorías: edad, sexo, antecedentes personales, motivo de consulta, resultados analíticos, prueba de imagen y endoscopia, diagnósticos finales y el tratamiento. Los datos se analizan mediante el paquete estadístico SPSS 15.0

Resultados. Las anemias ferropénicas constituyen un 56,5% (48 pacientes) del total de los pacientes estudiados. El 73,31% de las

mismas se filiaron como BG. Las MG son más frecuentes en varones (69,2% frente 30,8%) mientras que las BG lo son en mujeres (25,7% frente 74,3%) (p = 0,006). Las diferencias por sexo se mantienen comparando pacientes con edad superior a los 50 años (23% de causas MG en varones frente 9% en mujeres, p = 0,016) No hay diferencias significativas en cuanto a la edad media de los pacientes (64,59 ± 14,85 años en las MG, frente a 61,66 ± 18,80 años en las BG, p = 0,181). Un 52,1% de los pacientes toma AINEs, anticoagulantes, esteroides o antiagregantes. No obstante no se hallan diferencias en el consumo de los mismos según el diagnóstico. Tampoco se encuentran diferencias entre ambos grupos en lo que respecta a los antecedentes personales, presentación clínica, requerimiento transfusional o datos analíticos habituales. Ninguno de los pacientes con patología BG presentan alteración de los marcadores tumorales frente a un 30,8% de los MG (p = 0,001). Asimismo, respecto a los hallazgos radiológicos un 61,5% de los pacientes con MG presentan un TC patológico, frente a un 17,1% de los BG (p = 0,008). Se realizó estudio endoscópico en el 62,5%, de los cuales un 61% correspondían a patología BG. Respecto al manejo no hay diferencias significativas entre ambos grupos respecto al uso de hierro oral o intravenoso.

Discusión. La anemia de origen ferropénico es una causa frecuente de consulta en Medicina Interna. La mayoría de las mismas tienen un origen benigno, no obstante, es fundamental mantener una actitud alerta frente a las causas malignas, fundamentalmente neoplasias del tracto digestivo. En nuestra serie destaca como las causas malignas predominan en los varones, incluso cuando se compara frente a mujeres posmenopáusicas. La alteración en los marcadores tumorales o en las pruebas de imagen (TC) se relaciona con la presencia de enfermedad maligna. No obstante, nos parece importante resaltar que en la mayoría de los pacientes con marcadores no alterados y en aproximadamente un 40% de los que no tienen anomalías en el TC la causa que subyace tras la anemia es maligna, por ello consideramos fundamental la valoración exhaustiva de cada caso.

V-131

ANTICUERPOS ANA ANTIHUSO MITÓTICO PERSISTENTEMENTE POSITIVOS

L. González González¹, B. Sopena Argüelles¹, M. del Pozo², M. Freire da Pena¹, A. Rivera Gallego¹, J. Lamas Ferreira¹, R. Longueira Suárez¹ y C. Martínez Vázquez¹

¹Servicio de de Medicina Interna. Unidad de Trombosis y Vasculitis, ²Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Xeral de Vigo. Vigo (Pontevedra).

Objetivos. Los anticuerpos antinucleares (ANA) pueden presentar distintos patrones de inmunofluorescencia, entre ellos el

Tabla 1 (V-129). Grupo Disfunción

	Na s	Na o	U s	U o	Osm s	Osm o	Cr s	Cr o	Cl Cr	FENa
N	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
c2	138	19,6	130,6	1103	318	491	2,3	75	29	0,5
Min	128	5	66	120	295	351	1,7	27	7,4	0,1
Max	147	56	475	2140	358	610	5	278	50	1,3
DE	4,91	9,65	74,4	505	12,6	62	0,7	51,5	12,5	0,3

Tabla 2 (V-129). Grupo de NTA

	Na s	Na o	U s	U o	Osm s	Osm o	Cr s	Cr o	Cl Cr	FENa
N	25	35	35	35	35	35	35	35	35	35
c2	140	55	157	635	324	339	3,6	28,5	10,6	6,1
Min	113	33	67	154	260	233	1,8	10	1	2
Max	149	86	292	1970	357	491	6,9	64	39	23
DE	7,48	12,5	53,4	380	21,1	55,2	1,5	11,3	8,1	5

patrón antihuso mitótico. El huso mitótico es una estructura de microtúbulos, asociado a proteínas relacionadas con la división y reorganización de los cromosomas durante el ciclo celular, los anticuerpos antinucleares dirigidos al huso mitótico (Anti-MSA) se encuentran en la práctica clínica con poca frecuencia (0,08-0,28%). Se han asociado con enfermedades autoinmunes, infecciones y malignidad pero no está claro su significado. Presentamos la incidencia y las asociaciones clínicas de anti-MSA persistentemente positivos en una cohorte de pacientes a los que se les solicitaron anticuerpos antinucleares y presentaron dicho patrón.

Material y métodos. Desde octubre de 2007 a abril de 2010 se recogieron todos los pacientes con ANA positivos detectados por inmunofluorescencia indirecta en células HEp2 con patrón antihuso mitótico. Solo a los pacientes con títulos de ANA \geq 1/160 en al menos dos determinaciones separadas se incluyeron en el estudio revisándose la historia clínica desde la primera determinación así como otros estudios inmunológicos realizados.

Resultados. En el periodo de evaluación se realizaron 16.005 determinaciones de ANA, de éstas, 3050 fueron consideradas positivas. Se identificaron 13 pacientes con anti-MSA (0,42%). La mediana de edad fue 55 (rango 41-69 años) y el 92% fueron mujeres. Los títulos de ANA fueron \geq 1/1280 en 9 pacientes. En 8/13 (61%) se diagnosticaron enfermedades autoinmunes: 3 lupus eritematoso sistémico (LES) con anti-DNA negativo sin datos de afectación renal; 1 hepatitis autoinmune tipo I que desarrolló cirrosis avanzada; 1 déficit completo de IgA con trombocitopenia; 1 polimialgia reumática; 1 tiroiditis autoinmune y un paciente con fenómeno de Raynaud primario. Fueron positivos otros autoanticuerpos en sólo 4 pacientes: 3 anti-Ro (SSA) sin criterios de síndrome de Sjögren y otro con altos títulos de anticuerpo anticardiolipina sin historia de trombosis o abortos. Dos pacientes cumplían criterios de fibromialgia sin evidencia actual de enfermedad autoinmune y solo un paciente presenta serología para VHC positiva, no se demostraron neoplasias.

Discusión. Se trata de un estudio con pocos pacientes, retrospectivo por lo que sería necesario continuar el seguimiento clínico e inmunológico de estos pacientes así como la determinación mediante inmunoblotting de los anti-Numa y ant-HsEg5 principales antígenos del huso mitótico. La prevalencia por sexo es similar a otros trabajos. El 61% de estos pacientes presentan una enfermedad autoinmune, prevalencia que coincide con otras series. Destaca la presencia de 3 pacientes con LES sin afectación renal, hasta el momento los estudios existentes no recogen este dato por lo que sería recomendable la realización de otros trabajos que estudien este resultado.

Conclusiones. Anticuerpos anti-MSA persistentemente positivos se han asociado con enfermedades autoinmunes con mucha frecuencia. Los pacientes con LES y anti-MSA positivos no mostraron afectación renal.

V-132 COMPLICACIONES DERIVADAS DE LOS CATÉTERES INTRAVENOSOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

A. Torres Corts¹, E. Villegas Bruguera¹, Y. Cabrera Gutiérrez¹
y J. Pajares Díaz Meco²

¹Hospitalización a Domicilio, ²Dirección de Enfermería.
Hospital Dos de Maig de Barcelona-Consorci Sanitari Integral.
Barcelona.

Objetivos. A pesar de lo extendido de su uso existen muy pocos estudios clínicos publicados sobre las complicaciones de los catéteres intravenosos (CI). En la Unidad de Hospitalización a Domicilio

(HADO) hemos realizado un análisis de los CI utilizados durante tres años, con el objetivo de elaborar posteriormente protocolos de manejo que permitan minimizar las complicaciones derivadas de su uso.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de todos los CI colocados a pacientes ingresados en HADO durante el periodo enero 2008-junio 2010, a partir de la base de datos de enfermería, Análisis comparativo de los resultados según el tipo de CI, la medicación administrada y la incidencia de complicaciones.

Resultados. A lo largo de estos 30 meses se han colocado 504 CI con una duración promedio (DP) de 7 días (1-69), con los siguientes resultados: 442 catéteres cortos periféricos (Abocath), DP 6,5 días; 41 catéteres largos de acceso periférico (Venocath o PICC), DP 13 días; y 21 vías centrales (tipo Cavafix), DP 20 días. Usos: 311 tratamientos antibióticos, 216 (diuréticos, drogas vaso activas, corticoides, analgésicos, etc.). Complicaciones (30% del total de CI): 2 complicaciones mayores (bacteriemia), 147 complicaciones menores (114 extravasaciones, 27 flebitis, 6 obstrucciones), siempre obligando a la retirada del CI. Los CI que más se complican son los utilizados para tratamiento antibiótico (117 casos, 40% del total de antibioterapias que han sido 311), especialmente los aminoglicósidos solos o asociados a otros (39 complicados sobre 80 tratamientos en total, que representan el 50% de los tratados con estos antibióticos, y el 33% de las complicaciones antibióticas globales, en forma de extravasación en un 75% de los casos y especialmente cuando son administrados mediante CI cortos (n = 33, 85% de los casos). El 75% de las complicaciones por aminoglicósidos aparecieron ya dentro de la primera semana de tratamiento. Los que llevan otro tipo de tratamiento (corticoides, fármacos vasoactivos y diuréticos, o feroterapia) sufren menos complicaciones (n = 27 de un total de 134, 20%). Los CI no utilizados raramente se complican (n = 5, 3%).

Conclusiones. El porcentaje de complicaciones menores asociadas a los CI en el domicilio es alto, especialmente si ha de administrarse tratamiento antibiótico con aminoglicósidos con independencia de la duración del mismo, por lo que en estos casos siempre debe plantearse colocar un CI largo o una vía central.

V-133 HEMORRAGIA ALVEOLAR EN PACIENTES CON VASCULITIS ANCA POSITIVA

M. Manovel Nogueiras, J. Ayensa Díaz, A. Martínez Berriotxo,
G. Ruiz Irastorza y M. Egurbide Arberas

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cruces. Barakaldo
(Vizcaya).

Objetivos. Evaluar la incidencia de hemorragia alveolar entre los pacientes diagnosticados de vasculitis ANCA positiva, así como la mortalidad asociada.

Material y métodos. De la cohorte de pacientes con diagnóstico de vasculitis sistémica en el Servicio de Medicina Interna del Hospital de Cruces, se identifican y analizan 49 pacientes diagnosticados de vasculitis ANCA positiva.

Resultados. De los 49 pacientes estudiados, 14 de ellos (33%) desarrollaron a lo largo del curso de su enfermedad uno o más episodios de hemorragia alveolar y 4 pacientes (29%) fallecieron por complicaciones secundarias al cuadro clínico. De los 14 casos, 11 estaban diagnosticados de poliangeítis microscópica (todos ellos con patrón de inmunidad p-ANCA) y 3 diagnosticados de enfermedad de Wegener (todos ellos con patrón c-ANCA). Los pacientes fallecidos como consecuencia de hemorragia alveolar estaban diagnosticados de poliangeítis microscópica, tratándose en todos los casos de su primer episodio. Uno de los pacientes diagnosticados de Enfermedad de Wegener falleció como consecuencia de una neo-

plasia pulmonar. Cinco de los 14 pacientes analizados presentaban insuficiencia renal crónica previa al episodio de hemorragia alveolar. Los 2 pacientes que debutaron con insuficiencia renal aguda que precisó diálisis asociada a hemorragia alveolar, fallecieron durante el ingreso.

Discusión. La hemorragia alveolar es una complicación rara, pero potencialmente letal, que aparece en la mayoría de los casos en el contexto de enfermedades autoinmunes como lupus eritematoso sistémico, síndrome de Goodpasture o vasculitis ANCA positivas. La incidencia de hemorragia alveolar en pacientes diagnosticados de vasculitis ANCA positiva es difícil de estimar, pudiendo llegar a alcanzar hasta el 15% en algunas series y asociándose a mal pronóstico. La importancia de un diagnóstico y tratamiento precoz (usualmente con pulsos de corticoides intravenosos asociados a ciclofosfamida o inmunoglobulinas) es fundamental para conseguir una buena respuesta clínica.

Conclusiones. La hemorragia pulmonar es una complicación grave que ocurre en aproximadamente un tercio de nuestros pacientes con vasculitis ANCA positiva, cifra algo mayor que la reportada en la literatura (12-15%). A pesar de un tratamiento médico adecuado, en nuestros pacientes la mortalidad se encuentra en torno al 30%, siendo ésta una cifra similar a la descrita en otras series.

V-134

2 AÑOS DE MONOTERAPIA CON LIRAGLUTIDA, UN ANÁLOGO HUMANO DE GLP-1 PARA EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2, PROVEE UNA REDUCCIÓN SOSTENIDA DE LA HBA1C Y EL PESO CORPORAL EN COMPARACIÓN CON GLIMEPIRIDA

T. Briones¹, B. Bode² y A. Garber³

¹Novonordisk Pharma S.A. Madrid. ²Atlanta Diabetes Associates. Atlanta (EE.UU.). ³Baylor College of Medicine. Houston (EE.UU.).

Objetivos. Evaluar la eficacia sostenida y la seguridad de liraglutida (análogo humano de GLP-1 de administración única diaria para el tratamiento de la DM2).

Material y métodos. 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). Este es un estudio multinacional, multicéntrico y aleatorizado: doble ciego durante 1 año, seguido de un periodo de extensión abierta de un año. El 99% de los pacientes (440 pacientes) que completaron el estudio a un año, iniciaron el periodo de extensión y 321 pacientes (el 73% de éstos), completaron el estudio a 2 años. Características (media) de los pacientes que completaron el estudio a 2 años: edad 54 años, IMC 33 kg/m², HbA1c 8,2%; duración media de diabetes 3,3 años; en dieta y ejercicio como único tratamiento previo (36%); con un ADO como tratamiento previo (64%).

Resultados. 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 pacientes 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 (< 56 mg/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 pacientes que completaron el estudio.

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

V-135

LIRAGLUTIDA FRENTE A GLIMEPIRIDA, AMBAS EN COMBINACIÓN CON METFORMINA, EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2: EXTENSIÓN A 2 AÑOS DEL ESTUDIO LEAD-2

R. García¹, F. Tinahones² y M. Nauck³

¹Novo Nordisk Pharma, S.A. Madrid. ²Servicio de Endocrinología. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga. ³Servicio de Endocrinología. Diabeteszentrum. Alemania.

Objetivos. Liraglutida es un análogo humano de GLP-1 de administración una vez al día. En el ensayo LEAD 2 (Liraglutide Effect and Action in Diabetes), 1091 pacientes con DM2 fueron tratados durante 6 meses con liraglutida o glimepirida ambas en combinación con metformina. Aquí se presentan los resultados de la extensión a 2 años.

Material y métodos. Los pacientes fueron aleatorizados (2:2:2:1:2) a liraglutida una vez al día (0,6, 1,2 o 1,8 mg) + metformina, metformina sola, o metformina + glimepirida (4 mg una vez al día). La dosis de metformina fue de 1,5-2 g al día. Durante los primeros 6 meses el estudio fue doble ciego y doble enmascarado, después fue abierto.

Resultados. El 89% (780 pacientes) de los que completaron los primeros 6 meses de estudio iniciaron la extensión y de éstos el 68% (529 pacientes) completaron los 2 años de estudio. Previo al ensayo, los pacientes estaban tratados con 1 o 2 ADOs. En los que recibían 1 ADO previamente (35% de los pacientes, HbA1c basal de 8,2%), después de 2 años (ITT, LOCF) la HbA1c disminuyó a 7,38%, 7,44%, 7,74% con liraglutida 1,8, 1,2, 0,6 mg; 7,49% con glimepirida y 8,12% con metformina sola respectivamente, (p > 0,05 liraglutida 1,8 mg vs glimepirida). En la población total (ITT, LOCF), la proporción de pacientes que alcanzó una HbA1c < 7,0% después de 2 años fue de 31,1%, 29,9%, 19,7% con liraglutida 1,8, 1,2, 0,6 mg; 23,5% con glimepirida y 10,8% con metformina sola (p < 0,0001 liraglutida 1,8 mg vs glimepirida). Liraglutida indujo una pérdida de peso significativa y sostenida (1,8 mg: -2,91 kg; 1,2 mg: -3,03 kg; 0,6 mg: -2,07 kg), mientras que el tratamiento con glimepirida resultó en una ganancia de peso (+0,7 kg, p < 0,0001 vs todas las dosis de liraglutida). La circunferencia media de cintura se redujo de manera significativa: 1,8-2,8 cm con liraglutida vs un aumento con glimepirida (+0,2 cm, p = 0,0001). Con liraglutida la incidencia de hipoglucemia fue similar a metformina sola, y 10 veces menor que con glimepirida (eventos/sujeto año: 0,15 [todas las dosis de liraglutida]; 0,16 [metformina]; 1,60 [glimepirida], p < 0,0001 vs todas las dosis de liraglutida). Aunque la diferencia no fue significativa, el tejido adiposo visceral, evaluado mediante TC abdominal, se redujo una media de 18 y 13 cm² con liraglutida 1,2 y 1,8 mg respectivamente, y aumentó 9 y 2 cm² con metformina sola y con glimepirida.

Conclusiones. Dos años de tratamiento con liraglutida una vez al día indujo una mejoría de la HbA1c comparable a glimepirida, ambas en combinación con metformina. Sin embargo, la incidencia de hipoglucemia con liraglutida fue 10 veces menor que con glimepirida, e indujo una pérdida de peso de χ asi3 kg, sostenida después de 2 años de tratamiento y en contraste con una ganancia de peso con glimepirida.

V-136

SÍNDROMES PARANEOPLÁSICOS CON MANIFESTACIONES ENDOCRINAS

F. Annichierico, A. Suárez López, S. Pérez Ricarte, J. Alonso Martínez, E. Martínez Litago y M. Urbieta

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Navarra. Pamplona/Iruña (Navarra).

Resultados. En el día a día de la práctica de la Medicina Interna, encontrar relaciones entre diferentes formas de expresión de una

determinada patología, es probable que esta sea la esencia de nuestra especialidad. Presentamos tres casos representativos a este respecto: Caso 1: varón de 68 años, HTA, no DM, fumador de 45 paquetes/año, isquemia crónica de miembros inferiores grado IIa. De profesión pintor de coches. En tratamiento con valsartán más hidroclorotiazida. Ingresó por deterioro del nivel de conciencia, hepatomegalia 2 cm, Na 112 mmol/dl, K 3,2 mmol/dl. Rx tórax: botón aórtico calcificado y fracturas vertebrales. Pulmones aceptablemente aireados. TAC body: lesión pulmonar de 4 cm, linfadenopatías mediastínicas, metástasis hepáticas. Diagnóstico: SIADH asociado a carcinoma de pulmón células pequeñas. Confirmado por biopsia de lesión hepática. Caso 2: varón de 69 años, no HTA, DM o HLP, fumador de 75 paquetes/año. Profesión militar retirado. En tratamiento con espironolactona 100 mg/día. Ingresó por presentar ascitis, edemas de EEII, respiración de Kussmaul, Na 144 mmol/dl, K 2,3 mmol/dl. Gasometría: pH (37°) 7,62. pCO₂, p: 37 mmHg, pO₂, p: 65 mmol/dl, Saturación O₂, p: 96%. HCO₃⁻, c: 38 mmol/L, Exceso de bases: 15,5 mmol/L (0-0) Pla-HCO₃ corregido, c: 37 mmol/L (22,5-26,9). Rx tórax: dudosa adenopatía paratraqueal, opacidad de ambos vértices pulmonares. TAC toraco-abdominal: linfadenopatías mediastínicas, infiltrado de LSD e infiltración de glándula suprarrenal izquierda. Diagnóstico: síndrome de Cushing asociado a carcinoma de pulmón de células pequeñas, confirmado por biopsia de pulmón realizada por fibrobroncoscopia. Caso 3: varón de 31 años, sin antecedentes patológicos. De profesión mecánico. No fumador. Ingresó por deterioro general, pérdida de 5 kg en 1 mes y sudoraciones nocturnas. A la exploración presentaba hepatomegalia de 3cm, testículos normales. Rx Tórax: Infiltrado pulmonar bilateral. TSH, c arb: 0,004 mU/L (0,4-4) T4 libre, g: 2,41 ng/dL (0,7-1,42) gonadotropina coriónica (HCG): 371.718 U/L (0-0). Ecografía testicular: nódulo de 3 cm en testículo derecho. TAC toracoabdominopélvico: linfadenopatías mediastínicas y retroperitoneales así como metástasis hepáticas y pulmonares. Diagnóstico: hipertiroidismo secundario a germinoma testicular, confirmado por orquiectomía.

Discusión. Para el diagnóstico de estos y otros casos, es de vital importancia tener una visión holística del paciente y un conocimiento de las diferentes manifestaciones endocrinas que pueden aparecer asociadas a las enfermedades neoplasias y que pueden ser la primera manifestación de esta entidad.

V-137 ESTADO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. Cienfuegos Basanta, E. Rodríguez Ávila, A. Álvarez-Uría Miyares, G. López-Colina Pérez, R. Fernández Regueiro, L. Montes Gil, M. Ballesteros Solares y J. Morís de la Tassa

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

Objetivos. La desnutrición es frecuente en los pacientes hospitalizados con gran trascendencia clínica. El Mini Nutritional Assessment (MNA) es una herramienta sencilla, fiable y validada para valorar el estado nutricional de los pacientes hospitalizados. Objetivos: conocer el estado nutricional en una muestra de pacientes ingresados en un servicio de Medicina Interna y describir sus características epidemiológicas; estudiar las relaciones entre la situación social, comorbilidad, el estado nutricional y la estancia hospitalaria.

Material y métodos. Estudio observacional, prospectivo, aleatorizado de una muestra de pacientes. Se estudiaron los datos socio-demográficos, comorbilidad, reingresos, tratamiento, mortalidad, diagnóstico, y parámetros antropométricos, y analíticos. Se cumplimentaron las escalas MNA y Norton. Se valoró situación social mediante escalas Gijón y Barthel reducido. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 15.0.

Resultados. Se incluyeron 50 pacientes (58% mujeres), edad media 74,6 ± 11,5 años. El 56% presentaba más de 3 comorbilidades y el 76% estaba polimedcado. La talla fue de 160,6 ± 7,6 cm y el peso 71,8 ± 15,3 Kg, con un IMC de 28,3 ± 5,6 (mujeres)-27,2 ± 5,76 (hombres), sin diferencias significativas. La estancia media fue de 11,5 ± 7,7 días. La puntuación media con la escala del MNA fue de 18,68 puntos (malnutridos: 26%, y en riesgo de malnutrición: 50%). La puntuación en el test MNA se relacionó de forma estadísticamente significativa con el IMC (p = 0,022). Al comparar los valores medios de linfocitos, colesterol, albúmina y prealbúmina al ingreso y al alta no mostraron diferencias significativas. La albúmina, es el único parámetro que se relacionó de forma significativa con los días de estancia p = 0,05. La escala de Norton identificó un 23% de los pacientes en riesgo de padecer úlceras por presión. El 50% de los pacientes estaban en situación de riesgo o problema social. Existe relación estadísticamente significativa entre el estado nutricional y las escalas sociales, MNA y Norton.

Discusión. Este trabajo refleja la situación en nuestro hospital de uno de los problemas de salud de mayor incidencia y prevalencia en el mundo como es la desnutrición del paciente hospitalizado. Destacamos la asociación entre el estado nutricional de los pacientes y la situación social de los mismos. Los datos aquí expuestos son un estudio preliminar que nos ha permitido conocer el estado nutricional de nuestros pacientes, su repercusión clínica y su comportamiento a los largo de la hospitalización y cuyo fin es mejorar la atención sanitaria implantando acciones y estrategias para mejorar su estado nutricional y evitar las consecuencias que, de sus trastornos, se derivan.

Conclusiones. La incidencia de desnutrición en nuestro medio es similar a la descrita; con alta representación de los pacientes pluripatológicos y polimedcados. La mala situación social y el estado de dependencia para las actividades de la vida diaria se relacionan con un peor estado nutricional. El riesgo nutricional es frecuente, por lo que hay que implantar estrategias para su detección y corrección, y evitar, así, que influya negativamente sobre los pacientes.

V-138 REVISIÓN DE LOS TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

C. Sánchez Parra, V. Isernia, S. Elgeadi, C. Sánchez Marcos, M. Cuesta Espinosa, A. Bravo Martín, R. Ruiz Luna y M. Martínez-Martínez Colubi

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

Objetivos. Revisión de los tumores del estroma gastrointestinal (GIST).

Material y métodos. Comunicación de dos casos clínicos en el periodo de julio 2008 a junio 2010.

Resultados. Caso 1: varón de 44 años, sin antecedentes de interés: síncope vasovagales de repetición en relación con maniobras de Valsalva. 20 días antes, hipoglucemia de 40. Aumento del perímetro abdominal, progresivo en los últimos 4 años, sin dolor, cambios en hábito intestinal ni síndrome constitucional. Estable; masa no dolorosa en hemiabdomen izquierdo. Analítica y marcadores tumorales normales. TAC: gran masa heterogénea pseudoencapsulada compatible con tumor retroperitoneal. Se traslada a Cirugía: liposarcoma desdiferenciado: desdiferenciación miogénica (leiomiocoma) de bajo grado. Caso 2: varón de 73 años, fibrilación auricular crónica en tratamiento con acenocumarol: dolor epigástrico y náuseas de 3 días de evolución. Además dolor lumbar bilateral que no se relaciona con cambios posturales. Estable clínicamente; dolor en epigastrio y mesogastrio a la palpación profunda, no masas ni megalias. Hb: 13,5 g/dl, glucosa 44, urea 100, LDH 713, INR 2,5, resto normal. Rx tórax y abdomen: sin alteraciones. TAC: líquido intrape-

ritoneal (hemoperitoneo) y masa sólida ovalada (5 cm) que parece depender de la pared gástrica. Gastroscoopia normal. En estudio de extensión, nódulos pulmonares bilaterales: broncoscopia normal; PAAF sin hallazgos de malignidad. Se interviene quirúrgicamente: Tumor del estroma gastrointestinal (Gist) gástrico de bajo riesgo (NIH) muy bajo riesgo (AFIP).

Discusión. Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son la neoplasia mesenquimatosa más común del tracto digestivo; sin embargo su frecuencia representa sólo un 0,1 a 3% de las neoplasias gastrointestinales. En el 100% se expresa el receptor para el factor de crecimiento de la tirosina kinasa (CD117), siendo la mutación de dicho gen un mecanismo oncogénico crucial. Su localización más frecuente es el estómago (70%). 70-80% benignos (malignidad: extragástricos, tamaño > 5 cm, alto índice mitótico, metástasis hepáticas o peritoneales). Clínicamente: 40% hemorragia, 40% masa palpable, 20% dolor abdominal; también pérdida de peso, náuseas y vómitos. Ascitis y obstrucción intestinal poco frecuentes. Hipoglucemia: Insulin like growth factor. Radiológicamente (TAC, estudio baritado): exofíticos, bien delimitados, con componente extramucoso. Cirugía: única posibilidad de curación: 10-50% recidivan, la mayoría en el 1er o 2º año tras la cirugía. Recomendada si ≥ 2 cm, localizados. ¿Si enfermedad localmente avanzada o tamaño en límite: Imatinib 1 año? ¿Reducir tamaño? Cirugía. ¿Si enfermedad metastásica? Imatinib.

Conclusiones. Lo interesante es la variedad en cuanto a la presentación clínica de los GIST: hemoperitoneo por probable ulceración de la superficie del mismo y sangrado posterior, favorecido por la anticoagulación/síncope de repetición por bajo gasto cardiaco secundarios a compresión tumoral. -En el primer caso, recidiva a los dos años de seguimiento: cirugía (liposarcoma tipo mixto); nueva recidiva en TAC de control a los 8 meses, pendiente de valoración por Cirugía y Oncología. En el segundo caso, buena evolución clínica, con resección completa del tumor, pendiente ver evolución.

V-139 UNPLANNED HOSPITAL READMISSION IN A DEPARTMENT OF MEDICINE

N. Bernardino Vieira¹ y P. Ferrinho²

¹Serviço de Medicina Interna. Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio. Portimão (Portugal). ²Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Universidade Nova de Lisboa. Lisboa (Portugal).

Objectives. The Unplanned Hospital Readmission (UHR) may reflect a not effective approach to the patient or the occurrence of complications related to the initial admission. We aim to quantify the rate of UHR in a Department of Medicine (DM) and to identify factors related to the occurrence of UHR.

Material and methods. Observational study of a cohort of patients discharged from the DM of our Hospital. We quantified the incidence rate of UHR 30 days after the discharge. We identified factors related with UHR through a case-control study nested in the cohort.

Results. 1,187 subjects were included. Incidence Rate of UHR was 14.1% (168 cases). In the case-control 19 variables related with the UHR ($p < 0.05$) in bivariate analysis have been identified. Only 7 variables maintained their association after multivariate analysis ($p < 0.05$): More than 1 hospitalization in the previous 3 months (OR 5.3), three or more episodes in the Emergency Department in the prior year (OR 4.0), presence of comorbidities as malignancy (OR 8.5), heart failure and chronic arrhythmia (OR 3.8), dementia (OR 3.5) and sensory impairment (OR 2.6), and finally, more than 1 criteria of clinical instability on the day of the discharge (OR 3,3).

Conclusions. As important factors related with UHR, we identified three dimensions: previous use of hospital care, associated comorbidities and clinical stability on the day of the discharge. These factors could be used to predict the risk of UHR at the discharge time and also to standardize rates of UHR between different institutions.

V-140 INSUFICIENCIA CARDÍACA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA. ESTUDIO PILOTO

T. Gómez García¹, J. de Miguel Díez¹, N. Muñoz Rivas², M. Méndez Bailón² y L. Audibert Mena³

¹Servicio de Neumología, ³Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Leonor. Madrid.

Objetivos. La relación entre la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y los acontecimientos vasculares no está del todo aclarada, aunque parece que la inflamación sistémica juega un papel importante en ambas patologías. Existen pocos estudios en los que se ha evaluado la asociación de EPOC e insuficiencia cardiaca (IC). **Objetivo:** analizar la prevalencia y estudiar la influencia de la IC en pacientes ingresados por una exacerbación de EPOC.

Material y métodos. Estudio prospectivo de tipo observacional. Se incluyen en el estudio pacientes con el diagnóstico previo de EPOC que ingresan en nuestro servicio por una reagudización de su enfermedad. En todos los pacientes se recogen variables clínicas basales, analíticas, ecocardiográficas, espirométricas, así como el tratamiento prescrito.

Resultados. Hasta la fecha se han recogido 27 pacientes, 26 hombres, con una edad media de 70,1 (51-96 años). La mayoría de los sujetos incluidos son exfumadores (70%) de una media de 39 paquetes-año, manteniendo el hábito tabáquico sólo 5 de los pacientes, que son significativamente más jóvenes. Desde el punto de vista funcional respiratorio el 77,7% de los pacientes tienen una EPOC grave o muy grave, presentando una buena relación con el grado de disnea. La prevalencia de insuficiencia cardiaca observada en los pacientes del estudio ha sido del 29%. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las variables clínicas basales y analíticas al comparar el grupo de pacientes con EPOC aislada con el de EPOC e IC. Tampoco se han detectado diferencias significativas en la presencia de hipertensión pulmonar medida por ecocardiografía, aunque el 39% de los pacientes tienen una mala ventana ecocardiográfica, lo que impide su correcta medición. Las pruebas de función respiratoria demuestran diferencias significativas entre ambos grupos únicamente en la FVC ($p < 0,05$).

Conclusiones. La prevalencia de IC en los pacientes con EPOC es del 29%. No hemos encontrado diferencias en ambos grupos de pacientes, salvo en la espirometría, posiblemente motivado por el escaso número de pacientes incluidos hasta la fecha. Es necesario aumentar el tamaño muestral para evaluar la verdadera influencia de la aparición de IC en los pacientes con EPOC.

V-141 PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE METÁSTASIS CEREBRALES EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE BADAJOZ

M. Lobo Pascua¹, J. Mata Gómez², A. Calvo Cano¹, E. Gaspar García¹, L. Barrera Santana¹, G. García García¹, G. Guerrero Barrero¹ y D. Magro Ledesma¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Neurocirugía. Hospital Infanta Cristina. Badajoz.

Objetivos. Revisar nuestra casuística de pacientes con metástasis cerebrales.

Material y métodos. Estudio retrospectivo y descriptivo de pacientes diagnosticados de metástasis cerebrales en el Servicio de Medicina Interna de Badajoz, desde enero de 1994 hasta marzo de 2010. Analizados mediante el programa estadístico SPSS 15.0 para Windows.

Resultados. Los hombres (78,8%) presentan una mayor incidencia que las mujeres (21,2%) de metástasis cerebrales. El tumor prima-

rio más frecuente encontrado es el de pulmón (60,6%), sobre todo el "células pequeñas", seguido por el de mama (12,1%) y colonrecto (6,1%). Un 3% tienen un origen desconocido. El 63,6% de los pacientes presentan una neoplasia conocida al diagnóstico. En el 97% las metástasis son múltiples, localizándose con mayor frecuencia en hemisferios cerebrales (72,7%). El TAC es el método diagnóstico más utilizado (51%). El tratamiento más frecuente administrado es la radioterapia (42,4%), seguido por la quimioterapia (18,2%). Un 24,2% de los pacientes fallece en el primer ingreso coincidiendo con el diagnóstico.

Discusión. En nuestra estadística, que coincide con la literatura, el cáncer de pulmón es el que más frecuente metastatiza al cerebro. La mayoría de las metástasis son múltiples y su tratamiento es reducido con quimio y radioterapia. Un alto porcentaje de los pacientes fallece en el primer ingreso, coincidiendo con el diagnóstico.

V-142

ANÁLISIS DE LOS PACIENTES PROCEDENTES DE LA UCI QUE INGRESAN EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE BADAJOZ

M. Lobo Pascua, R. Almaraz Velarde, G. García García, L. Morillo Blanco, A. Calvo Cano, E. Gaspar García, L. Barrena Santana y J. Bureo Dacal

Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina. Badajoz.

Objetivos. Revisar nuestra casuística de pacientes procedentes de UCI en el Servicio de Medicina Interna del Complejo Universitario de Badajoz.

Material y métodos. Análisis retrospectivo y descriptivos de 94 pacientes que ingresan en Medicina interna procedentes de UCI, analizados mediante el programa estadístico SPSS 15.0 para Windows.

Resultados. Los pacientes presentan una distribución homogénea del sexo y una media de edad de 56,23 años (14 a 84 años). Las causas más frecuentes de ingreso en UCI fue la Insuficiencia respiratoria (28,7%), seguido por shock (13,8%) y la sepsis (11,7%). Requieren ventilación mecánica el 60% de los pacientes. Las complicaciones más registradas en UCI fueron la neumonía asociada a ventilación mecánica (22%), Infección de orina (21%), neumonía nosocomial (20%), infección de catéter (13%). Al alta de Medicina Interna el diagnóstico más frecuente es de causa infecciosa (65%). Destaca la neumonía (35%) y la sepsis urológica (13,8%). Son exitus el 11,7% de los pacientes.

Discusión. Los pacientes que ingresan en Medicina Interna, procedentes de UCI son pluripatológicos, requiriendo la mayoría ventilación mecánica y presentando gran cantidad de complicaciones, sobre todo infecciosas, según nuestra serie. Muchos de ellos, a pesar del tratamiento invasivo han fallecido. La complicación más frecuente en UCI y el motivo más frecuente de ingreso en nuestro Servicio es la infección respiratoria.

V-143

SUPERVIVENCIA, SUPERVIVENCIA RENAL Y TASA DE RECIDIVAS EN PACIENTES CON POLIANGEITIS MICROSCÓPICA: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

L. Corral Gudino, M. Borao Cengotita-Bengoa, A. García Mingo, N. Cubino Bóveda, P. Miramontes González, A. Romero Alegría y E. Puerto Pérez

Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Salamanca. Salamanca.

Objetivos. Hay pocos datos sobre el pronóstico a largo plazo de la poliangeítis microscópica (MPA). Objetivo: estimar los datos de

supervivencia, supervivencia renal y recidiva en pacientes con MPA.

Material y métodos. Fuentes de datos: revisión sistemática de los artículos utilizando MEDLINE y EMBASE. Selección de artículos: Ensayos clínicos aleatorizados o no, cohortes, estudios de casos y controles y series de casos que incluyan pacientes diagnosticados de MPA de acuerdo con la definición del consenso de Chapel Hill, con más de un año de seguimiento y menos del 10% de pérdidas en el seguimiento. Extracción de los datos: Dos autores evaluaron de forma independiente la calidad y el riesgo de sesgos para cada estudio.

Resultados. Se incluyeron 18 estudios para el pronóstico de la MPA (n = 940) y 6 para el pronóstico después del trasplante (n = 65). Las tasas de supervivencia fueron 77-100% al año, 63-85% a los 5 años y 60-80% a los 10 años. El mayor número de fallecimientos ocurrieron en los primeros meses después del diagnóstico. La vasculitis fue la causa de la muerte en el 32-50% de los casos. Se detectaron recidivas en el 19-39% de los casos (15-43 meses de media). La supervivencia del trasplante renal fue del 85-94% al año y del 51-87% a los 5 años. La edad, la afectación renal y el tratamiento inmunosupresor están relacionados con la mortalidad. El número de recidivas fue más bajo cuando se utilizaron 12 en vez de 6 ciclos de ciclofosfamida. Limitaciones: Los estudios eran heterogéneos en cuanto al diseño, el tamaño de la muestra, la duración del seguimiento y los esquemas de tratamiento realizados, por lo que no pudo realizarse un meta-análisis.

Conclusiones. Los datos que disponemos sobre el pronóstico de la MPA son pobres. La mortalidad de la enfermedad se concentra en los primeros meses tras el diagnóstico, estando menos del 50% de las muertes relacionadas con la propia enfermedad. El pronóstico a largo plazo de la enfermedad es menos grave, aunque las recidivas son frecuentes. La insuficiencia renal terminal es una complicación frecuente de la MPA. El trasplante renal parece un tratamiento efectivo en estos pacientes. Para mejorar los datos del pronóstico de la MPA, se necesita un diagnóstico temprano, la adecuación del tratamiento según los factores de riesgo de cada paciente individual y un seguimiento durante años del paciente.

V-144

PRONÓSTICO A LARGO PLAZO DE LA POLIANGEITIS MICROSCÓPICA: COHORTE RETROSPECTIVA (1990-2006) EN UN ÚNICO CENTRO

M. Borao Cengotita-Bengoa, L. Corral Gudino, E. Fraile Villarejo, A. Bello Conesa, I. González Fernández, A. Plata Izquierdo y A. Márquez Batalla

Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Salamanca. Salamanca.

Objetivos. El pronóstico a largo plazo de la granulomatosis de Wegener (WG) y el síndrome de Churg-Strauss (CSS) son conocidos, sin embargo hay pocos datos sobre el pronóstico de la poliangeítis microscópica (MPA). Nuestro objetivo fue analizar el pronóstico de la MPA.

Material y métodos. Estudio de cohortes con selección retrospectiva de los pacientes. Se estudió a 22 pacientes con biopsia compatible con MPA atendidos en nuestro hospital durante el periodo 1990-2006. El momento de inicio del seguimiento fue la fecha del diagnóstico. Se realizaron estudios estadísticos para buscar factores pronósticos. Se construyeron curvas de supervivencia.

Resultados. Los pacientes con MPA fueron seguidos durante una media de 78 (5-131) meses. Fueron tratados con ciclofosfamida (Cy) mas corticoides (Cs) (59%) o solamente con Cs (41%). Murieron 7 pacientes, en 4 la causa de la muerte se relacionó con la actividad de la enfermedad. La supervivencia acumulada al año, los 5 y los 10 años fue de 85%, 85% y 74% en aquellos tratados con Cy más Cs y de 50%, 36% y 0% en los tratados sólo con Cs respectivamente (p =

0,04). Un índice de extensión de la enfermedad (DEI) < 5 ($p = 0,02$) y ser menor de 65 años ($p = 0,02$) se relacionó con una supervivencia mayor en los pacientes tratados con Cy. Cinco pacientes (23%) tuvieron una recidiva después de una media de 54 meses (35-93). Ninguna variable se relacionó con las recidivas. A pesar del tratamiento, 11 pacientes (50%) desarrollaron insuficiencia renal terminal después de una media de 9 meses (0-53), 4 de ellos fueron trasplantados.

Conclusiones. La mayoría de los pacientes con MPA tienen afectación grave en relación con la lesión renal o pulmonar. Los pacientes que no reciben inmunosupresores tienen un peor pronóstico. El pronóstico a largo plazo de los pacientes que sobreviven los primeros 6 meses es bueno, aunque la tasas de supervivencia renal son bajas.

V-145

COLITIS EOSINOFÍLICA PRIMARIA

J. de la Cruz Álvarez¹, C. Rodríguez-Gallego López¹, L. González Vázquez² y C. de Luaces de la Herrán³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Anatomía Patológica. Gestión Sanitaria Gallega, S.L.U. Hospital Ntra. Sra. de Fátima. Vigo (Pontevedra). ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Povisa. Vigo (Pontevedra).

Objetivos. Presentar dos pacientes con una enfermedad rara como la colitis eosinofílica con manifestaciones atípicas.

Material y métodos. Descripción de dos casos de colitis eosinofílica y revisión de la literatura.

Resultados. Caso 1: mujer de 79 años, hipertensa. Consulta por cuadro de 6 meses de astenia, hiporexia, adelgazamiento de 10 kg y en los últimos 3 meses diarrea sin productos patológicos. Hemograma: normal (eosinófilos $25/\text{mm}^3$); Bioquímica: Fe $17 \mu\text{g}/\text{ml}$, transferrina: $153 \text{ mg}/\text{dl}$, resto normal; TSH: normal; Inmunología: ANAs positivos con Anti ENA (Sm, RNP), SSA, SSB, Anti DNA, Anti-histonas, ANCA, ASCAs, c3, c4, FR, normales o negativos; Igs: IgG, IgM, IgE, IgA total y antitransglutaminasa normales; coprocultivo y parásitos en heces (3): negativos; RX abdomen, tránsito intestinal y TC abdominal normales; Colonoscopia: tres pólipos séssiles (adenomas tubulares), resto normal. Biopsias colónicas salteadas: colitis crónica con moderada actividad inflamatoria en lámina propia compuesta fundamentalmente por eosinófilos ($> 50/\text{campo}$). Tras tratamiento corticoide se resolvió el cuadro. Asintomática 6 meses después. Caso 2: mujer de 63 años con antecedentes de dispepsia de larga evolución, hipotiroidismo primario, dislipemia, DM tipo II y síndrome depresivo. Consulta por empeoramiento de sus molestias abdominales (dolor difuso de años de evolución sin relación con ingesta ni deposición) con diarrea líquida (6-8 deposiciones/día) sin productos patológicos en los últimos 3 meses. Hemograma: normal (eosinófilos $250/\text{mm}^3$); Bioquímica y TSH: normal; Inmunología: ANAs, c3, c4, ANCA, ASCAs, FR, normales o negativos; Igs: IgG, IgM, IgE, IgA total y antitransglutaminasa normales; Coprocultivo y parásitos en heces (3): negativos; RX abdomen simple y ecografía abdominal normales; Colonoscopia: normal. Biopsias colónicas salteadas: Colitis leve con moderada actividad inflamatoria en lámina propia compuesta fundamentalmente por eosinófilos ($> 30/\text{campo}$). Se inició tratamiento corticoide con resolución del cuadro. Asintomática tras inicio de tratamiento corticoide, actualmente en retirada.

Discusión. La enfermedad gastrointestinal eosinofílica primaria es una rara entidad de etiología desconocida, caracterizada por la infiltración por eosinófilos de cualquiera de las capas del tubo digestivo. Puede afectar a cualquier segmento siendo la colitis eosinofílica la forma más rara. Su incidencia es desconocida. Suele tener una distribución bimodal con afectación de neonatos y jóvenes adultos, siendo excepcional en edades tardías de la vida, como en nuestros casos. El 80% de los pacientes presentan eosinofilia perifé-

rica, lo que tampoco apareció en nuestros casos. La sintomatología es inespecífica y depende del tramo de tubo digestivo afecto, predominando la diarrea en nuestras pacientes. El diagnóstico es histológico y se basa en la existencia de eosinofilia tisular (más de 20 eosinófilos/campo de alto aumento). El diagnóstico diferencial incluye colitis parasitarias, hipersensibilidad a fármacos y enfermedad inflamatoria intestinal. El tratamiento inicial son los corticoides sistémicos o tópicos. La respuesta suele ocurrir en las 2 primeras semanas.

Conclusiones. La colitis eosinofílica es una entidad poco descrita. Suele aparecer en edades tempranas aunque puede hacerlo a cualquier edad. No siempre se acompaña de eosinofilia periférica. Se requiere una alto índice de sospecha pues el diagnóstico definitivo es histológico y el aspecto macroscópico del colon suele ser normal por lo que se recomienda realizar biopsias colónicas salteadas en todo paciente con diarrea crónica y colonoscopia normal.

V-146

CAUSAS DE MUERTE EN PACIENTES DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA (SMI) EN UN HOSPITAL TERCIARIO

J. Viña Rodríguez¹, E. Rodríguez Rodríguez¹, L. Rodríguez Rodríguez², A. Martínez Riera¹, R. Ros Vilamajó¹, E. Martín Ponce¹, M. Rodríguez Gaspar¹ y F. Santolaria Fernández¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife).

Objetivos. Nos propusimos conocer la tasa de mortalidad y las causas de muerte de un grupo de pacientes ingresados en un SMI de un hospital terciario.

Material y métodos. Analizamos 221 informes de los pacientes fallecidos en nuestro SMI (en planta de hospitalización y en nuestra unidad de cuidados semiintensivos (UCSI)) durante los años 2008 y 2009 (176 en planta y 45 en UCSI).

Resultados. La tasa media de mortalidad fue de 8,5%. 58,4% eran varones, sin que existieran diferencias entre los fallecidos en planta o en UCSI. Los fallecidos en planta eran mayores (planta: $79,1 \pm 11,9$, UCSI: $68,5 \pm 12,4$, $p < 0,0001$) y padecían de HTA (52,8%), cardiopatía (48,3%), diabetes mellitus 2 (36,9%), insuficiencia renal crónica (36,9%), patología digestiva (23,3%), EPOC (13,1%) y neoplasias (9,7%). 42,9% tenían demencia y 16,7% características de dependencia importante (institucionalizados, encamados, deterioro cognitivo...). 9,1% precisaron medidas de aislamiento por gérmenes multirresistentes. La causa principal de muerte de los fallecidos en planta fue la sepsis (69,3%: respiratoria 82,8%, urinaria 21,3%, digestiva 10,6%, cutánea 11,4% y mixta 22,1%) seguida de insuficiencia renal (32,4%), patología digestiva (20,5%), cardiopatía (15,3%), neoplasias (6,9%) y EPOC (3,4%). Los pacientes demenciados eran mayores ($82,6 \pm 8$ vs $76,6 \pm 13$, $p < 0,0001$) y morían con mayor frecuencia de sepsis que los no demenciados (84% vs 58%, $p < 0,0001$), mientras que morían con menor frecuencia de patología digestiva (12% vs 26,3%, $p = 0,008$), de cirrosis (0% vs 14%, $p = 0,001$) o de neoplasias (0% vs 12%, $p = 0,003$). Los cirróticos eran más jóvenes que el resto de fallecidos ($63,6 \pm 13$ vs 80 ± 11 , $p < 0,0001$). La causa principal de muerte de los fallecidos en UCSI fue también la sepsis aunque en mayor porcentaje (84,4%). De ellos un 40% desarrollaron shock séptico. El origen fue respiratorio: 71%, digestivo: 15,8% y mixto: 13,1%. Causas menos frecuentes fueron: insuficiencia renal (51%), patología digestiva (26,7%), cardiopatía (20%) y neoplasias (11,1%). Los fallecidos en UCSI morían con mayor frecuencia de patología digestiva (48,9% vs 23,3%, $p = 0,001$), cirrosis (28,9% vs 9,1%, $p = 0,002$) y neoplasias (26,7% vs 9,7%, $p = 0,006$). Estos fallecidos en UCSI estaban diagnosticados de demencia con menor frecuencia

(4,4% vs 42,9%, $p < 0,0001$) y tenían menos características de dependencia (2,2% vs 16,7%, $p = 0,028$). Todos los VIH que fallecieron (4) lo hicieron en UCSI, procedentes de otros servicios.

Discusión. Las causas de muerte de nuestros pacientes son similares a las descritas en otros SMI, destacando elevada frecuencia de sepsis como diagnóstico principal y elevado porcentaje de demencias. Los pacientes demenciados morían con menor frecuencia de cirrosis (0% vs 14%, $p = 0,001$) lo que podría explicarse porque los cirróticos eran significativamente más jóvenes.

Conclusiones. Los pacientes de MI en nuestro hospital mueren principalmente de sepsis y con mucha frecuencia están demenciados.

V-147

REINTRODUCCIÓN DE LA ANTICOAGULACIÓN TRAS UNA HEMORRAGIA CEREBRAL

C. García Ibarbia, J. Hernández Hernández, J. Riancho Moral, A. González-Torre González y D. Nan Nan

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

Objetivos. El uso de fármacos anticoagulantes se asocia a un aumento del riesgo de sufrir una hemorragia intracraneal y a un aumento de la mortalidad si esto ocurre. A día de hoy, no existen estudios aleatorizados para analizar si es adecuado reintroducir la terapia anticoagulante tras una hemorragia intracraneal, ni parece ética su realización. Por ello nos planteamos analizar las características clínicas y evolutivas de pacientes anticoagulados que sufren una hemorragia intracraneal en los que se reinicia el tratamiento anticoagulante tras el episodio de sangrado.

Material y métodos. Realizamos un estudio retrospectivo de los pacientes ingresados de forma consecutiva en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla con el diagnóstico de hemorragia intracerebral y anticoagulación durante un periodo de cinco años. Los pacientes fueron seleccionados a través de la base de datos informatizada del Servicio de Admisión y Documentación Clínica del hospital.

Resultados. Se identificaron 187 pacientes con hemorragia cerebral que estaban anticoagulados en el momento del evento. En 29 pacientes se reintrodujo la anticoagulación, encontrándose en este grupo que la media de edad fue de 71 ± 8 , de los cuales, el 66% eran varones. La indicación de anticoagulación fue: ACxFA 28%, 10% TVP, 31% prótesis valvular mecánica y 7% ACVA, 24% combinaciones de los anteriores. La localización del sangrado fue subdural en 24%, frontal en 11%, parietal en el 4%, temporal en 7%, ganglios basales 7%, cerebelo 7% y 40% afectaron a varios territorios. La actividad de protrombina y el INR en el momento del ingreso fueron de 31% y 3,63 respectivamente. En el momento de finalizar la revisión, 12 pacientes habían fallecido, uno por un embolismo periférico, otro por un TEP, dos por ACVA embólico, dos por nueva hemorragia y el resto por procesos sin relación con anticoagulación o con el motivo de la indicación. Entre los pacientes que permanecían vivos, sólo uno había presentado una nueva hemorragia. El INR medio en el momento de la recurrencia era 3,43.

Discusión. Así pues, de los 29 pacientes a los que se reintroduce la anticoagulación, sólo tres presentan una nueva hemorragia, siendo en dos de ellos letal, y la media del INR en la recurrencia se encuentra por encima de 3. Sin embargo, entre los pacientes que fallecen, es más frecuente que se deba a un nuevo evento tromboembólico que a una nueva hemorragia.

Conclusiones. Tras esta revisión podemos concluir que el riesgo de recurrencia tras la reintroducción de la anticoagulación es bajo, sufriendo una nueva hemorragia 3 de los 29 pacientes, y quizás si ajustáramos el INR a valores lo más bajos posible evitaríamos nuevos sangrados.

V-148

AMILOIDOSIS AL EN MEDICINA INTERNA: CLÍNICA Y EVOLUCIÓN (52 PACIENTES)

J. Alonso Alonso, J. Barreiro García y A. Cánovas Fernández

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cruces. Barakaldo (Vizcaya).

Objetivos. La afectación orgánica por amiloidosis AL es muy variable y la comorbilidad existente puede modificar los resultados del tratamiento según la población de extracción de los pacientes. Nos proponemos conocer la presentación clínica y respuesta al tratamiento en un servicio de Medicina Interna de la amiloidosis AL, primaria (ALP) o asociada a neoplasias linfoides B (NLB).

Material y métodos. Estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados en nuestro servicio (1988-2008) de ALP o asociada a NLB. Criterios diagnósticos: demostración de amiloide, clonalidad B y exclusión de otras etiologías. Se compara afectación orgánica, respuesta al tratamiento y supervivencia entre los dos subtipos. Métodos estadísticos: χ^2 , t de Student, tablas de supervivencia de Kaplan-Meier y log-rank test.

Resultados. Se incluyen 52 pacientes (31 hombres, 21 mujeres); edad mediana: 67 años (31-82); 36 ALP y 16 asociadas a NLB (14 mieloma múltiple; 2 leucemia linfocítica crónica). La mediana del tiempo de observación ha sido 4,3 años en los vivos y 1,1 en los fallecidos. No presentaron clínica relevante durante el tiempo de observación nueve pacientes (17%) y cuatro (8%) se diagnosticaron en situación terminal. Afectación sintomática de órganos en los pacientes: renal en 32 (63%), cardíaca en 58%, digestiva en 42%, neurológica en 42%; dos o más órganos afectados en 36 pacientes (69%). Biopsias positivas para amiloide (% de pacientes): grasa abdominal (54), riñón (21), recto (17), corazón (6), médula ósea (6), otras localizaciones (23). Clonalidad kappa en 33% y lambda en 67%. 34 pacientes fueron valorables para respuesta: melfalán-prednisona fue el primer tratamiento más frecuente (59%); en cinco pacientes se utilizó autotrasplante de precursores hemopoyéticos (doble en uno). Se obtuvo respuesta hematológica completa (con alguno de los tratamientos aplicados a cada paciente) en 6 (20%) y parcial en 7 (23%). La respuesta de órganos fue parcial en 23% y estabilización en 21%. En ALP fue superior la media de órganos afectados (2,4 por paciente frente a 1,8; $p: 0,058$) y menor la de pautas de tratamiento aplicadas (1,7 vs 2,6; $p: 0,08$). La mediana de supervivencia global fue de 2,1 años. No se han encontrado diferencias significativas entre los dos subtipos de AL en relación con grado de respuesta hematológica u orgánica ni en la supervivencia.

Discusión. El entorno de diagnóstico de AL influye en los datos clínicos y evolutivos por la notable variabilidad de su repercusión orgánica, rapidez de progresión, tolerancia y eficacia de los tratamientos disponibles. Por ello resulta necesario el contraste de la práctica clínica habitual para tener una visión más ajustada de esta patología y de las incertidumbres que plantea en su evolución y respuesta a los tratamientos disponibles.

Conclusiones. La presentación clínica y evolución de la amiloidosis AL es heterogénea respecto a severidad, con amplia variación en la supervivencia. La respuesta a los tratamientos disponibles ha sido baja, sin encontrar diferencias entre los dos subtipos de amiloidosis (ALP o asociada a NLB).

V-149

LAS 4 ESTACIONES EN URGENCIAS: PERFIL DEL PACIENTE ATENDIDO EN CONSULTAS DE URGENCIAS POR 2 R1 DE MEDICINA INTERNA (R1MI)

V. Manzano Román, V. Lechuga Flor, R. Corzo Gilabert, 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 estacional (invierno -I-/Primavera -P-/Verano -V-/Otoño -O-) del paciente (pc)

que acude a las consultas de urgencias de área médica de nuestro hospital.

Material y métodos. De la base de datos de CMBDA, se seleccionaron los pacientes que acudieron al servicio de urgencias de nuestro hospital en dos días de cada estación del año, atendidos por R1MI. Variables de estudio: edad, sexo, población, motivo de consulta, tiempo de estancia, antecedentes personales, pruebas realizadas y derivaciones.

Resultados. Total 167 pc (45 pc fueron atendidos en -V-, 45 pacientes en -O-, 41 pc en -I- y 36 pc en -P-). Edad media: fue prácticamente constante a lo largo de las estaciones (42,41 años en -V-, 46,46 años en -O-, 43,31 años en -I-, 43,04 en -P-. Distribución por sexo: se mantuvo constante a lo largo de las estaciones (sexo femenino en un 51% del total). Casi un 30% de los pc que consultaron provenían de núcleos urbanos correspondientes al área sanitaria de nuestro hospital en un radio de 40-50 Km. Menos de un 1% correspondían a pc de otra área sanitaria. Motivo de consulta más frecuente fue el "Dolor" sin diferencias en cuanto a estaciones (sobre todo el dolor a nivel abdominal). Tiempos de espera en urgencias: los pc atendidos en -P- tuvieron la estancia más corta con una media de 3 horas y 28 minutos; la estancia más larga corresponde a -I- con una media de 5 horas y 11 minutos; en -V- fue de 4 horas y 17m; y en -O- de 4 horas y 26 minutos. Antecedentes personales: a lo largo del año no hubo diferencia significativas (HTA 24%, Tabaquismo 24%, EPOC 17%, Dislipemia 16%, DM-2 12%, IRC 20%, C. isquémica 9%, I. cardiaca 8%, E. oncológica 8%, Obesidad mórbida 7%, EII 4%, Etilismo 3%, ECV 2%, VIH 2%). Tampoco se encontraron diferencias en cuanto a las pruebas complementarias realizadas (hemograma, bioquímica y coagulación al 75% de los pc, elemental de orina al 26%, Rx de tórax al 31%, Rx de abdomen al 19%, ECG al 17%, Ecografía abdominal al 4%, TAC cráneo al 2%, TAC abdomen < 1%. El 48% de los pc atendidos fueron dados de alta al domicilio (la mayoría con revisión por MAP, el 25% fue alta y derivado a CCEE de Especialidades y un 11% ingresa en planta de hospitalización. Un 2% de los pc no acuden a recoger los resultados. Sólo un 1% del total vuelve a consultar en las siguientes 48 horas.

Discusión. La presión sobre los servicios de urgencias se mantiene constante a lo largo de todo el año, sin diferencias en cuanto al tipo de paciente que consulta. Nuestros datos apoyan este hecho, sin encontrar además diferencias en cuanto al perfil clínico, edad, sexo ni motivo de consulta. Si bien el motivo más frecuente fue el dolor abdominal, la mayoría de los casos se resolvieron con una placa simple de abdomen (frente a otras pruebas como la ecografía o TAC). La presencia de factores de riesgo cardiovascular es frecuente en estos pacientes, sobre todo la HTA, tabaquismo, dislipemia y diabetes. El abordaje de este tipo de pacientes por el médico internista es eficaz en cuanto a la asistencia integral y la resolución de problemas clínicos con marcada comorbilidad.

Conclusiones. La saturación de los Servicios de Urgencias es un problema importante en el sistema sanitario actual. El perfil de pacientes que acude y la pluripatología que en bastantes ocasiones presenta además de la edad avanzada hace del internista un médico eficaz en la resolución de este tipo de problemas clínicos en las urgencias del área médica. La formación desde el inicio de la residencia de la especialidad de Medicina Interna en urgencias médicas es fundamental aunque ello no debería de traducirse en una presión asistencial exacerbada para los R1 que deberán de estar tutorizados para ofrecer una mejor calidad asistencial y formativa.

V-150 IMAGEN DEL INTERNISTA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN LA ISLA DE TENERIFE (ENCUESTA IMAGINAP). AMPLIACIÓN DE RESULTADOS

B. Garrido Bernet¹, M. Dávila Ramos¹, L. Pérez Méndez², S. Vicente Rodríguez¹ y P. Láynez Cerdeña¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Investigación. Complejo Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos. 1. Conocer la percepción de los médicos de Atención Primaria de la Medicina Interna y relación actual con la misma. 2. Valorar posibilidades de mejora en la coordinación con Atención Primaria.

Material y métodos. Estudio observacional transversal a una muestra representativa (n = 230) de médicos de familia de AP en Tenerife a través de un cuestionario autocumplimentado y anónimo de 10 ítems que se distribuyó por correo interno del SCS y se recogió por la misma vía, tras el correspondiente permiso de la Gerencia de AP y la información a los Directores de Zona de los respectivos centros. Se realizan comparaciones bivariadas a través de t de Student y Chi cuadrado según la naturaleza de las variables, con un error alfa bilateral del 5%.

Resultados. Son facultativos que en un 32,3% desarrollan su actividad en del área metropolitana de Santa Cruz/Laguna y en un 67,7% a otros municipios. En un 68,9% de los casos eran centros no docentes. La edad media es de 47,3 años. Un 76,1% declaran la posibilidad de remitir pacientes a MI, mientras que un 23,9% lo desconocían. No hubo diferencias significativas en función municipio del centro, que fuera docente o no según el hospital de referencia. La derivación de enfermos es una práctica habitual sólo en un 3,9% y un 20,1% de los encuestados declara que nunca remite enfermos a MI. Un 8,8% de los encuestados declara no ver ningún enfermo para valoración por MI y en un 52,7% declaran tener entre 1 y 5 enfermos semanales susceptibles de ser valorados por MI. Ante pacientes pluripatológicos, la conducta más habitual de los encuestados es remitirlos al especialista que se ocupa del problema principal (51,4%) y se remiten a una valoración global en un 27,3% de los casos. La resolución de problemas por MI se considera buena en un 54,5%. Entre la patología considerada como pertinente o muy pertinente para ser tratada por el internista las mejor valoradas fueron: FOD, pacientes con problemas complejos, patología en relación con el VIH y pacientes pluripatológicos. En cuanto al EPOC y la IC, un 35,8% y un 32,7% respectivamente consideraban no pertinente al internista para su abordaje. Un 86,3% de los encuestados consideraban al internista idóneo para evaluar pacientes desestimados por otros especialistas. La comunicación vía telefónica/correo electrónico fue la posibilidad de mejora más considerada. La rotación de residentes de MI en Atención Primaria fue la peor valorada.

Conclusiones. Uno de cada cuatro encuestados no sabe si puede o dice no poder remitir enfermos a valoración por Medicina Interna, que es una práctica por lo general poco habitual. Debe ser un reto para la Medicina Interna actual el demostrar la posibilidad de abordaje de patologías distintas a las que se consideran como propias o habituales de la especialidad. Existen posibilidades de mejora de la coordinación entre Atención Primaria, siendo la más valorada por los encuestados la comunicación vía telefónica o correo electrónico.

V-151 NEUROPATÍA INDUCIDA POR FÁRMACOS

M. Aibar Arregui, M. Martín Fortea, M. Serrano Herrero, C. Gómez del Valle, M. Callejo Plazas, M. Matía Sanz, R. Pelayo Cacho y M. Iguzquiza Pellejero

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

Objetivos. Una gran cantidad de fármacos pueden producir neuropatía periférica que, generalmente, es axonal, distal y simétrica

con predominio de manifestaciones sensitivas, sobre todo dolor. El objetivo de este trabajo es conocer los casos de neuropatía inducida por fármacos a lo largo de 5 años en un hospital de tercer nivel (Hospital Clínico Universitario de Zaragoza).

Material y métodos. Se revisaron todas las historias en las que se había codificado el diagnóstico de neuropatía tóxica entre enero de 2005 y diciembre de 2009, seleccionando aquellas en las que la causa fuera la toma de fármacos y recogiendo datos de filiación, servicio en el que se diagnosticó la neuropatía, características de la misma, fármaco causal y efecto de la retirada del mismo sobre la clínica.

Resultados. Se recogieron un total de 30 pacientes, 17 hombres y 13 mujeres con edades comprendidas entre los 24 años del más joven y los 90 del más anciano. El servicio en el que más casos se diagnosticaron fue Hematología con 12 casos seguido de Medicina Interna, Oncología y digestivo con 4 casos cada uno. En 20 casos la neuropatía fue únicamente sensitiva en forma de dolor con o sin parestesias, mientras que en los otros 10 casos fue una neuropatía mixta sensitiva y motora, no hubo ningún caso de neuropatía motora pura. En 26 casos afectó a EEII y en 3 a EESS, con un único caso de afectación de las 4 extremidades. En cuanto a los fármacos responsables, el más frecuente fue el bortezomib con 12 casos. En 16 casos las manifestaciones fueron de suficiente entidad como para obligar a retirar el fármaco, resultando en una mejoría clara en 8 de ellos y estabilización de la clínica en el resto.

Discusión. Existen una gran cantidad de fármacos capaces de producir neuropatía periférica como efecto indeseable, los más frecuentes son los quimioterápicos y, en nuestra serie el inhibidor del proteosoma bortezomib utilizado en el tratamiento del mieloma múltiple y los linfomas del manto. En esta serie hemos encontrado también casos producidos por otros fármacos como antibióticos o estatinas, aunque en un número muy bajo para lo que cabría esperar dada la generalización de dichos tratamientos. Este dato nos hace pensar que quizá no se han reconocido como agentes causales de la neuropatía o no se han codificado adecuadamente en el momento del alta. El principal síntoma era el dolor, de suficiente intensidad como para retirar el tratamiento en más de la mitad de los pacientes; en estos casos, la simple retirada del fármaco causal produjo una mejoría clínica relevante o al menos la estabilización de los síntomas.

Conclusiones. La neuropatía inducida por fármacos es poco frecuente pero puede obligar a retirar el tratamiento en un alto porcentaje de pacientes. Es muy importante una cuidadosa historia de exposición a fármacos en la evaluación inicial del paciente con neuropatía periférica.

V-152 DIFERENCIAS EN EL MANEJO DE LA NEUROPATÍA PERIFÉRICA INDUCIDA POR FÁRMACOS

M. Martín Fortea, M. Aibar Arregui, M. Serrano Herrero, J. Cabrerizo, M. Navarro, M. Matía Sanz, R. Pelayo Cacho y M. Callejo Plazas

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

Objetivos. La neuropatía periférica es una complicación poco frecuente pero potencialmente reversible si se diagnostica antes de que se produzca un daño axonal significativo. Aunque hay una gran cantidad de fármacos que pueden producir neuropatía, sin duda son los antineoplásicos los que con más frecuencia lo hacen. El objetivo de este trabajo es identificar los fármacos responsables de neuropatía en nuestro hospital y valorar las diferencias en el manejo en función del tipo de fármaco responsable.

Material y métodos. Se revisaron todas las historias en las que se había codificado el diagnóstico de neuropatía tóxica entre enero de 2005 y diciembre de 2009, seleccionando aquellas en las que la

causa fuera la toma de fármacos y recogiendo datos de filiación, el fármaco responsable de la neuropatía, la actitud diagnóstica y terapéutica y la evolución posterior de la clínica. Se han considerado dos grupos de fármacos; el primero agrupa a todos los antineoplásicos y el segundo al resto de fármacos.

Resultados. Se recogieron un total de 30 pacientes, 17 hombres y 13 mujeres con edades comprendidas entre los 24 años del más joven y los 90 del más anciano. En 25 de los casos el fármaco responsable fue un antineoplásico, siendo el bortezomib el más frecuente (12 casos) mientras que en 5 casos fue otro tipo de fármaco el responsable (isoniacida, etambutol, linezolid, fenitoina y atorvastatina). En cuanto al manejo, en el primer grupo se suspendieron el 52% de los tratamientos (13 casos) mientras que en el segundo fue el 80% de los casos (4). Se inició tratamiento en el 64% de los pacientes del grupo 1 y en el 60% de los del grupo 2 siendo a gabapentina el fármaco más usado. Se solicitó electroneurograma (ENG) en el 20% (5) de los casos por antineoplásicos y en el 80% de los casos por otros fármacos (4). La evolución fue buena en el 44% de los pacientes del grupo 1 (11) quedando secuelas en el resto, en el otro grupo el 60% evolucionaron bien y el resto quedó con secuelas en forma de dolor crónico.

Discusión. En nuestra revisión se han encontrado muchos más casos de neuropatía producida por antineoplásicos que por otros fármacos, si bien este hecho es esperable por su mayor toxicidad, pensamos que también influye en este dato el infradiagnóstico de esta complicación y posiblemente también que no se refleja adecuadamente en los informes de alta que se codifican con posterioridad. El manejo de esta complicación es bastante dispar entre los dos grupos aunque el número de casos es pequeño para poder extraer conclusiones; quizás lo más llamativo es el menor porcentaje de ENG solicitados en el grupo 1, que probablemente se debe a que en dicho grupo los médicos responsables están más acostumbrados a manejar estos efectos adversos y asumen que el fármaco utilizado es el agente causal del cuadro clínico del enfermo. El hecho de que se suspendan menos tratamientos en el grupo 1 se debe en nuestra opinión a la gravedad de las enfermedades tratadas y a la menor disponibilidad de fármacos alternativos para el tratamiento.

Conclusiones. La neuropatía inducida por fármacos en una patología infrecuente pero que debe ser tenida en cuenta en el diagnóstico diferencial; conocer y valorar los efectos secundarios de los fármacos que utilizamos podría contribuir a un mejor manejo y, eventualmente, a reducir el número de pruebas diagnósticas solicitadas.

V-153 METÁSTASIS CEREBRALES. PRIMERA MANIFESTACIÓN TUMORAL (REVISIÓN 2006-2010)

I. González Fernández, E. Fraile Villarejo, P. Miramontes González, E. Puerto Pérez, N. Cubino Bóveda, A. García Mingo, L. Mateos Polo y J. Martín Oterino

Servicio Medicina Interna I. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.

Objetivos. Realizamos el estudio de: la edad, sexo, etiología y clínica de los tumores cuya forma inicial de presentación son metástasis cerebrales, observados durante 5 años (2006-2010) en el S. Medicina Interna I de de Salamanca.

Material y métodos. Realizamos un estudio observacional retrospectivo revisándose las historias clínicas de los pacientes en cuyo ingreso presentaban lesiones cerebrales ocupantes de espacio compatibles con metástasis sin que se identificase tumor primario a otro nivel. Se descartan los pacientes cuyo diagnóstico final fue de tumor primario del SNC.

Resultados. Los pacientes objeto de estudio fueron 20, con edad entre 53 y 92 años, con una media de 72,55 años. El 75% eran varones y un 25% mujeres. Los síntomas motivo de consulta fueron alte-

raciones neurológicas en el 100% de los casos, refiriendo con más frecuencia: cefalea con datos de alarma (40%), paresia (35%), alteraciones cerebelosas (20%), alteración del nivel de conciencia (20%), crisis comiciales (20%) y síndrome constitucional (15%). El tiempo transcurrido desde el inicio de la clínica hasta el momento de la primera consulta en Medicina Interna fue de media 33 días. En todos los casos los pacientes presentaban en la TAC craneal inicial LOE cerebrales compatibles con metástasis cerebrales. Siendo únicas tan sólo en un 10% de los pacientes, tras completar estudio con RMN cerebral. Tras estudio de neoplasia primaria con técnicas de imagen, PAAF, biopsia transbronquial, etc., se llegó al diagnóstico de neoplasia primaria en el 80% de los casos, un 10% requirió de biopsia esterotáxica para la filiación del tumor y un 10% quedó sin diagnóstico de tumor primario, dada la extensión de la enfermedad y negativa para realización de pruebas diagnósticas invasivas. Las neoplasias primarias analizadas se distribuyen de la siguiente manera: 55% neoplasia pulmonar (40% no microcítico, 15 microcítico), melanoma 10%, hipernefoma 10%, 5% tumores neuroendocrinos, 5% mama, 5% tiroides, 10% no filiados.

Discusión. La neoplasia más frecuente en nuestra serie fue la pulmonar (55%) con un predominio de los tumores no microcíticos (40%), seguidas en igualdad de frecuencia por melanomas e hipernefomas (10%). En todos nuestros pacientes hubo una notable mejoría tras administración de corticoides, considerándose subsidiarios de tratamiento con radioterapia holocraneal en todos los casos de metástasis múltiples y considerándose tratamiento quirúrgico tan sólo en un 10% de los pacientes.

Conclusiones. Las metástasis cerebrales se presentan en adultos con mayor frecuencia en las neoplasias de: pulmón (mayor prevalencia en varones), mama (en mujeres) melanomas, tiroides, hipernefoma y sarcomas. La supervivencia tras el diagnóstico dependiendo del tipo de tumor oscila entre 1-6 meses. Las manifestaciones clínicas expresan un síndrome de hipertensión intracraneal con focalidad neurológica dependiendo de la localización. La prueba inicial es una TC craneal, donde se objetivan nódulos hipodensos o hiperdensos, con intenso edema adyacente, tras la administración de contraste presentan una imagen anular de captación entorno a un centro necrótico. La RMN cerebral aumenta la rentabilidad detectando múltiples lesiones no captadas por la TC y mayor sensibilidad y especificidad en fosa posterior. El tratamiento de las metástasis múltiples son corticoides a altas dosis, RT holocraneal o en casos seleccionados quimioterapia. Las lesiones únicas accesibles (sin evidencia de enfermedad a distancia y tumor primario controlado) deben extirparse y recibir RT posterior.

V-154

CARACTERÍSTICAS DE LA EXACERBACIÓN AGUDA DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN EL HOSPITAL GENERAL DE SEGOVIA

M. Cepeda González¹, G. Estrada Trigueros², E. Martínez Moreno¹, B. García López¹ y M. Carralón González¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Neumología. Hospital General. Segovia.

Objetivos. Conocer las características epidemiológicas de los pacientes con exacerbación aguda de la EPOC que requieren ingreso en el Hospital General de Segovia.

Material y métodos. Se estudió de forma prospectiva los pacientes que acuden a urgencias por exacerbación aguda de EPOC y que precisan ingreso hospitalario en el servicio de Medicina Interna del Hospital General de Segovia durante dos meses. Se analizaron las características epidemiológicas, la comorbilidad y la mortalidad al año. Inicialmente se incluyeron en el estudio los pacientes que ingresaron en el hospital con los siguientes diagnósticos: infección respiratoria no filiada, bronquitis aguda, bronquitis crónica o EPOC reagudizado. Del total de pacientes, no se incluyeron los pacientes

que no tenían diagnóstico previo de EPOC o bien la espirometría del ingreso no era compatible.

Resultados. Se incluyeron inicialmente 51 pacientes de los cuales 12 se excluyeron por no tener criterios de selección. De los 39 pacientes que ingresaron, 31 eran varones (80%) y 8 eran mujeres (20%). La edad media de los pacientes fue de 76 años con DE \pm 13 años. El grado de severidad de los pacientes, excluyendo a 9 de ellos que no tenían espirometría realizada, era el siguiente: 3 leves (9%), 9 moderados (27%), 12 graves (36%) y 6 muy graves (18%). De todos ellos, el 51,3% había estado ingresado previamente por episodios similares. En lo que se refiere a comorbilidades, 19 pacientes (74%) padecían de HTA, 11 pacientes (43%) de diabetes, 3 (12%) de dislipemia, 8 (31%) de cor pulmonale y 4 (15%) de cardiopatía isquémica. De todos los pacientes, 33% (13 pacientes) tuvieron acidosis respiratoria al ingreso. Un 84% de los pacientes tuvieron tratamiento antibiótico durante el ingreso, además de broncodilatadores y corticoesteroides. La estancia media fue de 10,85 días, con DE 6,8 y rango de 3 a 43. La mortalidad a los tres meses fue de 7 fallecimientos (27%) y al año de 12 pacientes, un 46,8%.

Conclusiones. La mayoría de los pacientes que ingresan por una reagudización de EPOC eran pacientes con EPOC moderado o grave, ya ancianos y con ingresos previos por su enfermedad. El porcentaje de pacientes que ingresa con acidosis respiratoria es elevado. El 84% de los pacientes fueron tratados con tratamiento antibiótico. Hay una alta tasa de gravedad y mal pronóstico. En esta corta serie, la mortalidad a los tres meses es de 17%. De los 7 fallecidos, 5 eran de estadio grave o muy grave ($p < 0,5$), habiendo usado el test estadístico chi cuadrado.

V-155

¿POR QUÉ EMPEORA LA FUNCIÓN RENAL EN LOS PACIENTES INGRESADOS?

A. Romero Alegría, E. Puerto Pérez, N. Cubino Bóveda, L. Mateos Polo, A. García Mingo, M. Pérez García, J. Martín Oterino y A. Sánchez Rodríguez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.

Objetivos. El fracaso renal agudo se define como el deterioro brusco de la función renal con retención de productos nitrogenado (creatinina y urea), disregulación de la hemostasia y oliguria en el 60% de los casos. El objetivo de nuestro estudio es analizar las causas del empeoramiento de la función renal durante la estancia hospitalaria de pacientes ingresados en un servicio de Medicina Interna.

Material y métodos. Hemos realizado un estudio descriptivo en el que hemos incluido 116 pacientes que durante el ingreso han presentado fracaso renal agudo o agudización de insuficiencia renal crónica en un servicio de Medicina Interna de Salamanca durante los años 2008-2009. De los pacientes hemos analizado el mecanismo de producción para saber la frecuencia de cada uno. Además hemos analizado otras variables como sexo, edad, comorbilidad y motivo de ingreso.

Resultados. De los 116 pacientes, 72 eran varones y la edad media era de 86,28 años siendo la edad media 3,5% mayor en los pacientes que presentaban insuficiencia renal crónica al ingreso. La causa más frecuente de fracaso renal agudo era prerrenal (65,71%), seguido por el obstructivo (11,57%) y el parenquimatoso (8,57), existiendo en un 14,29% de los casos un componente mixto pre y posrenal. En los casos de insuficiencia renal crónica, el 65,21% se agudizaban por un componente prerrenal y el 34,78% tenían causa renal. De entre las causas de fracaso renal prerrenal, la mayoría era causada por deshidratación por déficit de ingesta, de los obstructivos la causa mayoritaria era la hiperplasia benigna de próstata y entre los parenquimatosos destaca la sepsis. El propio fracaso renal agudo era el motivo de ingreso únicamente en un 10,44%. El resto

de motivos eran infección respiratoria en 15,51%, sepsis de diferentes orígenes en un 13,79%, insuficiencia cardíaca en un 13,79%, gastroenteritis aguda en 12,07%, infección urinaria en 8,62%, diabetes mellitus descompensada en 8,62%, hemorragia digestiva alta en 5,17%, deshidratación por déficit de ingesta en 5,17%, rabiomolisis en un 2,44%, diabetes mellitus de nuevo diagnóstico en 1,72%, tromboembolismo pulmonar en 1,72% y carcinomatosis peritoneal en 1,72%. De los pacientes analizados eran un 72,41% hipertensos y un 34,48% diabéticos.

Discusión. La insuficiencia renal aguda aparece en aproximadamente 2-3% de todos los pacientes hospitalizados y entre 10-30% de los pacientes ingresados a cuidados intensivos. Por lo general se presenta de forma aislada, aunque suele verse acompañada como parte de disfunción orgánica múltiple, es decir, de insuficiencia de otros órganos, tales como respiratorio, gastrointestinal, cardiovascular, hepática, etc. No es infrecuente que la enfermedad renal aguda sea complicación de una enfermedad grave.

Conclusiones. La insuficiencia renal aguda es un problema frecuente en pacientes hospitalizados en un servicio de Medicina Interna por las propias características de los pacientes (avanzada edad, déficit de ingesta...), además de que los propios motivos que propician el ingreso pueden desencadenar su aparición (insuficiencia cardíaca, sepsis...). Dada la alta prevalencia de hipertensión y diabetes en nuestra población, muchos pacientes pueden tener ya una función renal alterada de base, y por lo tanto hay que prestar mayor atención a posibles agudizaciones.

V-156

CÁNCER DE COLON: DIAGNÓSTICOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

A. Romero Alegría, N. Cubino Bóveda, I. González Fernández, P. Miramontes González, E. Puerto Pérez, E. Fraile Villarejo, J. Herráez García y A. Sánchez Rodríguez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.

Objetivos. El cáncer colorrectal es la decimoquinta forma más común de cáncer y causa 639.000 muertes a nivel mundial cada año. El objetivo de nuestro estudio es ver el número de cáncer de colon que se diagnostican durante 3 años en un servicio de Medicina Interna, cual es el tipo más frecuente desde el punto de vista anatomopatológico y el tratamiento que han recibido.

Material y métodos. Hemos realizado un estudio descriptivo que incluye a 44 pacientes diagnosticados de cáncer de colon en un Servicio de Medicina Interna de Salamanca durante los años 2007-2009. Se ha mirado el motivo de consulta, el procedimiento diagnóstico, el tipo anatomopatológico así como el tratamiento recibido.

Resultados. De los 44 pacientes, 26 eran hombres y la edad media era de 77 años. El motivo de consulta fue dolor abdominal en un 18,18%, rectorragia en 18,18%, síndrome constitucional en un 13,64%, anemia en un 13,63%, náuseas en un 9,09%, diarrea 4,55%, siendo el resto menos importantes. La anatomía patológica eran en todos los casos adenocarcinoma, siendo indiferenciados en un 68,18%, pobremente diferenciados en 22,72% e indiferenciados en un 9,09%. Al diagnóstico casi todos estaban localizados en el colon (59,09%). En caso los casos en que ya había enfermedad avanzada, las metástasis más frecuentes eran las hepáticas (18,18%), siendo el resto peritoneales (13,63%) y pulmonares (9,09%). El tratamiento fue quirúrgico en un 59,09% de los casos, siendo derivado al servicio de oncología en el 22,72% de los casos, paliativo en un 13,63% y exitus durante el ingreso un 4,54%.

Discusión. El cáncer colorrectal no suele dar síntomas hasta fases avanzadas y por eso la mayoría de pacientes presentan tumores que han invadido toda la pared intestinal o han afectado los ganglios

regionales. Cuando aparecen, los síntomas y signos del carcinoma colorrectal son variables e inespecíficos. La edad de presentación habitual del cáncer colorrectal es entre los 60 y 80 años de edad. Los síntomas más frecuentes incluyen rectorragia, cambios en el ritmo intestinal y dolor abdominal. La presencia de síntomas notables o la forma en que se manifiestan depende un poco de la localización del tumor y la extensión de la enfermedad. Pueden complicarse y presentar síntomas agudos que indiquen obstrucción o perforación del intestino grueso o puede que la clínica se deba a enfermedad metastásica. El cáncer colorrectal puede diseminarse de forma directa, linfática (criterio fundamental para decidir la amplitud de exéresis quirúrgica), hemática (se localizan fundamentalmente en hígado y pulmón), siembra peritoneal (significa irrecesabilidad) o intraluminal por implantación en otros puntos del intestino.

Conclusiones. El cáncer de colon es una patología cada vez más frecuente en el mundo desarrollado por lo que hay que tener un alto índice de sospecha ante determinados síntomas. El modo de presentación más frecuente es el dolor abdominal y la rectorragia. Dada la alta prevalencia y la posibilidad de tratamiento quirúrgico curativo en fases iniciales existen pruebas de detección precoz del cáncer colorrectal que permite además prevenirlo al encontrar y extirpar pólipos que pueden malignizarse.

V-157

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN EL PACIENTE JOVEN

R. Sardina Ferreiro, S. Sánchez Trigo, T. Caínzos Romero, L. Vilariño Maneiro, I. Gómez Buela, E. Solla Babío, C. Barbagelata López y P. Sesma Sánchez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Arquitecto Marcide. Ferrol (A Coruña).

Objetivos. Analizar y evaluar las características de los pacientes jóvenes que ingresaron por Accidente Cerebrovascular (ACV) en el Área Sanitaria de Ferrol.

Material y métodos. Estudio retrospectivo en el que se incluyeron a todos los pacientes ingresados por ACV entre los 15 y 45 años, desde enero de 2008 a diciembre de 2009. Los pacientes se identificaron a partir de la base de datos del Servicio de Documentación Clínica. Hemos analizado las características demográficas de los pacientes, la presencia de factores de riesgo asociados, las pruebas de imagen al ingreso, los estudios complementarios realizados durante el mismo, así como la evolución de los pacientes. Para el análisis hemos utilizado el paquete estadístico SPSS 18.0 para Windows.

Resultados. En los años 2008 y 2009 ingresaron un total de 679 pacientes diagnosticados de ACV en el Área Sanitaria de Ferrol; de ellos 22 están incluidos entre los 15 y los 45 años (3,24% del total). La mayoría de nuestros pacientes fueron hombres (63,6%) y tenían una media de edad de 37,32 ± 7,07 años (rango 16-45). El 81,8% presentaban un ACV isquémico, un 4,5% un ACV hemorrágico y 13,6% un AIT; no hubo ningún caso de trombosis de senos venosos. La etiología fue indeterminada en el 50% de los pacientes; en el 22,7% fueron aterotrombóticos, 13,6% por disección de TSA, el 4,5% cardioembólicos y el 4,5% lacunares. El 59,1% de los pacientes eran fumadores, el 27,3% tenían hipercolesterolemia, el 13,6% hipertrigliceridemia, el 13,6% consumidores de drogas de abuso, el 9,1% habían presentado un ACV previo, el 4,5% eran diabéticos, el 4,5% presentaban cardiopatía embolígena y el 4,5% consumían anticonceptivos. El 100% de los pacientes tenían un ECG en RS al ingreso. El 63,6% presentaban una TC normal al ingreso y en el 72,7% se objetivó posteriormente alteración en la RM. El 40,9% de los pacientes presentaban alteración en el Eco-Doppler de troncos supraaórticos (un 27,3% presentaban estenosis y un 13,6% disección arterial). El ecocardiograma fue normal en el 81,8% de los pacientes y el 27,2%

presentaban alguna alteración en el estudio de hipercoagulabilidad. La mortalidad fue del 4,5%.

Discusión. El AVC en los pacientes jóvenes es una entidad poco frecuente, representando en las distintas series un 1-5% de todos los ACV. Además, tiene unas características específicas. La amplia variedad de etiologías en este grupo de edad, hace que sea necesario un estudio más exhaustivo de cara a la identificación de la causa y la administración de un tratamiento eficaz.

Conclusiones. 1. La incidencia de ACV en el paciente joven en nuestra Área Sanitaria es similar a la de otras series publicadas. 2. El ictus isquémico ha sido el tipo de ACV más frecuente. 3. El tabaquismo ha sido el factor de riesgo vascular más importante. 4. La mayoría de los pacientes presentaban algún factor de riesgo vascular clásico (tabaquismo, HTA, dislipemia o diabetes). 5. Más de una cuarta parte de los pacientes presentaban alguna alteración en el estudio de hipercoagulabilidad.

V-158

HEPATOCARCINOMA:

¿LLEGAMOS TARDE AL DIAGNÓSTICO?

N. Cubino Bóveda¹, P. Miramontes González¹, E. Puerto Pérez¹, S. Márquez Batalla¹, E. Fraile Villarejo¹, I. González Fernández¹, A. García Mingo¹ y J. Iglesias Pérez²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca. ²Servicio de Medicina de Familia y Comunitaria. Complejo Asistencial de Salamanca. Salamanca.

Objetivos. Analizar los pacientes diagnosticados de hepatocarcinoma en Medicina Interna, su distribución por sexo y edad, su relación con la cirrosis y la causa de ésta y las posibilidades de tratamiento.

Material y métodos. Se analiza la base de datos de Medicina Interna durante 5 años para analizar los pacientes diagnosticados de hepatocarcinoma mediante anatomía patológica y prueba de imagen.

Resultados. Se diagnostica en Medicina Interna de hepatocarcinoma a 12 pacientes: 11 varones (91,6%) y 1 mujer (8,3%), con una edad media de 72,2 años. Todos los hepatocarcinomas aparecen en paciente con cirrosis hepática: 7 enólicas (58,3%), 1 por VHB, 1 por VHC, 1 coinfección VHB-VHC y una no filiada. Solamente dos paciente de 64 y 66 años pudieron intervenir quirúrgicamente 3 fueron exitos por complicaciones de su hepatopatía de base por hemorragia digestiva alta y el resto no pudieron intervenir por distintas contraindicaciones (3 por trombosis portal, 2 por carcinomatosis peritoneal y 2 por ser el tumor multicéntrico).

Discusión. El hepatocarcinoma es causa de muerte entre 250.000 y un millón de muertes globalmente por año, con una distribución característica geográfica, sexo y edad. La incidencia en las regiones de alta incidencia es de más de 15 casos/100.000 habitantes a diferencia con las zonas de más baja incidencia como norte de Europa, Australia describiéndose 3 casos/100.000 habitantes. Las series describen la preferencia por varones en una proporción de 4:1 y la edad media entorno a los 65 años. La mayoría se producen sobre un hígado cirrótico. A pesar de las nuevas opciones terapéuticas, la alta tasa de mortalidad se debe a las complicaciones de la hepatopatía de base y el diagnóstico tardío que impiden ofertar tratamiento curativo a estos pacientes.

Conclusiones. Los datos analizados en nuestro Servicio coinciden con las series, siendo la cirrosis enólica la principal causa de hepatopatía en estos pacientes. Sólo dos pudieron ser intervenidos sometiéndose a una hepatopatía parcial ya que el resto presentaban contraindicaciones diversas destacando la trombosis portal y la carcinomatosis peritoneal. Predomina en varones (91,6%) y la edad media es de 72 años.

V-159

SÍNDROME DE CHURG-STRAUSS: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SEGUIMIENTO DE 20 PACIENTES

I. Tavera Bahillo¹, C. Picado², S. Prieto González¹, G. Espigol Frigolé¹, J. Hernández Rodríguez¹, M. Butjosa¹, R. Cervera¹ y M.C. Cid¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Neumología. Hospital Clínic i Provincial. Barcelona.

Objetivos. Estudiar las características clínicas y la evolución de los pacientes diagnosticados de Síndrome de Churg-Strauss (SCS) en nuestro centro en los servicios de Medicina Interna, Neumología y Enfermedades Autoinmunes y Sistémicas.

Material y métodos. Se han revisado veinte pacientes con historia de SCS seguidos y tratados en nuestro centro desde 1997 hasta 2010. Los datos han sido obtenidos de manera retrospectiva de la historia clínica y de los médicos tratantes.

Resultados. El 95% de los pacientes tenían asma en el momento del diagnóstico, en el 30% de los casos moderada y en el 5% grave. Los órganos más afectados son el pulmón (60%), la piel (45%) y el sistema nervioso periférico (60%). El 80% de los pacientes presentaban eosinofilia al diagnóstico. Los anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo fueron positivos en ocho pacientes, cinco de ellos con especificidad antimieloperoxidasa (ANCA-MPO). Se realizaron un total de 25 biopsias. El lugar que se biopsió con más frecuencia fue la piel (24% del total). Se observó vasculitis en 7 biopsias, e infiltrados eosinófilos en 10 muestras. El 95% de los pacientes recibió corticoides como tratamiento al debut, y en 7 pacientes (35%) se asoció ciclofosfamida. El 90% presentó buena respuesta en los primeros 6 meses. Se añadió tratamiento inmunosupresor de mantenimiento en el 40% de los casos. En 6 pacientes se pudo retirar los corticoides, sin embargo en dos de ellos hubo que reintroducirlos más tarde. Se produjeron dos fallecimientos.

Discusión. El síndrome de Churg Strauss es una enfermedad infrecuente caracterizado por eosinofilia y fenómenos vasculíticos, encontrados en pacientes con asma en la gran mayoría de los casos. El espectro de manifestaciones clínicas observadas en nuestros pacientes son similares a las descritas a las series más numerosas publicadas hasta la fecha como la de Solans et al, o la de Guillevin et al. El asma es la manifestación más observada (95%), seguida por la afectación del SNP (60%) y de la afectación pulmonar (75%). A diferencia de otras vasculitis asociadas a ANCA, la prevalencia de ANCA en el SCS varía entre el 40 al 70%. En nuestra serie se observó en el 40%, con mayor afectación pulmonar en los pacientes ANCA negativos y del SNP en los ANCA positivos, similar a lo descrito en la literatura. Se utilizó omalizumab en un paciente, sin resultados favorables. Dos pacientes murieron, uno por infección grave tras tratamiento inmunosupresor por afectación orgánica, otro por edad avanzada.

Conclusiones. El síndrome de Churg-Strauss es una enfermedad poco frecuente caracterizada por la presencia de eosinofilia, asma y vasculitis sistémica. Los órganos afectados con mayor frecuencia son el pulmón, la piel y el sistema nervioso periférico. La supervivencia a largo plazo es buena y la mayor parte de los pacientes responde al tratamiento corticoideo, bien solo o asociado a inmunosupresores.

V-160

DEPRIVACIÓN ALCOHÓLICA: UN PROBLEMA Y UN PERFIL

A. Romero Alegría, P. Miramontes González, E. Puerto Pérez, S. Márquez Batalla, I. González Fernández, A. Plata Izquierdo, A. Bello Conesa y A. Sánchez Rodríguez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.

Objetivos. El alcohol es una droga de abuso muy frecuente en nuestra sociedad, ligada a menudo a actos sociales. Entendemos por sín-

drome de abstinencia alcohólica (o síndrome de privación) al cuadro clínico que acontece cuando cesa o disminuye un consumo grande y prolongado de alcohol. El objetivo de nuestro estudio es analizar el perfil más frecuente de las personas que presentan este síndrome durante la hospitalización en un servicio de Medicina Interna.

Material y métodos. Hemos realizado un estudio descriptivo que incluye 70 pacientes ingresados por cualquier motivo en un servicio de Medicina Interna de Salamanca durante los años 2003-2009, que han presentado un síndrome de abstinencia durante el ingreso o que han requerido tratamiento para prevenirlo.

Resultados. De los 70 pacientes estudiados, 64 eran varones con una edad media de 57,21 años (30-85). Entre los trabajos más frecuentes estaban el de camarero (22,2%), obreros de la construcción (18,52%) y agricultores/ganaderos (14,81%), siendo el resto carpinteros, feriantes, transportistas y pintores. La procedencia es en un 61,42% rural. El motivo de ingreso fue provocado directamente por la privación en un 37,12%, de éstos eran un 31,42% debido a crisis convulsiva secundaria, un 2,85% debido a un síndrome confusional agudo por abstinencia alcohólica y un 2,85% por un delirium tremens. Otros casos fueron ingresados complicaciones asociadas a la hepatopatía alcohólica crónica, como la descompensación hidrópica en un 15,71%, hemorragia digestiva alta secundaria a sangrado de varices en un 11,42%, polineuropatía en miembros inferiores en un 5,77% y hepatocarcinoma en un 1,43%. Otros motivos fueron hepatitis aguda alcohólica en un 5,71%, pancreatitis aguda en un 2,85%, intoxicación etílica 2,85% y síndrome hepatorenal en un 1,43%. El resto de motivos no fue motivado directamente por el alcohol: neumonía en 7,14%, accidentes cerebrovasculares en 4,28%, insuficiencia cardíaca en 2,86% y meningoencefalitis en 1,43%.

Discusión. El síndrome de privación alcohólica es una complicación médica de la adicción al alcohol que ha recibido poca atención tanto desde el punto de vista institucional como de investigación. La escasez de estudios clínicos al respecto y la práctica ausencia de guías sobre su tratamiento en la literatura, ha propiciado que exista una gran variabilidad en su manejo, no sólo entre diferentes escuelas sino también entre los diferentes centros hospitalarios. En un estudio australiano, el 8% de una muestra de 2.038 pacientes hospitalizados en un hospital general presentaba riesgo de privación alcohólica, y de éstos un 8% desarrollaba síntomas de abstinencia durante el ingreso. Su repercusión sobre la evolución clínica de los pacientes es muy importante, llegando a triplicar la mortalidad cuando se desarrolla abstinencia alcohólica en el postoperatorio. Las estimaciones sobre alcoholismo en pacientes hospitalizados de nuestro país se han situado entre el 5 y el 15% con una prevalencia para el síndrome de privación alcohólica del 2,4% sobre el número total de ingresos.

Conclusiones. El perfil más frecuente es un varón de 60 años, que trabaja en la hostelería, construcción y en general en trabajos no cualificados, y que proceden del ámbito rural. Los motivos de ingreso son múltiples y variados, por lo que hay que tener en cuenta siempre el consumo de alcohol previo al ingreso de los pacientes hospitalizados para realizar una adecuada prevención.

V-161

CARCINOMA SUPRARRENAL. A PROPÓSITO DE 2 OBSERVACIONES

J. Rodríguez Iturriaga¹, A. Gutiérrez Macías¹, M. Paja Fano², A. González de Audikana¹, A. Lizarraga Zufiaur² y F. Miguel de la Villa¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Endocrinología. Hospital de Basurto. Bilbao (Vizcaya).

Objetivos. Presentar dos casos de carcinoma suprarrenal (CS) y revisar su clínica, tratamiento y pronóstico.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de dos casos de CS; uno productor de aldosterona y el otro no secretor.

Resultados. Caso 1: varón de 87 años con HTA y fibrilación auricular crónica. Ingresó por insuficiencia cardíaca. Refería además astenia, anorexia y pérdida ponderal de 10 kg. Exploración: PA 175/100 mmHg, frecuencia cardíaca 120 latidos por minuto, ingurgitación yugular, crepitantes en bases pulmonares y edemas maleolares. Exploraciones complementarias: hemograma y bioquímica de rutina normal, excepto creatinina plasmática 2 mg/dL y potasio 2,7 mmol/L. Determinaciones hormonales: aldosterona y actividad renina plasmática en posición ortostática 760 pg/ml y 1,2 ng/ml/h respectivamente, con cociente 63,3. Cortisol basal, cortisoluria de 24 horas, ACTH, testosterona, dehidroepiandrosterona (DHEA) y catecolaminas y metanefrinas en orina normales. TAC toraco-abdomino-pélvica: masa suprarrenal derecha de 11 × 6 cm. Se procedió a la resección de la tumoración mediante laparotomía media. La determinación de aldosterona en la vena renal homolateral al tumor previa a la exéresis fue de 11.661 pg/mL. La anatomía patológica mostró una tumoración maligna compatible con CS. Caso 2: varón de 49 años con antecedentes de tabaquismo, HTA y dislipemia. Ingresó por cuadro de dos meses de evolución de síndrome constitucional, acompañado en los últimos días de edema en extremidades inferiores y dolor de características pleuríticas en hemitórax izquierdo. En la exploración física destacaban PA 170/90 y edemas bilaterales hasta raíz de miembros en las extremidades inferiores. Exploraciones complementarias: hemograma normal; bioquímica, colestasis disociada y LDH 1.740 U/L. Determinaciones hormonales plasmáticas y en orina normales. TAC: tumoración suprarrenal izquierda de 15 × 10 cm, trombosis de la vena cava inferior, lesiones hepáticas y pulmonares compatibles con metástasis y tromboembolismo pulmonar en lóbulo inferior izquierdo. Una biopsia de la lesión mostró un carcinoma indiferenciado. El paciente fue tratado con carboplatino con intención paliativa.

Discusión. El CS es un neoplasia poco frecuente con una incidencia de 0,5-2 casos por millón habitantes/año. Sus síntomas derivan de la producción hormonal, de los fenómenos compresivos o infiltrativos locales y de la presencia de metástasis. En ocasiones son asintomáticos y se diagnostican al realizar exploraciones radiológicas por otros motivos. En un 60% de los casos se produce secreción hormonal, principalmente de andrógenos y corticosteroides; la producción de aldosterona se observa en un 2%. En estadios localizados el tratamiento de elección es la cirugía. En la enfermedad metastásica el tratamiento quimioterápico más utilizado es el mitotane, aunque por su toxicidad, se tiende a utilizar protocolos mejor tolerados. El tratamiento de la hiperproducción hormonal puede realizarse con antiandrógenos, ketoconazol o espironolactona, según la producción del tumor. El pronóstico depende del estadio en el momento del diagnóstico y es ominoso en la enfermedad metastásica.

Conclusiones. 1. El CS es un tumor poco frecuente con un comportamiento clínico variable que depende del estadio del tumor y de la producción hormonal. 2. Aunque la producción de aldosterona en el CS es excepcional, debe considerarse en el diagnóstico diferencial del hiperaldosteronismo primario.

V-162

ESCORBUTO: PERSISTENCIA DE UNA ENFERMEDAD DE OTRAS ÉPOCAS

J. Alonso Alonso, S. Eguíluz, J. Barreiro García y A. Cánovas Fernández

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cruces. Barakaldo (Vizcaya).

Objetivos. Los movimientos migratorios, desigualdades sociales y hábitos dietéticos anómalos pueden sustentar la persistencia de enfermedades propias de otras épocas. Nos proponemos recoger y exponer nuestra experiencia en relación con la carencia de vitamina C.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados de escorbuto en nuestro servicio desde 1998 mediante revisión de historias clínicas. Criterios de inclusión: clínica compatible, niveles séricos inferiores al límite normal de ácido ascórbico y resolución de los síntomas con reposición de vitamina C. Estadística descriptiva.

Resultados. Durante estos 12 años hemos encontrado cinco pacientes con los criterios especificados de escorbuto, cuatro de ellos varones, con edad media de 46 años (27-76); uno de ellos emigrante africano, tres con antecedentes de enolismo y todos con dieta exenta de vegetales frescos. Todos referían deterioro del estado general y molestias orales. Todos presentaban encías tumefactas, con rodete equimótico peridentario; en cuatro se observaba deterioro y pérdida de piezas dentarias. En estos mismos pacientes se detectaban equimosis con edema sin fovea en miembros inferiores, particularmente en muslos y rodillas, con dificultades para la deambulacion, hiperqueratosis y púrpura folicular. En dos pacientes se observaban pelos ensortijados en miembros. Cuatro de los pacientes tenían anemia severa (Hb: 7,5-8,5 g/dl) con aumento de VSG (54-132) y tres folicopenia (1,1-2,2 ng/dl). En un paciente (con hipotensión persistente a pesar de fluidoterapia) se registró hipocortisolemia (con respuesta normal a ACTH) y acidosis láctica (lactato: 60 mg/dl; bicarbonato: 14 meq/L). En ningún paciente se detectó ferropenia. El nivel de ácido ascórbico estaba por debajo del umbral de detección (0,1 mg/dl; valores normales: 0,4-2 mg/dl) en tres pacientes, era de 0,12 mg/dl en otro (el menos sintomático) y no estaba disponible en el restante. Iniciado tratamiento con vitamina C se observó rápida mejoría de los síntomas generales, hemorrágicos y de las alteraciones analíticas, siendo más lenta la recuperación de las anomalías gingivales.

Discusión. A pesar de las múltiples implicaciones funcionales del ácido ascórbico (síntesis de colágeno, catecolaminas, hormonas peptídicas, metabolismo de ácido fólico, absorción de hierro...), las manifestaciones clínicas de su carencia son poco llamativas y no figura habitualmente en los diagnósticos diferenciales de la práctica clínica común. Los hilos que pueden orientarnos hacia el diagnóstico son las equimosis inexplicables y las anomalías gingivodentarias. A pesar de la implicación del ácido ascórbico en la absorción de hierro, no se detectó ferropenia en nuestros pacientes, explicable por la coexistencia de enolismo en tres, siendo, en consecuencia, frecuente la folicopenia. La administración de vitamina C da lugar a una rápida mejoría de los pacientes, confirmando el diagnóstico de su carencia.

Conclusiones. Aunque muy raro, el escorbuto persiste en nuestro entorno y no podemos descuidarlo en el diagnóstico diferencial de la patología que se nos presenta cotidianamente. No debemos olvidar insistir en los hábitos dietéticos, particularmente en caso de anemia de origen oscuro, equimosis inexplicables y anomalías gingivodentarias.

V-163

CÁNCER DE PÁNCREAS 1999-JUNIO 2010 EN PACIENTES MENORES DE 70 AÑOS. CLÍNICA Y ESTUDIOS PREVIOS AL DIAGNÓSTICO

L. Andreu Urioste, O. Abdalahui, E. Rodríguez Beltrán, C. Sánchez Sánchez y C. Rodríguez Blanco

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

Objetivos. Estudio de la clínica, marcador Ca 19.9, y ecografía abdominal previos al diagnóstico en pacientes < 70 años; comprobar si existe inespecificidad en resultados que llegaran a justificar el diagnóstico tardío de dicha patología. Observar progresión anual desde 1999 a junio 2010 de casos de Ca. páncreas en individuos < 70 años. Hallar a. personales comunes y significativos entre los pacientes estudiados. Hallar media y moda del tiempo de vida que transcurre desde el diagnóstico de la enfermedad al exitus.

Material y métodos. Estudio retrospectivo en el que se obtuvo los casos de Ca. páncreas diagnosticados desde 1999 a junio 2010, seleccionando aquellos en los que, en el momento del diagnóstico, los pacientes tenían < 70 años. Recogiendo: edad, sexo, tiempo de vida tras diagnóstico, clínica existente antes del ingreso donde se llega al diagnóstico (dolor en HI, HD, FI, FD, epi, meso e hipogastrio, malestar general abdomen, vómitos, náuseas, diarrea, estreñimiento, intolerancia decúbite, dolor dorso-lumbar, anorexia, pérdida de peso, astenia, ictericia, coluria, acolia, plenitud pospandrial, otra clínica extraabdominal) y tiempo que transcurrió desde la presencia de cada síntoma hasta momento del ingreso; A. Personales; si se realizó ecografía abdominal y si se objetivaba dilatación de vías biliares intra y/o extrahepáticas, y si se solicitó marcador Ca 19.9 previamente.

Resultados. Ca. páncreas en < 70 años: 10% en 1999, 20% en 2000, 40% en 01, 28% en 02, 18% 03, 24% en 04, 41% 05, 19% 06, 27% 07, 15% 08, 37% 09, 37.5% 2010. Con predominio sexo masculino salvo en el año 2004 y 2006. Clínica: 14% dolor HI 36 días, 30% HD 25 días, 34% epigastrio 53 días, 6% FI 54 días, 11% FD 43 días, 14% mesog 32 días, 22.5% abdomen general 68días; combinando las distintas localizaciones de dolor abdominal se halló: 6% HD + HI, 6% HD + FD, 6% HD + mesogastrio, 11% HD + epigastrio, 7% FD + epigastrio, 8% HI + epigastrio, 4% HD + HI + Epigastrio; además 13% dolor en decúbite, 11% pospandrial, 18% náuseas, 15% vómitos, 51% astenia 59 días, 62% pérdida de peso 97 días, 37% anorexia 85 días y durante últimos días con coluria 27%, hipocolia 20% e ictericia 27%, 2 casos de clínica atípica. Ecografía abdominal se realizó en un 85% de los casos, de ellos un 56% se observó dilatación de v. biliares; marcador Ca 19.9 en un 95% de casos, 65% de ellos era positivo. Ca 19.9 y eco positivos: 42%, Ca 19.9 positivo y eco negativa: 35%, Ca 19.9 negativo y eco positiva: 23%, ambos negativos 0%. En a. personales se observa un 23% consumo alcohol, 16% ulcus, 14% DM y destacamos el 10% de DM de reciente diagnóstico junto con un 4% de hiperglicemias. En tiempo de vida: media 5 meses, moda < 1 mes.

Discusión. La causa del estudio era comprobar si la clínica y pruebas diagnósticas ya analizadas resultaban ser tan inespecíficas como para llegar al diagnóstico de Ca. Páncreas tardíamente en la gran mayoría de los casos; dado que en la actualidad diagnosticar la enfermedad es prácticamente sinónimo de escaso tiempo de vida. Se ha de tener en cuenta que la ecografía y marcadores se realizan una vez que ya se comienza a estudiar al paciente, de manera que no hay datos de cómo serían los resultados de las mismas al inicio de la enfermedad.

Conclusiones. No progresión lineal en < 70 años con el paso de los años. Picos de porcentaje cercanos al 40% en 2001, 2005, 2009 y lo que llevamos del 2010. Claro predominio del sexo masculino; mayor predominio dolor en HD, epigastrio y "abdominalgia" con duración de > 1 mes; tener más en cuenta astenia, pérdida de peso y anorexia, presentes en la gran mayoría de los casos y de hasta 3 meses de evolución. La posible ayuda de resultados de ecografía abdominal más marcador Ca 19.9 si se realizara tiempo antes.

V-164

VARIABILIDAD EN EL MOTIVO DE CONSULTA POR DOLOR: DIFERENCIAS ENTRE UNA CONSULTA DE PATOLOGÍA OSTEOARTICULAR DE MEDICINA INTERNA FRENTE A TRAUMATOLOGÍA

J. Andrey Guerrero, P. Jiménez Aguilar, S. Romero Salado, R. Corzo Gilabert, E. Sánchez Relinque y F. Gómez Rodríguez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).

Objetivos. Una de las causas más frecuentes de consulta, tanto en Patología Osteoarticular-Medicina Interna (OA-MI) como Traumatología (T), es el dolor. Las áreas más referidas son espalda, rodilla y pie.

Objetivo: conocer las posibles diferencias entre el motivo de consulta por dolor en las consultas OA-MI respecto a Traumatología.

Material y métodos. De los 725 pacientes valorados en nuestra consulta hospitalaria por una patología osteoarticular durante un periodo de 4 meses, seleccionamos aquellos derivados por su Médico de Atención Primaria por dolor y lo comparamos con los derivados a una consulta de Traumatología por el mismo motivo y periodo de tiempo.

Resultados. De los 1.408 pacientes revisados, 683 habían sido valorados en traumatología siendo el dolor el motivo de consulta en el 16,87%. De los 725 pacientes valorados en patología OA-MI el 29,79% tenían como clínica fundamental el dolor. Por regiones existían importantes diferencias. El dolor en la columna vertebral predomina sobre otras localizaciones. De esta manera la cervicalgia de características mecánicas supuso en la consulta de T el 28,7% de las consultas y en la de OA-MI el 11,7%. Si asociaba parestesias bajaba la frecuencia hasta el 1,74% en T o el 4,2% en OA-MI. El dolor cervicodorsal motivó la consulta del 2,6% de los pacientes de T. El dolor dorsal, exclusivamente, fue un motivo más frecuente en T (18,26%) frente a OA-MI (1,4%), tendencia que se mantenía si asociaba dolor lumbar (T: 2,6% vs. OA-MI: 0,9%). En el caso de la lumbalgia fue motivo mucho más frecuente de consulta en la consulta de OA-MI, tanto si era de características mecánicas (37,55% vs 7,82%), como si se acompañaba de ciatalgia (15,49% vs 4,35%). Tras el dolor en columna vertebral, la metatarsalgia supuso el segundo motivo de consulta por dolor, tanto en la consulta de T (17,39%) como en OA-MI (15,49%). Seguido por la gonalgia (T: 6,9%, OA-MI: 4,69%) y de un grupo heterogéneo que incluye omalgia, sacralgia/coccidinia, xifodinia, poliartralgia y pelvialgia (T: 3,48%, OA-MI: 7,51%).

Discusión. En nuestra serie el dolor fue motivo de consulta más frecuentemente en OA-MI que en T (29,79% vs 16,87%). Por localizaciones fue la columna lumbar el motivo de consulta más frecuente en OA-MI (53,05%). Sin embargo en la consulta de T fue la cervicalgia, acompañada o no, de parestesias o dorsalgia (33,04%). Siendo esta última, la dorsalgia, por sí sola motivo de derivación a la consulta de T en el 18,26% de los casos, frente a OA-MI que sólo supuso el 1,4% de derivaciones. Otros motivos frecuentes de derivación como la gonalgia (6,9% vs 4,69%) o la metatarsalgia (17,39% vs 15,49%) fueron ligeramente más frecuentes en T que en OA-MI.

Conclusiones. La lumbalgia junto con la cervicalgia suponen una causa frecuente de consulta, de hecho constituyen la primera causa de baja laboral. A pesar de ser estas, junto con la gonalgia y metatarsalgia, en ocasiones tributarias de un tratamiento quirúrgico fueron frecuentemente derivadas a una consulta de OA-MI. De hecho, el dolor fue motivo más frecuente de derivación a la consulta de OA-MI que a T (213 frente a 115 pacientes). Esto podría estar en relación con la posibilidad de diagnósticos no quirúrgicos (espondiloartropatías, espondilodiscitis, tumores...) y con el manejo habitualmente conservador de estos procesos. También hay que tener en cuenta la mayor edad y comorbilidad de los pacientes derivados a la consulta de OA-MI, que en ocasiones desaconsejan medidas terapéuticas más agresivas.

V-166 SÍNDROME DE CHILAITIDI COMO CAUSA DE ABDOMINALGIA

B. Urdin Oroz, V. Pérez Hernández, P. Pardo Reche, F. Tena March, F. Martínez cerezo, D. Pascual Doménech y A. Castro Salomo

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sant Joan de Reus. Tarragona.

Resultados. Describimos 3 casos diagnosticados en nuestro servicio durante un periodo de 6 semanas. Caso 1: varón de 79 años que consulta por dolor epigástrico continuo e intenso irradiado a hipocostrio derecho que le despierta durante la noche. Como antecedentes, destacan: dislipemia, síndrome ansioso depresivo, EPOC, hernia de hiato, estreñimiento habitual. Apendicectomía, colecistectomía y herniorrafia inguinal derecha. A la exploración destaca

dolor a la palpación profunda en epigastrio sin signos de irritación peritoneal y peristaltismo presente. Rx tórax: tractos fibrosos en base derecha. TAC: Interposición de colon entre hígado y diafragma compatible con S. de Chilaiditi, sin otros hallazgos patológicos de interés. Con tratamiento conservador basado en medidas higiénico-dietéticas, laxante y ansiolítico cedió totalmente la sintomatología. Caso 2: varón de 82 años que consulta por disnea y edemas en extremidades inferiores. Como antecedentes, destaca: HTA, diabetes mellitus tipo 2, portador de marcapasos por bloqueo AV de 3º grado. Colecistectomía. Exploración abdominal: Anodina. RX Tórax: Elevación de diafragma derecho. TAC: Interposición de colon entre hígado y diafragma. DX: Insuficiencia cardíaca biventricular descompensada en paciente con signo de Chilaiditi. En este caso la aparición del signo de Chilaiditi no se asocia a sintomatología, siendo un hallazgo casual. Caso 3: varón de 86 años que consulta por cuadro diarreico y dolor abdominal de 48 horas de evolución tras antibiótico por neumonía. AP: HTA, dislipemia, hiperuricemia, hipertiroidismo, Insuficiencia renal crónica, neoplasia de próstata en tratamiento hormonal, FA crónica, hernia de hiato. Herniorrafia inguinal. EF: tonos arrítmicos con hipofonosis pulmonar generalizada. Dolor difuso a la palpación abdominal sin signos de irritación peritoneal. Rx tórax: Se observa ángulo hepático de colon sobre hígado. TAC de abdomen: Interposición del colon entre hígado y diafragma. En este caso el paciente fue diagnosticado de Pancolitis pseudomembranosa, positivo para toxina de Clostridium difficile. Se comenzó con antibioterapia, a la cual el paciente no respondió, presentando shock séptico, siendo exitus.

Discusión. El signo de Chilaiditi es la interposición de colon, en ocasiones intestino delgado, entre el hígado y el diafragma. La mayoría de veces es asintomático, llamándose síndrome de Chilaiditi cuando aparece sintomatología asociada, siendo las más frecuentes: distensión abdominal, náuseas, vómitos, dolor abdominal, estreñimiento, anorexia o diarreas. Puede llegar a ocasionar obstrucción intestinal aguda, vólvulos, distrés respiratorio de repetición y arritmias cardíacas. La incidencia poblacional es del 0,02 al 0,22%, dándose más frecuentemente en varones adultos con retraso mental. El 0,1-0,25% de los casos son diagnosticados accidentalmente mediante examen radiográfico. Debe realizarse diagnóstico diferencial con neumoperitoneo dado que la imagen radiológica puede ser similar. Su etiología es incierta incluyéndose en las teorías más aceptadas: laxitud del ligamento suspensorio, parálisis del nervio frénico, megacolon, motilidad anormal del colon, hígado cirrótico, cirugías abdominales previas u obesidad. El manejo del síndrome de Chilaiditi normalmente es sintomático mediante sonda nasogástrica, enemas, sueroterapia o dieta rica en fibra, aunque en complicaciones graves puede requerir cirugía para retornar el colon a su posición normal fijándolo a la pared abdominal.

Conclusiones. Probablemente estemos ante un síndrome infradiagnosticado, que si bien en ocasiones (como describimos en caso 2 y 3) es un hallazgo casual en contexto de otra patología, en otras ocasiones (caso 1) nos puede explicar episodios de abdominalgia, dispepsia o alteraciones de ritmo deposicional, sin que sea necesario exponer al paciente a maniobras diagnóstico-terapéuticas agresivas.

V-167 TUMORES UROLÓGICOS DIAGNOSTICADOS EN MEDICINA INTERNA

M. González García, M. González Gómez, E. Gaspar García, L. Morillo Blanco, F. Olgado Ferrero, D. Magro Ledesma, V. Bejarano Moguel y M. García Morales

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Badajoz.

Objetivos. Describir las características clínicas de los pacientes diagnosticados de tumores urológicos malignos en nuestro servicio en los últimos 5 años.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes diagnosticados de un tumor urológico maligno (próstata, vejiga, tracto urinario superior o renal) en nuestro servicio de 2005 a 2010. Para ello se han revisado los informes de alta y se ha utilizado el programa estadístico SPSS 15,0 para el análisis de datos.

Resultados. Se incluyeron 45 pacientes (28 varones y 17 mujeres), con edades comprendidas entre 52 y 93 años, siendo la media 76 años. Ningún paciente tenía antecedentes familiares de tumores urológicos, sin embargo en 8 casos existía antecedente personal de otro tumor urológico diferente. De los factores de riesgo analizados el más relevante fue el tabaquismo (35,6%), menos presentes estuvieron otros factores como la nefropatía (17,8%), el alcoholismo (13,3%) y la obesidad (11,1%). En la mayoría de casos los pacientes consultaban por otros motivos y el tumor urológico era un hallazgo casual. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron síndrome constitucional (35,6%), dolor abdominal (26,7%) y dolor óseo (26,7%); seguidas por alteraciones en el hábito intestinal, masa abdominal, edemas en miembros inferiores y síndrome prostático. El tacto rectal fue patológico en todos los casos en que se realizó. Analíticamente 27 pacientes tenían anemia, 18 creatinina plasmática elevada, 16 LDH elevada y 13 (todos los diagnosticados de cáncer de próstata) niveles de PSA mayores de 10 ng/dl. En ningún caso hubo síndrome paraneoplásico asociado. La ecografía abdominal y la tomografía computadorizada fueron las pruebas más útiles para el diagnóstico (38 y 27 casos patológicos respectivamente de los 45). La ecografía transrectal y la gammagrafía ósea fueron muy útiles en el diagnóstico de cáncer de próstata y en la detección de metástasis óseas. El carcinoma renal fue el tumor urológico más frecuente (25 casos), seguido de próstata (13), vejiga (6) y tumor del tracto urinario superior (1). Se encontró enfermedad avanzada (infiltración a órganos vecinos, linfática o metástasis a distancia) en más del 40% de los casos en el momento del diagnóstico. La mayoría de los casos (64,4%) se remitieron a consultas externas de Urología para completar el estudio y/o iniciar el tratamiento. Éste fue paliativo en 14 de los 45 casos, en 8 quirúrgico, en 8 hormonoterapia y en casos aislados radioterapia y/o quimioterapia.

Discusión. Los tumores urológicos son frecuentes, sobre todo los de próstata y vejiga. En muchos casos son asintomáticos durante largo tiempo, o no se acompañan del cuadro clínico típico, por lo que se diagnostican en Medicina Interna cuando ingresan por otras patologías o para estudio de síntomas comunes a otras enfermedades. A pesar de la bibliografía que existe sobre tumores urológicos no hemos encontrado un análisis global de los mismos acerca de su manejo en Medicina Interna. Nuestro estudio tiene la limitación de ser retrospectivo, y de que el análisis se ha basado en los informes de alta, por lo que en algunos casos los pacientes son remitidos a consultas externas de Urología sin haber completado el estudio.

Conclusiones. El tumor urológico más frecuentemente diagnosticado en Medicina Interna es el carcinoma renal o hipernefoma ("tumor del Internista"), aunque en la mayoría de los casos este diagnóstico es un hallazgo casual. Una vez diagnosticado el tumor, el Servicio de Urología suele completar el estudio o/y decidir el tratamiento de forma ambulatoria, que mayoritariamente es médico.

V-168

LYMPHOMA, TWO CLINICAL CASES EXPERIENCE

T. Carvalho, L. Santos, R. Gomes y M. Alves

Medicina I. Hospital Reynaldo dos Santos. Vila Franca de Xira (Portugal).

Objectives. Identification, diagnose and treatment of patients with aggressive lymphomas.

Material and methods. Study of two clinical cases with suspicion of lymphoproliferative disease. Blood analysis, computer tomography, biopsy of lesional mass, chest ultrasound, ecocardiography, colon endoscopy.

Results. In the first clinical case was detected a high grade indifferently lymphoma with excellent response to chemotherapy. In the second clinical case the result was a Non-Hodgkin type B lymphoma. Both diagnosis were confirmed with biopsy from the lesional masses. The first made directly at the lesion documented in the photos and the second with ecography guided aspirative puncture.

Discussion. Normal lymph nodes are tiny, bean-like structures that trap cells containing poisons and waste materials. They also serve as a reservoir of cells that supply microorganism-fighting antibodies. Tube-like vessels carrying milk-colored fluid called lymph connect lymph nodes to each other. Lymph allows white blood cells (lymphocytes) to circulate. When white blood cells multiply abnormally, they cause masses to form and lymph nodes become enlarged. Some lymphomas may affect the bone marrow and interfere with its making of blood cells. The result is anemia, or low red blood cell count. The authors present a two case study of different kinds of lymphoma. The first case reports to a 57 year old male, healthy until he suffers a femur pathologic fracture without any kind of diagnose made at that time. 3 months later he starts to feel right shoulder pain and a small mass in the right upper chest. When the patient went to the hospital he had a 12 cm hard and painful tumour. He had also, dispnea, thoracic pain, jaundice and dark brown urine. The evolution of the disease lead to the appearing of nausea, abdominal pain and loss of weight. About 25 kg in 3 weeks. The computer tomography showed evolution of the thoracic mass from the neck to the abdomen most particularly with involvement of superior vena cava, left ventricle, pancreas, stomach and mesocolon. Also appears multiple adenopathies in all the principal lymph chains. Blood analysis showed cholestatic levels with increased lactato deshidrogenase, gama glutamiltransferase and sedimentation rate. Thoracic ecography revealed a tumour of unknown origin. The second case reports also to a 57 year old male with no prior diseases that initiated abdominal and dorsal pain. He went to a full check-up with blood analysis, colon endoscopy, abdominal and renal ecography. All exams were normal. But the computer tomography showed a retro peritoneal mass with 120 x 83 mm with adenopathies associated. It was made a new ecography to aspirate and biopsy the lesion which gave us the diagnostic.

Conclusions. Without treatment, these kind of lymphomas can progress rapidly regardless of stage. They are treated aggressively. With treatment, between 50 to 75% of patients enter remission. Those who stay in remission one year can look forward to a life free from recurrence. Treatment consists of intensive combination chemotherapy, which is sometimes supplemented with radiation therapy. Drug regimens used are determined by a number of factors, the most important being tissue study. This two patients went to radiotherapy and chemotherapy and actually they are free from disease which confirms that this kind of lymphomas usually respond to the treatment when initiated as soon as possible.

V-169

TRAUMATÓLOGOS E INTERNISTAS: CONDENADOS A ENTENDERSE. ESTUDIO DE LAS INTERCONSULTAS DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA A MEDICINA INTERNA

L. González Vázquez¹, F. Fernández Fernández¹, R. Puerta Louro¹, L. Valle Feijoo¹, J. Paz Ferrín¹, S. Rodríguez Pecci¹, F. Caamaño² y J. de la Fuente Aguado¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Povisa. Vigo (Pontevedra).

Objetivos. El servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) demanda nuestra colaboración cada vez de forma más frecuente. Los motivos de consulta pueden ser banales o importantes problemas de diagnóstico, terapéuticos, iatrogenia o complicaciones en la evolución de sus pacientes. Nuestro objetivo fue describir

las características de las interconsultas realizadas por COT al servicio de Medicina Interna.

Material y métodos. Estudio descriptivo, prospectivo de todas las valoraciones solicitadas al servicio de Medicina Interna mediante interconsulta para pacientes ingresados en COT, entre el 1 de junio del 2008 y el 1 de junio 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, 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 precisó ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y la evolución (alta, cambio de servicio o exitus).

Resultados. Se valoraron un total de 281 pacientes realizando 828 visitas, lo que hace una media de 3,2 visitas por día laborable. La edad media de los pacientes valorados fue de $76,2 \pm 15,5$ años, de los que 188 (66,9%) fueron mujeres. La estancia media fue de $20,54 \pm 17,6$ días. La primera valoración fue urgente en 51 pacientes (18,1%) y la media de demora en contestar las interconsultas no urgentes fue de 0,3 días. El índice de Charlson medio fue de 2,7. Los motivos de consulta más habituales fueron: valoración de fractura de cadera en 109 (38,8%), patología respiratoria en 27 (9,6%), ajustar tratamiento en 24 (8,5%), síndrome confusional en 21 (7,4%), desconocido en 18 (6,4%), HTA en 12 (4,2%), fiebre en 12 (4,2%), patología digestiva en 6 (2,1%), patología neurológica en 6 (2,1%), cardíaca en 9 (3,2%), valorar pruebas en 7 (2,4%) y otros en 30 (10,6%). Precizaron seguimiento 180 (64,1%) pacientes. Dieciséis pacientes (5,7%) estuvieron ingresados en UCI. En cuanto a la acción realizada, la mayoría necesitaron ajustes en el tratamiento: 269 (95,7%); solicitud de pruebas complementarias en 150 (53,3%), en 23 (8,1%) se solicitó una interconsulta con otro servicio y en 10 pacientes (3,5%) se efectuó un cambio de servicio (5 a Medicina Interna, 2 a nefrología, uno a HADO, uno a cirugía General y otro a UCI). Fallecieron 17 pacientes (6%), siendo factores asociados a mortalidad los siguientes: antecedentes de infección respiratoria ($p < 0,001$), insuficiencia renal crónica ($p < 0,001$), insuficiencia cardíaca ($p = 0,05$), y fibrilación auricular ($p < 0,001$). Además, la media de edad en los pacientes fallecidos ($85,2 \pm 6,7$ años) fue significativamente mayor ($p = 0,003$) que en los que no fallecieron ($75,6 \pm 15,6$ años).

Conclusiones. El pronóstico de los pacientes ingresados en COT suele depender más de las comorbilidades asociadas que de la patología que causó el ingreso. Por ello, el ajuste del tratamiento y seguimiento de patologías médicas diferentes de la que motivaron el ingreso debe ser realizado por un médico habituado a tratar enfermos pluripatológicos ya que la mortalidad es elevada.

V-170 USO DE VMNI EN FRACTURAS PATOLÓGICAS POR MIELOMA MÚLTIPLE

A. Mateo López, A. Cascales Vallejo, F. Rodríguez Pérez-Reverte, A. Garre García e I. Romero

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Objetivos. El mieloma múltiple es una enfermedad que se caracteriza por la acumulación de células plasmáticas en la médula ósea que deterioran la hematopoyesis y la enfermedad ósea, incluyendo lesiones líticas, fracturas, hipercalcemia y osteoporosis. La enfermedad ósea del mieloma múltiple es resultado del incremento en la actividad de los osteoclastos que no se acompaña de un aumento sustancial de la función osteoblástica, con lo que aumenta el mecanismo de resorción ósea. El volet costal secundario a fracturas costales múltiples como consecuencia de mieloma múltiple es una

complicación muy poco frecuente, por lo que su tratamiento resulta controvertido.

Material y métodos. Tras revisión de los GRD de nuestro hospital entre los años 2002 y 2009, presentamos una serie de dos enfermos con insuficiencia respiratoria aguda secundaria a fracturas costales múltiples por mieloma múltiple tratados con VMNI.

Resultados. Caso 1: mujer de 79 años que presenta dolor torácico de un mes de evolución tras un movimiento brusco, que aumenta con los movimientos respiratorios, no cede con analgesia habitual y se acompaña de disnea progresiva. En la evaluación diagnóstica se aprecian lesiones osteolíticas que originan fracturas dobles en 5ª, 6ª y 7ª costillas, hipoxia gasométrica y datos analíticos compatibles con mieloma múltiple IgG, con un 36% de células plasmáticas en el estudio de médula ósea. Tratada con VMNI modo BIPAP con mejoría progresiva relativa que permite instaurar ciclos de quimioterapia. Caso 2: varón de 65 años que ingresa por dolor torácico de semanas de evolución. En radiología de tórax aparecen múltiples fracturas costales (4ª-5ª-7ª-8ª) y esternón. Destaca hipoxia arterial, distrés respiratorio con volet torácico, hipercalcemia e insuficiencia renal grave. La biopsia de cresta iliaca confirmó la presencia de mieloma múltiple con patrón nodular intersticial de cadenas ligeras tipo lambda. El paciente falleció tras la mala evolución del fallo respiratorio junto a hemorragia digestiva alta y fracaso renal.

Discusión. La insuficiencia respiratoria secundaria a volet torácico por lesiones osteolíticas del mieloma múltiple es una entidad poco frecuente con muy pocos casos descritos en la literatura. La VMNI permite mantener una adecuada función ventilatoria mientras se instaura la quimioterapia específica, pudiendo en algunos casos resolver el problema.

Conclusiones. La insuficiencia respiratoria aguda, aunque rara, puede ser bien la manifestación clínica inicial o una complicación asociada al mieloma múltiple cuando se producen fracturas costales múltiples y origina un volet costal.

V-171 TIOTROPIO. ¿CÓMO SE ENCUENTRA LA PRESCRIPCIÓN EN NUESTRO MEDIO?

A. Díaz Crombie, P. Uneken, R. Ramírez Montesinos, S. Ruiz Ruiz, M. Tacias Pitarch, O. Araujo Loperena, S. Hernández y E. Pedrol Clotet

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona.

Objetivos. Determinar la forma de prescripción de tiotropio en nuestro medio: perfil demográfico de los pacientes, enfermedad de base (bronquitis crónica, asma...) y momento de su prescripción (fase aguda o crónica), así como si había experiencia previa o no en el uso de tiotropio.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal de pacientes que ingresan en el Servicio de Medicina Interna o que acuden a las consultas externas de nuestro hospital y a los que se les prescribe tiotropio. Período de estudio: 1 de junio de 2009 hasta el 31 de octubre de 2009 (5 meses). Se recogieron prospectivamente datos demográficos y clínicos de los pacientes incluidos en el estudio mediante una hoja de recogida de datos. También se registrará su experiencia con el producto, el uso previo de broncodilatadores, el momento y lugar de la prescripción. Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS versión 16.0 para Windows.

Resultados. Se obtuvo un total de 69 pacientes de los cuales 66,7% eran hombres, con una edad media de $69,1 \pm 15,6$ años. Un 70,6% del tratamiento fue pautado en la fase aguda de la enfermedad y en un 73,1% de los casos durante el ingreso hospitalario. Del total un 79,7% tenía experiencia previa con broncodilatadores y 37,3% de los mismos había utilizado previamente tiotropio. Según la escala de síntomas definida arbitrariamente y validada previamente un 22,4% tenía una puntuación de 8, un 20,9% de 5, un 17,9%

de 7. Por patologías la más prevalente fue EPOC con un 58,8% seguida de asma en un 25%, bronquiectasias en un 4,4%, mixtos en un 4,4% y otros en un 7,4%. No se registraron efectos secundarios grados III y IV.

Discusión. Tiotropio es un fármaco indicado en el tratamiento broncodilatador de mantenimiento en pacientes con EPOC, aunque existe cada vez más evidencia de que su administración en pacientes agudos estabilizados también es eficaz. Tras la introducción de Tiotropio en nuestro hospital, realizamos este estudio objetivando que la mayor prescripción del fármaco se realiza en la fase aguda de la enfermedad y durante el ingreso hospitalario con una buena aceptación de la medicación por parte del paciente por sus pocos efectos secundarios y su comodidad posológica. Además, hay estudios que demuestran que la introducción temprana en la fase aguda disminuye costes por lo que pensamos que un paso a seguir sería realizar un estudio en el que se demuestre el ahorro económico en nuestro medio.

Conclusiones. Tiotropio es un fármaco con muy buena aceptación por parte de los pacientes y que en nuestro medio puede prescribirse ambulatoria e intrahospitalariamente tanto en fase aguda o crónica como terapia de mantenimiento.

V-172

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 100 CASOS DE ANGIODISPLASIA INTESTINAL DIAGNOSTICADOS EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

I. Cabezón Estévez, F. Domingo Serrano, M. López Paredes, C. Díez Romero, P. Díez Romero, M. Torrea Valdepérez, M. Artacho Rodríguez e I. Pérez Tamayo

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

Objetivos. Las angiодисplasias intestinales son causa frecuente de sangrado digestivo recurrente que genera un gasto hospitalario importante. Nuestro estudio analiza las características más relevantes de los pacientes diagnosticados de dicha patología en el H.G.U. Gregorio Marañón.

Material y métodos. Se trata de un estudio descriptivo de 100 pacientes diagnosticados de angiодисplasia en nuestro hospital entre los años 2002 y 2010 mediante el programa SPSS 16.0, analizando variables clínicas y epidemiológicas.

Resultados. De los 100 casos analizados el 64% son varones y el 36% mujeres, con una mediana de edad de 79 años (rango 72,0-82,0) y una estancia media de 10,5 días (rango 7,0-15,0). Un 32% tiene historia de consumo de tóxicos (65% tabaco, 6,25% alcohol y 28,1% ambos). Al diagnóstico un 40% está en tratamiento con anticoagulantes orales y un 37% con antiagregantes. La localización más frecuente es el colon (42%), seguida de estómago (22%). Clínicamente se presentan como sangrado oculto (32%), hemorragia digestiva franca (33%) o sin síntomas (35%), anemizándose en el 97% de los casos y precisando transfusión en el 62%. Salvo un 1% diagnosticado mediante angiografía, en la inmensa mayoría el diagnóstico es endoscópico, observándose lesiones múltiples en el 53% de los casos. El 69% presenta insuficiencia renal (figura 2). Desde el punto de vista cardiológico se observa estenosis aórtica en un 23%, cardiopatía isquémica en un 22%, HTP en un 50% (figura 3), ICC en un 39% y arteriopatía periférica en un 21%. El 45% presenta enfermedad pulmonar asociada, siendo la más prevalente la EPOC (93,3%). Un 7% padece una neoplasia activa concomitante mientras que en un 9% ésta había remitido en el momento del diagnóstico de la angiодисplasia. Otros factores que pudieran estar relacionados son la hepatopatía (16%), las enfermedades reumatológicas (6%) o el tratamiento previo con radioterapia (3%). Por último cabe destacar que en el 79% de los casos se realizó tratamiento endoscópico, mientras que un 1% precisó cirugía y el 20% restante no recibió terapia alguna. Un 8% requirió tratamiento en posteriores ingresos (50% endoscópico, 25% octeótrido, 12,5% cirugía y 12,5% talidomida).

Discusión. En nuestro estudio la mayoría de los pacientes diagnosticados de angiодисplasia intestinal son varones mayores de 70 años, fumadores, que reciben anticoagulantes orales o antiagregantes en su tratamiento habitual. Son estudiados principalmente por anemización, aunque sólo 1/3 de los casos presenta hemorragia franca. La endoscopia sigue siendo el principal método diagnóstico y terapéutico. Desde el punto de vista de la comorbilidad encontramos factores de riesgo ampliamente descritos en revisiones previas, como la insuficiencia renal o la estenosis aórtica, pero se observa también una importante frecuencia de angiодисplasia en patologías como la hipertensión pulmonar, la EPOC, la cardiopatía isquémica con o sin insuficiencia cardíaca asociada o la hepatopatía, que no se han descrito apenas en la literatura.

Conclusiones. Sería conveniente la realización de más trabajos que comparen la aparición o no de angiодисplasia en pacientes diagnosticados de las patologías citadas anteriormente, con el fin de encontrar posibles diferencias estadísticamente significativas. Conociendo a fondo los factores de riesgo y la patogenia de la enfermedad podrían evitarse reingresos y transfusiones periódicas, con el consiguiente ahorro de recursos sanitarios.

V-173

TERAPIA DE SUSTITUCIÓN ENZIMÁTICA EN LA ENFERMEDAD DE GAUCHER TIPO I

L. López Corcuera, B. Andrés del Olmo, E. Trigo Esteban, L. Cano Alcalde, C. Gilsanz, J. García Castaño, F. Tejerina Picado y V. Palazuelos

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

Objetivos. La enfermedad de Gaucher es una enfermedad clasificada entre los errores del metabolismo de los glucolípidos (errores lisosomales). La deficiencia de glucocerebrosidasa hace que su sustrato aumente en las células del sistema macrofágico con el consiguiente acúmulo de estas células en los tejidos, que es el responsable del cuadro clínico. El descubrimiento del déficit de glucocerebrosidasa (1965) y la aprobación de la terapia enzimática (finales siglo XX), han abierto una nueva era en el tratamiento de la enfermedad. No obstante, la amplitud del espectro clínico y lo caro que resulta la terapia sustitutiva (300.000 euros/año/paciente aproximadamente), obligan a ser juiciosos a la hora de iniciar y mantener la terapia. A continuación presentamos tres casos típicos de enfermedad de Gaucher tipo I que son valorados en nuestro servicio de Medicina Interna I.

Material y métodos. Describimos a grandes rasgos los aspectos clínicos y analíticos más relevantes de los tres enfermos con diagnóstico de enfermedad de Gaucher tipo I seguidos por nosotros y la decisión terapéutica que se tomó en cada caso.

Resultados. Caso 1: paciente de 46 años, diagnosticado a los nueve años, esplenectomizado y con prótesis de cadera derecha con densitometría compatibles con osteopenia. Analíticamente: hemoglobina 13.3, 12.800 leucocitos, 169.000 plaquetas. Ferritina 2.454. Actividad glucocerebrosidasa era de 25 (valores normales mayores de 158). El estudio genético muestra la presencia de las mutaciones N3705 y L444P. Puesto que el paciente se trata de un joven con clínica florida, se decidió tratamiento. Caso 2: varón de 72 años esplenectomizado hace treinta años y diagnosticado por médula ósea. Entre sus antecedentes relevantes: prótesis de cadera bilateral con densitometría normal. Datos analíticos: hemoglobina 11.6, plaquetas 106.000, leucocitos 11.000. Ferritina 1245. Determinaciones enzimáticas: glucocerebrosidasa del 72% con una determinación de quitotriosidasa elevada (4.400). En el estudio genético, se descubrió la mutación N3705 en heterocigosis. A pesar que la clínica ósea era significativa, dada la edad y el hallazgo de estenosis aórtica severa, se desestimó tratamiento. Caso 3: mujer de 47 años, diagnosticada a los seis años por esplenomegalia y sin ningún tipo

de control clínico hasta el año 2008. Datos analíticos: destacaba hemoglobina 13.3, 40.000 plaquetas y 4.000 leucocitos; ferritina 421. La densitometría era compatible con osteopenia. La actividad glucocerebrosidasa era 4% (media controles: 100%) y la actividad de quitotriosidasa nula (el estudio molecular de gen de expresión de quitotriosidasa sugirió un paciente nulo en la expresión de este gen). Las determinaciones genéticas descubrieron una mutación N3705 en heterocigosis. Dada la edad, los mínimos niveles enzimáticos y la repercusión clínica visceral y hematológica, se decidió tratamiento.

Conclusiones. El alto coste del tratamiento de sustitución enzimática, pese a ser de elección en muchos casos, hace necesario definir indicaciones clínicas determinadas (plaquetopenia severa, esplenomegalia mayor de 15 cm, alteraciones hepáticas graves o afectación radiológica ósea evidente), dada la variabilidad clínica de esta enfermedad. La decisión de establecer terapia sustitutiva con imiglucerasa en estos pacientes, debe ser individualizada en cada enfermo, y reevaluada la dosis cuidadosamente durante el tratamiento dependiendo de la respuesta en cada caso.

V-174

¿CUÁLES SON LAS CAUSAS DE HIPERFERRITINEMIA EN NUESTRO MEDIO?

E. Fonseca Aizpuru¹, D. Galiana Martín¹, C. Blanco Cristóbal², D. Cuervo Blanco¹, E. Rodríguez Ávila¹, M. Ballesteros Solares¹, R. Fernández Madera¹ y J. Morís de la Tassa¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Bioquímica Clínica. Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias).

Objetivos. La hiperferritinemia es un hallazgo habitual en la práctica clínica diaria, con múltiples causas. Revisar las historias clínicas de los pacientes con ferritina > 1.000 ng/dl, determinar la etiología y analizar si existe asociación entre niveles de ferritina y patología neoplásica.

Material y métodos. Estudio descriptivo, retrospectivo, de los pacientes con determinación de ferritina > 1.000 ng/dl, desde enero a diciembre de 2009. Los datos se obtuvieron del departamento de Bioquímica Clínica del Hospital de Cabueñes, (Gijón), referencia del área sanitaria V de Asturias, con una población de 300.000 habitantes. Los datos se analizaron mediante el programa SPSS v. 12.0.

Resultados. Se revisaron las historias clínicas de 146 pacientes. 111 hombres (76%) y 35 mujeres (24%) con una edad media de 63,25 ± 16,05 (21-93). Los pacientes se estudiaron de forma ambulatoria 50%, o ingresados 50%, fundamentalmente en los Servicios de Medicina Interna 31 (21,8%), Hematología 31 (21,8%) y Digestivo 59 (41,5%). Se llegó al diagnóstico definitivo en 125 pacientes (85,6%), idiopático en 21 (14,4%). Las causas más frecuentes fueron: hepatopatía no viral 50 (34,2%) y viral 17 (11,69%); neoplasia en 35 (24%), infecciosa 33 (22,6%), patología hematológica 23 (15%) -fundamentalmente síndromes mielodisplásicos, y transfusiones 15 (10,3%). La hemocromatosis (8) y la infección por VIH (4), representan menos del 5% de las causas. El etilismo fue el denominador común en 69 pacientes (47,3%), con una media 93,81 ± 47,04 (20-200) gramos de etanol/día. En 42 (28,8%) pacientes la etiología fue multifactorial. Se recogieron datos de síndrome metabólico en 8 (5,6%), aunque se documentó diabetes 30 (21%), dislipemia 35 (24,5%) e HTA 47 (32,9%). Finalmente se diagnosticaron 9 casos de hemocromatosis. Los niveles de ferritina fueron 2.206,55 ± 1.948,04 (1.002-15.398) ng/dl. El hallazgo más frecuente en la ecografía abdominal fue la esteatosis hepática en 24. Sólo 1 caso fue diagnosticado de forma simultánea de esteatosis y síndrome metabólico. Se realizó biopsia hepática con fines diagnósticos en 9 (6,2%), sin complicaciones. Sólo 1 de los cuales con hiperferritinemia idiopática. No se encontró asociación entre niveles de ferritina y neoplasia.

Discusión. La hiperferritinemia es más frecuente en hombres de todas las edades. La causa principal es la hepatopatía, seguida de

neoplasias e infecciones, similar a lo descrito en la literatura. El etilismo tiene gran relevancia y podría justificar el predominio de varones, y la alta prevalencia de hepatopatía no viral. El síndrome metabólico y la esteatosis parecen infradiagnosticadas, en relación a la prevalencia en la población general y la propia serie. La biopsia hepática supone una herramienta diagnóstica de bajo riesgo, que puede ser de gran ayuda en el estudio etiológico, por lo que debería realizarse con más frecuencia.

Conclusiones. La hiperferritinemia predomina en hombres. Las causas más frecuentes son las hepatopatías, seguido de las neoplasias e infecciones. Es importante historia clínica detallada y eventual biopsia hepática.

V-175

REACCIONES ADVERSAS A FÁRMACOS EN SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA Y FACTORES RELACIONADOS

P. Barquilla¹, A. Lorenzo², R. Velasco¹, N. Pacheco¹, C. Fernández Capitán², L. Vicente¹, S. Trejo¹ y J. Chicón¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos. Estudio diseñado para valorar la prevalencia, identificar las más comunes y los factores asociados en las reacciones adversas a fármacos (RAF) observadas en los Servicios de Medicina Interna.

Material y métodos. Todos los pacientes ingresados en 2 servicios de Medicina Interna de Hospitales Docentes (San Pedro de Alcántara, Cáceres y La Paz de Madrid) se monitorizaron por un método de vigilancia intensivo para identificar las RAF. Se valoraron datos clínicos, analíticos e interacciones con otros fármacos prescritos. Para valorar la interacción entre fármacos se empleó un programa comercial informático.

Resultados. Se evaluaron un total de 405 pacientes ingresados, 126 (31%) presentaron 128 RAF, 122 ADRs se observaron durante la hospitalización y el resto fue el motivo del ingreso. Dos pacientes fallecieron en relación con la RAF. La afectación gastrointestinal, cutánea y hematológica, fueron las más frecuentes. En un análisis multivariable de los predictores de la aparición de RAF, los factores asociados fueron: OR (IC95%); más de 12 días de hospitalización: 2,11 (1,27-3,47), alguna interacción importante con otros fármacos: 9,33 (5,12-17) y cambios agudos en el filtrado glomerular superior al 20% respecto al basal del paciente: 2,46 (1,45-4,2). Se observó empeoramiento de la función renal o interacción farmacológica en 9 de cada 10 pacientes con RAF.

Conclusiones. La prevalencia de las RAF en pacientes ingresados en Medicina Interna parece más elevada que la descrita previamente. Una hospitalización prolongada, cambios agudos en la función renal e interacciones farmacológicas son los factores de riesgo más importantes en la aparición de estas reacciones adversas.

V-176

AFECTACIÓN OFTALMOLÓGICA EN LAS VASCULITIS ASOCIADAS A ANCA: DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE PACIENTES

M. Ramentol Sintas, R. Solans Laqué, F. Martínez Valle, A. Segura, A. Selva O'Callaghan y M. Vilardell Tarrés

Servicio de Medicina Interna. Hospital General Vall d'Hebron. Área General. Barcelona.

Objetivos. Descripción de la afectación oftalmológica en pacientes afectados de VANCA, haciendo hincapié en su frecuencia en las distintas entidades englobadas, la forma de presentación, su respuesta al tratamiento y su curso posterior.

Material y métodos. Se partió de la serie de VANCA de nuestro hospital que consta de un total de 104 pacientes: 45 hombres y 57 mujeres (edad media 52 años); 18 pacientes con síndrome de Churg-Strauss (CSS), 42 con poliangiitis microscópica (PAM) y 44 con granulomatosis de Wegener (GW). En ella se buscó a los pacientes que presentaron afección oftalmológica en el debut o en el algún momento del curso de la enfermedad.

Resultados. De un total de 104 pacientes incluidos en la serie de VANCA de nuestro hospital, 18 de ellos (17,3%) presentaron afectación oftalmológica. De éstos, 13 fueron GW (29,5% del total de pacientes diagnosticados de GW), 3 habían sido diagnosticados de CSS (16,6% del total de CSS) y 2 de PAM (4,76% del total de PAM de la serie). 14 de los 18 pacientes que presentaron afectación oftalmológica (77,8%), la presentaban en el momento del diagnóstico de la enfermedad y en ningún caso se manifestó como una afectación localizada. Los diagnósticos oftalmológicos en el momento del diagnóstico de la VANCA fueron: 6 conjuntivitis, 3 escleritis, 5 epiescleritis, 4 queratitis, 2 uveítis, 3 pseudotumores orbitarios, 3 dacriocistitis y 1 vasculitis retiniana. Del total de pacientes con afectación oftalmológica, el 72,2% presentaban ANCAS en sangre periférica (61,5% PR3-ANCA y 38,5% MPO-ANCA). En relación al tratamiento inicial, 12 pacientes recibieron ciclofosfamida, 4 de ellos bolus de metilprednisolona, 4 pacientes corticoides intraoculares. Se logró la remisión completa de la sintomatología del debut de la enfermedad en 13 de los 18 pacientes (72,3%), y en todos los casos en relación a la afectación oftalmológica. Sin embargo, 10 pacientes (55,5%) presentaron alguna recidiva en el curso de la enfermedad con una media de $2,7 \pm 3,09$ recidivas (rango de 1 a 11). Un total de 7 pacientes (38,9%) sufrieron secuelas con compromiso de la agudeza visual: 3 pacientes con ceguera monocular, 1 enucleación ocular, 2 cataratas y 1 glaucoma.

Discusión. El 29,5% de los pacientes diagnosticados de GW y el 16,6% de los diagnosticados de CSS presentaron afectación oftalmológica en algún momento de la enfermedad. A pesar de que la mayoría de las afectaciones oftalmológicas se diagnosticaron en el debut de la enfermedad, no se observó ningún caso que se presentara como afectación oftalmológica localizada. No obstante, el 57% de los pacientes que debutaron con afectación oftalmológica presentaron al menos una recidiva posterior y el 38,9% presentaron secuelas con compromiso de la agudeza visual, lo que convierte esta afectación en una importante fuente de morbilidad en estas enfermedades.

Conclusiones. La afección ocular en las VANCA es relativamente frecuente. Las conjuntivitis, la uveítis anterior y las epiescleritis suelen responder al tratamiento corticoideo tópico y/o oral. La queratitis necrotizante, la vasculitis retiniana y la neuritis óptica requieren tratamiento sistémico y suelen cursar con secuelas visuales (disminución de la agudeza visual, ceguera).

V-177

ANÁLISIS DE LA MEJORÍA EN EL CONTROL GLUCÉMICO EN PACIENTES TRATADOS CON INSULINA BASAL, METFORMINA E INCRETINAS

C. Bocanegra Muñoz, J. Rosal Obrador, D. Marín Dueñas y S. Hueso Monge

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera. Cádiz.

Objetivos. Describir nuestros resultados iniciales con la asociación de incretinas (inhibidores de DPP4) a pacientes con DM-2 tratados previamente con insulina basal y metformina, con la intención de alcanzar los niveles de A1c considerados óptimos para cada paciente sin asumir riesgos de hipoglucemia.

Material y métodos. Realizamos un estudio descriptivo de los primeros 22 pacientes consecutivos tratados con dicha tríada (metformina, incretinas e insulina glargina, administrada ésta en dosis

única matutina y con autoajuste de dosis) en una consulta externa de medicina interna desde noviembre de 2009 hasta marzo de 2010. Para ello analizamos la edad, tiempo de evolución de la diabetes, factores de riesgo cardiovascular asociados, datos antropométricos (IMC, perímetro de cintura), afectación de órganos diana, efectos secundarios (expresados fundamentalmente como hipoglucemias sintomáticas objetivadas), tiempo de duración del tratamiento triple y la evolución de los niveles de A1c. No disponemos de niveles de péptido C.

Resultados. Hemos analizado 22 pacientes con una media de edad de 64,19 años (de 39 a 83 años), con un perímetro abdominal medio de 112,42 cm. La media de evolución de la diabetes fue de 8,4 años, apreciándose lesiones microvasculares en el 40,9% de los casos y lesiones macrovasculares en el 9,09%. El nivel medio de A1c previo fue de 9,51%, y tras una media de 77,57 días de tratamiento triple obtuvimos una A1c de 7,91% (descenso del 1,6%). En ninguno de nuestros pacientes se observó la presencia de hipoglucemias sintomáticas documentadas, efectos secundarios reseñables ni abandono de tratamiento.

Discusión. La diabetes mellitus es una enfermedad crónica grave, cuyo manejo va más allá del mero control glucémico, siendo necesario un enfoque global del paciente y una individualización del tratamiento, que debe ir dirigido a la consecución de objetivos precisos que han demostrado beneficios clínicos. Entre los que destacamos: TA < 125/80, A1c < 7% (entre 7 y 7,5%), LDL < 100 mg/dL, modificación de estilo de vida (dieta, pérdida ponderal y ejercicio regular) y abandono del tabaquismo. En la práctica clínica suele ser difícil conseguir dichos objetivos, siendo la inercia y/o el conformismo terapéutico, tanto del médico como del paciente, uno de los factores que más contribuyen a ello. Actualmente es más importante alcanzar dichos fines clínicos que los medios utilizados para ello. En los pacientes tratados con metformina e insulina basal que no consiguen reducciones de A1c, se considera a la hiperglucemia postprandial como la principal responsable, utilizándose habitualmente los bolus preprandiales de insulina rápida como siguiente paso terapéutico. Ello añade complejidad, tendencia al aumento de peso y mayor riesgo hipoglucémico, que no debemos infravalorar como responsable de morbimortalidad. En nuestra serie de pacientes a los que añadimos inhibidores de DPP4 (cuya acción es exclusivamente postprandial) hemos obtenido una significativa reducción de A1c (-1.6%) en un breve período (media de 11 semanas), sin efectos secundarios y sin ganancia ponderal. Además no se vio incrementado el número de tomas diarias.

Conclusiones. La adición de inhibidores de DPP4 a los diabéticos tipo 2 tratados con insulina basal y metformina en los que no se consiguen objetivos de A1c, podría ser una alternativa eficaz, segura (al menos a corto plazo) y muy bien tolerada y aceptada por los pacientes.

V-179

CAMBIOS EN LAS CAUSAS DE MUERTE EN ESCLERODERMIA, 1986-2010

S. Oliveró Soldevila, A. Fernández Luque, N. Iriarte Gay, C. Simeón Aznar, V. Fonollosa Pla, C. Pérez Bocanegra, J. Lima Ruiz y M. Vilardell Tarrés

Servicio de Medicina Interna. Hospitals Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos. Documentar los cambios en las causas de muerte en la esclerodermia (ES) durante los últimos 25 años en pacientes controlados en un mismo centro médico.

Material y métodos. Se estudiaron 79 pacientes afectados de ES que murieron entre el 1 de enero de 1986 y el 30 de abril del 2010. Se dividieron en periodos de 5 años según la fecha de la muerte. Se clasificaron según la causa de la muerte, estas incluían causas relacionadas con la ES: crisis renal esclerodérmica (CRE), hipertensión pulmonar arterial (HTAP), enfermedad pulmonar intersticial difusa

(EPID), afección gastrointestinal (esofágica o de intestino delgado) y afección cardíaca (miocardiopatía primaria o trastornos del ritmo cardíaco) y causas no relacionadas con la SCL: neoplasias, enfermedad cerebrovascular, infección, muerte súbita, otras y causas desconocidas. También se clasificaron según el tipo de afección cutánea en difusa, limitada y sine esclerodermia.

Resultados. El número de pacientes controlados aumentó de 101 en el primer periodo (1986-90) hasta 326 en el último periodo (2006-10). Sin embargo el porcentaje de muertes totales disminuyó del 10% al 4%. El número de muertes según el tipo de ES se mantuvo estable a lo largo del tiempo. La duración de la enfermedad (desde el primer síntoma) hasta la muerte aumentó de 10 años de media en el primer grupo a 19 años de media en el último grupo. Las muertes por causas relacionadas con la ES disminuyeron desde el 100% al 60% a lo largo de los 25 años de seguimiento mientras que las causas no relacionadas con la ES aumentaron de ningún caso en el primer periodo a ser el 38,5% en el último periodo. Entre las causas de muerte relacionadas con la ES no mostraron variaciones las causas digestivas (5%) y cardíacas (6%). Las muertes por CRE disminuyeron del 50% de las muertes del primer periodo al 15% de las del último periodo mientras que el porcentaje de las muertes de causa pulmonar (HTAP 20% y EPID 10%) se mantuvo estable, pasando por tanto a ser la principal causa de muerte relacionada con la SCL (37,5% de las causas de muerte relacionadas con la ES) en los últimos periodos de tiempo (desde 1996-2010).

Discusión. La ES es una enfermedad que se caracteriza por una marcada heterogeneidad en sus manifestaciones clínicas, su evolución y pronóstico. Los estudios realizados sobre las principales causas de muerte han mostrado variaciones a lo largo de los años. La mayor supervivencia de los pacientes con ES ha hecho que las muertes por otras causas no relacionadas con la enfermedad hayan aumentado en los últimos años, mientras que las principales causas de muerte relacionadas con la ES han cambiado. Como en nuestro estudio, en la actualidad, la CRE ha dejado de ser la principal causa de muerte en relación, probablemente con el diagnóstico precoz y la introducción de los IECAs, mientras que las causas pulmonares (HTAP y EPID) han pasado a ser la primera causa de muerte, a pesar de la introducción de nuevos tratamientos.

Conclusiones. El cambio en el patrón de las muertes relacionadas con la ES en los últimos 25 años demuestra que la afección pulmonar (HTAP y EPID) es la principal causa de muerte secundaria a SCL en la actualidad.

V-180

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA: PREDICTORES DE MORTALIDAD A LARGO PLAZO

P. Ruiz Artacho, J. Bustamante, D. Chaparro, R. Cuervo, E. García Lamberechts, C. Fernández, F. Martín y J. González del Castillo

Servicio de Urgencias. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos. La hemorragia digestiva baja en pacientes internados en la unidad de corta estancia podría contribuir de forma indirecta a la mortalidad a largo plazo, pero no aparenta ser la causa primaria de muerte. La información acerca de la mortalidad a largo plazo en individuos con hemorragia gastrointestinal (HGI) es escasa. El objetivo de este trabajo fue evaluar la tasa de mortalidad por cualquier causa. El objetivo secundario fue investigar la validez del índice de Charlson para predecir la mortalidad a largo plazo en estos casos.

Material y métodos. Estudio retrospectivo y contacto telefónico al año con todos los pacientes con hemorragia digestiva baja ingresados en la Unidad de Corta Estancia (UCE) del Hospital Clínico San Carlos (HCSC) durante el año 2008. Durante el análisis estadístico se realizó análisis uni y multivariante con regresión logística para estudiar la asociación del índice de Charlson con la mortalidad al año.

Resultados. Se realizaron 178 ingresos, de los cuales 92 eran mujeres y 86 eran hombres, con una media de edad de 70 ± 17 años y una estancia media de $2,2 \pm 2,0$. De los 178 pacientes se realizó seguimiento al año en 127 pacientes. La mortalidad al año fue del 7,1%. El índice de Charlson se asoció con la mortalidad con una OR de 1,4 (IC95% 1,1-1,8). Así mismo, en el análisis multivariante teniendo en cuenta el sexo, la necesidad de transfusión o cirugía durante el ingreso, la estancia hospitalaria y el reingreso, el índice de Charlson también se asoció con la mortalidad al año con una OR de 2,4 (IC95% 1,1-5,7). La transfusión en el ingreso también se asoció con la mortalidad.

Discusión. La mortalidad por HGI registrada se ha mantenido constante en los últimos 40 años en valores que van del 8% al 10%. Pero estos datos en su mayoría provienen de estudios que evalúan la mortalidad en el hospital o dentro del primer mes de internación, y la información más allá de los 30 días es escasa.

Conclusiones. La mortalidad a largo plazo (en un periodo de 1 año) en pacientes ingresados en UCE por hemorragia digestiva baja es del 7,1%. Las tasas más altas de mortalidad entre los pacientes con HDB son atribuidas a las enfermedades que coexisten con esta entidad. Por este motivo el índice de Charlson es útil para predecir la mortalidad, siendo mayor en el grupo de pacientes fallecidos.

V-181

ANÁLISIS DE 218 EPISODIOS DE FIBRILACIÓN AURICULAR REVERTIDOS A RITMO SINUSAL EN URGENCIAS

J. Jacob Rodríguez, J. Gómez Junyent, P. Guiteras Val, F. Llopis Roca, X. Palom Rico, E. Lista Arias, C. Ferre Losa e I. Bardes Robles

Servicio de Urgencias. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

Objetivos. Conocer las características de los pacientes que consultan en urgencias por fibrilación auricular (FA) y se decide revertir a ritmo sinusal mediante cardioversión eléctrica o farmacológica.

Material y métodos. Estudio descriptivo y retrospectivo de 218 episodios de FA que consultan en urgencias, de noviembre del 2008 a abril del 2010, y que se revierten a ritmo sinusal. Se recogieron datos de edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular (FRCV), tratamiento antiarrítmico utilizado en urgencias, tipo de cardioversión y reconsulta a los 30 días por nuevo episodio de FA.

Resultados. Se recogen 218 episodios de FA con una edad media de 66,6 años, el 51,3% eran hombres. Los FRCV más frecuentes fueron hipertensión arterial (82,1%), tabaquismo (33%), dislipemia (26,6%), insuficiencia cardíaca (17,4%), diabetes (13,7%) y cardiopatía isquémica (11%). El 50,4% consultó por palpitaciones y en el 21,5% la FA fue un hallazgo casual. La frecuencia cardíaca media fue de 129 latidos por minuto. En el 67,4% de los casos la duración de la FA fue de menos de 48 horas. Un 50,4% era una FA de novo, 34,4% tenía FA recurrente y 15% FA crónica. Se realizó cardioversión eléctrica en 106 casos (48,6%), farmacológica en 100 (45,9%) y espontánea en 12 (5,5%). El tratamiento farmacológico más utilizado para la cardioversión farmacológica fue la amiodarona (64,6%), seguido de propafenona (14,6%) y flecainida (2,2%). No hubo ninguna complicación posterior a la cardioversión y la reconsulta a los 30 días por nuevo episodio de FA fue del 10,5%.

Conclusiones. La mayoría de pacientes con FA revertida son mayores de 65 años, sobretudo hipertensos y que consultan por palpitaciones. El antiarrítmico más utilizado para la cardioversión farmacológica es la amiodarona seguido de la propafenona. La cardioversión farmacológica y eléctrica se usan con frecuencia similar y el grado de reconsulta a los 30 días no es elevado. Creemos que el manejo farmacológico se puede mejorar utilizando más fármacos antiarrítmicos de la clase Ic.

V-182

VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS) EN UN GRUPO DE PACIENTES INFECTADOS POR VIH

L. Briongos Figueroa¹, P. Bachiller Luque¹, T. Palacios Martín¹ y J. Eiros Bouza²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. ²Servicio de Microbiología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Objetivos. La infección por VIH afecta al individuo en todos los niveles, afectando a la esfera biopsicosocial. La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) valora el impacto global de la enfermedad y la percepción del paciente. Objetivo: analizar la relación entre CVRS y el estado sociodemográfico, clínico y psicosocial y establecer un modelo predictivo de CVRS en una muestra de pacientes VIH seguidos en la Consulta monográfica de un hospital español de tercer nivel.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal en pacientes VIH en seguimiento en el Hospital Universitario Río Hortega. Cuestionarios: específico de variables sociodemográficas y clínicas; cuestionario MOS-HIV (Medical Outcome Study específico para VIH) con 11 dimensiones individuales (Percepción general de salud, Dolor función física, Función de rol, Salud mental, Energía, Problemas de salud, Función cognitiva, Calidad de vida y Salud transitoria) y 2 globales (ISF (Índice de Salud Física) e ISM (Índice de Salud Mental)) de CVRS; cuestionario BDI-II (Beck Depression Inventory, versión II) de depresión. Muestra: 150 pacientes seleccionados consecutivamente. Datos: análisis con SPSS v15.0 (nivel de significación $p \leq 0,05$). Análisis de regresión: variables dependientes ISF e ISM para pobre Calidad de vida (ISF y/o ISM \leq percentil 25).

Resultados. Puntuación media: ISF $52,3 \pm 8,8$ e ISM $49,3 \pm 9,9$. Mujeres: peores puntuaciones en Dolor ($p = 0,038$) y Función cognitiva ($p = 0,037$). Pacientes infectados por compartir drogas por vía parenteral: puntuación menor en Percepción General de Salud ($p = 0,034$). Pacientes en estadio C: mejores puntuaciones en Salud mental ($p = 0,023$), Energía ($p = 0,050$), Función cognitiva ($p = 0,046$), Calidad de vida ($p = 0,018$) e ISM ($p = 0,025$). Pacientes asintomáticos y pacientes sin depresión: mejores puntuaciones en todas las dimensiones ($p < 0,001$). El modelo para ISF explicaba el 83,3% del parámetro ($p < 0,001$), siendo variables independientes predictoras de pobre ISF "ser mujer" y "haber estado hospitalizado durante el último año", mientras "no tener hijos" y "no depresión" fueron protectores. El modelo para ISM explicó el 88,1% del parámetro ($p < 0,001$) siendo "no depresión" y "ausencia de hepatitis C crónica" variables protectoras frente a pobre ISM.

Discusión. Los pacientes en estadio SIDA mostraron mejores puntuaciones en varios índices, contrariamente a los datos hallados en la literatura. Este hecho puede deberse a la estabilidad en la evolución clínica a lo largo de los años, mejorando la situación inmunológica y manteniéndose la categoría C. Los pacientes asintomáticos presentaron mejores puntuaciones en todas las dimensiones y a mayor número de síntomas peores puntuaciones. Por otro lado, una nacional reciente aporta otros modelos explicando el 34% del ISF y el 33,9% del ISM del MOS-HIV, datos superados por nuestra aportación que resulta innovadora en este ámbito.

Conclusiones. Hemos hallado fuerte relación entre CVRS y sintomatología y depresión. Los factores más fuertemente predictoros de pobre ISF fueron "sexo femenino" y "hospitalización los meses previos", siendo protectores "no depresión" y "no tener hijos". La "no depresión" y "no hepatitis C crónica" fueron protectores frente a pobre ISM. Conocer estos datos es útil al considerar las variables relativas a la enfermedad y planificar actividades en la mejora de CVRS en población VIH.

V-184

EPIDEMIOLOGÍA, CLÍNICA Y EXPLORACIÓN FÍSICA DE LA ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

E. Rashid Jiménez, C. Aguirre González, P. Aroca Fernández, J. Laso Trillo, C. Rosa García, F. Sarabia Marco, J. Fernández Pardo y M. García Puche

Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Objetivos. Describir las características epidemiológicas y las manifestaciones clínicas más frecuentes en los pacientes con arteritis de células gigantes (ACG) diagnosticados en nuestro servicio de M. Interna.

Material y métodos. Estudio retrospectivo, descriptivo en una serie de 75 pacientes con sospecha clínica de ACG ingresados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Reina Sofía de Murcia desde 1997 a 2009. Hemos llevado a cabo la revisión de las historias clínicas informatizadas, realizando el análisis estadístico con el programa SPSS-15 para Windows.

Resultados. De los 75 pacientes (todos caucásicos) con sospecha clínica, el 69% eran mujeres y el 31% hombres. Todos eran mayores de 50 años, con una edad media de 76.45 años. Los síntomas más frecuentes fueron cefalea (57%), fiebre (44%), polimialgia reumática (40%) y cansancio (32%); otras manifestaciones clínicas como las alteraciones visuales (24%), disminución de peso (16%), alteraciones neurológicas (15%), tos (7%), claudicación mandibular (7%) y dolor faríngeo (2%) fueron menos frecuentes en nuestra serie. En cuanto a los hallazgos exploratorios, en nuestra serie fueron poco habituales, encontrando dolor a la palpación en un 12%, engrosamiento y disminución de pulsos temporales en un 9%.

Discusión. En nuestra serie comprobamos que la arteritis de células gigantes es una vasculitis que afecta predominantemente a mujeres de raza blanca a partir de los 50 años. En cuanto a la clínica, si bien coincidimos con las grandes series en que los síntomas más frecuentes son la cefalea, seguida de la fiebre y la polimialgia reumática, otros como la claudicación mandibular y la hipersensibilidad del cuero cabelludo (presentes en el 40% en otros estudios) fueron menos prevalentes en nuestros pacientes. Por el contrario, los hallazgos exploratorios, aunque escasos fueron más evidentes que en otras series.

Conclusiones. La ACG es una vasculitis que afecta más frecuentemente a mujeres a partir de los 50 años. Se debe sospechar clínicamente cuando aparece una cefalea de reciente comienzo, junto con fiebre y polimialgia reumática una vez se hayan excluido otros diagnósticos.

V-185

ANÁLISIS DE LAS HEPATITIS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

S. Márquez Batalla¹, M. García García¹, N. Cubino Bóveda¹, L. López Mesonero², E. Fraile Villarejo¹, I. González Fernández¹, A. Romero Alegría¹ y P. Miramontes González¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca. ²Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Clínico. Salamanca.

Objetivos. Se define hepatitis como la inflamación del tejido hepático y las múltiples enfermedades que así cursan. Se analizan los casos de hepatitis atendidos en Medicina Interna: etiologías más prevalentes, formas de presentación, parámetros analíticos y serológicos, pruebas de imagen y biopsia hepática.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo extrayendo información de la base de datos de nuestro servicio, incluimos a 31 pacientes atendidos durante los años 2002-2008 que presentaron hepatitis tanto aguda como crónica.

Resultados. De los 31 pacientes el 61,29% varones y 38,71% mujeres. La causa más frecuente fue la hepatitis vírica (38,71%), enólica (29,03%), tóxica (22,58%), autoinmune (6,45%) y la CBP (3,22%). En las víricas el 75% por VHC, existiendo 1 caso de coinfección VHC-VHB, 2 casos eran VIH. 2 casos por VHA y 1 por VEB. La forma de presentación más frecuente, la fiebre (58,33%), seguida de ictericia, astenia, náuseas y vómitos (41,67%). En la exploración el 33,33% dolor abdominal, el 25% hepatomegalia, el 16,67% adenopatías y 8,33 esplenomegalia. En la alcohólica, los síntomas fueron fiebre e ictericia (66,67%) y dolor abdominal (55,56%). En la exploración, hepatomegalia (55,56%) y ascitis (33,33%). Dos de los casos eran VIH+. En las tóxicas, 2 eran intoxicación por setas y el resto farmacológicas: 2 por azatioprina y metotrexate, 2 por fentanilo y 1 por ácido valproico. Los síntomas fueron dolor abdominal, náuseas, vómitos y diarrea (42,86%), salvo en la intoxicación por opioides que fue depresión del SNC, miosis, hiporreflexia, bradipnea, bradicardia e hipotensión. En las autoinmunes el motivo de consulta fue dolor abdominal junto con náuseas y vómitos y en la CBP dolor abdominal e ictericia. Analíticamente: en las víricas, tóxicas y enólicas predomina el patrón de citolisis frente al de colestasis (en alcohólica AST/ALT > 1 con GGT más elevada que en las otras dos). Las dos hepatitis autoinmunes son tipo 1 (ANA y Ac. Anti-Musc liso +). En la CBP predomina la colestasis, aumento de IgM y Ac. Anti-Musc liso+. El 83,87% presentó aumento de bilirrubina, El 38,71% anemia, el 58,06% linfopenia y 29,03% trombopenia. El 25,8% alteraciones en la coagulación. Como técnicas de imagen, se realizaron 14 ecografías y 9 TAC, detectándose 25,81% hepatomegalias, 19,35% esplenomegalias y 9,68% ascitis. Se precisó biopsia hepática en 3 (2 hepatitis autoinmunes y en la CBP).

Discusión. Las de hepatitis víricas son las más prevalentes, en nuestro caso de VHC en su fase crónica, dado que se cronifica en el 80% de los casos y un 20-35% desarrollan cirrosis. Un paciente estaba en tratamiento con ribavirina e interferón, el resto se encontraba en fase crónica inactiva. Uno de los pacientes presentó un hepatocarcinoma, el cual además presentaba coinfección VHC-VHB, factor de riesgo para desarrollo de hepatocarcinoma. No hubo ningún caso de fracaso hepático fulminante.

Conclusiones. La hepatitis vírica ha sido la más frecuente predominando la infección crónica inactiva por VHC. Los síntomas más comunes son la fiebre (de predominio en las víricas), ictericia, dolor abdominal, náuseas y vómitos. Es frecuente la hepatoesplenomegalia. Analíticamente predomina la citolisis frente a la colestasis, excepto en la CBP, puede aparecer anemia, linfopenia, trombopenia y alteraciones en la coagulación. Se precisó biopsia en las hepatitis autoinmunes y de la CBP.

V-186

PAPEL DEL INTERNISTA EN UN SERVICIO QUIRÚRGICO: CIRUGÍA VASCULAR

N. Castro Iglesias, R. Díez Bandera, L. Manzanedo Bueno, M. Fidalgo Fernández, L. Alvela Suárez, J. Torres Triana, P. Crecente Otero y G. Spalter Glicberg

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

Objetivos. Valorar la actividad del internista en un servicio quirúrgico como Cirugía Vascular.

Material y métodos. Análisis retrospectivo de interconsultas realizadas desde Cirugía Vascular a Medicina Interna en el Hospital Clínico Universitario de Salamanca, analizándose edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular, hábitos tóxicos, otras patologías previas, motivo de ingreso en la planta quirúrgica, motivo de valoración por Medicina Interna, tiempo de seguimiento, diagnósticos, destino del enfermo.

Resultados. De los 50 pacientes analizados, el 82% son varones. La edad media es de 72,12 años. Entre los factores de riesgo cardio-

vascular el 62% son hipertensos, el 38% son diabéticos, el 24% presentan hipercolesterolemia. El 22% eran fumadores y el 6% tenían hábito enólico. El 27,3% tenía antecedente de cardiopatía isquémica tipo infarto de miocardio, el 18% de fibrilación auricular crónica, el 12% de ictus isquémico, el 20% de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el 12% de insuficiencia renal crónica. El ingreso en Vascular fue isquemia arterial crónica en el 50%, pie diabético en el 6%, gangrena en el 14%, aneurisma de aorta en el 10%. Precisarón intervención quirúrgica el 58,1% de los pacientes, siendo by-pass el 28%, amputación en el 52%, taponamiento de aneurisma en el 8% y endoprótesis en el 4%. La valoración por Medicina Interna fue disnea aguda en el 50%, control de factores de riesgo cardiovascular en el 16%, fiebre en el 16%, descompensación de enfermedad de base en el 12%. La media de seguimiento fue de 7,58 días. Los diagnósticos fueron insuficiencia cardíaca en el 42%, insuficiencia respiratoria en el 26%, infección respiratoria en el 26%, infección asociada a catéter en el 8%. Respecto al análisis microbiológico, los hemocultivos fueron positivos en el 14% de los pacientes. El 14% precisó traslado a Medicina Interna y el 22% al alta necesitó seguimiento en consulta de Medicina Interna. Respecto a la evolución el 86% experimentó mejoría clínica y el 14% restante fue exitus.

Discusión. Destaca el predominio masculino, relacionado con los hábitos tóxicos y con los factores de riesgo cardiovascular, debiendo señalar que algún resultado puede estar infravalorado, pues estos pacientes son valorados por diferentes especialistas. Hay alto porcentaje de diabéticos con toda la comorbilidad asociada en ellos. La causa fundamental de ingreso en Vascular es isquemia arterial crónica, precisando un porcentaje alto intervención quirúrgica radical, como amputación. El motivo fundamental de consulta a Interna fue disnea y fiebre, así como el control de sus factores de riesgo cardiovascular. El seguimiento fue prolongado con una media de más de una semana. Entre los diagnósticos destaca la descompensación de insuficiencia cardíaca, la insuficiencia respiratoria y la infección respiratoria, en estrecha relación. El porcentaje de positividad en los hemocultivos fue bajo. Una proporción elevada de pacientes precisó seguimiento en consulta tras el alta. La evolución fue favorable en alto porcentaje.

Conclusiones. Los pacientes de ingresados en Vascular, tienen edad media elevada y mucha comorbilidad, por lo que presentan con frecuencia descompensaciones de sus enfermedades de base y complicaciones habituales, sobre todo de la esfera cardiovascular/infecciosa que precisan de la valoración y seguimiento prolongado por Medicina Interna. No hemos comparado la evolución de pacientes tratados por más especialistas o sólo por el especialista de Medicina Interna. De los datos analizados, se concluye que tras la intervención del internista en pacientes con múltiples complicaciones la evolución es favorable en un alto porcentaje de los mismos.

V-187

COMPARACIÓN ENTRE LAS INTERCONSULTAS HECHAS A PACIENTES MENORES DE 45 AÑOS, ENTRE 45 Y 75 Y EN MAYORES DE 75 AÑOS POR UNA UNIDAD DE INTERCONSULTAS MÉDICAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO

J. Marco Martínez¹, C. Granda París², R. Sanz Lorente², G. Sotres Fernández², P. González Díez², V. López Peláez² y C. Vicente Martín³

¹Unidad de Interconsultas Médicas, ²Servicio de Medicina Interna III. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid).

Objetivos. Describir las diferencias debidas a la edad en las interconsultas remitidas a una Unidad monográfica de interconsulta médica en un hospital terciario.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo. Periodo de estudio: septiembre de 2007 a mayo de 2010. Explotación de una base de datos local creada al efecto que consta de datos adminis-

trativos y del episodio y datos clínicos. Se establecen tres grupos de comparación: < 45 años, entre 45 y 75 años y > 75 años de edad. Una $p \leq 0,05$ tiene significación estadística.

Resultados. En la tabla se exponen las variables más importantes para cada grupo.

Discusión. Todas las comparaciones establecidas tienen significación estadística. El grueso de nuestra población se sitúa en el rango de 45 a 75 años y ellos consiguen los valores intermedios. El grupo de mayor edad tiene la mortalidad más alta y la estancia media más larga; también requieren más visitas y se resuelven menos en una sola intervención; por el contrario, son los que atendemos con mayor prontitud. La población joven, la más exigua, tiene una estancia media muy corta, en un alto porcentaje queda resuelta en una sola visita y tienen una mortalidad casi nula. La edad es una variable determinante en el curso clínico de los pacientes que nos son consultados. Ver tabla (V-187).

TV-188

ATENCIÓN AL PACIENTE ONCOLÓGICO EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

E. Ferrer Cobo¹, B. Muñoz González¹, M. Calahorra Magdaleno², M. Segura Parra², B. Consola Maroto¹, A. Almuedo Riera¹ y M. Vila Vall-Ilovera¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Enfermería. Unidad Hospitalización a Domicilio. Hospital General de Granollers. Granollers (Barcelona).

Objetivos. El objetivo del presente trabajo ha sido conocer el tipo de paciente oncológico que atendemos en la Unidad de Hospitalización a Domicilio, principalmente los motivos de ingreso y los servicios con los que colaboramos en la atención de este tipo de paciente.

Material y métodos. Revisión retrospectiva de los ingresos realizados en la UHaD entre los meses de marzo de 2009 y junio de 2010. Se ha considerado paciente oncológico aquél con una neoplasia activa en el que el motivo de ingreso en la UHaD estaba relacionado con la patología oncológica. El Hospital General de Granollers es un hospital comarcal de la provincia de Barcelona que da cobertura a 450.000 habitantes, con 295 camas de agudos. Dispone de una Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHaD) con 2 médicos y 4 enfermeras que prestan servicio de 8 a 21.30h los días laborables y de 8 a 16h los fines de semana y festivos.

Resultados. En los 16 meses analizados se han producido en la UHaD 492 ingresos, generados por 389 pacientes, siendo un 56,3% de ellos varones, con una edad media de $66,6 \pm 18,6$ años. De éstos, 126 ingresos (generados por 86 pacientes) han correspondido a pacientes oncológicos, lo que supone un 25,6% de la actividad de la Unidad. El 52,3% fueron varones, con edad media de $62,9 \pm 15,5$ años. Los pacientes oncológicos provenían de: 37,6% consultas externas de Oncología/Hospital de Día de Oncología/planta de hospitalización de Oncología, 37,6% Hospital de Día Médico/planta de hospitalización de Medicina Interna o Geriátrica, 17,6% cirugía, 5,9% urgencias médicas. Los motivos más frecuentes que han condicionado el ingreso en la UHaD han sido: 36,5% soporte al tratamiento

quimioterápico que se administra en bomba de perfusión continua iniciada en Hospital de Día de Oncología y se retira en el domicilio del paciente, 18,8% curas de herida quirúrgica, 18,8% control de síntomas (procedentes de Medicina Interna el 75%, de Oncología el 12,5% y de urgencias el 12,5%), 16,5% infecciones en el paciente oncológico, 7% enfermedad tromboembólica.

Conclusiones. La UHaD colabora de forma estrecha con el Servicio de Cirugía y la Unidad de Oncología en el cuidado de los pacientes oncológicos. Del mismo modo, en los últimos meses está aumentando la colaboración con la Unidad de PADES, que en nuestra comarca depende de Atención Primaria para evitar/retardar los ingresos hospitalarios en la Unidad de Cuidados Paliativos en los pacientes que así lo solicitan.

V-190

DIFERENCIAS CLÍNICAS, EPIDEMIOLÓGICAS Y HEMODINÁMICAS ENTRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR IDIOPÁTICA Y LA ASOCIADA A ESCLERODERMIA

A. Fernández Luque¹, M. López Meseguer², N. Iriarte¹, S. Oliveró¹, C. Simeón¹, V. Fonollosa¹, A. Román² y M. Vilardell Tarrés¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Neumología. Hospitals Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos. Determinar las diferencias clínicas, epidemiológicas y hemodinámicas entre pacientes con hipertensión arterial pulmonar idiopática (HAPI) y la asociada a la esclerodermia (HAP-ES).

Material y métodos. Estudio retrospectivo que compara 2 series de pacientes, una con HAP-ES (n = 36) y otra con HAPI (n = 69), todos ellos controlados en nuestro centro. Se analizan variables clínicas, epidemiológicas y hemodinámicas.

Resultados. La edad de diagnóstico (ED) de los pacientes con HAP-ES fue claramente mayor que la de pacientes con HAPI (57,2 años vs 42,9). En ambos grupos, la mayor parte de los pacientes estaban en clase III de la NYHA en el momento del diagnóstico (69,4% para HAP-ES y 71% para HAPI). Ningún paciente presentó disfunción del ventrículo izquierdo (DVI), si bien no disponemos de datos de gran número de pacientes. Los parámetros hemodinámicos fueron los siguientes: en el grupo de HAP-ES las medias de la presión arterial pulmonar sistólica (PAPs), presión arterial pulmonar media (PAPm), índice cardíaco (IC) y presión capilar pulmonar (PCP) fueron de 68,6 mmHg, 43,7 mmHg, 2,25 L/min/m² y 9,7 mmHg, respectivamente; y en el grupo de HAPI estos resultados fueron de 82,7, 54, 2,3 y 9. En el grupo de HAP-ES el 38,8% fallecieron antes de cumplirse 3 años desde el diagnóstico de ésta y 41,6% antes de los 5 años. En el grupo de HAPI estos porcentajes fueron de 10,1 y 13%.

Discusión. Nuestros resultados apoyan un peor pronóstico de la HAP-ES respecto a la HAPI, con una mortalidad en el primer grupo entre 3 y 4 veces superior. No hay grandes diferencias entre grupos en CF de la NYHA ni en el año de diagnóstico (AD) que expliquen este hecho. El AD podría influir en el pronóstico por la aparición del tratamiento vasodilatador en el 2002. La ED es superior en la serie de HAP-ES, lo que podría conllevar mayor comorbilidad, a parte de la que condiciona la propia esclerodermia (ES), y peor adaptación a las alteraciones hemodinámicas en estos pacientes. A pesar de que

Tabla (V-187).

Rango de edad	< 45 años	45-75	> 75 años	p
Nº pacientes (% varones)	318 (50,3)	741 (52,2)	538 (45,0)	0,035
Edad media (DE)	33,2 (7,2)	61,8 (8,7)	83,0 (8,7)	
Estancia mediana (rango intercuartil, RIQ)	2 (0-8)	7 (2-15)	7 (2-16)	< 0,001
Nº visitas (RIQ)	2 (1-14)	3 (2-7)	5 (2-10)	< 0,001
% visto en una visita	37,5%	22%	16,8%	< 0,001
Mortalidad	0,5%	4,9%	11,5%	< 0,001
Tiempo de demora (% mismo día)	91,2%	91,7%	93,4%	< 0,001

el grupo HAPI tiene mejor pronóstico, sorprende que las presiones medidas por cateterismo (PAPs y PAPm) son mayores en estos pacientes que en los de HAP-ES, con un IC similar. Ningún paciente en los 2 grupos presentó DVI y la valoración de la disfunción diastólica o del ventrículo derecho (VD) se realizó en pocos pacientes, por lo que no se ha podido incluir en el estudio. Ante estos resultados, habría que estudiar con más profundidad el corazón, mediante un ecocardiograma más detallado y/o RMN cardíaca, dado que quizás la afección miocárdica por ES sea responsable de peor adaptación cardíaca a las presiones pulmonares y explique el peor pronóstico de la HAP-ES respecto a HAPI.

Conclusiones. La HAP-ES tiene mayor mortalidad que la HAPI a pesar de presentar PAPm más baja e IC similar. La edad al diagnóstico, comorbilidad y posible afección miocárdica por la propia ES podrían influir en este hecho.

V-191

ANÁLISIS DE LA DOCUMENTACIÓN ENTREGADA POR LOS DELEGADOS DE LOS LABORATORIOS FARMACÉUTICOS

R. Puerta Louro, F. Fernández Fernández, L. González Vázquez, M. Valle Feijoo, L. Novoa Llamazares, P. Sánchez Conde, H. Enríquez Gómez y J. de la Fuente Aguado

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

Objetivos. Los delegados de los laboratorios farmacéuticos proporcionan a los facultativos médicos, artículos y documentación con las fichas técnicas de cada uno de los medicamentos que presentan y otra información adicional. Este material que recogemos supone un importante número y no desdeñable peso que no siempre es leído.

Material y métodos. Realizamos un análisis prospectivo desde el 24 de marzo al 24 de junio de 2010, registrando los delegados que nos visitan, si entregan o no documentación, y el número de folletos, así como el peso de los mismos. Se excluyen de este análisis, otros materiales o materiales de oficina como bolígrafos, lapiceros, etc.

Resultados. Un 81% de los delegados que nos visitan entregan documentación, con una media de visitas al día de 4 (rango 1 a 7), con una mediana de 3 delegados al día que entregan documentos (rango 1-6), unos 6 documentos al día (rango 1-16) y un peso medio de 0,570 g cada día (rango 0,1-1,7 kg). Si tomamos como referencia las 52 semanas que tiene un año y restamos 6 que incluyen vacaciones y días de libre disposición, estaríamos con 46 semanas de actividad laboral con un total de 230 días. Esto supondría al cabo de 1 año que nos entregarían unos 131 kg de documentación por médico y año.

Conclusiones. Si en Galicia hay 12.260 médicos supondrían 1.606 toneladas de papel en un año. En España con 219.000 médicos serían 28.689 toneladas de papel. Para fabricar una tonelada de papel se necesitan 14 árboles (2.300 kg) además de consumir energía y generar residuos. Se necesitan en España 401.646 árboles o 65.984 toneladas de árboles para elaborar la documentación que se nos entrega a lo largo de un año. ¿No existe otra opción de facilitarnos información?

V-192

ANÁLISIS DE LOS REINGRESOS HOSPITALARIOS DESDE UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

M. Salmón García, B. Llorente Díez y J. Escudero Berasategui

Unidad de Hospitalización a Domicilio de Pamplona. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona (Navarra).

Objetivos. Analizar los pacientes ingresados en nuestra unidad de Hospitalización a Domicilio, que han precisado reingreso en el hospital terciario durante el tratamiento.

Material y métodos. Valoramos los pacientes reingresados desde julio de 2008 hasta mayo de 2010, en la Unidad de Hospitalización a Domicilio de Pamplona. Analizamos los servicios de procedencia, diagnósticos al ingreso, tratamientos administrados, grado de complejidad de cuidados, días de estancia y causas de reingreso.

Resultados. Durante el periodo de julio de 2008 a mayo de 2010, fueron atendidos 554 pacientes en nuestra unidad (427 procedentes de S. médicos, 77%; 105 de S. quirúrgicos, 19%; 22 de Oncología o Hematología, 4%). De éstos, precisaron de nuevo ser trasladados al hospital 50 pacientes (9% del total). Desglosados por servicios, el 7% procedían de servicios médicos y de éstos 3 pacientes (10%) fueron reingresos programados; el 12,38% procedían de servicios quirúrgicos (23% fueron programados); el 31,8% eran de los servicios de Oncología/Hematología, de éstos últimos ninguno fue programado. Hasta un 70% de los pacientes reingresados habían llevado tratamiento antibiótico intravenoso, un 50% oxigenoterapia, el 36% nebulizaciones y un 42% requerían curas especiales. En cuanto a la complejidad de cuidados, el 58% se encuadraban dentro del grado 3 y el 36% en el grado 2. Un 40% habían estado ingresados entre 5-10 días, el 32% menos de 5 días y el 28% más de 10 días. Entre las causas de reingreso predominaron las complicaciones sobreañadidas (46%), el empeoramiento de la causa de ingreso (40%), el 12% fueron ingresos programados y sólo el 2% por sobrecarga del cuidador.

Discusión. El porcentaje de pacientes reingresados es superior a los aportados en diferentes comunicaciones en otras Unidades de Hospitalización a Domicilio. Observamos un mayor porcentaje de reingresos, todos no programados, en los pacientes de Oncología y Hematología. Para nuestra actividad diaria elaboramos una escala de complejidad de cuidados que comprende 4 grados. La mayoría de los pacientes que reingresaron presentaban grados 2 y 3 de complejidad. Los reingresos ocurrieron sobre todo en el intervalo de 5-10 días de estancia. Las causas de reingreso fueron por complicaciones sobreañadidas y por empeoramiento de la causa de ingreso de forma predominante, sólo un 12% lo hicieron de forma programada y éstos procedían de servicios médicos o quirúrgicos.

Conclusiones. No podemos comparar de forma general los reingresos con respecto a otras unidades, puesto que el tipo de pacientes y patologías es muy diferente en función de su vinculación a hospitales terciarios o comarcales. Los pacientes procedentes de servicios médicos, son dados de alta médica hasta en el 93% de los casos y en el 78% en el caso de los pacientes procedentes de servicios quirúrgicos. Parece evidente que los pacientes con diagnósticos de patologías neoplásicas, que coinciden probablemente con mayor carga de cuidados son los que precisan mayor reingreso hospitalario. Podemos concluir que la hospitalización a domicilio es una alternativa eficaz en la mayoría de los procesos médicos y quirúrgicos que cumplan con los criterios de ingreso domiciliario.

V-193

CÁNCER DE PRÓSTATA COMO ENFERMEDAD SISTÉMICA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

P. Baños Piñero, I. Martínez Egea, M. Arenas Miras, J. García Castro, P. Alarcón Blanco y C. Hidalgo Tenorio

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

Objetivos. Comprobar que el debut clínico de un cáncer de próstata diagnosticado en un Servicio de Medicina Interna suele ser con manifestaciones sistémicas, en ausencia de sintomatología prostática.

Material y métodos. Revisión de historias clínicas de pacientes, con el diagnóstico final de cáncer de próstata, atendidos en la Unidad de Hospitalización de Medicina Interna del Hospital Universitario Virgen de las Nieves durante el periodo de dos años (junio de 2008 a mayo de 2010).

Resultados. En el periodo de seguimiento antes referido, se diagnosticaron 7 casos de cáncer de próstata en estadio IV. La edad media de los pacientes fue 73,28 años (56-85); las cifras de PSA estaban elevadas en todos los casos, siendo el valor mínimo observado de 112 ng/ml y el máximo de 3.586 ng/ml. La sintomatología por la que consultaron los pacientes, fue, en 4 de los casos (57,14%) síndrome constitucional; 2 (28,7%) cuadro poliadenopático; 2 (28,7%) dolores óseos generalizados, 1 (14,28%) síndrome de compresión medular y 1 (14,28%) síndrome febril de larga evolución. La aproximación diagnóstica se realizó en base a la clínica, elevación de PSA y pruebas de imagen. En tres de los casos (42,85%) se realizó PET-TAC, presentando captación prostática en todos ellos. En otros dos casos (28,7%) se realizó TAC Abdominal, y en tres (42,85%) gammagrafía ósea. La afectación metastásica fue a nivel óseo en 6 de los casos (85,71%), ganglionar en 3 (42,85%), pulmonar en 2 (28,57%) y hepático en 1 (14,28%). El diagnóstico se confirmó con biopsia prostática, excepto en uno de ellos, que no pudo realizarse por exitus del paciente. Con respecto al resultado de la Anatomía Patológica el estadio de Gleason fue de 9 en 5 pacientes (71,42%), y de 8 en uno de ellos (14,28%).

Discusión. El cáncer de próstata es reconocido como una de las principales enfermedades que afectan a la población masculina. En Europa se estima que cada año se diagnostican 2,6 millones de casos al año, constituyendo el 11% de los cánceres masculinos en Europa. En la actualidad el diagnóstico se realiza en estadios incipientes gracias a los programas de detección precoz del mismo en Atención Primaria, pero en ocasiones pueden presentarse con manifestaciones sistémicas, con gran heterogeneidad de síntomas y en ausencia de clínica prostática.

Conclusiones. El cáncer de próstata ha de tenerse en cuenta en todo varón mayor de 50 años con manifestaciones sistémicas tales como síndrome constitucional, adenopatías y metástasis óseas independientemente de la presencia o no de sintomatología prostática.

V-194 SÍNDROME CONSUNTIVO EN MEDICINA INTERNA: DE LA PRESUNCIÓN AL DIAGNÓSTICO

G. Salgueiro Origliá, N. Iniesta Arandia, C. Navarro San Francisco, S. Caro Bragado, A. Martín Quirós, J. Camacho Siles, M. Fernández Capitán y M. Rodríguez Dávila

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos. El síndrome constitucional se caracteriza por la presencia de astenia, anorexia y pérdida de peso significativa (más del 5% en 6-12 meses). La pérdida de peso causa desnutrición, amiotrofia, inmunosupresión y aumento de la morbimortalidad. Nuestro objetivo es conocer el diagnóstico final de aquellos pacientes cuyo motivo de ingreso fue un cuadro consuntivo y los métodos diagnósticos adoptados para alcanzar dicho diagnóstico.

Material y métodos. Se realizó un seguimiento de los pacientes cuyo motivo de ingreso fue un síndrome consuntivo, en una Sección de Medicina Interna de un hospital terciario, durante los primeros seis meses de 2010. Analizando los métodos diagnósticos empleados y el juicio clínico establecido al alta. Así mismo, clasificamos los diagnósticos en grandes grupos: patología tumoral, enfermedades autoinmunes, patología infecciosa y otros.

Resultados. Del total de 432 ingresos que hubo en el primer semestre de 2010, en 20 (4,62%) el motivo de ingreso fue un síndrome consuntivo. La edad media fue 72 años (rango 56-88 años). El 60% eran mujeres. La pérdida de peso media fue de 9 Kg. (rango 6-14 kg) en un tiempo medio previo al ingreso de 9 semanas. Los antecedentes se distribuyen de la siguiente manera: 15% presentó patología tumoral previa, 10% hepatopatía crónica avanzada, 10% ICC en clase funcional de la NYHA III-IV y un 65% no tenían antecedentes de interés. El método diagnóstico más frecuentemente usado fue la

tomografía axial computarizada en el 85%, serologías en un 30% y ecocardiograma en el 15%. El juicio clínico establecido fue: neoplasia en el 50%, infección en el 25%, enfermedades autoinmunes en el 15% de los pacientes. La estancia media hospitalaria fue de 12 días, con respecto a los 8,5 días de media habitual. Un 15% falleció durante su estancia en el hospital a diferencia de la mortalidad global que es del 3,5%. El 55% recibió alta domiciliaria, y el 30% fue derivado a un centro de apoyo.

Discusión. Es notable el hecho de que el síndrome consuntivo constituye un motivo habitual de ingreso hospitalario. Clásicamente se ha descrito que el síndrome consuntivo se presenta con mayor frecuencia en varones mayores de 65 años. Nuestra muestra, ofrece resultados opuestos predominando en mujeres (60% del total) de edad media superior a los 70 años. Como en lo descrito hasta ahora la primera causa de síndrome consuntivo es la patología tumoral, pero a diferencia de los estudios previos que defienden como segunda causa la enfermedad psiquiátrica avanzada, en nuestro estudio este puesto lo ocupan las infecciones.

Conclusiones. El síndrome consuntivo es una de las patologías con mayor prevalencia en Medicina Interna. El hecho de que no existan protocolos definidos que permitan guiar la actuación médica y por tanto, cuantificar la eficiencia diagnóstica en términos de gestión, genera una estancia superior a la media habitual y un incremento del gasto sanitario. Por ello, un mejor conocimiento de las características de estos pacientes y la creación de protocolos diagnósticos adecuados implementarían la eficiencia en la gestión de estos pacientes, reduciendo los medios materiales y humanos implicados en el diagnóstico.

V-195 TOXICODERMIA POR ALOPURINOL

C. Ruiz Nicolás, E. Moral Escudero, A. Mateo López y J. Oliva

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Objetivos. El alopurinol es un fármaco muy empleado para tratar la hiperuricemia y la gota. Las reacciones adversas son raras. Se han descrito casos aislados de agranulocitos, hepatitis granulomatosa y vasculitis atribuidas al fármaco. La toxicodermia por alopurinol es excepcional y se caracteriza por una erupción exantémica maculo-papulosa pruriginosa de distribución universal por probable hipersensibilidad al medicamento. Presentar dos enfermos con toxicodermia secundaria a la ingesta de alopurinol.

Material y métodos. Descripción de dos enfermos estudiados durante los últimos 10 años, que presentaron una reacción adversa de alopurinol.

Resultados. Caso 1: enfermo de 57 años con antecedentes de insuficiencia renal crónica y crisis de podagra repetidas durante los últimos 10 años, que trataba de manera sintomática con AINEs y colchicina. Consultó por presentar desde 3 días antes un exantema maculo-papuloso confluyente que comenzó en la espalda y se extendió por el tronco y extremidades superiores e inferiores, pruriginoso, sin lesiones en mucosa bucal, lengua ni conjuntivas. En los datos analíticos destacaba creatinina de 2,6, urea 100 y ácido úrico de 10,8. Se inició tratamiento con Zyloric 300 mg al día y a las 48 horas, comenzó a aparecer la erupción descrita. La biopsia cutánea fue compatible con toxicodermia. Se instauró tratamiento con prednisona en dosis decrecientes con lo que desapareció de manera progresiva del exantema con descamación furfurácea. Caso 2: enferma de 67 años con antecedentes de diabetes, hipertensión, obesidad mórbida e insuficiencia renal crónica. Por presentar cifras de ácido úrico de 8 mg, se instauró tratamiento con Zyloric 300 mg al día y AINEs. A las 72 horas comenzó a referir mal estado general, deterioro de la función renal con creatinina de 3,2 mg, urea 97, GOT 96, GPT 87, GGT 140, FA 413, eosinófilos del 11% y exantema cutáneo generalizado por tronco, abdomen, brazos y piernas de

carácter pruriginoso. Se retiró el tratamiento con Zyloric y se instauró tratamiento con baja dosis de esteroides, desapareciendo la erupción cutánea.

Discusión. Las reacciones adversas al alopurinol son raras. La mayoría acaecen en sujetos con insuficiencia renal crónica previa o que siguen tratamiento con diuréticos tiacídicos, lo que sugiere la posibilidad de un cuadro de hipersensibilidad, corroborado con la aparición de eosinofilia de un aumento de IgE. Junto con la erupción cutánea son frecuentes la alteración hepática y el deterioro de la función renal.

Conclusiones. Aunque muy raras, cabe considerar la posibilidad de reacciones adversas por hipersensibilidad en pacientes tratados con dosis elevadas de alopurinol en especial si presentan una insuficiencia renal previa.

V-196 CRIOGLOBULINEMIA SIN ASOCIACION CON EL VIRUS DE LA HEPATITIS C

D. Salor, I. Muñoz, E. Oliveros, O. Marín, M. Ferrer, A. González, E. Vilalta y C. López

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

Objetivos. Describir una serie de pacientes con Síndrome crioglobulinémico (SC) no asociada a infección por Virus de la Hepatitis C (VHC).

Material y métodos. Estudio retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de SC no relacionada con la infección por el VHC. Se analizaron las características demográficas y clínicas, los datos de laboratorio, el tratamiento y la evolución.

Resultados. Encontramos 8 pacientes con SC no asociada a VHC (5 varones y 3 mujeres), con edades comprendidas entre 40 y 80 años, media 64 años. Clínicamente 3 pacientes presentaban mialgias y/o artralgias, 4 pacientes púrpura, 3 pacientes úlceras cutáneas, 6 pacientes afectación renal (en 2 pacientes síndrome nefrótico secundario a glomerulonefritis) y 2 pacientes neuropatía periférica (en uno de ellos polineuropatía axonal sensitivo-motora grave). Ninguno de los pacientes desarrolló afectación del sistema nervioso central, enfermedad gastrointestinal o eventos cardiovasculares mayores. En cuanto a las enfermedades asociadas, en 5 pacientes la asociación fue con enfermedad hematológica (2 casos de linfoma B, gammapatía monoclonal de significado incierto en un paciente, un caso con anemia hemolítica asociada a esplenomegalia gigante y un síndrome mieloproliferativo, SMP). En 2 pacientes existía una conectivopatía asociada (Lupus eritematoso sistémico, que en un caso se asoció a síndrome de Sjögren). En un paciente, la única asociación fue con un proceso infeccioso (VIH) y en otro con antecedente personal de síndrome mieloproliferativo asoció tuberculosis pleural y peritoneal. No encontramos casos de crioglobulinemia esencial. La frecuencia de los distintos tipos de crioglobulinemia (CG) fue: tipo I en 1 pac, tipo II mixta monoclonal IgM kappa con actividad de factor reumatoide en 4 pacientes y tipo III mixta policlonal IgG en tres. En prácticamente todos los pacientes existía hipocomplementemia con un C4 medio de 4,6 mg/dl y 4 pacientes presentaron ANA positivos. La actividad del factor reumatoide media fue de 291,08 UI/ml. En cuanto al tratamiento, cuatro pacientes recibieron corticoides y en cuatro casos fue preciso la asociación de otros inmunosupresores (rituximab, hidroxiurea, mofetil micofenolato y ciclofosfamida). Ningún paciente falleció.

Discusión. El SC no VHC puede presentarse como una vasculitis sistémica, con síntomas cutáneos, nefropatía y/o neuropatía. No debe entenderse únicamente como una enfermedad inflamatoria, ya que en algunos pacientes existe asociación con síndromes linfó y mieloproliferativos. Es preciso un amplio estudio inmunológico y hematológico de los casos tradicionalmente diagnosticados de

"crioglobulinemia esencial", ya que en la mayoría de los pacientes con SC no VHC existe una enfermedad asociada.

Conclusiones. Encontramos un 15% de pacientes con vasculitis crioglobulinémica sin asociación a VHC. Encontramos alta asociación a enfermedades hematológicas. En cuanto al espectro clínico en las crioglobulinemias no asociadas al VHC, sería importante resaltar la afectación renal en un porcentaje alto.

V-197 METÁSTASIS CUTÁNEAS INICIALES DE NEOPLASIAS INTERNAS. PRESENTACIÓN DE 8 CASOS

A. Cascales Valejo, A. Fernández-Rufete Cerezo, F. Rodríguez Pérez-Reverte y A. Mateo López

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Objetivos. Presentar las características de las metástasis cutáneas, su localización más frecuente y los tipos de cáncer que las originan.

Material y métodos. Estudio retrospectivo (2000-2010) de metástasis cutáneas valoradas mediante estudio histológico, con confirmación de la presencia de un cáncer subyacente responsable. Se excluyeron en la revisión las neoplasias cutáneas primarias y las hematológicas.

Resultados. Presentamos diez enfermos, 5 varones y 5 hembras de edades comprendidas entre los 57 y 76 años (edad media 66 años). En todos los casos fue la manifestación inicial de una neoplasia interna oculta. La distribución correspondía a tres cánceres de pulmón, dos a carcinomas de mama, dos carcinomas de localización desconocida con metástasis generalizadas, un carcinoma de esófago y dos neoplasias de ovario. Las metástasis se localizaron en el tórax en cuatro ocasiones, en cabeza y cuello en tres enfermos y en la región umbilical en otras dos por neoplasias de ovario (nódulos de la hermana María José). El tipo histológico más frecuente de las lesiones correspondió a adenocarcinomas.

Discusión. En la mayoría de series las metástasis cutáneas más frecuentes corresponden a cáncer de mama. En esta revisión predominan las neoplasias de pulmón, seguidas de las de mama, ovario y de origen desconocido y el tipo histológico más frecuente corresponde, como en la mayoría de las series, a adenocarcinoma.

Conclusiones. La presencia de lesiones cutáneas puede indicar la existencia de un cáncer interno oculto. Las lesiones cutáneas pueden ser únicas o múltiples tienen una distribución variable con predominio en cráneo, tórax y abdomen y su presencia se asocia a mal pronóstico con evolución desfavorable a corto plazo.

V-198 ESTUDIO DE LOS PACIENTES CON CRIOGLOBULINEMIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

I. Muñoz Roldán, E. Oliveros, D. Salor, B. Martín Puig, O. Marín Casajús, S. Gámez, M. Villalba García y C. López González-Cobos

Unidad de Medicina Interna D. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos. La crioglobulinemia (CG) se define por la presencia de inmunoglobulinas circulantes que precipitan a bajas temperaturas y se solubilizan con el calentamiento. La asociación de la CG con la infección por el virus de la hepatitis C (VHC) es bien conocida. Existe una serie de casos asociados a enfermedades inmunológicas y hematológicas, encontrándose una menor proporción de pacientes con crioglobulinemia esencial. Nuestro objetivo fue describir una serie de pacientes con crioglobulinemia en un hospital general.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de las historias clínicas de todos los pacientes con el diagnóstico de CG atendidos en nuestro hospital durante los años 2003-2010. Se analizaron las características demográficas, clínicas, los parámetros de laboratorio, las enfermedades asociadas, el tratamiento y la evolución.

Resultados. La edad media en el momento del diagnóstico fue de 60 años \pm 14, con un 58,9% de mujeres (n = 33). Las manifestaciones clínicas incluían astenia en un 21,4% (n = 12), astralgias en 12,5% (n = 7), fenómeno de Raynaud en 5,4% (n = 3), úlceras en 12,5% (n = 7), nefropatía en 32,1% (n = 18), neuropatía en 14,3% (n = 8) y síndrome seco en 3,6% (n = 2). El nivel medio de criocrito fue de 4,46% \pm 8,5, un 55,4% (n = 31) presentaron hipocomplementemia y la media del factor reumatoide fue de 176 \pm 450 (20-2430). El 39,3% (n = 22) tenían ANA positivos. La distribución de los diferentes tipos fue: tipo I 1,8% (n = 1), tipo II 64,3% (n = 36) y tipo III 33,9% (n = 19). Un 85,7% de los pacientes tenía infección por VHC. Otras enfermedades relacionadas con la CG fueron: enfermedades hematológicas 12,5% (n = 7). Enfermedades del tejido conectivo en 5 pacientes: LES 1,8% (n = 1), Sjogren 3,6% (n = 2), antifosfolípido 1,8% (n = 1), AR 1,8% (n = 1). Infección en 2 pacientes: 1 paciente con VIH y 1 paciente con TBC. En un 53,6% no se realizó ningún tratamiento. Un 25,5% (n = 14) recibió corticoides únicamente, un 1,8% (n = 1) corticoides y ciclofosfamida, un 10,7% (n = 6), rituximab y un 3,6% (n = 2) se trató con plasmaféresis. La mortalidad fue de 8,9% (n = 5).

Discusión. Este estudio cubre todo el espectro de pacientes con CG en nuestro hospital. En los últimos años ha aumentado el interés en el síndrome crioglobulinémico debido a su importante asociación con el VHC, que en nuestro trabajo llega a ser del 85%. Algunos autores han responsabilizado a dicha infección del total de los casos de CG, antes denominada esencial. Los principales síntomas son los asociados a vasculitis (nefropatía y neuropatía). Es de destacar el elevado porcentaje de pacientes asintomáticos. En cuanto al tratamiento, en los momentos de agudización de los brotes, los corticoides han demostrado ser útiles, pudiendo añadirse otros inmunosupresores como el rituximab.

Conclusiones. La CG es una entidad frecuentemente relacionada con la infección por VHC. La clínica más importante fue la vasculítica a nivel cutáneo, renal y SNP, quedando casi un 50% de formas asintomáticas que no han requerido tratamiento. Los nuevos tratamientos inmunosupresores y terapias biológicas, al margen de los fármacos habituales para el tratamiento del VHC, suponen una alternativa fundamental en algunas formas refractarias a los corticoides, quedando como última alternativa terapéutica la plasmaféresis.

V-199

SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO. CASUÍSTICA DE UNA CONSULTA EXTERNA

I. Patrício, E. Germano, M. Agundez, F. Silva, D. Silva, J. Fortuna y D. Portelinha

Servicio de Medicina Interna. Centro Hospitalar de Coimbra. S. Martinho do Bispo, Coimbra (Portugal).

Objetivos. Describir los aspectos relevantes del síndrome antifosfolípido (SAF), como la edad de diagnóstico, formas de presentación, asociación a conectivopatías, o a fármacos, presencia de auto-anticuerpos, evolución y tratamiento.

Material y métodos. Se analizaron retrospectivamente todas las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de SAF efectuadas entre enero/2005 y abril/2010, seguidos en la consulta de Medicina Interna del C.H.C.

Resultados. Durante el periodo analizado, se identificaron 25 pacientes, 13 hombres y 12 mujeres. La edad media del diagnóstico fue de 44,7 \pm 15,3 años. La forma de presentación más frecuente fue el accidente cerebrovascular (ACV) en 48,0% de los casos, el tromboembolismo venoso en 36,0% y otros episodios trombóticos

arteriales en el 16,0%. Se identificaron los siguientes antecedentes personales asociados: infarto agudo de miocardio (IAM) en 16,0% de los casos, ACV isquémico en 12%, abortos en 8,0%, y tromboembolismo venoso en 4,0%. El 60,0% de los pacientes no presentaron otros fenómenos trombóticos asociados. El 8,7% de los pacientes tenían historia familiar de SAF. De los SAF diagnosticados, el 76,0% de los casos fueron primarios, y el 16,0% secundarios a lupus eritematoso sistémico (LES). En relación al tratamiento, el 76,0% de los pacientes estaban anticoagulados, el 12,0% con anticoagulación asociada a antiagregación, el 4,0% con antiagregación simple y el 4,0% con doble antiagregación. Uno de los pacientes no se encontraba en tratamiento por contra-indicación clínica. Fueron reportados fenómenos trombóticos después del inicio del tratamiento en el 16,0% de los pacientes. El estudio analítico mostró: B2 Glic. IgM en el 44,0% de los casos, B2 Glic. IgG en el 40,0%, anticardiolipinas (aCL) IgG en el 36,0%, aCL IgM en el 16,0%. Se realizó titulación de anticoagulante lúpico en el 56,0% de los pacientes, y de estos, el 57,1% tuvieron un resultado positivo. El 8,0% de los casos presentaron trombocitopenia en el momento del diagnóstico. El 80,0% de los pacientes efectuó estudio de coagulación: el 25,0% de los casos tenían aumento de APTT y el 5,0% tenía aumento del TP. Se realizó ecocardiogramas en el 42% de los pacientes, y de estos el 66,7% tenían insuficiencia mitral ligera-moderada.

Discusión. Hubo un porcentaje significativo de eventos trombóticos después del diagnóstico inicial de SAF, probablemente debido a tratamiento inadecuado. Apenas realizaron ecocardiograma 11 pacientes, número que pensamos ser considerablemente insuficiente, dadas las alteraciones valvulares características de esta patología.

Conclusiones. En este estudio, verificamos que la presentación más frecuente fueron fenómenos tromboembólicos arteriales en edades más jóvenes de lo habitual. Aunque la muestra es pequeña, nuestros resultados están de acuerdo con la literatura internacional. La insuficiencia mitral fue la alteración ecocardiográfica más frecuentemente identificada. A pesar de no ser un número estadísticamente significativo se relacionaron los abortos y el 50% de las trombosis venosas con los anticuerpos aCL IgG y los ACV con los anticuerpos aCL IgM. El diagnóstico precoz de este síndrome es fundamental para el inicio de tratamiento anticoagulante de manera que se evita la aparición de nuevos eventos y la consecuente morbilidad.

V-200

ANEMIA FERROPÉNICA: COORDINACIÓN ENTRE PRIMARIA-MEDICINA INTERNA (UAPP) A TRAVÉS DE UN HOSPITAL DE DÍA

L. Abejón López, P. Chacón Testor, G. Figueroa Carrasco, J. Hergueta González, P. de Juan, J. Machín Lázaro, L. Engonga Obono y M. Rodríguez Zapata

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara.

Objetivos. Describir el perfil del paciente con anemia ferropénica tratada con hierro parenteral (hierro-sacarosa) en un Hospital de Día médico gestionado por los internistas consultores de centros de salud, evitando ingresos, derivaciones a urgencias y transfusiones.

Material y métodos. Se han revisado las historias de los pacientes que recibieron hierro por anemia ferropénica en el Hospital de Día de la Unidad de Pluripatología (UAPP), asignada al servicio de Medicina Interna, durante 2006-2009, describiendo las variables demográficas, cifras de hemoglobina y ferritina antes y después del tratamiento, mejoría sintomática, cantidad de hierro administrada, estudios diagnósticos realizados, causa principal de la anemia y la posibilidad de haber evitado derivaciones a urgencias por la anemia.

Resultados. Se administró hierro parenteral por anemia ferropénica a 26 pacientes, 88% mujeres, con una edad media de 45 años, tratadas con hierro oral más de la mitad de las pacientes, sin mejo-

ría. El síntoma principal fue la astenia (95%). Antes del estudio diagnóstico, el 34% de las pacientes no tenían patología conocida que justificara la anemia; en el resto, las causas más frecuentes fueron las ginecológicas y las digestivas. La mediana de la cifra de hemoglobina fue de 8,9 g/dL (oscilando los valores entre 6,1 y 11). La mediana de la ferritina, 4,5 (1-141). Tras administrar una media de 1.300 mg de hierro parenteral por paciente, las cifras de Hb y ferritina postratamiento fueron de 12,4 (9,4-14,9) y de 56 (19-319). La mejoría de los síntomas relacionados con la anemia la describen las pacientes desde la primera administración de hierro (200 mg). Los valores de B12, folato, proteínas, VSG y TSH fueron normales en todos los casos. El estudio diagnóstico más solicitado fue la endoscopia digestiva alta y la valoración ginecológica. Las etiologías de la anemia fueron: ginecológicas 12 (46%) (miomas la única causa encontrada), digestivas 12 (46%), destacando 1 celiaquía del adulto, 1 esofagitis, 1 angiodisplasia duodenal, 3 neoplasias de colon y, el resto, patología ulcerosa. Otras causas: carcinoma renal, lupus. Al ser pacientes directamente derivados desde Primaria al internista de referencia, con demora menor de 24 horas, se evitó la derivación a urgencias desde el centro de salud en el 100% de los pacientes.

Discusión. La anemia ferropénica es muy frecuente entre las mujeres jóvenes, diagnosticándose en la mayoría de los casos desde el Centro de Salud. El poder disponer de un acceso rápido a un Hospital de Día médico para la administración de hierro parenteral gestionado por un internista de referencia coordinado con los centros de salud, aporta las ventajas de evitar derivaciones a urgencias, ingresos y transfusiones, y realizarse el estudio diagnóstico mientras administra el tratamiento. Los resultados son sorprendentes, llegando a aumentar las cifras de Hb en un 50% tras el tratamiento, refiriendo mejoría clínica con los primeros 200 mg de hierro.

Conclusiones. De la coordinación entre Medicina Interna y Atención Primaria se pueden beneficiar pacientes con anemia ferropénica sin deterioro hemodinámico. Los Hospitales de Día Médico deben incluirse cada vez más en la asistencia de Medicina Interna, pues son capaces de realizar procedimientos diagnóstico-terapéuticos de forma ambulatoria en patologías que generalmente ingresan.

V-201 DESCRIPCIÓN DE 17 CASOS DE REACCIONES LEUCOERITROBLÁSTICAS (RL) EN PACIENTES CON TUMORES SÓLIDOS A LO LARGO DE UNA DÉCADA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

I. Said Criado, I. Barbola Díaz, V. Gómez del Olmo, N. Sánchez Gómez, M. Vivanco Gallego, M. Escribano Pérez, G. Fraile Rodríguez y J. Calleja López

Servicio de Medicina Interna. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos. En el contexto de neoformaciones sólidas malignas, existe una entidad clínico-analítica de pronóstico infausto que traduce la afectación metastásica en la médula ósea. Se trata de las reacciones leucoeritroblásticas. Describimos de forma retrospectiva una serie de 17 casos de dicha entidad diagnosticados y manejados en un servicio de Medicina Interna durante los últimos 10 años.

Material y métodos. Realizamos una búsqueda entre los informes de alta de nuestro servicio de aquellos pacientes con tumor sólido primario que presentaran una RL, entendida como la presencia de citopenias y células inmaduras hematopoyéticas en sangre periférica. Describimos como datos epidemiológicos la edad, la histología, la localización del tumor primario y sus metástasis. Las variables analizadas que definen la clínica del síndrome son el dolor óseo, si la RL constituye la manifestación inicial del tumor sólido, si fallecen durante ese ingreso, la estancia media durante ese ingreso y la supervivencia en días desde el frotis diagnóstico. Para el diagnóstico, todos los casos tienen frotis compatible y/o biopsia de médula

ósea. Por último, se hace recuento de esquistocitos en el frotis, como expresión de anemia hemolítica microangiopática añadida.

Resultados. Del total de 17 pacientes seleccionados, se obtiene una edad media de 66,29 años (entre 42 y 86), siendo la estirpe tumoral predominante el adenocarcinoma (58,82%) y las localizaciones más frecuentes, mama y próstata (17,6% cada uno), aunque quedan sin filiar el 23,5%. Aunque en nuestra serie el 70,6% de los casos de RL fue la manifestación inicial de su historia oncológica, se presentó en el contexto de enfermedad neoplásica, siendo el hueso la afectación más frecuente (58,82%), seguida del hígado (23,5%). El síntoma más frecuente fue el dolor óseo difuso (88%) y en el 35,3% de los casos coexisten más de 2 localizaciones. En un 17,6% de los casos se describen esquistocitos en el frotis como expresión de anemia hemolítica microangiopática asociada, simulando en ocasiones la PTT. Seis de los 17 pacientes murieron durante el ingreso en que se diagnosticó la afectación medular y la estancia media de ese ingreso fue de 17,7 días (entre 1 y 46 días). La supervivencia media en días desde el frotis patológico fue de 95,5 días, siendo el mínimo 4 y el máximo 22 meses. Al alta, casi la mitad (45,5%) de los pacientes que sobrevivieron fueron enviados a Cuidados Paliativos. Seis pacientes se siguieron en consultas tras control de la RL con tratamiento oncológico activo, presentando una mediana de supervivencia de 257 días. En cuanto a la expresión analítica de la reacción leucoeritroblástica, destacan cifras elevadas de ácido úrico ($7,16 \pm 2,75$ mg/dl), el 58% de pacientes presentaba trombopenia (121.100 ± 94.092) y el 76,5% anemia ($9,72 \pm 2,41$ g/dl). Todos presentaban valores elevados de fosfatasa alcalina (1.188 ± 1.249 U/L) y de lactato deshidrogenasa (1.310 ± 1.424 U/L).

Conclusiones. La RL puede ser la manifestación inicial de una neoplasia diseminada. La presencia de esquistocitos (hemólisis microangiopática) puede llevar a plantear el diagnóstico diferencial con la PTT. Ante cualquier paciente con diagnóstico o sospecha de neoplasia sólida, presencia de dolor óseo difuso y alteraciones analíticas consistentes en anemia, trombopenia y elevación de LDH y FA, hemos de plantearnos la realización de un frotis y una biopsia de médula ósea para confirmar la sospecha de invasión medular. El pronóstico de estos pacientes es ominoso con una media de supervivencia de 3 meses.

V-202 MORTALIDAD DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE INTERCONSULTAS DE MEDICINA INTERNA: ANÁLISIS DE 1.150 PACIENTES

G. Sotres Fernández¹, R. Sanz Lorente¹, C. Granda París¹, P. González Díez¹, V. López Peláez¹, C. Vicente Martín² y J. Marco Martínez³

¹Servicio de Medicina Interna III, ³Unidad de Interconsultas Médicas. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid).

Objetivos. Analizar y describir los exitus acaecidos en los pacientes vistos en una Unidad de Interconsultas Médicas durante el periodo de estudio y compararlos con el grupo control (resto de pacientes vistos en ese mismo periodo). Consideramos mortalidad a los exitus que se producen mientras el paciente está siendo visto por la Unidad de Interconsultas.

Material y métodos. Estudio retrospectivo descriptivo. Periodo de estudio: septiembre de 2007 a mayo de 2010. Explotación de una base de datos local creada al efecto. 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. Datos 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. Una $p \leq 0,005$ tiene significación estadística.

Resultados. Se identifican un total de 1.150 pacientes (594 hombres, 556 mujeres), con edad media de 76,2 años (DE 12,2) rango 36-94 y un total de 79 pacientes fallecidos lo que supone una mortalidad global del 6,4% (fallecen un 4,3% de mujeres y un 8,2% de hombres; $p < 0,007$). Los servicios solicitantes por orden de frecuencia fueron: digestivo 30% (3 de 10), dermatología 50% (1 de 2), cardiología 40% (2 de 5). Sustraídos estos de la serie, la mortalidad por servicios fue la siguiente: cirugía vascular 29,2%, neurocirugía 15,8%, neurología 13,6%, urología 13,0%, cirugía 10,4%, ORL 5,9%, psiquiatría 0,3%, resto 0%, $p < 0,001$. La mediana de visitas realizadas a estos pacientes es de 6 (rango 1 a 36) $p_{25-p_{75}}$ 3-12; $p < 0,014$. El exitus se produjo de mediana en el día 11 de su episodio en la unidad (rango 0-90); $p_{25-p_{75}}$ 3-19. La distribución de los grupos diagnósticos a los que pertenecían los pacientes fue la siguiente: infecciosas 37%, 17,8%, cardiovascular 12,3%, neurología 8,2%, tumor digestivo 9,6%, multiorgánico 8,2%, vascular 4,1%, no definido 2,7%. No hubo mortalidad en los grupos urológico, hidroelectrolítico, metabólico, trastorno mental ni hematológico. $p < 0,001$.

Discusión. La mortalidad es casi el doble en hombres que en mujeres sin que este reparto sea igual en los servicios que acaparan la mayoría de los fallecidos. Existen diferencias significativas respecto a la estancia, algo más larga y al número de visitas realizadas antes del fallecimiento. La mortalidad más alta se da en cirugía vascular, neurocirugía, neurología, urología y cirugía general. El resto de servicios no tienen mortalidad salvo los casos sustraídos al análisis que parecen anecdóticos. Por grupos diagnósticos la mortalidad también parece concentrarse en unos pocos: en una proporción mayor pertenecen al grupo diagnóstico de enfermedades infecciosas pero no tienen una edad media significativamente mayor y su estancia media en la unidad es mayor que la media si bien no significativamente. La frecuencia con que la broncoaspiración es causa principal o secundaria de muerte no hace sino subrayar la necesidad de prestar atención a la necesidad de implantar medidas, sobre todo en los cuidados de enfermería, que prevengan esta complicación, fundamentalmente en pacientes portadores de sonda nasogástrica para alimentación.

V-203 ENFERMEDAD DE CASTLEMAN. UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE

F. Olgado Ferrero, O. González Casas, A. Calvo Cano, L. Morillo Blanco, V. Bejarano Mogue, M. González García, C. García Carrasco y M. García Morales

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospital Universitario de Badajoz. Badajoz.

Objetivos. Análisis descriptivo de las características clínicas de presentación de los casos de enfermedad de Castleman (EC). La EC es un trastorno linfoproliferativo poco frecuente en el que se describen 2 formas de presentación. La variedad multicéntrica, con síntomas sistémicos y un mal pronóstico (últimamente se ha asociado con VIH y VHH-8) con predominio del subtipo histológico de células plasmáticas y la variedad localizada (asintomática), en la que predomina el subtipo hialino-vascular y presenta buen pronóstico tras la resección.

Material y métodos. Estudio retrospectivo descriptivo de los casos de EC diagnosticados en un servicio de M. Interna durante el periodo de 2009-2010, mediante la revisión de historias.

Resultados. Analizamos 3 pacientes (2 varones y 1 mujer) de edades comprendida entre los 66 y los 87 años de edad (edad media 78,67 años). 2 casos con EC multicéntrica (ECM) y 1 caso de EC unicéntrica (ECU). Los antecedentes más frecuentes fueron HTA e HBP. En menor frecuencia cáncer de colon (tratado con quimioterapia posresección), hiperuricemia, obesidad y parkinsonismo. En cuanto a la clínica, la fiebre apareció en todos los casos. 2 pacientes presentaron tos y astenia. Menos frecuentes fueron dolor abdominal, diarrea y

poliartralgias. En la enfermedad diseminada, en ambos existía linfadenopatía periférica generalizada. La unicéntrica se localizaba en el bazo. 2 pacientes se diagnosticaron mediante biopsia ganglionar y el caso restante por estudio del bazo reseado. 2 casos correspondían al subtipo histológico hialino-vascular (1 caso de enfermedad diseminada y 1 caso localizada), el otro caso de multicéntrica correspondía al subtipo de células plasmáticas. Ninguno de nuestros pacientes se asoció a HIV, sarcoma de Kaposi, o linfomas. La determinación de HHV-8 fue negativa para el caso localizado, positivo para el caso de ECM variedad hialino-vascular mientras que en el otro caso no se determinó. Análíticamente todos los pacientes presentaba anemia normocítica normocrómica, trombocitopenia, aumento VSG, PCR, ferritina, hipalbuminemia e hipergammaglobulinemia policlonal. Los pacientes con enfermedad diseminada presentaban insuficiencia renal al diagnóstico. La beta2-microglobulina estaba elevada en los 2 casos que fue determinada. Los 2 pacientes con ECM presentaron mal pronóstico falleciendo en semanas sin iniciar tratamiento QT. Por el contrario en el caso de ECU la paciente mejoró tras la esplenectomía actualmente derivada a hematología para valoración de tratamiento quimioterápico.

Discusión. Los resultados en cuanto a síntomas y alteraciones analíticas, la asociación de HHV 8 a la ECM y la mayor frecuencia del subtipo hialino-vascular son similares a los publicados en la literatura, si bien cabe destacar la localización atípica de la ECU (esplénica) y la afectación sistémica de ECU subtipo hialino-vascular. En nuestra serie predomina la variedad ECM, quizás por la mayor edad de nuestra población y por la asociación HHV 8.

Conclusiones. En nuestro medio prevalece la ECM frente a la forma localizada, probablemente por la mayor edad de nuestros pacientes. La ECM se ha visto asociada a infección por HHV-8 no así en la localizada. No hemos encontrado relación con VIH, neoplasia o linfomas, si bien el caso de ECU presentó antecedentes de neoplasia tratada con QT. En cuanto a la clínica la fiebre aparece de forma universal incluso en el caso ECU hialino-vascular. Los pacientes con la forma diseminada presentaron peor pronóstico.

V-204 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE BIOPSIAS CUTÁNEAS REALIZADAS POR UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

P. Fanlo Mateo¹, R. Guarch Troyas², M. Montes Díaz², A. Ruiz de Azúa Ciria², M. González Ulloa¹, A. de Prado Leal¹, I. Torres Alvizar¹ y C. Pérez García¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Virgen del Camino. Pamplona/Iruña (Navarra).

Objetivos. Realizar un estudio descriptivo retrospectivo de 61 biopsias-punch cutáneas realizadas por el Servicio de Medicina Interna del Hospital Virgen del Camino durante el periodo de enero del 2007 hasta enero del 2009.

Material y métodos. Se ha estudiado retrospectivamente la historia clínica, los informes de petición de estudio anatomopatológico así como los informes histopatológicos de las 61 biopsias remitidas al servicio de Anatomía Patológica realizadas por medio de la técnica de biopsia cutánea en sacabocados (punch cutáneo) por el Servicio de Medicina Interna del Hospital Virgen del Camino durante el periodo enero 2007-enero 2009. Todos los pacientes previamente habían firmado el consentimiento informado para realización de biopsia cutánea.

Resultados. Se analizaron un total de 61 biopsias cutáneas siendo la edad media de los pacientes de 59,88 años, 28 eran mujeres (46%) y 33 eran varones (54%). Los principales motivos de ingreso-consulta fueron la aparición de lesiones cutáneas en 18 pacientes (29%), fiebre 10 pacientes (16%) y disnea 6 pacientes (10%). Las principales lesiones cutáneas fueron la púrpura en 19 casos (31%), nódulos eritematosos 7 casos (11%) y urticaria 6 casos (10%). Tras analizar el diagnóstico anatomopatológico 52 de las 61 biopsias el

85% fueron biopsias diagnósticas, mientras que sólo 9 de las 61 biopsias practicadas el 15% fueron inespecíficas o sin alteraciones. Dentro de los diagnósticos anatomopatológicos los más frecuentes fueron la vasculitis con 26 casos (49%), dermatitis 6 casos (12%), urticaria 4 casos (8%). Al evaluar el diagnóstico clínico final de los pacientes con biopsia de vasculitis las causas más frecuentes fueron: enfermedad autoinmune en 5 casos (19%), reacción medicamentosa en 7 casos (27%), infección en 4 casos (15%), neoplasia un caso (4%) y de forma aislada o primaria en 9 casos (35%). Cuando el diagnóstico fue el de dermatitis (6 casos) el diagnóstico clínico final más frecuente fue la forma aislada o primaria en 3 casos (49%). Dentro del grupo del diagnóstico anatomopatológico de urticaria (4 casos) 3 fueron 2º a fármacos (75%). No se encontró ningún caso de complicación mayor a corto plazo.

Discusión. En nuestro estudio se encontró que el 85% de las biopsias cutáneas realizadas fueron diagnósticas comparadas sólo con el 15% de las no diagnósticas. Esto indica un alto rendimiento diagnóstico comparado con estudios previos que muestran un porcentaje de biopsias diagnósticas del 77%. Por otro lado la ausencia de complicaciones mayores apoya una buena técnica en la realización. El principal tipo de lesión cutánea que motivó la biopsia fue la púrpura, seguido de los nódulos eritematosos y la urticaria que se corresponden con sus respectivos diagnósticos anatomopatológico de vasculitis, dermatitis y urticaria.

Conclusiones. La biopsia cutánea en sacabocados (punch) puede ser una técnica de gran utilidad, de fácil realización y con escasas complicaciones dentro de un servicio de Medicina Interna para diagnosticar enfermedades dermatológicas primarias o asociadas a enfermedad autoinmune, infecciosa, medicamentosa o tumoral.

V-205 SEGUIMIENTO CLÍNICO DE UNA SERIE DE PACIENTES CON ARTERITIS DE LA TEMPORAL

F. Sarabia Marco, J. Laso Trillo, C. Rosa García, M. Egea Campoy, C. Royo-Villanova Reparaz, C. Tomás Jiménez, J. Muñoz Sánchez y E. Rashid Jiménez

Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Objetivos. Comunicar la evolución de una serie de pacientes diagnosticados de arteritis de la temporal (AT) entre 1997 y 2009, con énfasis en los tratamientos aplicados, las recaídas y las complicaciones observadas.

Material y métodos. La serie inicial incluía 75 pacientes de los que en 53 quedó finalmente establecido el diagnóstico de AT (36 mujeres y 17 hombres). La edad media al diagnóstico fue de $76 \pm 7,1$ años. Hemos revisado el tratamiento administrado, el seguimiento en consultas externas, así como la aparición o no de recaídas de la enfermedad y sus complicaciones.

Resultados. De los pacientes estudiados uno se perdió para el seguimiento, los 52 restantes recibieron tratamiento inicial con corticoides en monoterapia, precisando con posterioridad 8 de ellos asociar metotrexato (MTX) (por efectos secundarios intolerables en 4 casos, y por recidiva de la enfermedad al disminuir la dosis de corticoides los 4 restantes). Para identificar las recaídas, se utilizaron fundamentalmente criterios clínicos apoyados en su caso por parámetros biológicos como la Velocidad de Sedimentación Globular (VSG) y Proteína C Reactiva (PCR). Doce pacientes (22,64%) presentaron una recaída clínica, que se acompañó en 11 de una elevación de la VSG y solo en 5 de la PCR. En 11 de los 12, la recaída coincidió con el descenso de la dosis de corticoides. Aparecieron complicaciones severas en 3 pacientes, consistentes en pérdida de visión no recuperada; un cuarto paciente, presentó alucinaciones auditivas musicales persistentes.

Discusión. Los corticoides son el tratamiento estándar de la AT y deben aplicarse con prontitud para evitar la pérdida visual, gene-

ralmente irreversible. La duración óptima no está bien establecida, pero se acepta un tratamiento prolongado. La respuesta al tratamiento suele ser buena, pero es igualmente frecuente la aparición de recaídas con el descenso de la dosis o de recidivas tras su retirada completa. En ocasiones es necesario asociar al tratamiento inmunosupresores, para evitar toxicidad o mejorar el control clínico, siendo de elección el MTX. Resulta también importante no olvidar la prevención de la osteoporosis y de la infección por *Pneumocystis jirovecii*. Para valorar la recaída son más fiables los síntomas que los reactantes de fase aguda. Posiblemente la determinación de IL-6 resulte útil como marcador de actividad.

Conclusiones. El tratamiento precoz, incluso antes de realizar la biopsia, es especialmente útil para prevenir las complicaciones visuales. Por lo prolongado del tratamiento y su potencial toxicidad, es necesario establecer el diagnóstico con el mayor grado de certeza posible. Es igualmente necesario prevenir adecuadamente las complicaciones derivadas del tratamiento corticoideo e inmunosupresor. La correlación entre clínica y reactantes de fase aguda, no resulta absolutamente fiable, siendo necesario encontrar nuevos marcadores de actividad.

V-206 ANÁLISIS DE LAS INTERCONSULTAS HECHAS POR EL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA A UNA UNIDAD DE INTERCONSULTAS MÉDICAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO

C. Granda París¹, R. Sanz Lorente¹, G. Sotres Fernández¹, P. González Díez¹, A. Moreno Gutiérrez², L. Gimeno Mateos³ y J. Marco Martínez⁴

¹Servicio de Medicina Interna III, ²Servicio de Neurocirugía, ³Grado de Medicina Universidad Complutense, ⁴Unidad de Interconsultas Médicas. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos. Describir las características de los pacientes y los problemas médicos consultados desde un servicio de Neurocirugía a una Unidad monográfica de interconsulta médica llevada por internistas en un hospital terciario. Comparación con el perfil general de pacientes y consultas realizadas al resto del hospital (grupo control).

Material y métodos. Estudio retrospectivo descriptivo. Periodo de estudio: septiembre de 2007 a mayo de 2010. Explotación de una base de datos local. 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. 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. Una $p \leq 0,005$ tiene significación estadística.

Resultados. Se identifican 139 pacientes (67,6% hombres) con una edad media de 64,7 años (DE 16,4) (rango 19 a 97) p_{25} - p_{75} 54 a 78; $p < 0,474$. El 94,9% de las consultas se atendieron en el mismo día; $p = 0,270$. La estancia mediana fue de 9 días (rango 0 a 90) p_{25} - p_{75} 5 a 20; $p < 0,001$. El 7,7% se resolvieron en una sola visita; $p < 0,001$. La mediana de visitas por paciente y episodio fue de 6 (rango 1 a 60) p_{25} - p_{75} 3 a 11; $p < 0,001$. La mortalidad fue de 15,8%; $p < 0,001$; RR 3,02 (IC95% 1,82 a 4,92). El 65% de las altas fueron por mejoría. El resto fueron por traslado (18,3%): traslado a otro servicio (4,2%) y traslado a otro centro (11,7%), empeoramiento (1,7%), a Medicina Interna (0,8%); $p < 0,001$. La distribución por grupos diagnósticos fue: infeccioso (47,5%), tumoral (10,2%), cardiorrespiratorio (10,2%), digestivo (8,5%), neurológico (6,8%), metabólico (3,4%), hematológico (3,4%), no definido (3,4%), trastorno mental (2,5%), patología multiorgánica (2,5%), vascular (1,7%).

Discusión. No hay diferencias significativas respecto a la edad y al sexo de estos pacientes con el grupo control. El grupo diagnóstico predominante es el infeccioso ya que en su mayoría son

pacientes procedentes de UCI tras su ingreso y haber requerido intervención y/o traqueostomía con ventilación mecánica. La estancia media es significativamente superior y muy bajo el porcentaje de pacientes que resolvemos en una sola visita dada su complejidad diagnóstica. También el número de visitas por paciente es superior al grupo control. La mortalidad es significativamente superior, más del doble (15,4% vs 6,4% en el grupo control). Finalmente, el destino alta también difiere, con un menor porcentaje de altas por mejoría y un elevado porcentaje de traslados a otro centro, dado que muchos de estos pacientes tienen importantes secuelas que les mantienen encamados. La complejidad de manejo de estos pacientes es elevada: control tensional, infección nosocomial, escaras, manejo de líquidos y alimentación enteral/gastrostomía requieren un internista bien formado.

V-207

ANÁLISIS DE LAS INTERCONSULTAS HECHAS POR EL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA (ORL) A UNA UNIDAD DE INTERCONSULTAS MÉDICAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO

R. Sanz Lorente¹, C. Granda París¹, G. Sotres Fernández¹, V. López Peláez¹, L. Gimeno Blanco², A. Chacón Uribe³ y J. Marco Martínez⁴

¹Servicio de Medicina Interna III, ²Grado de Medicina Universidad Complutense, ³Servicio de Otorrinolaringología, ⁴Unidad de Interconsultas Médicas. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos. Describir las características de los pacientes y los problemas médicos consultados desde un servicio de ORL a una unidad monográfica de interconsulta médica llevada por internistas en un hospital terciario. Comparación con el perfil general de pacientes y consultas realizadas al resto del hospital (grupo control).

Material y métodos. Estudio retrospectivo descriptivo. Periodo de estudio: septiembre de 2007 a mayo de 2010. Explotación de una base de datos local creada al efecto. 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. 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. Una $p \leq 0,005$ tiene significación estadística.

Resultados. Se identifican 61 pacientes (83,2% hombres) $p < 0,001$ con una edad media de 64,7 años (DE 17,0) (rango 20 a 90) p25-p75 55-76; $p < 0,291$. El 94,9% de las consultas se atendieron en el mismo día; $p = 0,747$. La mediana de la estancia fue de 5 (rango 0 a 49) p25-p75 2-11; $p < 0,776$. El 22,0% se resolvieron en una sola visita. La mediana de visitas/paciente y episodio fue de 3 (rango 1 a 30) p25-p75 2-9; $p < 0,530$. La distribución por grupos diagnósticos fue: cardiorrespiratorio (22,7%), infeccioso (10,2%), digestivo (10,2%), metabólico (8,2%), tumoral (6,1%), no definido (4,3%), vascular (4,1%), hematológico (2,0%), neurológico (2,0%), hidroelectrolítico (2,0%), urológico (0%), multiorgánico (6,1%); $p 0,026$. La mortalidad fue de 6,0 ($p = 0,873$) RR 0,95 (IC95% 0,31-2,90). El 78,0% de las altas fueron por mejoría. El resto fueron por traslado (15,7%) [traslado a otro servicio (4,0%), traslado a otro centro (8,1%) o a medicina interna (4,0%)]; $p 0,821$.

Discusión. Comparado con el perfil medio de paciente visto en nuestra unidad de interconsulta, entre los pacientes de ORL existe un claro predominio del sexo masculino. Probablemente la preponderancia del consumo de tabaco entre los varones de esa edad y su relación con el consumo de esa sustancia, expliquen esta circunstancia. Existe significación estadística en la predominancia del grupo cardiorrespiratorio respecto al grupo control, aunque en muchos

de estos pacientes coexiste la infección (herida quirúrgica e infección respiratoria); muchos de ellos proceden de UCI tras cirugía y son portadores de traqueo. Suelen pasar tiempo con nutrición enteral por el tipo de cirugía lo que a veces da problemas (diarrea/aspiración).

V-208

INTERCONSULTAS PSIQUIÁTRICAS A MEDICINA INTERNA EN PACIENTES AGUDOS (ANÁLISIS DE 3 AÑOS DE DEMANDA)

B. Serván Rendón¹, L. Gimeno Blanco², C. Granda París³, R. Sanz Lorente³, G. Sotres Fernández³, M. Morón Nozaleda¹ y J. Marco Martínez⁴

¹Servicio de Psiquiatría, ²Servicio de Medicina Interna III, ³Grado de Medicina Universidad Complutense, ⁴Unidad de Interconsultas Médicas. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos. Describir las características de los pacientes y los problemas médicos consultados desde un servicio de psiquiatría a una unidad monográfica de interconsulta médica llevada por internistas en un hospital terciario. Comparación con el perfil general de pacientes y consultas realizadas al resto del hospital en el mismo periodo.

Material y métodos. Estudio retrospectivo descriptivo. Periodo de estudio: septiembre de 2007 a mayo de 2010. Explotación de una base de datos local creada al efecto. 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. 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. Una $p \leq 0,005$ tiene significación estadística.

Resultados. Se identifican 648 pacientes (40,7% hombres) $p < 0,001$ con una edad media de 53,9 años (DE 17,9) rango 18-100 p25-p75 40-69 $p < 0,001$. La mediana de la estancia fue 3,0 días (rango 0 a 87) p25-p75 0 a 11; $p < 0,001$. El 35,1% se resolvieron en una sola visita. La mediana del número de visitas/paciente y episodio fue de 2 (rango 1 a 30); p25-p75 1 a 4; $p < 0,001$. La mortalidad fue de 1,4%. El 88,7% de las altas fueron por mejoría. El resto fueron por traslado (9,8%) [traslado a otro servicio (3,9%) y traslado a otro centro (4,1%) a medicina interna (1,8%)] La distribución por grupos diagnósticos fue: no definido (8,2%), infeccioso (16,2%), cardiorrespiratorio (15,4%), digestivo (8,2%), metabólico (10,4%), trastorno mental (12,9%), tumoral (8,5%), hematológico (5,0%), otros (15,2%).

Discusión. Comparado con el perfil medio de paciente visto en nuestra unidad de interconsulta, el paciente psiquiátrico que nos es consultado es más joven y con un predominio claro del sexo femenino unas características comunes a los pacientes ingresados en psiquiatría. La estancia es significativamente más corta y también el número de visitas necesarias para resolver cada consulta. Predominan los problemas infecciosos y cardiorrespiratorios. Sobresale respecto al grupo control el diagnóstico "no definido" ya que es aquí donde incluimos las reacciones a fármacos tan frecuentes en estos pacientes cuando se inician los psicofármacos a altas dosis que suelen producir efectos indeseables. El elevado número de pacientes que se resuelven en una sola visita refleja el alejamiento de los psiquiatras de la práctica médica habitual. El porcentaje de interconsultas psiquiátricas sobre nuestro global (34,6%) es llamativo ya que el número de pacientes ingresados no es proporcional a esta cifra y refleja, en nuestra opinión la necesidad que estos especialistas tienen de la colaboración de un internista consultor en el cuidado de estos enfermos.

V-209 ANÁLISIS DE LAS INTERCONSULTAS HECHAS A UNA UNIDAD DE INTERCONSULTAS MÉDICAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO CON EL DIAGNÓSTICO CATEGÓRICO TUMORAL

G. Sotres Fernández¹, R. Sanz Lorente¹, C. Granda París¹,
V. López Peláez¹, P. Domínguez Díez¹, L. Gimeno Blanco²
y J. Marco Martínez³

¹Servicio de Medicina Interna III, ²Grado de Medicina Universidad Complutense, ³Unidad de Interconsultas Médicas. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos. Describir las características de los pacientes cuyo diagnóstico categórico principal final fuese tumoral, contestadas por una unidad monográfica de interconsulta médica llevada por internistas en un hospital terciario.

Material y métodos. Estudio retrospectivo descriptivo. Explotación de una base de datos local creada al efecto. Período de estudio: septiembre 2007 a mayo 2010. Variables: 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. Datos clínicos: servicio solicitante de la interconsulta, motivo de ingreso, causa de petición de la interconsulta, grupo diagnóstico o diagnóstico categórico principal final y motivo del alta. Comparación con el perfil general del paciente visto en la Unidad (grupo control). Una $p \leq 0,005$ tiene significación estadística.

Resultados. Se identifican 186 pacientes (49% hombres) con una edad media de 65,9 años (DE 19,2) (rango 19-97) p_{25-p75} 55-81; $p < 0,186$. El 90,8% de las consultas se atendieron en el mismo día. La mediana de la estancia fue de 6 (rango 0 a 83) p_{25-p75} 1-12; $p < 0,605$. El 26,2% se resolvieron en una sola visita. La mediana de visitas/paciente y episodio fue de 4 (rango 1 a 60) p_{25-p75} 1 a 9; $p < 0,133$. Los servicios de procedencia por orden de frecuencia fueron: COT (20,4%), cirugía general (19,4%), urología (18,3%), psiquiatría (18,3%), neurocirugía (6,5%). La mortalidad fue de 8,0%; $p = 0,351$ RR 1,30 (CI 95% 0,70-2,30). El 62,6% de las altas fueron por mejoría ($p < 0,001$). El resto fueron por traslado (23,7%) [traslado a otro servicio (3,7%) y traslado a otro centro (19,0%), a medicina interna (1,2%)] o por empeoramiento (1,2%).

Discusión. Los tumores constituyen un grupo diagnóstico considerable, el tercero dentro de los grupos diagnósticos, siendo los servicios quirúrgicos donde más se prodiga esta patología si bien los pacientes psiquiátricos vuelven a aparecer en la lista por el alto volumen de sujetos que vemos procedente de este servicio. La mortalidad es menor que en otros grupos como el infeccioso y, siendo mayor que la media, no alcanza significación estadística. El destino al alta es significativamente distinto al grupo control, siendo lógicamente mayor el porcentaje de traslados a otros centros y menores los pacientes que mejoran. La formación en cuidados paliativos es básica para el internista consultor.

V-210 EL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO PRIMARIO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

C. Vera Sánchez-Rojas, A. Melgarejo González, M. Giménez Belló,
J. Vicente Calderón, J. Laso Trillo, J. Fernández Pardo
y M. Meseguer Frutos

Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Objetivos. Dar a conocer las características clínicas, analíticas y terapéuticas de los pacientes diagnosticados de síndrome antifosfolípido primario (SAF1°) en un servicio de medicina interna general de un hospital de área.

Material y métodos. Realizamos un análisis descriptivo del perfil clínico-epidemiológico, analítico y tratamiento de 14 pacientes diagnosticados de SAF1° en un Servicio de Medicina Interna desde el año 2000 al 2010. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, clínica de debut, perfil analítico, tratamiento y complicaciones.

Resultados. De los 14 pacientes diagnosticados, 10 eran mujeres (71,42%) y 4 eran hombres (28,57%), con un promedio de edad al diagnóstico de 41,42 años. El 35,7% presentaban antecedentes sospechosos de SAF: un ictus, dos tromboembolismos pulmonares (TEP) y una trombopenia. Del total de pacientes, el 28,57% debutaron con trombosis venosa profunda (TVP), el 28,57% con TEP, el 35,71% con ictus y un 7,14% con lesiones cutáneas. Todos presentaron anticoagulante lúpico positivo, en 9 de ellos (64,28%) aumentó la anticardiolipina IgG y en 3 (21,42%) la anticardiolipina IgM. En 3 casos (21,42%) se objetivó trombopenia y en 8 (57,14%) un TTPA alargado. Se realizó ecocardiograma a un 78,57%, sin encontrar datos de valvulopatía en ningún caso. Los tratamientos aplicados fueron: en un 50% anticoagulación con acenocumarol, en un 35,7% anticoagulación y antiagregación, en un 7,14% antiagregación más heparina sódica y en un 7,14% antiagregación. Durante un tiempo de seguimiento medio de 6 años se presentaron las siguientes complicaciones: un ictus tras retirar acenocumarol, una trombosis venosa cerebral y un infarto renal (infradosificados con acenocumarol), una hemorragia digestiva (por sobredosis de acenocumarol) y dos exitus (un TEP complicado y SAF catastrófico).

Discusión. En los estudios publicados sobre el SAF1° se ha estimado una prevalencia de 0,3-1% de la población general, con un predominio de mujeres sobre hombres, relación de 5:1, y una edad inferior a 40 años, siendo la clínica más común de debut la trombosis venosa profunda (33%), seguida de la trombocitopenia (27%) y livedo reticularis (20%). Los resultados epidemiológicos de nuestra serie coinciden con los descritos en la literatura, en cambio es importante señalar la alta incidencia de eventos clínicos mayores (TEP, ictus) en el debut de la enfermedad de nuestros pacientes respecto a otras series. Recogemos un elevado número de pacientes antiagregados y anticoagulados, en su mayoría pacientes con factores de riesgo cardiovascular añadido o que han presentado varios eventos clínicos. La mayoría de las complicaciones observadas están en relación, posiblemente, con la variabilidad de la absorción de dicumarínicos en los pacientes.

Conclusiones. En nuestra serie objetivamos un número elevado de ictus y TEP en relación con un debut agresivo de la enfermedad. El anticoagulante lúpico fue el parámetro inmunológico más frecuentemente positivo. Es importante sospechar el SAF1° de forma precoz, para iniciar un tratamiento correcto, e intentar evitar sus consecuencias devastadoras.

V-211 ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

A. Muela Molinero, S. Aguilar Huergo, P. Dios Díez
y E. Magaz García

Servicio de Medicina Interna. Hospital de León. León.

Objetivos. Estudiar las características de los pacientes ingresados en nuestro servicio, en particular la comorbilidad previa al ingreso de los pacientes.

Material y métodos. Se estudiaron 63 pacientes consecutivos ingresados desde consultas o el servicio de urgencias al servicio de Medicina Interna del Hospital de León (Edificio Monte San Isidro), durante la primera quincena del mes de mayo de 2010. Se recogieron sus principales variables demográficas y clínicas, utilizando el índice de Charlson para estudiar la comorbilidad asociada. Un mes después del alta se comprobó la situación clínica del paciente.

Resultados. La muestra estuvo compuesta por 36 (57,1%) varones y 27 (42,9%) mujeres, con una edad media de $81,4 \pm 8,3$ años. Tenían menos de 65 años de edad 6 (9,5%) pacientes, 7 (11,1%) pacientes tenían entre 65 y 75 años, 27 (42,9%) pacientes tenían entre 75 y 85 años, y 23 (36,5%) pacientes eran mayores de 85 años. El 54% de los pacientes residía en medio urbano. La puntuación media en el índice de Charlson fue de $3,68 \pm 2,11$ puntos. Las comorbilidades más frecuentes que presentaban los pacientes fueron la HTA (68,3%), diabetes mellitus (38,1%), la insuficiencia cardiaca (34,9%) y la EPOC (20,6%). El número medio de medicamentos que recibían previo al ingreso fue de $6,4 \pm 3,3$. Las causas más frecuentes de ingreso fueron la insuficiencia cardiaca (38,1%), la patología infecciosa respiratoria (12,7%) y la reagudización de EPOC previa (6,4%). La media de días ingresados en los últimos años fue de $17,58 \pm 23,58$ días. La estancia media resultó de $11,5 \pm 8,3$ días, con una tasa de mortalidad del 14,3%. De los pacientes dados de alta, a los 30 días había reingresado un 26,9% de los pacientes, mientras que otro 7,7% había fallecido.

Discusión. La edad de los pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna no ha dejado de aumentar en los últimos años, sobre todo a expensas de la población mayor de 80 años que ha llegado a alcanzar una tercera parte de nuestros ingresos. Conforme envejece la población, aumenta la comorbilidad de los pacientes, factor determinante para el ingreso en unidades con experiencia en el manejo de pluripatología. De hecho el índice de Charlson de nuestra muestra es ligeramente superior al de otros estudios publicados con anterioridad de pacientes ingresados en unidades de Medicina Interna. La edad y la pluripatología son factores determinantes de una peor evolución clínica no sólo durante el ingreso sino también en la evolución posterior, objetivando una tasa de complicaciones al mes 6 veces superior en los pacientes más ancianos respecto a los menores de 65 años.

Conclusiones. Los pacientes que ingresan en nuestro servicio de Medicina Interna lo hacen fundamentalmente por reagudizaciones de su enfermedad de base (respiratoria o cardiovascular principalmente) y presentan una comorbilidad moderada/alta.

V-212

EFFECTOS ADVERSOS HEMORRÁGICOS ASOCIADOS AL USO DE ANTICOAGULANTES ORALES EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR EN LA PROVINCIA DE SALAMANCA EN 2009

M. Fernández Regueras¹, S. Gómez Lesmes¹, M. Marcos Martín¹, T. Santos Jiménez², I. Alberca Silva³, G. Luna Rodrigo¹, I. Pastor Encinas¹ y J. Laso Guzmán¹

¹Servicio de Medicina Interna II, ²Unidad de Admisión y Documentación, ³Servicio de Hematología. Complejo Asistencial de Salamanca. Salamanca.

Objetivos. Determinar los efectos adversos hemorrágicos derivados del uso de anticoagulantes orales en pacientes con fibrilación auricular en la provincia de Salamanca durante año 2009.

Material y métodos. Estudio observacional descriptivo en el que se seleccionaron los pacientes que presentaron episodios de hemorragia asociados a consumo de anticoagulantes orales por fibrilación auricular. Para ello se identificó a través del Servicio de Admisión y Documentación a los pacientes ingresados en el Complejo Asistencial de Salamanca del 1/01/2009 al 31/12/2009 que presentaron en la codificación del informe de alta (eCIE-9-MC) el código E934.2 (efecto adverso de anticoagulantes) y otro código relativo a la presencia de hemorragia. Una vez identificados los pacientes, se revisaron las historias clínicas para seleccionar los pacientes con fibrilación auricular, recogiendo variables sociodemográficas, clínicas y analíticas

Resultados. Se identificaron un total de 41 pacientes con la codificación E934.2 en el informe de alta hospitalaria. Entre ellos, 26 pacientes (11 mujeres y 15 varones) con edades comprendidas en-

tre los 72 y los 99 años, desarrollaron complicaciones hemorrágicas asociadas al consumo de anticoagulantes orales, siendo éste en 22 de los casos el motivo de ingreso. La incidencia acumulada de hemorragia fue del 0,61%. Se contabilizaron 16 hemorragias digestivas (39%), 4 hematurias (9,8%), 3 hemoptisis (7,3%), 1 epistaxis (2,4%), 1 hematoma de rectos abdominales (2,4%) y 1 hemotórax (2,4%), requiriéndose soporte transfusional en 12 pacientes (46,15%). Las cifras de INR fueron superiores a 3 en 24 pacientes (92,3%). La escala CHADS2 fue de 2 o más puntos en el 65,38% del total de los analizados y de menos de 2 puntos en el 19,23%. Se produjeron cinco casos de muerte asociados al evento hemorrágico (19,23%).

Discusión. Tras el análisis de los datos se objetivó que la mayoría de los pacientes anticoagulados por fibrilación auricular que sufrieron un efecto adverso hemorrágico eran mayores de 75 años y presentaban sobredosificación de acenocumarol. El tipo de hemorragia más frecuente fue la digestiva, estando en concordancia estos datos con los observados en otras series. La incidencia acumulada de hemorragia en este grupo fue inferior a la observada en otros estudios, y es destacable la ausencia de eventos hemorrágicos cerebrales en relación con el uso de anticoagulantes, tal y como se describe en otras series.

Conclusiones. El incremento de riesgo hemorrágico en pacientes de edad avanzada que precisan anticoagulación por fibrilación auricular hace necesario el desarrollo de modelos más específicamente orientados a establecer el riesgo de sangrado en estos pacientes. El infradiagnóstico de eventos hemorrágicos y particularmente de hemorragia cerebral en nuestra serie podría relacionarse con el sistema de codificación al alta hospitalaria.

V-214

SÍNDROME DE TAKO TSUBO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DEL FEOCROMOCITOMA

R. Jaso Tejera¹, S. Nieto Martínez¹, F. Ortiz Flores¹, C. Valero Lamadrid¹, M. Aller Fernández¹, C. Muñoz Esteban² y A. Ruiz Cosío³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina Intensiva, ³Servicio de Medicina de Familia. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria).

Objetivos. Revisión de los casos de feocromocitoma de nuestro Hospital y su forma de presentación como síndrome de Tako Tsubo dada su alta frecuencia en nuestra serie.

Material y métodos. Revisión de los feocromocitomas en los últimos 19 años con especial relación a la existencia de síndrome de disfunción ventricular izquierda reversible (Tako Tsubo).

Resultados. De los 24 pacientes con diagnóstico de feocromocitoma y paraganglioma, 3 pacientes reunieron criterios de síndrome de Tako Tsubo. El diagnóstico de feocromocitoma se hizo dentro del mismo ingreso en dos casos. Todos fueron diagnosticados como SCA, evidenciando hipoquinesia/aquinesia en áreas segmentarias difusas, sin anomalía coronaria por arteriografía, cambios ECG (elevación/descenso de ST difuso en área precordial e inferior), aumento discreto de enzimas cardíacas y reversibilidad de la hipoquinesia con mejoría significativa de la disfunción sistólica VI. En los tres se apreciaba HVI y en uno estenosis subaórtica dinámica. Se asoció siempre crisis HTA y generalmente clínica vegetativa e intensa ansiedad. Uno fue desencadenado por stress emocional intenso. Durante la evolución en uno de ellos se produjo intensa hipotensión con insuficiencia renal aguda reversible. Predominaron las mujeres (2 de 3 casos) aunque sólo una era posmenopáusica. Dos pacientes tuvieron episodios de crisis hipertensiva con sudoración. Se constató fiebre en dos enfermos, con parámetros analíticos de respuesta inflamatoria. En dos de los tres pacientes la eco abdominal fue normal siendo diagnóstico el TAC. Las catecolaminas adrenalina y noradrenalina estaban aumentadas en los tres, con predominio de la adrenalina.

Discusión. Estos casos ponen de relieve la existencia de uno de los mecanismos etiopatogénicos del síndrome de Tako Tsubo, que es la descarga de sustancias adrenérgicas y su acción sobre el miocardio. Este síndrome fue descrito en pacientes que sufren una situación de intensa ansiedad y por tanto hay que pensar que presentan una descarga fisiológica de respuesta adrenérgica. En nuestro estudio hubo un predominio de mujeres, similar a otras series. La TAC siempre llevó al diagnóstico. Dado el alto número de pacientes con feocromocitoma entre los que presentan síndrome de Tako Tsubo (16% de una revisión de Tako Tsubo realizada en nuestro hospital durante 2 años) nos lleva a descartar siempre el feocromocitoma en estos pacientes. Esto implicará un mejor manejo de las drogas vasoactivas, reposición de volumen, control de arritmias ventriculares (TV en uno de nuestros pacientes) y resolución quirúrgica del feocromocitoma si lo hay. Son criterios de exclusión del Tako Tsubo la existencia de miocarditis o feocromocitoma. Hay que tener en cuenta la posible aparición de crisis hipertensivas con la administración de contraste (un caso). La existencia de fiebre en pacientes con síndrome de Tako Tsubo orienta al diagnóstico de feocromocitoma, debido a la suelta de citoquinas del tumor (IL6).

Conclusiones. Debido a la alta prevalencia de síndrome de Tako Tsubo como forma de presentación de feocromocitoma, consideramos necesario hacer un despistaje de dicha patología en todos aquellos pacientes que presenten este cuadro cardiológico. Si consideramos esta asociación, un manejo especial de estos pacientes mejorará el diagnóstico, el tratamiento y la evolución de estos pacientes.

V-215 CARACTERÍSTICAS DE LAS VASCULITIS DIAGNOSTICADAS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

L. Morillo Blanco, G. García García, M. Lobo Pascua, O. González Casas, F. Olgado Ferrero, J. Vázquez Labrador, M. García Morales y D. Magro Ledesma

Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina. Badajoz.

Objetivos. Conocer los tipos de vasculitis más frecuentes diagnosticadas en nuestro servicio y las características predominantes en cada una de ellas.

Material y métodos. 31 pacientes del Servicio de Medicina Interna del Complejo Hospitalario Perpetuo Socorro-Infanta Cristina de Badajoz seguidos durante el periodo 2004-2010. Estudio descriptivo retrospectivo realizado con el sistema informático spss.13.

Resultados. Predominio del sexo masculino (71%). La media de edad es del 64 ± 19 años. El antecedente más común fue la infección (52%). La afectación cutánea fue predominante (81%) de los casos-siendo la púrpura palpable la más frecuente (35%); seguida de la fiebre (61%). 8 pacientes manifestaron compromiso respiratorio, 7 renal y 6 intestinal. La elevación de PCR y VSG se encontró en más del 50% de los casos, anemia (45%) y eosinofilia (16%). Los ANCA se realizaron en 21 pacientes, siendo negativos en el 50% de los casos. La biopsia se realizó en 21 pacientes, siendo cutánea la mayor parte. El diagnóstico predominante fue vasculitis leucocitoclástica (39%), seguido de púrpura de Schonlein-Henoch (19.4%). El tratamiento predominante fueron los corticoides solos (55%). El 66% de púrpura presentó artritis, 100% púrpura palpable y elevación de IgA y 50% tuvo afectación renal. De los 3 casos de Schurg-Strauss, todos tuvieron manifestación de vías respiratorias (asma + sinusitis), eosinofilia y elevación de IGE. El 100% recibió tratamiento con corticoides + inmunosupresores. De los 12 casos de vasculitis leucocitoclástica, 1 tuvo manifestación multisistémica, el resto sólo afectación cutánea.

Discusión. El diagnóstico de Schurg-Strauss se ajusta a las manifestaciones de la literatura. Los casos de púrpura de Schonlein-Henoch apenas han presentado afectación digestiva. En algunos informes de ingreso faltan los resultados de IGS, crioglobulinas y

otros datos de laboratorio que, probablemente, se habrán recibido en consultas y que nos permitirían afinar más algunos diagnósticos de vasculitis, los cuales al alta no han quedado bien definidos.

Conclusiones. Las vasculitis, aunque no son una patología muy frecuente en nuestro servicio, una vez diagnosticada o sospechada, requieren de un seguimiento estrecho debido a la posibilidad de afectación multisistémica que tienen, aunque, en ocasiones, sólo muestren afectación cutánea en su inicio.

V-216 IMPORTANCIA DEL ECOFAST EN LA ENFERMERÍA DE MEDICINA INTERNA

S. Lourenco¹, P. Marcelino², Z. Neves¹, M. Pacheco¹ y J. Malhado¹

¹Servicio de Medicina 1, ²Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Curry Cabral. Lisboa (Portugal).

Objetivos. La enfermedad cardiovascular, como diagnóstico principal o secundario, es una de las patologías más prevalentes en los servicios de Medicina Interna. El Ecofast, al permitir respuestas muy sencillas y prácticas, puede resultar un adecuado método de screening, obviando la realización de exámenes más complicados y caros.

Material y métodos. Estudio prospectivo de la utilización de un ecocardiógrafo portable en los pacientes ingresados en 10 camas de una enfermería de Medicina Interna durante un mes. Se identificaron todos los pacientes con indicación para realización de ecocardiograma durante el ingreso y se registraron los resultados de los mismos. Se identificaron las principales alteraciones que necesitaron un mejor detalle con estudio programado.

Resultados. Durante un mes fueron ingresados 37 pacientes en las 10 camas disponibles. La edad mediana fue de 72 años y la duración media del ingreso de 8,1 días. El 40% presentaban diagnóstico principal de enfermedad cardiovascular. Se identificaron 29 pacientes con indicación para ecocardiograma por ictus isquémico (9), insuficiencia cardíaca (9), soplo audible (3) y fiebre (2), hipertensión arterial (2), cardiopatía isquémica (2) y fibrilación auricular (2). Las principales alteraciones registradas fueron la dilatación de cavidades y las alteraciones degenerativas valvulares, aunque se demostraron importantes diferencias entre los grupos de patologías. En 51,8% de los pacientes se consideró el examen conclusivo. En los demás se practicó un ecocardiograma programado en laboratorio.

Conclusiones. El uso de un ecocardiógrafo portable es una herramienta útil en la enfermería de medicina. Su uso puede permitir la evaluación de los pacientes de forma más cómoda. Al permitir una fácil repetición del examen puede constituir un método de monitorización de la terapia en algunas situaciones como la insuficiencia cardíaca. Se necesitan más estudios para evaluar su impacto en el tiempo de ingreso y en los costes.

V-217 INTERCONSULTAS RECIBIDAS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA PARA LA VALORACIÓN DEL PACIENTE OTORRINOLÓGICO

D. Crecente, D. Alvela, D. Castro, D. Díez, D. Torres y D. Fidalgo

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

Objetivos. Revisar las interconsultas a nuestro servicio de Medicina Interna solicitadas por el servicio de Otorrinolaringología en el período anual de 2009; definir el motivo de ingreso, el motivo de la interconsulta y los microorganismos encontrados en los casos de infección, y el tiempo de seguimiento.

Material y métodos. Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo en el que se revisaron las historias clínicas de 26 pacientes.

Resultados. De los 26 pacientes estudiados el motivo de ingreso fue la patología tumoral en 12 casos e infecciosa en 8, siendo en 6 casos otro. Presentaban EPOC 6. La causa de interconsulta más frecuente fue la fiebre en 12 casos (43%), siendo el origen en todos los casos infecciones. En 9 casos existía infección respiratoria; además, en otros 9 casos existía infección en otras localizaciones (de la herida quirúrgica en 6 casos, de catéter central en 3 casos). 9 de estos 12 enfermos habían sido intervenidos, en 4 se realizó laringectomía total y en 1 parcial; en 4 enfermos se practicaron intervenciones distintas a estas. Presentaron algún cultivo positivo el 58%. Los patógenos más frecuentes fueron *Streptococo* (en todos los aislamientos), *Stafilococo aureus* resistente a metilicina en 2 casos; *Cándida albicans* y *glabrata* en 2 casos; *Pseudomonas* en 1 caso; *Enterococos faecalis* en 2 casos; *Escherichia coli* en 1 caso; *Klebsiella* en 1 caso. El 67% de ellos recibieron múltiples antibióticos; los antibióticos más usados fueron las penicilinas antipseudomonas (58%); penicilinas (50%); quinolonas (34%); aminoglucósidos (22%), glucopéptidos (22%), carbapenémicos (22%) y azoles (22%). De los 26 casos, 13 (50%) recibieron nutrición enteral, constatándose aspiración en 4 de ellos (laringectomía total 1 caso; subtotal 1 caso), todos desarrollaron infección respiratoria. De los 12 casos con complicaciones infecciosas 8 tenían nutrición enteral. En 6 casos recibieron nutrición parenteral, en 2 casos se relacionó directamente con infección por haberse aislado el microorganismo en hemocultivos y punta de catéter. Otras causas de interconsulta fueron el ajuste de tratamiento antes de la cirugía en 2 casos, la descompensación de la patología de base en 4 casos o control de factores de riesgo cardiovascular en 5 casos. El seguimiento se mantuvo hasta el alta, con una media de 18 días, siendo la patología infecciosa el principal motivo de alargamiento de la estancia.

Discusión. La patología tumoral fue el principal motivo de ingreso y la fiebre el principal motivo de interconsulta, en todos los casos fue de origen infeccioso, siendo la mayor parte de las veces el foco respiratorio, seguido de la infección quirúrgica. La nutrición enteral favorece los fenómenos de aspiración e infección respiratoria. Aunque las resecciones parciales favorecen la aspiración nosotros no lo hemos objetivado. En su mayoría se trata de infecciones polimicrobianas, requiriendo tratamiento antibiótico en combinación. La patología infecciosa asociada a la cirugía fue la principal causa de morbilidad y alargamiento de la estancia hospitalaria.

Conclusiones. Los procesos infecciosos asociados al gesto quirúrgico son el motivo de interconsulta más frecuente, seguidos del control de factores de riesgo cardiovascular. La nutrición enteral fue un factor determinante para la infección respiratoria. En la mayoría de los casos la infección fue polimicrobiana y el tratamiento antibiótico de inicio de amplio espectro y en combinación, siendo las penicilinas antipseudomonas los más usados. La patología infecciosa incrementó la estancia en dos semanas.

V-219

CITOCINAS Y ATROFIA CEREBRAL EN PACIENTES ALCOHÓLICOS CON SÍNDROME DE ABSTINENCIA

C. Fernández Pérez, E. González Reimers, M. Martín González, E. García-Valdecasas Campelo, F. Santolaria Fernández, A. Martínez Riera, M. Monedero Prieto y O. Elvira Cabrera

Servicio de Medicina Interna. Consorcio Sanitario de Tenerife. San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife).

Objetivos. La atrofia cerebral es frecuente en alcohólicos. Puede obedecer a diversos mecanismos: consumo de alcohol, alteración hepática, malnutrición y alteración de citocinas como TNF-alfa y vitaminas. El objetivo es analizar la relación de estos parámetros con la intensidad de la atrofia cerebral en pacientes estudiados mediante tomografía computadorizada cerebral (TAC) por síndrome de abstinencia.

Material y métodos. Se determinó, en 78 alcohólicos, 36% de ellos cirróticos, niveles séricos de TNF-alfa, protrombina, bilirrubina y albúmina y resto de analítica rutinaria; en un subgrupo, niveles séricos de vitaminas A, C, E, B12, B6, ácido fólico y homocisteína, además de realizar el "minimental Test" (MT). En el TAC se registró la presencia de atrofia cerebelosa, y los índices de Evans, Huckmann, cella media (CM), bicaudado (BC), bifrontal (BF) y de atrofia cortical (AC). Se valoró el estado nutricional mediante antropometría.

Resultados. Los pacientes presentaron alteración de los índices de Huckmann ($t = 3,02$), de AC ($t = 5,48$), CM ($t = 4,44$) y BF ($t = 2,04$, $p < 0,05$ en todos los casos) comparados con 12 controles. La atrofia era más intensa en cirróticos, alcanzando significación estadística (comparados con no cirróticos) el BC ($t = 2,35$) y, rozándola, el AC ($t = 1,9$, $p = 0,06$). El CM guardó relación con la tensión arterial sistólica ($p = 0,046$), y el BF, con la edad ($p = 0,009$). El MT guardó una relación inversa con la edad ($r = -0,50$, $p = 0,036$). Hubo relación entre BC y bilirrubina ($r = -0,27$) y AC y protrombina ($r = 0,32$, $p < 0,04$ en ambos casos); en cuanto a estado nutricional, sólo entre CM y perímetro braquial ($r = -0,42$). También encontramos una relación entre CM y vitamina C ($r = -0,50$) y BC y ácido fólico ($r = -0,33$, $p < 0,05$ en ambos casos). La atrofia cerebelosa se asoció a un mayor consumo de etanol ($t = 2,05$, $p < 0,05$). No encontramos relación con el TNF.

Discusión. La atrofia cerebral y cerebelosa es frecuente e intensa en el alcohólico en síndrome de abstinencia, y en ellas parecen influir el consumo de alcohol, la función hepática y el estado nutricional.

Conclusiones. El consumo de alcohol junto a una serie de factores asociados es responsable de la atrofia cerebral y cerebelosa de estos pacientes.

V-220

VALORACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS FORMATIVOS EN MEDICINA INTERNA Y VISIÓN DEL RESIDENTE EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

I. González Anglada, H. Martín Álvarez, C. Garmendia Fernández, M. Velasco Arribas, C. Rodríguez Leal, B. Sánchez Sauce, L. Téllez González y M. Monforte Gómez

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

Objetivos. El sistema de formación de especialistas se basa en un "proceso de práctica profesional programada y supervisada a fin de alcanzar los conocimientos, habilidades y responsabilidades necesarios para ejercer la especialidad de forma eficiente". Este proceso se concreta en la práctica profesional en rotaciones por distintas unidades y especialistas, en la realización de sesiones, de cursos y la formación en investigación con la presentación de comunicaciones a congresos y publicación de artículos. El tutor es el encargado de supervisar este proceso y tiene que conocer sus resultados para detectar áreas de mejora y corregirlas. La opinión de los residentes sobre el cumplimiento de los objetivos formativos es importante. En nuestra Unidad de Medicina Interna del Hospital Universitario Fundación Alcorcón hemos revisado este proceso y hemos analizado la opinión de los residentes en nuestra Unidad y lo hemos comparado con el Hospital. Objetivo: conocer el cumplimiento de los objetivos docentes en los aspectos asistencial, docente e investigador y valorar la opinión del residente.

Material y métodos. Se revisan las memorias de los 10 residentes de Medicina Interna del HUCA y se recogen las rotaciones, sesiones, cursos, comunicaciones a congresos y artículos realizados. Además se incluye en la memoria una encuesta de opinión que se pide a los residentes rellenen por cada rotación. La encuesta tiene una primera parte de preguntas cerradas sobre valoración de las rotaciones que el residente valoraba del 0 al 10 los aspectos: estímulos recibidos, planificación, supervisión, cumplimiento de objetivos, manejo clínico y habilidades técnicas, utilidad para su profesión,

formación en investigación y bioética, ambiente de trabajo y sesiones. Las encuestas se podían entregar de forma anónima. Se compara con el resultado de las encuestas globales de todos los residentes del HUFA.

Resultados. Los 10 residentes de Medicina Interna (2 R5, 2 R4, 2R3, 1 R2, 3 R1) realizan una media de 3 rotaciones al año, 30 guardias de urgencia y 30 guardias de especialidad. Imparten 4,4 sesiones en las Unidades y los R5 realizan 1 sesión general del Hospital. Asisten a 4 cursos transversales y 4 cursos de especialidad. Realizan 2 comunicaciones a congresos de primer autor y 3,7 comunicaciones de segundo o más. Se recogen 4 encuestas de valoración: La valoración global de las rotaciones es 8,05. Comparando con los resultados de los residentes del hospital, la valoración de nuestros residentes de la docencia recibida es discretamente superior en la mayoría de los ítems.

Discusión. Los residentes de Medicina Interna cumplen los objetivos formativos asistenciales, de docencia y de investigación. Valoran con un notable alto la formación en nuestro Hospital con un adecuado cumplimiento de objetivos docentes, supervisión, planificación y estímulo.

Conclusiones. Es de gran utilidad para los tutores la evaluación del cumplimiento de los objetivos formativos y el conocimiento de la valoración de la docencia que hacen los residentes.

V-221 AN AUDIT OF OXYGEN PRESCRIPTION PRACTICES IN ADULT PATIENTS

D. Trabulo, S. Janeiro, S. Marques y E. Pedroso

*Unidade de Cuidados Intermédios-Serviço Medicina Interna.
Centro Hospitalar de Setúbal. Setúbal (Portugal).*

Objectives. Oxygen is probably the commonest drug to be used in the care of patients. It is prescribed for hypoxemic patients to increase oxygen tension. An inappropriate concentration may have serious or even lethal effects. Oxygen saturation should be prescribed to achieve a target saturation (of 94-98% for most acutely ill patients or 88-92% for those at risk of hypercapnic respiratory failure). The objectives of this presentation are to assess the frequency and accuracy of oxygen prescription at Internal Medicine ward at Centro Hospitalar de Setúbal. Based on these results, we pretend to create a standard oxygen prescription document in order to improve the administration and monitoring of oxygen therapy, according to the guidelines of the British Thoracic Society of 2008.

Material and methods. Observational, transversal audit. 48 patients were selected for chart review. For each patient, the clinical diagnosis, oxygen prescription and medical plan were analyzed in conjunction with the device used for administration, flow rate and oxygen saturations (as documented in the observation chart).

Results. 25% of the patients were at risk of hypercapnic respiratory failure. 58.3% of the patients were receiving oxygen therapy. Only 78.5% of the patients receiving oxygen had it prescribed in their medication chart. Moreover, in 42% of the prescriptions, there was no correspondence between the oxygen prescribed and the one effectively administered. The same occurred in 16% of patients with hypercapnic respiratory failure. Additionally, no patient had his target saturation prescribed. Besides that, oxygen saturation and delivery system weren't recorded on the patient's monitoring chart in 12.5% and 4.2%, respectively.

Discussion. This no compliance in oxygen prescription carries serious potential consequences. The introduction of a new drug chart with a specific oxygen prescription section as well as targeted educational lectures primarily to medical staff are necessary. Target saturation and delivery system should be recorded on the patient's monitoring chart alongside the oximetry result.

Conclusions. Additional strategies are required to improve the administration of oxygen therapy in hospitals.

V-222 ECOCARDIOGRAMAS EN PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA: UTILIDAD CLÍNICA EN EL MANEJO ASISTENCIAL DURANTE EL INGRESO

X. Martret Redrado, P. Marchena, F. Ribó, J. Burillo, R. Rey, F. Castro, J. Pérez Mas y C. Paytubí

*Servicio de Medicina Interna y Urgencias. Hospital de Sant Boi.
Sant Boi de Llobregat (Barcelona).*

Objetivos. Determinar la frecuencia de estudios ecocardiográficos realizados en paciente ingresados en nuestro Departamento de Medicina Interna y Urgencias y demostración de la utilidad de los mismos en cuanto al manejo clínico de pacientes. Revisión de estudios en el contexto de hospital comarcal de 120 camas.

Material y métodos. Revisión sistemática de los ecocardiogramas realizados a pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna y Unidad de Corta Estancia. Obtención de datos a partir del programa Ecocardiograma 2000. Revisión del listado de todos los pacientes con informes de ecocardiogramas realizados en 2009 (total 1.538 pacientes). Valoración del resultado de la prueba: correlación de diagnóstico pre y post ecocardiograma. Efecto sobre tratamiento.

Resultados. Se identificaron 71 estudios realizados en paciente ingresados. Se pone de manifiesto la escasa documentación de las indicaciones de las pruebas en los informes de las mismas (incompleta/ausente en el 91,5%). Calidad de registros: aceptable en el 69% de registros, registros de poca calidad en 21% de pruebas. Número de registros: media de 6,4 per facultativo del servicio. El perfil tipo del paciente es el de un paciente con predominio de miocardiopatía hipertrófica (25%) y dilatadas (7,6%), con grados leves y moderados de insuficiencia mitral (56,6%) e insuficiencia aórtica leve (19,7%). Hipertensión arterial pulmonar presente en 29,8% de pacientes. El diagnóstico de insuficiencia cardíaca se asocia a un aumento en el uso de IECAS, diuréticos, betabloqueantes, con reducción en el uso de calcioantagonistas.

Discusión. Mejor documentación de las indicaciones de ecocardiogramas es necesaria: muy deficiente actualmente. Variabilidad personal: media 6,4 ecos/médico. 3 médicos: 39 pruebas solicitadas (54,9%). Perfil ecocardiográfico compatible con la patología predominante. Diagnósticos clínicos predominantes (ICC, arritmias, valvulopatías) dentro la patología habitual del servicio. 38% de ecocardiogramas dentro de la normalidad (n = 27). Sólo 7 de estos pacientes tenían diagnósticos de alta no cardíacos.

Conclusiones. La utilización del ecocardiograma en pacientes ingresados es de utilidad principalmente en pacientes con cuadro clínico sugestivo de insuficiencia cardíaca. En nuestra serie de estudios realizados en pacientes ingresados, un 38% de los ecocardiogramas estaban dentro de la normalidad, aunque éstos iban asociados a diagnósticos de ingreso sugestivos de patología cardíaca. Esto se puede interpretar como un exceso de uso de una prueba de disponibilidad limitada, al menos en nuestro medio hospitalario.

V-223 VALORACIÓN DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES INGRESADOS POR HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA

J. Bustamante Mandrión, P. Ruiz de Artacho, E. García Lamberechts, R. Cuervo Pinto, D. Chaparro Pardo y C. Fernández Alonso

*Servicio de Urgencias. Complejo Universitario de San Carlos.
Madrid.*

Objetivos. Evaluar la satisfacción de los pacientes con hemorragia digestiva baja (HDB) ingresados en una unidad de corta estancia.

Material y métodos. Encuesta realizada telefónicamente. Los parámetros incluidos en la recogida de datos fueron el número de días de estancia hospitalaria y la satisfacción global (sí/no).

Resultados. Se realizaron 178 ingresos por hemorragia digestiva baja en la Unidad de Corta Estancia (UCE) durante un período de doce meses, de los cuales 92 eran mujeres y 86 eran hombres, con una media de edad de 70 ± 17 años y una estancia media de $2,2 \pm 2,0$. Se consiguió contactar telefónicamente con 127 pacientes (71,3% de los ingresos). De éstos, se obtuvo información sobre el nivel de satisfacción en 114 pacientes (64% de los ingresos). El 92,1% de los pacientes habían quedado satisfechos de su ingreso en la UCE. El 7,9% restante no quedaron satisfechos (9 pacientes).

Conclusiones. La HDB es una patología con un porcentaje de ingresos significativos en UCE. La estancia media es baja y el nivel de satisfacción de los pacientes con hemorragia digestiva baja de la UCE es muy alto y la mayoría están satisfechos de forma global de su paso por la UCE.

V-224 URGENCIAS ENDOCRINAS EN MEDICINA INTERNA (REVISIÓN 2004-2010)

I. González Fernández, P. Miramontes González,
N. Cubino Bóveda, L. Mateos Polo, J. Martín Oterino,
S. Márquez Batalla, E. Fraile Villarejo
y R. Fernández Santalla

Servicio de Medicina Interna I. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.

Objetivos. Determinar las complicaciones endocrinas agudas que motivan ingreso hospitalario en el Servicio de Medicina Interna I durante los años 2004-2010 y sus posibles desencadenantes.

Material y métodos. Se procede a la revisión de las historias clínicas de los pacientes ingresados durante los años 2004-2010 a causa de complicaciones endocrinas agudas, con una totalidad de 39 pacientes realizando un estudio observacional retrospectivo.

Resultados. Edad media: 59,68 años (rango 21-103a). Distribución por sexo: varones: 44,73% (18), mujeres 55,26% (21). La distribución de las urgencias endocrinas que presentan nuestros pacientes fue: cetoacidosis diabética (29 pacientes): siendo diabéticos tipo 1: 12 pacientes (edad media: 31,2 a); diabéticos tipo 2: 17 pacientes en tratamiento con insulino terapia (edad media: 70,41a) y de los que fallecieron 2 pacientes. Coma hiperosmolar (6 pacientes): en su totalidad diabéticos tipo 2, (edad media: 89,33 a), y de los que 2 fallecieron. Emergencias endocrinas: crisis tirotóxicas (3 pacientes), dos de ellos como consecuencia de un nódulo tóxico tiroideo, y el otro caso a causa de enf. de Graves Basedow con una infección intercurrente. Con respecto al coma mixedematoso, un único caso fue registrado siendo el diagnóstico de hipotiroidismo fue de novo. Evolucionando favorablemente todos los pacientes con estas emergencias tiroideas.

Discusión. Las complicaciones agudas de la diabetes (cetoacidosis DM y descompensación hiperosmolar) son las principales causas de ingreso en la serie de nuestros pacientes (89%). El factor desencadenante principal son las infecciones tanto en el grupo de cetoacidosis diabética como en la descompensación hiperosmolar, seguidas del incumplimiento terapéutico. Las crisis tirotóxicas y el coma mixedematoso son emergencias endocrinas, cuya frecuencia fue menor (11%), pero su diagnóstico y precoz tratamiento es de extraordinario importancia dada la mortalidad de dichas patologías. La mortalidad total en nuestra serie fue 10,25%, valorando como relevante en el análisis de este parámetro, la edad avanzada de los pacientes (como se muestra en los análisis por subgrupos) y la pluripatología asociada, factores

que empeoran notablemente el pronóstico en estas situaciones de gravedad.

Conclusiones. La patología endocrina es causa de situaciones agudas de considerable mortalidad y cuyo diagnóstico y tratamiento tiene un carácter vital, por lo que ocupa un lugar relevante en el saber de un internista. La identificación de los factores desencadenantes y su corrección son fundamentales también, en este sentido las infecciones y el incumplimiento terapéutico son los más frecuentes, haciéndose patente la importancia de un adecuado tratamiento antibiótico empírico y una completa educación diabetológica de los pacientes.

V-225 OMENTÍN, UNA NUEVA ADIPOQUINA. NIVELES CIRCULANTES Y EXPRESIÓN GÉNICA EN TEJIDO ADIPOSO EN MUJERES CON OBESIDAD MÓRBIDA

D. Riesco, J. Llutart, A. Ródenas, A. Sabater, E. Ñasco, A. Ceausu,
T. Auguet y C. Richart

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona.

Objetivos. El objetivo de este estudio prospectivo fue determinar los niveles circulantes de omentín, así como su expresión génica en tejido adiposo subcutáneo y visceral, observar si existe correlación con parámetros antropométricos y metabólicos, así como con otras adipoquinas y citoquinas en un grupo de mujeres con obesidad mórbida.

Material y métodos. Se analizaron los niveles circulantes de omentín de 71 mujeres españolas de ascendencia Europea que ingresaron de forma programada para cirugía bariátrica laparoscópica o cirugía electiva, distribuidas en dos grupos según su BMI. Un primer grupo de 40 con obesidad mórbida [$BMI > 40 \text{ kg/m}^2$] y un segundo grupo de 31 de contextura delgada [$BMI < 25 \text{ kg/m}^2$] Asimismo se analizó la expresión génica de omentín en muestras pareadas de tejido graso visceral y subcutáneo de 46 sujetos, 6 delgadas y 40 mórbidas. Se determinaron las características antropométricas y metabólicas. Los niveles de omentín se determinaron por inmunoabsorción ligada a enzimas y se determinó la expresión génica en tejidos grasos mediante real time quantitative PCR.

Resultados. Las pacientes obesas mórbidas presentaron niveles significativamente superiores de glucosa, insulina, HbA1c, HOMA2-IR, triglicéridos, presión arterial diastólica y sistólica con respecto al grupo control, así mismo niveles de HDL colesterol significativamente más bajos. Las pacientes obesas presentaban niveles de omentín significativamente inferiores respecto al grupo control. Al correlacionar los parámetros metabólicos con los niveles de omentín se aprecia una correlación negativa, estadísticamente significativa con la glicemia y HOMA2-IR, no se observó correlación de los niveles de omentín con las adipoquinas y las citoquinas estudiadas (adiponectina, leptina, TNF- α R1, TNF- α R2, IL-6). En el tejido graso visceral la expresión génica de omentín fue significativamente menor para las obesas mórbidas con respecto a las delgadas, en el tejido graso subcutáneo la expresión génica fue similar en ambos grupos.

Discusión. El hecho de que los niveles plasmáticos de omentín y su expresión génica en tejido visceral sean significativamente menores en las pacientes obesas mórbidas, así como su relación con la resistencia insulínica, hallazgos que coinciden con la literatura, hace pensar que esta adipoquina podría tener un papel regulador de la acción insulínica en la obesidad.

Conclusiones. Niveles circulantes y expresión génica de omentín disminuidos podrían contribuir en la resistencia insulínica en pacientes obesas mórbidas.

V-226 PREVALENCIA DEL SÍNDROME DEPRESIVO EN LA DIABETES TIPO 2. DIFERENCIAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y ANALÍTICAS

M. Pérez de la Blanca Burgos¹, A. González Micheloud¹, J. Nicolau Ramis², A. Pareja Bezares³, T. Jimeno Beltrán⁴ y L. Masmiquel Comas²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Endocrinología, ³Servicio de Epidemiología, ⁴Servicio de Psiquiatría. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca (Illes Balears).

Objetivos. El síndrome depresivo es una entidad psiquiátrica frecuente en los pacientes diabéticos tipo 2 (DM2), teniendo un impacto negativo sobre el control metabólico y el riesgo de desarrollar complicaciones crónicas micro y macrovasculares. El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de síndrome depresivo en una muestra consecutiva de 113 DM2 atendidos en una consulta especializada. Estudiar si existen diferencias sociodemográficas, clínicas o analíticas entre los DM2 con despistaje positivo para depresión y/o toma de tratamiento antidepresivo y los DM2 que no cumplen ninguno de esos dos criterios.

Material y métodos. Un total de 113 DM2 (edad 59,5 ± 8,32 años, tiempo de evolución de DM2 11,24 ± 8,44 años) fueron evaluados mediante el Cuestionario de Depresión de Beck. Los datos sociodemográficos (sexo, edad, raza, estado civil, nivel de estudios), clínicos (hábitos tóxicos, tratamiento antidiabético, IMC, perímetro de cintura, presencia de complicaciones micro o macrovasculares, complicaciones agudas relacionadas con la DM2 en el último año, hipertensión arterial, toma de tratamiento antidepresivo) y analíticos (HbA1c, perfil lipídico) fueron obtenidos a través de la historia clínica. Se consideraba síndrome depresivo positivo la toma de antidepresivos y/o screening > 13 puntos en el cuestionario de Beck.

Resultados. Existían datos de síndrome depresivo en 62 de 113 DM2 (54,9%), de los cuales solo el 50% recibían tratamiento antidepresivo. Se evidenció una relación positiva entre el síndrome depresivo y el tiempo de evolución de la DM2 ($p < 0,001$). Al igual que en la población general, existía un mayor riesgo de síndrome depresivo en el sexo femenino ($p < 0,001$), el tabaquismo ($p < 0,01$) y el no tener pareja estable ($p < 0,02$). En cuanto a las complicaciones crónicas relacionadas con la DM2 únicamente existía relación con la retinopatía diabética ($p < 0,03$). No se evidenciaron diferencias significativas en cuanto a datos de control glucémico, lipídico, IMC o perímetro de cintura entre los dos grupos.

Conclusiones. La prevalencia de síndrome depresivo es muy elevada entre los DM2. Esta situación se encuentra infradiagnosticada y consecuentemente infratratada. No se han hallado diferencias en cuanto al grado de control metabólico ni a la presencia o no de complicaciones micro o macrovasculares.

V-227 RECAMBIOS PLASMÁTICOS EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS DE UN HOSPITAL

G. Pons-Estel¹, G. Salerni¹, A. Aldasoro¹, G. Espinosa¹, M. Lozano² y R. Cervera¹

¹Servicio de Enfermedades Autoinmunes, ²Servicio de Hemoterapia y Hemostasia. Hospital Clínic i Provincial. Barcelona.

Objetivos. Los recambios plasmáticos (RP) representan una posibilidad terapéutica en las enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) ya que las manifestaciones clínicas son en gran medida secundarias a la presencia de anticuerpos circulantes o al depósito de inmunocomplejos. El objetivo de este trabajo fue describir las prin-

cipales características demográficas y clínicas y la evolución de los pacientes con EAS tratados con RP en el Servicio de Enfermedades Autoinmunes del Hospital Clínic.

Material y métodos. Se incluyeron todos los pacientes afectados de alguna EAS en el que ésta fue la indicación de tratamiento con RP durante los años 2000 a 2009. De forma retrospectiva, las indicaciones, complicaciones y la evolución de estos pacientes se obtuvieron por revisión de las historias clínicas.

Resultados. Se identificaron un total de 27 pacientes, 15 (56%) fueron mujeres y la edad media en el momento del RP fue de 52,8 ± 17,9 años (rango 26-83 años). Tres pacientes recibieron RP en dos ocasiones separadas en el tiempo. Los diagnósticos fueron crioglobulinemia secundaria a infección por VHC en 5 (19%) pacientes, crioglobulinemia mixta esencial en 4 (15%), LES en 4 (15%), poliangiitis microscópica en 4 (15%), SAF en 4 (15%), granulomatosis de Wegener en 3 (11%), dermatomiositis en 2 (7%) y PAN en 1 paciente. Se realizaron un total de 188 sesiones de RP, con una media de 7 por paciente. Las indicaciones que motivaron los RP quedan reflejadas en la tabla. Todos los pacientes excepto uno estaban recibiendo corticoides a dosis variables y todos recibieron algún inmunosupresor de forma concomitante. Nueve pacientes (33%) recibieron rituximab. Cuatro (15%) pacientes sufrieron una infección del catéter relacionada con el procedimiento del RP. Seis (22%) pacientes murieron a pesar de los RP.

Conclusiones. Los RP son una posibilidad terapéutica eficaz y segura en el tratamiento de afectaciones graves de las enfermedades autoinmunes refractarias a los tratamientos convencionales.

Tabla 1 (V-227). Manifestaciones clínicas que motivaron el RP (cada N° corresponde al número de casos)

Indicaciones	Indicaciones	N°
GNRP		6
Síndrome renopulmonar	SAF catastrófico	4
Afectación intestinal	Afectación multiorgánica	2
Afectación cutánea	Mielitis	
PTT	Afectación renal y cutánea	1
Hemorragia alveolar	Afectación renal y PNP	
EPI	Afectación muscular	
Queratitis ulcerativa periférica	Afectación trombótica	

V-228 EL ANÁLOGO HUMANO DE GLP-1 LIRAGLUTIDA REDUCE DE MANERA SIGNIFICATIVA MARCADORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2: UN METAANÁLISIS DE 6 ENSAYOS CLÍNICOS

J. Giménez¹, J. Plutzky² y A. Garber³

¹Novo Nordisk. Pharma. Madrid. ²Cardiovascular Division. Brigham and Women's Hospital. MA. (EE.UU.). ³Medicine, Biochemistry. Baylor College of Medicine. Houston (EE.UU.).

Objetivos. Evaluar el impacto de liraglutida, un análogo humano de GLP-1 de administración una vez al día, en el perfil de lípidos y otros biomarcadores de riesgo cardiovascular, en pacientes con DT2.

Material y métodos. Se realizó un meta-análisis (ANCOVA), utilizando los datos de 6 ensayos clínicos de fase 3 (n = 3.967) comparando liraglutida (1,8 mg) con terapias estándar para la DT2 (glimpirida [glim], rosiglitazona [rosi], exenatida, insulina glargina y placebo).

Resultados. Después de 26 semanas, liraglutida redujo de manera significativa el colesterol total (CT) versus los niveles basa-

les ($p < 0,01$); en contraste, se observó un aumento significativo del CT con rosiglitazona ($p < 0,01$). El colesterol LDL, los ácidos grasos libres y los triglicéridos, también disminuyeron de manera significativa desde la basal con liraglutida ($p < 0,01$ para todos). Los niveles de ApoB se redujeron desde la basal con liraglutida pero aumentaron con rosiglitazona, glimepirida, glargina, exenatida y placebo, aunque todos estos cambios no fueron significativos. En comparación con los niveles basales, el colesterol HDL disminuyó significativamente con todos los tratamientos excepto con rosiglitazona. Versus los valores iniciales, el tratamiento con liraglutida resultó en un descenso de los niveles del péptido natriurético cerebral (PNC), y de la proteína c-reactiva (PCR), 2 biomarcadores clave de riesgo cardiovascular ($p < 0,01$).

Conclusiones. En el tratamiento de la DT2, este meta-análisis revela que liraglutida mejora de manera significativa el perfil de lípidos, mientras que disminuye el PNC y la PCR. Junto con datos publicados previamente que muestran mejoría en el control glucémico, el peso corporal y la presión arterial sistólica, estos nuevos hallazgos sugieren un perfil positivo de riesgo cardiovascular con liraglutida en el tratamiento de la DT2.

V-229

EL ANÁLOGO HUMANO DE GLP-1 LIRAGLUTIDA REDUCE LA PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2: METAANÁLISIS DE 6 ENSAYOS CLÍNICOS

A. Barrós¹, J. Plutzky² y V. Fonseca³

¹Novo Nordisk. Pharma. Madrid. ²Cardiovascular Division. Brigham and Women's Hospital (EE.UU.). ³Endocrinology. Tulane University (EE.UU.).

Objetivos. La hipertensión es una co-morbilidad frecuente en la 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 (min-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 $n = 1.363$, 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 > 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 periodo 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.

V-230

ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO: EL EJE HOSPITAL DE DÍA DE GERIATRÍA-HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

M. Baraldés Farré¹, J. Aligué Capsada², G. Subirà Massana¹, M. Fons Solé¹, E. Bustamante Maldonado², M. Torrens Alzina¹, M. Carbonell Arrizabalaga¹ y M. Navarro Caballero¹

¹Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHaD), ²Hospital de Día del Enfermo Crónico y Pluripatológico (HDEC). Althaia-Xarxa Assistencial de Manresa. Manresa (Barcelona).

Objetivos. El incremento progresivo de pacientes de edad avanzada y pluripatológicos (PEAPP) y la necesidad de eficiencia en la gestión de recursos obliga a los gestores hospitalarios a diseñar fórmulas alternativas al ingreso hospitalario convencional. En la Fundació Althaia de Manresa se creó UHaD (noviembre 2007), y el HDEC (junio 2009). Ambos dispositivos, coordinados por médicos internistas, trabajan en común en beneficio de los PEAPP: en vez de acudir al Servicio de Urgencias general, los PEAPP acuden directamente al HDEC. En caso de necesidad de ingreso, se prioriza ingreso a UHaD y una vez dados de alta, vuelven, y siguen controles en el HDEC. El objetivo del estudio es analizar cómo el trabajo en común entre el equipo del HDEC y la UHaD consigue garantizar la continuidad asistencial, disminuir la frecuentación en urgencias y los reingresos hospitalarios.

Material y métodos. Análisis descriptivo de los PEAPP agudizados que precisan hospitalización, visitados en HDEC durante el primer año de funcionamiento. Se analizó: sexo, edad, índice de Barthel, test de Pfeiffer, índice de comorbilidad de Charlson, causas de ingreso, estancia media, reingresos imprevistos y reingresos antes de 1 mes.

Resultados. De julio 2009 a junio 2010 el HDEC realizó 316 visitas urgentes. 106 pacientes (33,5%) requirieron ingreso hospitalario de los cuales 45 ingresaron directamente a la UHaD. Los ingresos a UHaD aumentaron significativamente: 15/46 (33%) en 2009, 30/60 (50%) en 2010. Pacientes ingresados en UHaD: 24 varones y 21 mujeres, edad media 81,5 años (8 tenían más de 90 años). Índice de Barthel previo: dependencia leve (Barthel > 60) 53% pacientes, moderada (41-60) 29% pacientes, severa o total (< 41) 18% pacientes. Deterioro cognitivo (test Pfeiffer > 2 errores): 7 pacientes. Índice de Charlson medio: 2,5. Causas de ingreso: ICC sola o asociada a EPOC (19 pacientes), infección respiratoria (18 pacientes, incluyendo 2 con Pseudomonas multirresistente), infección urinaria (4 pacientes), infección de partes blandas (4 pacientes). Estancia media: 8 días. Ahorro potencial de estancias hospitalarias: 369. Reingreso al hospital durante el episodio UHaD: 5 pacientes (11%), 5 reingresos por motivo relacionado a los 30 días del alta (11%). 6 de estos 10 pacientes volvieron a la UHaD una vez estabilizados.

Conclusiones. 1. La coordinación HDEC-UHaD permitió que 1 de cada 2 pacientes evitara el ingreso hospitalario convencional, pudiendo regresar a domicilio a través de la UHaD. 2. Aun tratándose de pacientes con elevada comorbilidad y dependencia, la valoración geriátrica integral (HDEC) y la posibilidad de ingreso en su entorno habitual (UHaD) disminuyó el número de reingresos (6,25%). 3. La menor distorsión de la vida familiar y la disminución de las complicaciones inherentes a la hospitalización (síndrome confusional, infecciones oportunistas, etc.) del eje HDEC - UHaD - HDEC

umenta la confianza de pacientes y familiares en las alternativas a la hospitalización convencional.

V-232 ELABORACIÓN DE PROPUESTAS DE ACCIÓN PARA MEJORAR LA COLABORACIÓN INTERPROFESIONAL

C. Corral López, S. Jiménez Gómez, R. Morano Báez
y E. García Bernal

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

Objetivos. Diseñar actividades a implementar en unidades asistenciales para aumentar la colaboración interprofesional (CI).

Material y métodos. Investigación acción participativa. Ámbito de estudio: dos unidades de medicina interna del HVM de Sevilla. Sujetos de estudio: investigadores y personal sanitario de las unidades participantes. 60 profesionales: diplomadas de enfermería (DUE), técnicos de cuidados de enfermería (TCE), médicos y celadores. Procedimiento: Diseño de actividades para aumentar la CI basadas en entrevistas y talleres sobre CI y una coalición formada por distintos profesionales sanitarios. Entrevistas: Guión elaborado ad hoc basado en los indicadores y dimensiones del modelo estructural de CI de D'Amour y preguntas sobre barreras y facilitadores para la CI. Se realizaron 10, a 4 DUE, 4 TCE, 1 celadora y 1 médico, por miembros del equipo de investigación. Grabadas en audio previa firma de consentimiento informado. Coalición: formada por 17 personas de las dos unidades, 5 DUE, 5 TCE, 2 médicos, 2 celadoras, 1 supervisora, la investigadora principal y la becaria del proyecto. La coalición ha revisado la bibliografía relacionada con la CI y ha trabajado sobre los resultados de las entrevistas, extrayendo posibles acciones a llevar a cabo en las unidades. Talleres: cuatro ediciones de 8 horas. Dirigidos a todos los profesionales sanitarios e impartidos por dos psicólogas. Se han abordado las características de los grupos y la CI en equipos de salud, habilidades básicas de comunicación, de resolución de problemas y manejo del conflicto. Además, los profesionales elaboraron propuestas de acción para mejorar la CI.

Resultados. Entrevistas. Analizadas con Atlas-ti. Casi todos los entrevistados consideran que la CI se da sólo entre DUE y TCE, que comparten metas comunes y tienen un conocimiento mutuo. No creen que la CI sea una meta para la organización. Dicen que no existen protocolos conjuntos de actuación y que el intercambio de información no está reglado. Como barreras señalan la falta de tiempo, de coordinación y de comunicación, los turnos de enfermería y las cargas de trabajo. Como posibles mejoras destacan el establecimiento de comunicación directa entre los profesionales y la implantación de reuniones regladas interprofesionales. Coalición: se ha reunido tres veces. Las posibles acciones son la realización de reuniones interdisciplinares diarias, el establecimiento de espacios de trabajo compartidos y de protocolos conjuntos. Talleres: 50 participantes, DUE y TCE. Entre las propuestas de acción han destacado: reuniones interdisciplinares periódicas, definición clara de las competencias de cada grupo, y formación y evaluación continua de los nuevos procedimientos.

Discusión. Es importante la participación de los profesionales en la definición de sus problemas para la CI y la propuesta de acciones, similar en entrevistas, talleres y coalición. La ausencia de celadores y médicos en los talleres confirma la percepción de los entrevistados sobre la existencia de CI sólo entre DUE y TCE. Los problemas planteados coinciden con la literatura que resalta la falta de comunicación, de protocolos conjuntos y de mecanismos de resolución de conflictos. Las acciones se apoyarán en las aportaciones de los profesionales y en la literatura.

V-233 DETECCIÓN DE EFECTOS ADVERSOS PRODUCIDOS POR MEDICAMENTOS AL INICIO DE LA HOSPITALIZACIÓN

O. López Berastegui¹, L. Echarri Martínez², F. de la Calle Prieto¹,
J. Fraile González¹, M. Gómez Antúnez¹, E. Durán García²,
B. Piniella Llorente¹ y A. Muiño Míguez¹

*¹Servicio de Medicina Interna 2^a, ²Farmacia. Hospital General
Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

Objetivos. Determinar la incidencia de efectos adversos causados por medicamentos (EAM) en el momento de la hospitalización, identificando aquellos que podrían ser prevenibles, y sus consecuencias. Identificar los tipos de medicamentos más frecuentemente implicados.

Material y métodos. Se estudiaron todos los pacientes hospitalizados en una unidad de Medicina Interna general durante un mes. El estudio fue prospectivo y observacional. De cada paciente un médico y/o farmacéutico completó un cuestionario con antecedentes, datos clínicos, analíticos y medicación previa al ingreso. La detección de EAM se realizó mediante la identificación de señales de alerta previamente establecidas. Se utilizó el algoritmo de Karch-Lasagna, para determinar la relación de causalidad entre el medicamento sospechoso y el EAM detectado y el cuestionario de Schumock y Thornton para evaluar la evitabilidad del EAM.

Resultados. De un total de 67 pacientes, 21 (31%) presentaban señales de alerta de posible EAM, resultando la relación de causalidad definitiva en el 4,5%, probable en el 6%, posible el 16% e improbable en el 4,5%. Se consideró evitable en el 16%. El EAM resultó ser el motivo de ingreso en el 7,5% de los casos. Entre los fármacos más frecuentemente implicados estaban los anticoagulantes (12%), ansiolíticos (6%) y diuréticos (4,5%).

Discusión. Los EAM afectan de forma significativa a la calidad de la asistencia sanitaria y a la seguridad del paciente. Se definen como cualquier daño no intencionado producido por un medicamento. Los EAM son una causa significativa de morbilidad y responsable de una proporción no bien conocida de ingresos hospitalarios, habiéndose descrito cifras tan dispares como del 1 al 35% del total de hospitalizaciones.

Conclusiones. La incidencia de EAM en Medicina Interna es elevada (16,4%), por lo que deben diseñarse estrategias de alerta y seguridad para su prevención. Un grupo limitado de medicamentos es responsable de una elevada proporción de EAM por lo que a los medicamentos de alto riesgo deben aplicarse medidas específicas para su control.

V-234 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ANALÍTICAS DE LAS GAMMAPATÍAS MONOCLONALES DEL TIPO IG M DIAGNOSTICADAS EN UN HOSPITAL DE ÁREA

R. Alcaraz Martínez¹, M. Pérez Luna¹, E. Mompeán Conesa¹,
I. Pucho Ibáñez¹, M. García Orenes¹, M. Page del Pozo¹,
I. Viguera Campuzano¹ y A. Pérez Martínez²

*¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Inmunología.
Hospital J.M. Morales Meseguer. Murcia.*

Objetivos. Realizar un estudio descriptivo de las características clínicas y analíticas de las gammapatías monoclonales del tipo Ig M en el momento de su diagnóstico.

Material y métodos. Revisión de historias clínicas de pacientes con gammapatía monoclonal del tipo Ig M en nuestro hospital en el año 2009, seleccionados a través del archivo informático del Laboratorio de Inmunología. Las variables analizadas han sido características clínicas, epidemiológicas y analíticas, y posterior análisis con el programa estadístico SPSS 15.0 para Windows. El diseño del estudio ha sido mediante un estudio transversal retrospectivo.

Resultados. Se evaluaron 22 pacientes, varones 40,9% y mujeres 59,1%, edad media 71 años. En cuanto a las manifestaciones clínicas, el 22,7% tenían cuadro constitucional, 22,7% hemorragias, un 31,8% síntomas de hiperviscosidad (2 crisis de angor, 1 síntomas neurológicos, 1 fenómeno de Raynaud y 3 con síntomas digestivos). Dos casos con afectación ósea (9%). En cuanto a los signos clínicos, se detectaron adenopatías periféricas en 5 pacientes (22,7%), hematomas en uno (4,5%). El valor medio de creatinina fue 1,08 y la Hb media fue de 11,9. La cuantía media de componente monoclonal fue de 12,55 g/L (desviación típica 17,7386). La beta 2 microglobulina estaba aumentada en el 50% del total y en el 77% de los pacientes con enfermedad de Waldenström (MW). El diagnóstico más frecuente fue de MW en 9 casos (40,9%), seguido por la gammapatía monoclonal de significado incierto en 5 pacientes (22,7%), linfoma no Hodgkin en 1 caso (4,5%), 2 pacientes con enfermedades reumatológicas (9,1%) y el resto con "otros diagnósticos" (22,7%). Hemos detectado asociación con el virus de la hepatitis C en 2 pacientes (9,1%).

Discusión. Al igual que se describe en la literatura los pacientes afectados de paraproteinemia Ig M presentan clínica de carácter general (cuadro constitucional) seguida de síntomas secundarios a hiperviscosidad (isquémicos, neurológicos, oculares) y síntomas hemorrágicos. También hay un grupo en los cuales están presentes síntomas secundarios a la infiltración de órganos hematopoyéticos por la masa tumoral monoclonal de linfocitos B, como son las adenopatías y la hepato-esplenomegalia.

Conclusiones. Debemos tener en cuenta la posibilidad diagnóstica de la paraproteinemia tipo Ig M en aquellos pacientes con síntomas isquémicos y/o hemorrágicos de causa no aclarada. En este tipo de pacientes recomendamos la realización de un proteinograma. La afectación ósea es infrecuente en estos pacientes, a diferencia de lo que sucede en el mieloma. La determinación de los niveles de beta 2 microglobulina podría ser útil para establecer un diagnóstico de sospecha de macroglobulinemia de Waldenström. La mayoría de estos pacientes son diagnosticados en Servicios de Medicina Interna y su forma de presentación clínica es muy variable.

V-235

SIGNIFICADO DEL INCREMENTO DE CÉLULAS NATURAL KILLER EN EL LAVADO BRONCOALVEOLAR. RELACIÓN CON EL DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO

A. Castañeda, M. Citores, S. Rosado, P. Tutor-Ureta, A. Díaz, S. de la Fuente, M. Yebra-Bango y J. Vargas,

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. Madrid.

Objetivos. Las células Natural Killer (NK) intervienen en la defensa frente a células infectadas por virus y frente a células tumorales, sin sensibilización previa ni mediada por el MHC. En nuestro laboratorio de Medicina Interna hemos realizado un estudio de subpoblaciones linfocitarias en el lavado broncoalveolar (BAL), observando un número elevado de células NK en algunos de ellos. Nuestro objetivo es conocer si este aumento de células NK se relaciona con el diagnóstico etiológico. Para ello hemos realizado un análisis descriptivo de las patologías pulmonares asociadas a un porcentaje elevado de células NK en lavado broncoalveolar.

Material y métodos. Las muestras se tomaron mediante broncoscopia diagnóstica realizada por el Servicio de Neumología de nuestro centro y remitidas al Laboratorio de Medicina Interna para su estudio, en el periodo comprendido entre marzo de 1997 y diciembre de 2009. El valor de normalidad del porcentaje de células NK se estableció como $\leq 10,4\%$, obtenido en un trabajo previo realizado en nuestro laboratorio. Se seleccionaron todos los pacientes que presentaron un porcentaje de células NK en lavado broncoalveolar superior al rango de normalidad. De las historias clínicas de los pacientes se obtuvieron los datos demográficos y el diagnóstico.

Resultados. De un total de 529 BAL, se encontraron 39 muestras que correspondían a otros tantos pacientes con células NK $> 10,4\%$. Se excluyeron 4 pacientes por no presentar un diagnóstico concluyente al final del estudio. De los 35 pacientes estudiados, 18 (51,4%) fueron diagnosticados de enfermedad pulmonar intersticial, correspondiendo 13 de los mismos a fibrosis pulmonar, 3 a neumonía organizativa criptogénica, uno sarcoidosis y uno asbestosis. El 48,6% restante (17 pacientes) está constituido por 4 pacientes con tuberculosis, 5 con infección respiratoria de origen bacteriano, 2 procesos bacterianos no respiratorios, 5 tumores y un nódulo reumatoideo. No se encontraron diferencias significativas en el porcentaje de células NK entre los pacientes con y sin patología intersticial, ni entre los pacientes con fibrosis (grupo con mayor número de pacientes) y sin fibrosis.

Discusión. La elevada proporción de pacientes con patología intersticial en nuestro estudio, siendo ésta poco frecuente en la población general, puede deberse a un sesgo de selección, ya que son éstos pacientes a los que con mayor frecuencia se les realiza estudio de subpoblaciones celulares en el BAL. Los hallazgos de nuestro estudio sugieren que un porcentaje elevado de células NK en el BAL no se corresponde con un diagnóstico específico. En un trabajo previo de nuestro grupo observamos que el aumento de células NK se relacionaba con un peor pronóstico en pacientes con sarcoidosis. Sería por tanto de gran interés realizar un estudio evolutivo de los pacientes con patología intersticial y valorar la relación del aumento de células NK con el pronóstico y respuesta al tratamiento de los mismos.

Conclusiones. El porcentaje de células NK se encuentra elevado tanto en patología intersticial como no intersticial, no estando relacionado con una etiología concreta.

V-236

ERRORES DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL INGRESO HOSPITALARIO

F. de la Calle Prieto¹, L. Echarri Martínez², M. Gómez Antúnez¹, J. Fraile González¹, J. Cabrera Aguilar¹, B. Pinilla Llorente¹, E. Durán García² y A. Muiño Míguez¹

¹Servicio de Medicina Interna 2A, ²Farmacia. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos. Determinar la incidencia y tipo de error de conciliación de la medicación al inicio de la hospitalización.

Material y métodos. El estudio se realizó con pacientes hospitalizados consecutivamente durante un mes en una unidad de Medicina Interna general. Evaluamos la recogida del tratamiento habitual del paciente en el servicio de urgencias en comparación con el determinado en el servicio de Medicina Interna, tras su verificación con informes y entrevista a paciente, familiares y/o cuidadores. La verificación la realizó un médico y/o farmacéutico clínico. Toda discrepancia no justificada se considera un error de conciliación.

Resultados. Se evaluaron 67 pacientes. Encontramos al menos un error de conciliación, por discrepancia no justificada entre el tratamiento recogido en urgencias y en la planta, en un 46% de los pacientes, siendo las más habituales la omisión de un medicamento (27%) y diferencia en la dosis o en la pauta (21%). La principal fuente de información fueron tanto los informes médicos como la entrevista con el paciente (ambos 34%).

Discusión. La conciliación de la medicación es el proceso de conocer la medicación que el paciente tomaba previamente y compararla con la medicación prescrita en las distintas fases del proceso asistencial de un paciente, para garantizar que se prescriban los medicamentos necesarios en la dosis y pauta correcta. Este proceso se ha reconocido por la Organización Mundial de la Salud como una estrategia prioritaria para la seguridad de los pacientes. Uno de los momentos asistenciales en los que se detectan más errores de conciliación es en el ingreso hospitalario, habiéndose descrito en algún estudio discrepancias hasta en casi el 70% de los pacientes.

Conclusiones. Los errores de conciliación al ingreso hospitalario son frecuentes en nuestro medio. La conciliación de la medicación al ingreso hospitalario debe ser uno de los objetivos de mejora para disminuir los errores relacionados con el uso de medicamentos y aumentar la seguridad de los pacientes.

V-237

INCIDENCIA DE ANEMIA EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

R. Dolz Aspas, C. Fonseca López, A. Alamán Fernández, J. Caballero Castro, J. Vicario Bermúdez, L. Pereyra Grustán y P. Gracia Sánchez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Obispo Polanco. Teruel.

Objetivos. La incidencia global de pacientes pluripatológicos es de 39% de los ingresos mensuales, la gran mayoría en el servicio de medicina interna. La anemia es un factor que modifica en este tipo de pacientes con una elevada comorbilidad, su evolución clínica, con implicación en episodios de descompensación e incluso morbimortalidad. Por ello hemos querido conocer la incidencia y tipos de anemia que presentan este tipo de pacientes.

Material y métodos. Analizamos 310 historias de una muestra aleatoria de pacientes hospitalizados. Determinamos los pacientes que cumplen criterios de paciente pluripatológico en los cuales se valora la presencia de anemia y sus diferentes tipos.

Resultados. Encontramos que el 57% de los 165 pacientes analizados con pluripatología presentaron anemia, con un leve predominio del sexo masculino (55,3%) frente al sexo femenino (54,7%). La principal causa de anemia en este grupo de pacientes es la anemia de procesos crónicos (40%) teniendo una distribución similar para ambos sexos. La insuficiencia renal crónica es la causa de anemia en un 20% de los casos, con un predominio en ellos varones (63%) frente a las mujeres (47%). La anemia por sangrado, de origen agudo o crónico ocupa el tercer lugar (15,9%), procesos hematológicos (8,5%), ferropenia (6,3%), secundarias a proceso neoplásico (6,3%) y un 1% por déficit vitamínico (1%).

Conclusiones. La anemia es un proceso frecuente en los pacientes con pluripatología, se encuentra hasta en un 57% de los casos. Es la anemia de proceso crónico la más prevalente (40%).

V-238

MASA MAGRA Y MASA GRASA Y MORTALIDAD EN EL ALCOHÓLICO. EFECTO DE LA ABSTINENCIA

M. Martín González¹, C. González Reimers¹, M. Gómez Rodríguez², M. Sánchez Pérez¹, M. Alemán Valls¹, J. González Pérez¹, E. García Valdecasas¹ y F. Santolaria Fernández¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife).

Objetivos. El estado nutricional del paciente alcohólico es importante y puede estar relacionado con el pronóstico. Por otra parte, la abstinencia del alcohol puede inducir cambios en masa magra y masa grasa, que a su vez pueden relacionarse con el pronóstico también. El presente trabajo ha sido diseñado con el objetivo de determinar el valor pronóstico de la masa magra y la masa grasa, así como de los cambios de la misma a lo largo del tiempo (mediana = 56 (33-88) meses), en 131 alcohólicos, 64 de los cuales fueron valorados de nuevo 6 meses más tarde.

Material y métodos. Se realizó DEXA de cuerpo completo a todos los pacientes y 32 controles de similar edad, así como antropometría, valoración nutricional subjetiva, e IMC.

Resultados. La masa magra, pero no la masa grasa, estaba reducida de forma significativa en alcohólicos, especialmente en bra-

zos, piernas, y masa magra total ($p < 0,02$ en todos los casos). La masa magra en brazos se relacionaba con la función hepática (por ejemplo, brazo izquierdo/albúmina $r = 0,41$; ídem/protrombina, $r = 0,33$, $p < 0,01$), e, inversamente, con la ingesta etílica ($r = -0,21$, $p < 0,02$). En general, tanto los parámetros de masa magra como de masa grasa guardaban relación con la supervivencia cuando se analizaba ésta mediante curvas de Kaplan y Meier. Si clasificábamos a nuestros pacientes en aquellos que había ganado o perdido masa magra o masa grasa a los 6 meses, observamos que había diferencias significativas en lo que respecta a la supervivencia entre los que habían ganado o perdido masa magra a los 6 meses (por ejemplo, total de masa magra, $t = 2,76$, $p < 0,001$), pero no así entre los que habían ganado o perdido masa grasa, aunque al realizar un análisis de regresión de Cox la encefalopatía desplazaba a los parámetros nutricionales; al no incluir esta variables, las relacionadas independientemente con la mortalidad eran protrombina y cambio en la masa magra total.

Conclusiones. La masa magra, pero no la masa grasa, y sus cambios en el tiempo se relacionan con la función hepática y con el pronóstico en el paciente alcohólico.

V-239

LA SEXUALIDAD EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

M. García Morales¹, M. Peralta Ramírez², J. Callejas Rubio¹, R. Ríos Fernández¹, M. Camps García³, N. Navarrete⁴ y N. Ortego Centeno¹

¹Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. ²Facultad de Psicología, Universidad de Granada. Granada. ³Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. ⁴Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Complejo Hospitalario Virgen de las Nieves. Granada.

Objetivos. La sexualidad es un aspecto fundamental en la vida de las personas. Los pacientes con enfermedades crónicas pueden presentar alteraciones en distintos aspectos de su sexualidad. El lupus eritematoso sistémico (LES), dado que afecta fundamentalmente a mujeres jóvenes, es posible que asocie una elevada prevalencia de alteraciones sexuales. Distintos aspectos de la enfermedad como la actividad, daño crónico, diversos tratamientos, etc. pueden estar involucrados. **Objetivos:** analizar diferentes aspectos de la sexualidad de las pacientes con LES, conocer la prevalencia de disfunciones sexuales y compararla con la encontrada en la población sana femenina.

Material y métodos. Se han incluido 42 mujeres entre los 18 y los 65 años de edad diagnosticadas de LES según los criterios de la American College Rheumatology de 1997 en el período comprendido entre junio de 2009 y abril 2010 de los Hospitales Clínico San Cecilio (Granada) y Carlos Haya (Málaga) y 42 mujeres controles sanas en el mismo rango de edad. Cada participante contestó el cuestionario sobre Función Sexual de la Mujer (FSM) que incluye 14 ítems de respuesta múltiple en el que se evalúan los diferentes aspectos de la sexualidad femenina. El registro de los datos y su posterior análisis estadístico se realizó utilizando el programa informático SPSS 15.1.

Resultados. No hubo diferencias significativas en la edad media de las pacientes siendo en el grupo de pacientes con LES de 38,4 años y en el grupo control de 33,14. Las pacientes con LES presentaron de forma significativa una mayor prevalencia de disfunciones en todas los aspectos estudiados en el FSM: a) fase de deseo (41% vs 10%; $p \leq 0,04$); b) fase de excitación (28% vs 10,3%; $p \leq 0,04$); c) fase de lubricación (43,6% vs 5,3%; $p \leq 0,00$); d) fase de orgasmo (26,3% vs 5,3%; $p \leq 0,012$); e) fase de penetración (13,2% vs 2,6%; $p \leq 0,094$); f) ansiedad anticipatoria (10,5% vs 2,6%; $p \leq 0,171$); g) la capacidad de disfrutar (24,3% vs 2,6%; $p \leq 0,006$). De forma

global, el 27% de las mujeres con LES estaban insatisfechas con su sexualidad en general frente al 15,8% de las mujeres sanas.

Conclusiones. La prevalencia de alteraciones en las distintas fases de la sexualidad en las pacientes con LES es elevada y significativamente mayor que en los controles sanos. Las pacientes con LES tienen menor capacidad para disfrutar de su sexualidad y se sienten menos satisfechas con su sexualidad en general. Distintos aspectos de la enfermedad pueden estar influyendo negativamente en estos resultados.

V-241

ANEMIA FERROPÉNICA Y ANTICUERPOS ANTITRANSGLUTAMINASA

C. García Lamigueiro, R. Daroca Pérez, S. García Guerreros, E. Ruiz de la Cuesta Martín, T. Elías Sánchez, M. Núñez Murga, M. Casañas Rodríguez y J. Gómez Cerquera

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro de la Rioja. Logroño (La Rioja).

Objetivos. Conocer el porcentaje de casos de anemia ferropénica que ingresan en nuestro hospital en los cuales se realizan los ac antitransglutaminasa como parte del estudio etiológico. Secundariamente conocer el diagnóstico etiológico final.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de pacientes ingresados en nuestro hospital entre 2006 y 2009 en diferentes servicios con el diagnóstico principal o secundario de anemia ferropénica. Se revisaron las historias clínicas electrónicas, y la historia en formato papel cuando fue necesario, así como los datos analíticos. Se consideró anemia ferropénica cuando cumplía los siguientes criterios: Hb < 12 g/dL y ferritina < 11 ng/mL o < 3 veces el valor superior de la normalidad en caso de proceso inflamatorio, cáncer o hepatopatía, siendo el resto de índices de ferropenia compatibles. No se consideró causa de anemia ferropénica el diagnóstico de hernia de hiato, divertículos, hemorroides o poliposis colónicas < 1,5 cm, salvo sangrado evidente por estas patologías.

Resultados. Se revisaron 148 anemias ferropénicas. La edad media de los pacientes fue de 69,3 años, un 59% mujeres. El 85% de los pacientes ingresaron en Medicina Interna, y el 15% restante en diversos servicios. Se determinaron los Ac antitransglutaminasa en 69 pacientes (46%), siendo el resultado positivo sólo en uno de ellos. Todos los Ac antitransglutaminasa realizados fueron en pacientes ingresados en Medicina Interna. Los diagnósticos finales fueron neoplasia un 23%, sangrado de causa ginecológica 9%, no filiado tras finalizar el estudio 38%, sangrado de origen digestivo 18% (ulcus gástrico y/o duodenal, lesiones agudas de la mucosa gástrica, esofagitis grado III/IV, enfermedad inflamatoria intestinal), y un 12% de casos en los que el paciente o la familia decidió no realizar el estudio etiológico. El 30% de los pacientes sin diagnóstico concluyente estaban en tratamiento con AINEs, antiagregantes o anticoagulantes orales.

Discusión. La enfermedad celiaca es una enteropatía de base inmunológica que ocasiona una intolerancia permanente al gluten capaz de provocar una lesión grave de la mucosa del intestino delgado con el consiguiente defecto de absorción de nutrientes. La presencia de anticuerpos antitransglutaminasa, con una sensibilidad del 100% y especificidad de 90%, puede ser clave para el diagnóstico, especialmente cuando la enfermedad tiene una presentación clínica atípica, como es el caso de la anemia ferropénica, de las cuales aproximadamente un 1% se deben a esta enfermedad. En nuestro estudio se realizó esta determinación en casi la mitad de los casos. En los dos últimos años se ha incluido dentro del protocolo de estudio de anemia ferropénica en nuestro servicio.

Conclusiones. En nuestro servicio hay una alta sensibilización hacia el diagnóstico serológico de enfermedad celiaca en el estudio de anemia ferropénica. En el diagnóstico etiológico destacan las neoplasias y los estudios no concluyentes, datos similares a estudios previos.

V-242

VALOR PRONÓSTICO DE LA PROLONGACIÓN DEL QT EN EL SÍNDROME DE ABSTINENCIA ALCOHÓLICA

D. García Rosado, F. Santolaria Fernández, E. González Reimers, R. Alemán Valls, J. Gómez Sirvent, M. Alonso Socas, M. Monedero Prieto y M. Martín González

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

Objetivos. En el síndrome de abstinencia alcohólica (SAA) se ha descrito un aumento del intervalo QT que se ha relacionado con las alteraciones del ritmo que a veces sufren estos enfermos. Nuestro objetivo es comprobar si los enfermos con SAA tienen aumento del QT, de que circunstancias depende y si se relaciona con una peor supervivencia.

Material y métodos. Hemos estudiado a 53 alcohólicos ingresados por SAA (edad media de 49 años, consumo medio de alcohol de 214 g/día), a 74 alcohólicos ingresados de forma programada en una unidad hospitalaria de desintoxicación (UHTD) (edad media de 46 años, consumo medio de alcohol de 273 g/día) y a 49 sujetos control (edad media de 48 años y bebedores de menos de 10 g/día). Se analiza durante los primeros 3 días el intervalo QT corregido por la frecuencia (QTc) según la fórmula de Bazett.

Resultados. En el primer día del ingreso encontramos aumentado el QTc medio de los enfermos con SAA, 443 ms respecto a los de la UHTD, 410 ms ($p < 0,001$) y en estos respecto a los controles, 397 ms ($p = 0,011$). Si consideramos 460 ms en la mujer y 440 ms en el varón el límite normal del QTc, encontramos un intervalo QTc alargado en el 34% de los alcohólicos con SAA, en el 11% de los de la UHTD y en el 12% de los controles. De igual modo, 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 deshabituación ($p = 0,001$), sin que haya diferencias entre estos dos últimos. En 4 (7,5%) de los 53 pacientes con SAA encontramos arritmias supraventriculares (1 taquicardia supraventricular y 3 fibrilaciones auriculares rápidas). La prolongación de QTc se relacionó con la presencia de cirrosis hepática, hepatitis aguda alcohólica (HAA), con un peor estado de nutrición y finalmente con una peor función hepática. A largo plazo, los enfermos con QTc prolongado tuvieron una peor supervivencia especialmente cuando se trataba de ingresos por SAA y cirrosis hepática.

Conclusiones. La prolongación del QTc en el alcohólico con síndrome de abstinencia es frecuente y con riesgo de arritmia. Se asocia con cirrosis hepática, HAA, peor estado de nutrición y peor función hepática. También con peor supervivencia a largo plazo.

V-243

LOW BACK PAIN - AN IMPORTANT HARBINGER OF SERIOUS SYSTEMIC DISEASE

J. Barroca, P. Krzemien, S. Serra, M. Rosa y A. Lourenço

Servicio de Medicina Interna. Centro Hospitalar de Setúbal, Hospital de São Bernardo. Setúbal (Portugal).

Objectives. The authors of this work would like to describe three clinical cases regarding patients presenting with complaints of low back pain whose diagnostic workup ended up revealing different serious illnesses responsible for each patient's presenting complaints and symptoms. The authors propose reviewing current concepts regarding the diagnostic and therapeutic approaches to low back pain, focusing mainly on secondary health care and on strategies for achieving better diagnosis and referral of patients with serious systemic illness causing low back pain.

Discussion. Clinical cases: (1) A 64-year-old man with a history of smoking and no other relevant prior illness reporting lumbosacral pain for a period of 6 weeks, radiating to the lower left limb with gait compromise, without history of trauma. In the same period, he reported non-selective anorexia and weight loss of about 7Kgs with complaints of sporadic episodes of productive cough, without fever. Subsequent investigation included lumbosacral spine and thoracic CT and percutaneous transthoracic aspiration biopsy, leading to the final diagnosis of non-small cell lung neoplasia with bone metastazition. (2) An 80-year-old man with history of diabetes, prostatic hypertrophy and non-specified bone disease, with former smoking habits, reported lumbar pain with muscular weakness of the lower limbs for a period of 3 months, being ever since confined to his bed. He denied fever, anorexia, weight loss or any other symptoms. The investigation carried out during admission included thoracic, abdominal and pelvic CT, spinal MRI and scintigraphy as well as bone biopsy and miellogram, leading to the final diagnosis of multiple myeloma with dorsal and lumbar pathologic fractures. (3) A 64-year-old man with history of thoracic surgery (hamartoma), prostatic hypertrophy and smoking reported progressive lumbar pain with functional impairment of the left lower limb, associated with weight loss of 10% in 6 months. Subsequent investigation included sacral spine MRI and an abdominal and pelvic CT, as well as a biopsy of a paravertebral mass, leading to the final diagnosis of non-Hodgkin's lymphoma.

V-244 CALCIFILAXIS: SERIE DE CASOS

M. García Gutiérrez, S. Rodríguez Suárez, J. García Morillo y L. Gómez Morales

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. La calcifilaxis es un trastorno vascular que tiene su expresión en forma de necrosis cutánea progresiva secundaria a la calcificación de pequeños vasos. Es una rara entidad que suele aparecer en pacientes con insuficiencia renal crónica con hiperparatiroidismo secundario. Se desconoce su patogenia exacta pero en su base existe una alteración en el metabolismo mineral, sobre todo del calcio y el fósforo. No hay un tratamiento específico y tiene un mal pronóstico, con una mortalidad que puede alcanzar el 80%. Presentamos una serie de 3 casos, con el objetivo de revisar las características clínicas de los pacientes y llamar la atención sobre esta rara pero dramática patología.

Material y métodos. Estudio retrospectivo descriptivo de serie de casos. Se incluyeron pacientes enviados a Consultas de Medicina Interna en el año 2009 que tuvieran un diagnóstico de calcifilaxis con biopsia concordante.

Resultados. En la serie presentada hay dos mujeres y un hombre, con edades comprendidas entre los 43 y los 67 años. En dos de los casos existe una enfermedad renal crónica, uno de ellos tiene como causa una nefropatía lúpica de larga evolución con 33 años de diálisis y el otro una nefroangioesclerosis sin tratamiento sustitutivo. En el paciente restante no hay antecedente alguno de enfermedad renal. Como clínica en los tres pacientes nos encontramos úlceras muy dolorosas en miembros inferiores con áreas de necrosis. Analíticamente tomamos como valores de referencia aquellos que encontramos a la llegada de los pacientes a nuestra consulta. La creatinina se encuentra entre 1,12 y 3,39 mg/dl. La PTH sólo fue medida en dos de los pacientes, con valores de 89 y 36,7 pg/ml. El calcio sérico es normal en dos de los casos y en el tercero tiene un valor de 7,84 mg/dl, el fósforo se encuentra entre 2,90 y 3,69 mg/dl. Los tres pacientes fueron tratados con curas locales y en dos de ellos se empleó tiosulfato de sodio, en

uno con escaso éxito y en otro con buena respuesta. Los tres recibieron analgésicos, dos de ellos opioides. Sólo se realizó cirugía plástica en uno de los pacientes, optándose por una exéresis de tejido necrótico con injerto parcial. Se produjo exitus en uno de los casos.

Discusión. Observamos como aún siendo muy relevante la existencia previa de patología renal ésta no es condición indispensable para el desarrollo de calcifilaxis. De igual forma no es constante la afectación paratiroidea ni los trastornos iónicos del calcio y fósforo. Todos los pacientes presentan de forma característica úlceras dolorosas a nivel de miembros inferiores cuyo manejo terapéutico es complejo en cuanto que el tratamiento médico alcanza pobres resultados y a menudo hay que recurrir a la cirugía.

Conclusiones. La calcifilaxis es una entidad dramática para el paciente y el médico que no se debe asociar de forma incontestable a la insuficiencia renal y a la diálisis. Hay que pensar en ella como parte del diagnóstico diferencial de las úlceras cutáneas y es necesario un tratamiento agresivo desde el inicio, basado en una analgesia potente y en un contacto permanente con los servicios de Cirugía Plástica para posibles intervenciones.

V-245 PIODERMA GANGRENOSO: A PROPÓSITO DE 4 CASOS

P. Chicharro Manso¹, P. Catena Rallo², P. Tavera Pomata³, M. González de Domingo⁴, R. Pérez Maestu¹, M. Cabeza Martínez⁴ y J. Bilbao Garay¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina de Familia y Comunitaria, ³Servicio de Oncología Radioterápica, ⁴Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. Madrid.

Objetivos. Revisión de las características epidemiológicas, clínicas y diagnóstico-terapéuticas de 4 casos de pioderma gangrenoso atendidos en el Hospital Universitario de Majadahonda-Puerta de Hierro entre los años 2004 y 2010.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico de pioderma gangrenoso atendidos por los Servicios de Medicina Interna y Dermatología.

Resultados. Se estudiaron 4 pacientes (3 mujeres) con un rango de edad entre 38 y 61 años. Sólo uno de los pacientes presentaba, como antecedente relevante, colitis ulcerosa. Las localizaciones fueron: mano, antebrazo, tronco y región gemelar. El 75% de los casos presentaba formas ulcerativas y uno de los casos forma ampollosa. En 2 de los casos, los pacientes habían presentado lesiones previas en otras localizaciones. Se realizó biopsia de las lesiones en el 75% de los casos, siendo la anatomía patológica de cambios inflamatorios inespecíficos. El caso no biopsiado presentaba el antecedente de EII. En los 3 pacientes sin antecedentes se realizó estudio para descartar comorbilidades, diagnosticándose en 1 de ellos enfermedad de Crohn mediante colonoscopia con biopsia. 2 de los pacientes fueron tratados con corticoides orales, 1 con corticoides tópicos y, el último, con ambos. En todos los casos, la lesión mejoró tras el inicio del tratamiento. Previamente al diagnóstico definitivo, el 75% de los casos recibieron antibioterapia empírica.

Discusión. El pioderma gangrenoso es una dermatosis neutrofílica no infecciosa caracterizada por la aparición de úlceras necrotizantes en cualquier localización. De etiología desconocida y con una incidencia de 2-3 casos/millón de habitantes/año, típicamente se asocia a otras patologías, siendo la más frecuente la E. Inflamatoria Intestinal. Las formas clásicas son ulcerativa, pustulosa, ampollosa y vegetante. El diagnóstico es clínico, apoyado por una anatomía patológica compatible. Es un diagnóstico de exclusión que obliga a descartar patología concomitante. El tratamiento inicial son los corticoides tópicos u orales, quedando otros inmunosupresores en una segunda línea.

Conclusiones. El pioderma gangrenoso es una patología infrecuente, fácilmente confundida con otras entidades. Su diagnóstico es fundamentalmente clínico y obliga al despistaje de patología concomitante.

V-246

CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA COMO TRATAMIENTO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR. FACTORES ASOCIADOS A RECURRENCIA

E. Madroñal Cerezo¹, F. Afamefule Afamefule², M. Luaces Méndez³, R. Martín Díaz¹, J. Ortiz Sánchez¹, R. Calderón Hernaiz¹, D. Rejas Velásquez¹ y J. Canora Lebrato¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada. Fuenlabrada (Madrid). ²Servicio de Medicina Intensiva, ³Servicio de Cardiología. Hospital de Fuenlabrada. Madrid.

Objetivos. Analizar las características de los pacientes con fibrilación auricular permanente sometidos a cardioversión eléctrica. Identificar factores asociados a recurrencia postcardioversión.

Material y métodos. Estudio analítico retrospectivo transversal, analizando a los pacientes con fibrilación auricular persistente sometidos a cardioversión eléctrica en el Hospital Universitario de Fuenlabrada, entre junio de 2004 y diciembre de 2009.

Resultados. Se realizaron 110 primeras cardioversiones eléctricas. La relación hombre/mujer fue de 2:1, con una edad media de 58,85 años (DE 10,86). En cuanto a los antecedentes personales el 18,2% tenían FA previa. Tenían algún FRCV un 90%, siendo el más frecuente HTA (66,4%), seguido de obesidad (49%) y sobrepeso (40%). El IMC medio fue de 30,77 (DE 6,39), observando que las mujeres eran más obesas aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Los otros factores de riesgo cardiovascular fueron por orden de frecuencia tabaquismo (45,5%), dislipemia (39,1%), enolismo (18,8%), DM (18,2%) y EPOC (13%). Ninguna de las mujeres tenía hábitos tóxicos. Hasta el 70% de los casos presentaron síntomas al diagnóstico, siendo el más frecuente disnea (42,7%), palpitaciones (22,7%), dolor torácico (19,1%) y síncope (1,8%). Se observó cardiopatía estructural subyacente en el 73,6%, siendo la más frecuente cardiopatía HTA (23,6%), seguida de c. valvular (19%) (más frecuente en mujeres; $p = 0,10$), c. isquémica (18,2%) y dilatada (14,5%) (más frecuente en varones; $p = 0,62$). Tenían AI dilatada (≥ 54 mm) el 70,9%, HVI (septo ≥ 11 mm) 46,1% y FEVI deprimida ($< 55\%$) el 35,7%. El tiempo medio desde el diagnóstico hasta la CVE fue de 118,2 días (DE 280), recibiendo tratamiento antiarrítmico adyuvante el 42,7% pacientes, siendo el fármaco más utilizado amiodarona (31,5%), seguido de flecainida (15,7%) y propafenona (6,5%). La CVE fue efectiva en el 88,2% de los casos, sin objetivarse diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la ausencia de cardiopatía estructural ($p = 0,64$), edad, sexo o toma previa de fármacos antiarrítmicos ($p = 0,80$). Existió recidiva de la arritmia posterior en el 63,6%, en un tiempo medio de 278 días. No hubo diferencias en la ocurrencia de recidivas en función de la presencia de cardiopatía estructural ($p = 0,93$), edad, sexo, FRCV (aunque los pacientes que recidivaron tenían más FRCV no se alcanzó significación estadística con ninguno de los factores), parámetros ecocardiográficos (dilatación AI, HVI, dilatación VI o FEVI deprimida) o data de la FA. La mortalidad global fue del 4,8%, siendo ligeramente superior en los pacientes que recidivaron ($p = 0,15$).

Conclusiones. 1. Los pacientes que presentan FA suelen ser varones, de edad media, con al menos uno o dos factores de riesgo cardiovascular y con cardiopatía estructural en 1/3 de los casos. 2. La CVE es efectiva en un alto porcentaje de los pacientes, a pesar de no administrarse fármacos antiarrítmicos previamente. 3. Hasta 2/3 de los pacientes, recidivan con un nuevo episodio de FA persistente en un tiempo inferior a 1 año, sin haberse podido determinar

de manera estadísticamente significativa los factores predisponentes a corto y largo plazo.

V-247

EXPERIENCIA CLÍNICA EN EL USO DE SIBUTRAMINA

E. Carmona Nimo¹, M. Cantón Bulnes², M. González Sánchez¹, J. Huerga Domínguez¹, J. Sánchez Villegas¹, L. Castilla Fernández¹, J. Álvarez Suero¹ y A. Espino Montoro¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Merced. Osuna (Sevilla). ²Servicio UCIG. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena. Sevilla.

Objetivos. Estudio observacional prospectivo para valorar como objetivo principal el beneficio clínico, reflejado como pérdida de peso, en el uso continuado de sibutramina. Se tiene en cuenta también efectos secundarios añadidos, incluidos eventos cardiovasculares y modificación de tensión arterial basal.

Material y métodos. La población de este estudio consta de 20 individuos 16 mujeres y 4 hombres. Una edad media de 38,8 años (rango 27-55). Del total, 6 pacientes tenían diagnóstico previo de hipertensión arterial. Todos han sido tratados con sibutramina 15 mg (desde el inicio) con tiempo máximo de 18 meses y un mínimo de 1 mes. Tiempo medio de 6,9 meses. Al inicio se recomendaron nociones básicas de alimentación, pero no dietas en sentido estricto. El IMC al inicio era de 32 (obesidad grado I). La exploración basal en todos los casos fue normal (incluido espl. CV). El seguimiento se realizó en nuestras consultas durante todo el periodo descrito. Se utilizó mismo peso y tensiómetro en todos los casos.

Resultados. Se obtuvieron los siguientes resultados: Descenso medio de peso: -4,7 Kg (rango de 0-11). Los efectos secundarios descritos fueron: Sequedad de mucosas en 8 casos. Estreñimiento en 8 casos. Palpitaciones en 5 casos, 2 durante 1 mes y 3 durante 3 días. Insomnio en 3 casos. No hubo eventos cardiovasculares en ningún caso. En los pacientes sanos no hipertensos no hubo aumento de tensión arterial al finalizar los tratamientos. 2 pacientes suspendieron el tratamiento por palpitaciones al mes. El resto por decisión propia o por retirada del fármaco por la EMEA. Los pacientes hipertensos tras inicio del tratamiento requirieron inicio de terapia antihipertensiva en 3 casos, en los otros 3 incremento de dosis.

Discusión. El fármaco fue retirado del mercado por la EMEA en febrero del 2010 después de que el ensayo SCOUT mostrara un aumento de problemas cardiovasculares.

Conclusiones. La sibutramina es un fármaco efectivo para perder peso. Es seguro usado en pacientes con bajo riesgo vascular, como indicaba su ficha técnica. Los efectos 2º más frecuentes fueron sequedad de boca y estreñimiento. Se describe un efecto "U" en cuanto al peso tras su retirada, con ganancia del peso perdido. En los pacientes hipertensos es necesario un control riguroso de TA y en la mayoría de los casos un incremento de dosis de fármacos antihipertensivos.

V-248

ESTUDIO DE HIPERCALCEMIA EN MEDICINA INTERNA

G. García García, L. Morillo Blanco, M. Lobo Pascua, A. Calvo Cano, J. Tiago Silva, E. Gaspar García, L. Barrera Santana y D. Magro Ledesma

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Badajoz.

Objetivos. Conocer las características epidemiológicas y clínicas, las etiologías diagnosticadas más frecuentes, así como el trata-

miento empleado en los pacientes que ingresan con hipercalcemia en Medicina Interna.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes ingresados en Medicina Interna con hipercalcemia, desde el 1 de enero de 2004 hasta el 30 de abril de 2010. Se recogen datos referentes a la edad, sexo, tiempo de estancia, antecedentes personales, clínica al ingreso, pruebas complementarias y tratamientos empleados. Los valores normales del calcio sérico en nuestro laboratorio son: 8,8-10,2 mg/dl. Se consideró hipercalcemia leve (10,3-12), moderada (12-14) y grave (mayor de 14). Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS 15.0.

Resultados. De los 70 pacientes, 39 eran varones (55,7%) y 31 mujeres (44,3%), con una media de edad de 73,56 años. La estancia media fue de 12,27 días. 6 (6,8%) pacientes tenían antecedentes de litiasis renal, 4 (5,7%) de adenoma paratiroideo, 2 habían presentado hipercalcemia previamente, al igual que un enfermo con sarcoidosis. El 15,7% estaba en tratamiento con tiazidas (8,6%) y calcio con vitamina D (7,1%). El motivo de ingreso más frecuente fue la sintomatología secundaria a la hipercalcemia en la mitad de los pacientes, seguido de infección respiratoria (15,7%), ictus (7,1%), síndrome constitucional (7,1%) y por analítica casual (2,9%). Los síntomas digestivos fueron los más frecuentes (59,2%), seguidos del dolor óseo (35%), fatiga muscular (29%) y alteraciones del nivel de conciencia (21,45%). El 50% presentaban hipercalcemia leve, el 30% moderada y el 20% grave. Se objetivaron 6 (8,6%) bradicardias sinusales, 1 prolongación del PR y 1 ensanchamiento de la onda T. Se realizaron 11 ecografías y 8 gammagrafías tiroideas, siendo diagnósticas en 6 (8,6%) y en 5 (7,1%) respectivamente. Radiológicamente, el 31,5% de los pacientes presentaba metástasis óseas (líticas 28,6% y blásticas 2,9%). Los diagnósticos más frecuentes fueron las neoplasias en un 52,8%, seguido del hiperparatiroidismo (21,4%), los fármacos (5,7%) y la sarcoidosis (2,9%). Las neoplasias sólidas fueron las más comunes (30%), entre ellas, el cáncer de pulmón (14,3%), el de mama (4,3%) y el renal (2,9%). El mieloma múltiple fue la neoplasia hematológica más frecuente (10%). Se diagnosticaron 3 casos de hiperparatiroidismo secundario a insuficiencia renal y 11 casos de hiperparatiroidismo primario (1 hiperplasia y 10 adenomas paratiroideos, uno de ellos ectópico). La sueroterapia fue administrada en todos los pacientes, asociada a furosemida en 58 pacientes (82,9%), añadiéndose zolendronato en 22 casos (31,4%), corticoides en 5 (7,1%) y calcitonina en 2 (2,9%). El 64,3% de los pacientes no se les prescribió tratamiento al alta.

Discusión. En nuestro estudio, la hipercalcemia fue más frecuente en hombres, manifestándose en la mitad de los casos con clínica relacionada, sobre todo digestiva y osteomuscular. El 20% de los casos presentó al ingreso hipercalcemia grave. La etiología más frecuente son las neoplasias, seguida del hiperparatiroidismo primario. De los 22 pacientes que fueron tratados con zolendronato, 4 se diagnosticaron de hiperparatiroidismo primario, mientras que la causa del resto fue neoplásica.

Conclusiones. Las neoplasias son la causa hospitalaria más frecuente de hipercalcemia, siendo los tumores sólidos, en especial el

cáncer de pulmón el más común. El zolendronato se utilizó en más de la mitad de las hipercalcemias tumorales.

V-249 CARACTERÍSTICAS DE LOS NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMEDAD CELÍACA EN LOS ADULTOS EN EL SIGLO XXI

J. Castellanos Monedero¹, A. García-Manzanares Vázquez de Agredos², A. Lucendo Villarín³, M. Galindo Andúgar¹, J. Moreno Fernández², S. González Castillo³, J. Tenias⁴ y M. Franco Huerta¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Endocrinología, ⁴Unidad de apoyo a la investigación. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real). ³Servicio de Digestivo. Hospital General de Tomelloso. Ciudad Real.

Objetivos. Estudiar el perfil de los nuevos casos de enfermedad celiaca diagnosticada en adultos: motivo de cribado, síntomas, características analíticas, estado nutricional y grado de lesión duodenal al diagnóstico.

Material y métodos. Estudio observacional transversal de pacientes adultos al diagnóstico de EC. Se analizaron todos los nuevos diagnósticos recogidos entre julio de 2008 y julio de 2010 en el área sanitaria de Tomelloso.

Resultados. Se analizaron 26 pacientes (25 mujeres y un varón), con edad media de 41 años (rango: 18-67) e índice de masa corporal (IMC) medio de 24,4 (DE: 4,4 kg/m²) y un 42% presentaba sobrepeso u obesidad. El motivo inicial del estudio fue anemia en 10 (38%), dispepsia en 9 (35%), diarrea en 4 (15%) y pertenecer a un grupo de riesgo en 3 (12%). El 54% presentaba un grado 1 de MARSH, el 7% un grado 2 y el 38% un grado 3. La media de los parámetros analíticos se analiza en las tablas 1 y 2.

Discusión. La enfermedad celiaca (EC) es una enfermedad sistémica, primariamente digestiva, consistente en una enteropatía causada por una respuesta inmunológica desencadenada tras la exposición al gluten de la dieta. Constituye una de las enfermedades de base genética más frecuentes, en torno al 1-2% de la población se encuentra afectada, y se presenta a cualquier edad con diferentes grados de lesión del intestino delgado. La forma clásica de presentación ha variado en los últimos años con el diagnóstico en adultos, los que presentan manifestaciones escasamente sintomáticas. El perfil del enfermo celiaco como demuestra este estudio es el de un paciente con un perfil clínico variado a menudo que consulta por anemia refractaria al hierro oral o por clínica digestiva inespecífica y que conserva los parámetros nutricionales clásicos y los niveles de vitaminas y oligoelementos en niveles normales.

Conclusiones. Un elevado índice de sospecha y una mayor sensibilidad del colectivo médico podrían diagnosticar e instaurar precozmente la dieta sin gluten previniendo de este modo complicaciones futuras.

Tabla 1 (V-249). Parámetros analíticos

Hemoglobina g/dL	Ferritina ng/mL	Colesterol mg/dL	Albumina g/dL	Prealbumina mg/dL	Transferrina mg/dL	25OHVit D ng/mL
13 ± 1,6	41,7 ± 34	186 ± 45	4,4 ± 0,7	23 ± 5,4	287 ± 50	19,7 ± 8,9

Tabla 1 (V-249). Parámetros analíticos 2

Calcio mg/dl	Fósforo mg/dl	PTH pg/ml	Vitamina B12 pg/ml
8,72 ± 0,6	3,3 ± 0,53	58,7 ± 29	510 ± 276

Datos obtenidos del estudio: PI-2008/56, financiado por beca FISCAM.

V-250

ÁCIDO TRANEXÁMICO EN CIRUGÍA TRAUMATOLÓGICA DE CADERA Y RODILLA COMO MEDIDA DE AHORRO DE SANGRE

E. Sanjurjo Golpe¹, L. Gozzi de la Tour², P. Fernandez², M. Bernado³ y M. Guixà⁴

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Traumatología, ³en representación de Servicios Quirúrgicos, ⁴Farmacia. Hospital Comarcal del Pallars. Tremp (Lleida).

Objetivos. La sangre como elemento terapéutico es un bien escaso y de incalculable valor. Es habitual que tras intervenciones traumatológicas de grandes huesos (cadera y rodilla) se precise soporte transfusional por sangrado. El ácido tranexámico, un fármaco de bajo coste y con actividad antifibrinolítica, puede ser un recurso para disminuir los requerimientos de sangre en este tipo de cirugía.

Material y métodos. Se han analizado los requerimientos transfusionales de los pacientes sometidos a cirugía electiva de sustitución de cadera o rodilla en función de la administración previa o no de ácido tranexámico según el protocolo establecido en el año 2008 en el Hospital Comarcal del Pallars.

Resultados. Se ha analizado hasta el momento un total de 38 casos, 22 correspondientes a cirugía de cadera y 16 a cirugía de rodilla. En todos ellos la técnica quirúrgica fue la misma, así como los cirujanos implicados, y sólo se diferenció en la administración o no del fármaco. En el análisis conjunto, 25 pacientes no recibieron ácido tranexámico de los que 15 (60%) precisaron de transfusión de concentrados de hemáties, mientras que de los 13 pacientes que sí recibieron el tratamiento, sólo fue preciso la transfusión en 2 (15%) ($p = 0,043$). En este sentido el consumo de concentrados de hemáties fue de 35 en el grupo de no tranexámico (mediana 2) y 6 en el de sí tranexámico (mediana 0). En cirugía de cadera recibieron ácido tranexámico 6 pacientes, 2 de ellos requiriendo transfusión (33%), en contraste con 13 de los 16 pacientes (81%) que no realizaron medicación antifibrinolítica ($p = 0,054$). En este grupo el consumo de concentrados de hemáties fue de 6 (mediana 0) en el grupo de tratamiento frente a 31 (mediana 2). En cirugía de rodilla ningún paciente de los 7 (0%) que recibieron ácido tranexámico precisó de transfusión en contraste con 2 de los 9 (22%) que no lo recibieron ($p = 0,475$). No se registró en ningún paciente tratado eventos tromboticos secundarios ni otros efectos adversos.

Discusión. El primer punto a tener en cuenta es el hecho que la técnica quirúrgica y los cirujanos implicados fueron siempre los mismos. En segundo lugar los resultados generales muestran que la administración previa a la cirugía disminuye de forma significativa los requerimientos transfusionales, tanto en número de concentrados totales como en el número de pacientes que precisa transfusión. Al analizar los grupos por separado, no se aprecian diferencias estadísticamente significativas, si bien en el grupo de cirugía de cadera tiende a la significación ($p = 0,054$) y en el de rodilla el número de pacientes incluido es muy bajo para poder interpretar los resultados con seguridad y por ello precisa incrementar el número de casos analizados.

Conclusiones. La administración de ácido tranexámico en pacientes que no presenten contraindicaciones para su uso es una medida segura que disminuye los requerimientos transfusionales en cirugía protésica de cadera y rodilla.

V-251

VENTILATORY PRACTICE IN A ICU

S. Ferreira¹, T. Pinto Pais², N. Santos³ y A. Marinho¹

¹Serviço de Cuidados Intensivos. Centro Hospital do Porto. Porto (Portugal). ²Serviço de Gastrenterologia. Amato Lusitano. Castelo Branco (Portugal). ³Serviço de Anestesiologia. Santa Marta. Lisboa (Portugal).

Objectives. To describe current mechanical ventilation practices in a intensive care unit (ICU) and the correlation between the ventilatory strategy and degree of respiratory insufficiency.

Material and methods. Retrospective study during the period of one year in a ICU. Demographic data (age, sex, ideal weight), SAPS II (simplified acute physiology score II) and SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) scores, length of stay and mortality in ICU and hospital, ratio PaO₂/FiO₂ and ventilatory settings (tidal volume - Vt, FiO₂, PaO₂ and PEEP - positive end expiratory pressure) during the first five days in ICU were collected.

Results. 119 patients were included, 64% male, with mean age of 58.6 ± 17.8 years. Mean SOFA score was 7.4 ± 3.9 and SAPS II was 39.7 ± 11.8. Length of stay in ICU was 16.2 ± 12.6 days and in hospital 38.9 ± 33.8 days. ICU mortality was 33.6% and hospital mortality was 43.3%. During the first five days in ICU mean Vt value was 8.14 ml/Kg ideal weight (median 7.98). PEEP mean value was 6.33 (median 5.6) and FiO₂ mean values was 63.7% (median 57.8%). Mean PaO₂/FiO₂ relation was 234.7 (median 219.3). Correlation between PEEP and FiO₂ varied between 0.000 (days 1, 3, 4 and 5) and 0.028 (day 2).

Discussion. This study has demonstrated that our clinical practice is similar to the one that is recommended by literature.

Conclusions. Despite de limitations of our study, mechanical ventilation practiced in our unit is very uniform, using tidal volumes between 6 and 8 ml/kg and PEEP values between 4 and 15 cmH₂O, wich is in concordance with the published literature.

V-252

ESTUDIO DE HIPOCALCEMIA EN MEDICINA INTERNA

G. García García¹, V. Bejarano Moguel¹, O. González Casas¹, F. Olgado Ferrero¹, M. González García¹, M. García Morales¹, D. Magro Ledesma¹ y C. García García²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Neumología. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Badajoz.

Objetivos. Conocer las características epidemiológicas y clínicas, las etiologías diagnosticadas más frecuentes, así como el tratamiento empleado en los pacientes que ingresan con hipocalcemia en Medicina Interna.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna con hipercalcemia, desde el 1 de enero de 2004 hasta el 30 de abril de 2010. Se recogen datos referentes a la edad, sexo, tiempo de estancia, antecedentes personales, clínica al ingreso, pruebas complementarias y tratamientos empleados. Los valores normales del calcio sérico en nuestro laboratorio son: 8,8-10,2 mg/dl. Se consideró: hipocalcemia leve (7,5-8,8), moderada (6-7,4) y grave (menor de 6). Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS 15.0.

Resultados. De los 70 pacientes, 11 eran varones (27,5%) y 29 mujeres (72,5%), con una media de edad de 70,85 años. La estancia media en nuestro servicio fue de 10,88 días. 10 (25%) enfermos estaban en tratamiento con furosemida y 5 (12,5%) con bifosfonatos. El motivo de ingreso más frecuente fue la sintomatología secundaria a la hipocalcemia en el 30% de los pacientes, seguido de la infección respiratoria (20%), la insuficiencia cardíaca (12,5%), la pancreatitis aguda (5%) y por analítica casual (2,5). La clínica por hipocalcemia más frecuente fueron los síntomas osteomusculares

en un 30%, seguidos de los síntomas del sistema nervioso central en un 25%. El 47,5% de los pacientes presentaban hipocalcemia leve, el 30% moderada y el 22,5% grave. En cuanto a las alteraciones electrocardiográficas, 6 pacientes (15%) presentaron taquicardia sinusal, 4 QT alargado, T picudas en 3 y ST alargado en 1. Radiológicamente, el 32,5% de los pacientes presentaba metástasis óseas, líticas en el 2,5% y blásticas en el 10%. Los diagnósticos más frecuentes fueron los fármacos en un 17,5%, seguido del hipoparatiroidismo postquirúrgico en un 15%, el déficit de vitamina D (15%), la insuficiencia renal (10%), la sepsis (7,5%), la pancreatitis aguda (5%), la hipomagnesemia (5%) y las metástasis del cáncer de próstata (5%) y de mama (2,5%). De los fármacos causantes de hipocalcemia, los bifosfonatos fueron los más comunes en un 12,5%, siendo el zolendronato en más de la mitad. En 6 pacientes no se filió la causa. El tratamiento instaurado más frecuente fue el calcio intravenoso en 25 pacientes (52,5%) y el calcio oral en 11 (27,5%) y se añadió magnesio en 2 casos y vitamina D en 9. Al 60% de los pacientes se les prescribió al alta, calcio oral y vitamina D.

Discusión. En nuestro estudio, la hipocalcemia fue más frecuente en mujeres, manifestándose en la mitad de los casos con clínica relacionada, sobre todo osteomuscular y del sistema nervioso central. El 22,5% de los casos presentó al ingreso hipocalcemia grave. La etiología más frecuente fueron los fármacos, seguido del hipoparatiroidismo posquirúrgico y del déficit de vitamina D. De los 10 pacientes que tomaban previamente furosemida, sólo en 2 fue ésta la causa de la hipocalcemia, mientras que 2 pacientes que habían recibido zolendronato por mieloma múltiple, fue éste la causa de la hipocalcemia.

Conclusiones. Los fármacos en especial los bifosfonatos fueron las causas hospitalarias más frecuentes de hipocalcemia. El tratamiento más utilizado fue el calcio, principalmente intravenoso.

V-253

PATOLOGÍA RESPIRATORIA EN EL ÁREA DEL BIERZO

B. Adalia Martín¹, J. Ortiz de Saracho y Bobo²,
R. Castrodeza Sanz², M. Cimas Valencia¹, I. Parente Lamelas²,
E. Castro², J. Oblanca García¹ y J. Hernando García¹

¹Servicio de Medicina Interna ²Servicio de Neumología. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León).

Objetivos. Estudio de las comorbilidades de los pacientes con EPOC y valorar la calidad de la asistencia prestada en un hospital comarcal que atiende a una población envejecida con patología respiratoria relacionada con la exposición laboral.

Material y métodos. Estudio observacional prospectivo basado en dos etapas; la primera consiste en la inclusión en el estudio y en la segunda se realiza el seguimiento de dichos pacientes durante un periodo de 365 días. Los pacientes incluidos en el estudio son varones y mujeres adultos y sin límite de edad que cumplieran criterios de EPOC confirmados mediante pruebas de función pulmonar que requirieron ingreso hospitalario en el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de octubre del 2008 y el 31 de Diciembre del 2008. Los parámetros empleados fueron los siguientes: edad, sexo, índice de Barthel, registro de comorbilidades empleando el índice de Charlson y otra serie de patologías no incluidas, patología respiratoria asociada, valores espirométricos obtenidos en situación estable, tabaquismo, causa del ingreso, duración, criterios de gravedad, destino al alta, complicaciones, atención en urgencias y reingresos. Análisis estadístico mediante el programa SPSS. Nos hemos basado en los 42 estándares de valoración de la calidad asistencial en el EPOC.

Resultados. 106 pacientes de los cuales el 82% fueron varones y 18% mujeres. La edad media fue de 72 años con una desviación de \pm 10. FEV1 > 80% 5 casos (4,71%); 50-80% 52 (49,1%) casos, 30-50% 42 casos (39,62%), < 30% 7 casos (6,60%). Otras patologías respiratorias además del EPOC: ninguna 46,2%, silicosis de primer grado 2,8%,

silicosis de segundo grado 4,7%, silicosis de tercer grado 8,5%, silicosis complicada 16%, pneumoconiosis 11,3%. Principales comorbilidades: hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, enfermedades cardiovasculares, procesos neurológicos degenerativos y neoplasias. Las principales causas de ingreso fueron las infecciones respiratorias condensantes y no condensantes. De los pacientes que ingresaron el 20,8% lo hicieron en estado grave. Duración media de la estancia hospitalaria fue de 13,03 días. Visitas al servicio de urgencias en un año: ninguna visita 54,71%, 1 visita 19,8%, 2 visitas 17,9% y 3 visitas 7,5%. Pacientes fallecidos durante el estudio: 4,71%. Tasa de reingresos a los 90 días fue del 22,64%.

Discusión. La EPOC es una enfermedad de base inflamatoria, prevenible y tratable, con un componente extrapulmonar que contribuye a la gravedad. Este componente extrapulmonar se refiere tanto a los efectos sistémicos (pérdida de peso, miopatía) como la frecuente comorbilidad asociada (componente cardiovascular, osteoporosis, neoplasias, etc.). El estudio confirma que las hospitalizaciones se concentran en pacientes de mayor edad. El 82% de los pacientes fueron varones, lo que puede explicarse por la tardía incorporación de las mujeres al tabaquismo en nuestro país.

Conclusiones. Nuestro estudio confirma la elevada comorbilidad de estos pacientes. Los objetivos terapéuticos se encaminan a reducir la mortalidad, frenar la progresión de la enfermedad, prevenir o corregir las complicaciones, aliviar los síntomas y mejorar en la medida de lo posible la calidad de vida. El perfil crónico y progresivo de la enfermedad, su elevada prevalencia, las comorbilidades asociadas y las frecuentes desestabilizaciones son las principales causas de demanda asistencial.

V-254

VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE LA FORMACIÓN EN LA MEMORIA DEL RESIDENTE. UN BUEN MOMENTO PARA REVISAR EL APRENDIZAJE Y LA DOCENCIA

I. González Anglada, C. Garmendia Fernández, M. Velasco Arribas, H. Martín Álvarez, C. Rodríguez Leal, B. Comeche, M. Pérez Rueda y J. Losa

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

Objetivos. El sistema de formación de especialistas se basa en un "proceso de práctica profesional programada y supervisada a fin de alcanzar los conocimientos, habilidades y responsabilidades necesarios para ejercer la especialidad de forma eficiente". Este proceso se concreta en la práctica profesional en rotaciones por distintas unidades y especialistas, siendo el tutor el encargado de su planificación, supervisión y evaluación. Es importante que los tutores y el Jefe de Estudios conozcan cómo se desarrolla este proceso con el fin de detectar áreas de mejora y corregirlas. En nuestro hospital hemos propuesto a nuestros residentes la realización de un sencillo cuestionario incluido en la Memoria del Residente que cubra esta necesidad. Objetivo: conocer la percepción del grado de cumplimiento de los objetivos docentes en cada una de las rotaciones y la calidad docente.

Material y métodos. Se diseña una encuesta que se incluye en el modelo de memoria del Residente para la evaluación del año 2010. La encuesta tiene una primera parte de preguntas cerradas sobre valoración de las rotaciones que el residente valoraba del 0 al 10 los aspectos: estímulos recibidos, planificación, supervisión, cumplimiento de objetivos, manejo clínico y habilidades técnicas, utilidad para su profesión, formación en investigación y bioética, ambiente de trabajo y sesiones. La segunda parte constaba de preguntas abiertas sobre puntos fuertes y a mejorar de las rotaciones y el tutor. Por cada rotación había una encuesta. Las encuestas se podían entregar de forma anónima.

Resultados. 92 residentes entregaron sus Memorias. 30 residentes contestaron a las encuestas (32,6%), con un total de 94 encues-

tas. La puntuación media global fue 7,9 (sobre 10), el aspecto mejor valorado fue el ambiente de trabajo (8,79), la supervisión (8,38), el cumplimiento de objetivos (8,02), la planificación (7,81), seguido de las sesiones (7,94), el aprendizaje en bioética (7,47) e investigación (6,08). Los aspectos fuertes de las rotaciones fueron: Facultativos, Sesiones, patología, responsabilidad, trabajo en equipo. Los aspectos mejorables eran la sobrecarga asistencial y mayor formación en investigación y cursos. Los aspectos fuertes de los tutores fueron la cercanía, apoyo, dedicación, motivación. Los mejorables fue el tiempo de dedicación a la tutoría.

Discusión. Los residentes valoran con un notable alto la formación en nuestro Hospital con un adecuado cumplimiento de objetivos docentes, supervisión, planificación y estímulo. El aspecto mejor valorado es el especialista con el que rota, las sesiones, la adquisición de responsabilidad y el trabajo en equipo. Es mejorable la formación en investigación. Valoran negativamente la sobrecarga asistencial y el escaso tiempo del tutor para la tutoría.

Conclusiones. Es de gran utilidad para las figuras que se encargan de la planificación de la docencia MIR, la valoración de la docencia en las distintas rotaciones.

V-255

LAS COMPETENCIAS NECESARIAS DEL TUTOR: LA OPINIÓN DE LOS RESIDENTES

I. González Anglada, C. Arnáiz, R. Puertas Barrena, A. Asenjo Mota, M. Delgado Yagüe, C. Aranda Cosgaya, L. Moreno Núñez y V. Castilla Castellanos

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

Objetivos. El sistema de formación de especialistas se basa en un "proceso de práctica profesional programada y supervisada a fin de alcanzar los conocimientos, habilidades y responsabilidades necesarios para ejercer la especialidad de forma eficiente". El tutor es el responsable de la planificación del programa formativo de los residentes y de su evaluación y colabora activamente en el aprendizaje de conocimientos, habilidades y actitudes del residente. El tutor es el principal responsable del proceso de enseñanza-aprendizaje del residente y mantendrá contacto continuo y estructurado con él. La figura del tutor es relevante en este contexto y nos interesa definir cuál puede ser el perfil óptimo de este profesional, tanto desde el punto de vista del residente, como de los propios tutores. Objetivo: conocer las cualidades del tutor más valoradas por los residentes.

Material y métodos. Se han realizado 15 preguntas relativas al tutor a los residentes del Hospital Universitario Fundación Alcorcón que finalizan su período de especialización en mayo 2010. La encuesta se divide en 4 bloques de contenido: actitudes docentes, actitudes profesionales, actitud del residente y valoración general. Se realizan preguntas abiertas y cerradas.

Resultados. Finalizan 21 residentes, de los cuales responden 11 al cuestionario (55%). El aspecto más valorado del tutor ha sido la atención a la evolución profesional del residente y su transmisión (70%), la organización del programa formativo (50%), seguido de dedicación de tiempo (50%), cercanía, vocación y la capacidad para transmitir conocimientos (40%). Se valora mayoritariamente que la actitud docente y la profesional deben ir juntas y con similar relevancia. En el aspecto comunicativo el residente siente mayoritariamente que ha comunicado todo y sólo 20% ha dejado de expresar su disconformidad; en el sentido opuesto al residente le hubiese gustado que se le comunicaran las decisiones incorrectas en la asistencia clínica (20%). Las situaciones en las que el residente ha pedido ayuda ha sido fundamentalmente por problemas clínicos (60%) y problemas personales (50%). Con respecto a las actitudes profesionales lo que más le ha enseñado el tutor ha sido sobre la relación con los pacientes, comunicación y manejo de situaciones difíciles.

Las cualidades que más le gustaría haber adquirido del tutor es la capacidad de trabajo y de adaptación a las situaciones. La valoración promedio de las cualidades necesarias y más relevantes del tutor ha sido (de 0 a 5): Comprometido con la docencia 4,89, fomenta participación activa 4,67, accesible 4,67, planificación 4,67, profesionalismo 4,67, buen comunicador 4,56, empático 4,44, actualización 4,33.

Conclusiones. Los residentes consideran el compromiso con la docencia, la empatía y el profesionalismo las cualidades más importantes del tutor. De forma mayoritaria los residentes han comunicado todo lo relevante con su docencia y destacan por su importancia la oportunidad de proporcionar información respecto a su evolución profesional por parte del tutor, notificando los posibles errores de forma constructiva. Los residentes valoran de forma positiva la necesidad de tiempo asignado a la tutoría.

V-256

EXTRACORPOREAL LIVER SUPPORT - EXPERIENCE OF AN INTENSIVE CARE UNIT

T. Pinto Pais¹, S. Ferreira², N. Santos⁴, H. Pessegueiro³ y A. Marinho²

¹*Serviço de Gastrenterologia. Amato Lusitano. Castelo Branco (Portugal).* ²*Serviço de Cuidados Intensivos, ³Unidade Transplantes Hepato-pancreáticos. Centro Hospitalar do Porto. Porto (Portugal).* ⁴*Serviço de Anestesiologia. Santa Marta. Lisboa (Portugal).*

Objectives. Present the experience of an intensive care unit using Prometheus, a new extracorporeal liver support system, allowing the removal of protein bound and water soluble toxins by fractionated plasma separation and absorption (FPSA), in the treatment of liver failure.

Material and methods. A retrospective analytical study of patients undergoing treatment with Prometheus[®], before and after the implementation of the technique of liver support, the treatment hemodynamic's, safety and major complications, in the period between 2006 and June 2010.

Results. During this period, 6 patients were treated with Prometheus[®]: 2 for acute liver failure and 4 for "acute on chronic liver failure" - whose causes were sepsis (3) and transplant rejection with refractory pruritus (1) - a total of 8 treatment sessions. The average duration of each session was 5 hours. 50% of patients (3) were male, with (median) 53 years of age, grade I hepatic encephalopathy, mean arterial pressure (MAP) 88 mmHg, 41 500 platelets, total bilirubin 5.24 mg/dL and direct 17.9 mg/dL, creatinine 0.2 mg/dL, scores Child-Pugh 12, MELD 19.5 and SOFA 16. Complications occurred in 5 sessions (62%), with clotting of the circuit being the most common (three sessions) conditioning session interruption, and transient hypotension (1). After treatment there was an improvement of HE in 3 patients (50%), a decrease of MAP > 20 mmHg in three (50%), reduction of platelet count > 25,000 in 3 (50%), total bilirubin decrease > 8 mg/dL in 4 (67%) and a tendency to improve the MELD score. Later: 2 patients (33%) were transplanted within a few days, two (33%) died within five days and, in particular for refractory pruritus, there was a subjective improvement of complaints immediately after the session, but recurrence of rash occurred after 10 days without treatment.

Discussion. The Prometheus[®] is a safe technique, conditioning interruption in few cases. The drop in MAP is due probably to the distribution of the patient's own albumin within the secondary circuit. This system has the ability to purify both albumin-bound and water-solved substances, so we observed a significant decrease in the levels of bilirubin, bile acids and creatinine, as well as an improvement in HS. This study does not, however, conclude on the effect on mortality.

Conclusions. Prometheus® is a safe procedure, has a significant dialysis effect and improves severe hepatic encephalopathy in patients with cirrhosis and rapid deterioration of their liver function; however a significant beneficial effect on survival could not be demonstrated.

V-257

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LOS ENFERMOS INGRESADOS DURANTE 5 AÑOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA I CON EL DIAGNÓSTICO DE HIPOTIROIDISMO

L. Mateos Polo, E. Puerto Pérez, J. Herráez García, P. Miramontes González y A. Sánchez Rodríguez

Servicio de Medicina Interna I. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.

Objetivos. Determinar las características clínicas, biológicas, distribución etaria, la etiología, las enfermedades asociadas y el tratamiento realizado a los pacientes ingresados en la Unidad de Medicina Interna con el diagnóstico de Hipotiroidismo durante 5 años (enero del 2005 y diciembre del 2009).

Material y métodos. Se recogen de la base de datos del Servicio de M. Interna I los sujetos con diagnóstico de hipotiroidismo. Se revisan las Historias Clínicas con anamnesis, exploración, analítica completa, h. tiroideas y paratiroides, aC antitiroglobulina, antiperoxidasa, contra el receptor de la TSH. Se exigía la presencia de ecografía tiroidea y si procedía gammagrafía y anatomía-patológica. Se clasificaron como Hipotiroidismo 1ª de tipo a) Tiroprivo: 1 postradioterapia, 2-postcirugía, 3-postadministración de radioyodo-131, 4-congénito, 5-Tiroditis atrófica. b) Con bocio: 1: tiroiditis linfocitaria crónica autoinmune (Hashimoto), 2-Bocio endémico (déficit de yodo), 3. Infiltrativas (amiloidosis, sarcoidosis, hemocromatosis), 4: Fármacos: yodo, litio, amiodarona, interferón. c) Transitorio: 1-tiroiditis subaguda y crónica, 2-interrupción del tratamiento. Se clasificaron como Hipotiroidismo secundario: 1-Panhipopituitarismo, 2-Déficit de TSH. Finalmente, se consideró hipotiroidismo terciario: 1-déficit congénito, 2-encefalitis, 3-infiltración por sarcoidosis, neoplasias, etc.

Resultados. De los 126 casos, 7 no cumplían los requisitos. De los 119 restantes, 66,3% fueron mujeres, edad media 75 años (rango 23-105 años), el 33,6% varones, edad media 79 años (rango 56-98 años). El hipotiroidismo primario fue el 97,6% de todos los casos, el tiroprivo el 68%, (tiroiditis atrófica 62%, seguida de la cirugía). Con bocio fue el 27%, la tiroiditis de Hashimoto 16,8% de los casos de bocio y los fármacos 12,5 (la amiodarona fue la responsable del 98% de los casos). El hipotiroidismo secundario y terciario son el 3,37% (neoplasias en la silla turca y tronco diencefálico). No se realizó ecografía tiroidea en 37%, ni AC antitiroideos en el 14% de los hipotiroidismos. Se asoció en el 47% con HTA, en el 45% con cardiopatía (hipertensiva y/o isquémica) en el 33,6% con f. auricular y en el 29,4 con DM tipo 2. El 72,2% de los casos recibió o se continuó con el tratamiento sustitutivo hormonal.

Discusión. El hipotiroidismo primario es la causa más frecuente de déficit de hormonas tiroideas y de éste es el tiroprivo, estando representado por la tiroiditis atrófica en mujeres, hipertensas, diabéticas, de edad avanzada. La segunda causa es la tiroiditis de Hashimoto y el uso de amiodarona en mujeres de edad media con fibrilación auricular y cardiopatía. El hipotiroidismo secundario y terciario son casi inexistentes. Existen pocas peticiones de ecografía tiroidea y de anticuerpos antitiroideos durante la estancia hospitalaria.

Conclusiones. El hipotiroidismo primario tiroprivo es la causa más frecuente de déficit de hormonas tiroideas en el Servicio de M. Interna I, siendo la tiroiditis atrófica la etiología más frecuente. Es un trastorno hormonal de mujeres de edad avanzada, con HTA, cardiopatía, diabetes y fibrilación auricular. Por tanto, es necesario el

ajuste hormonal en el control de la hipertensión, fibrilación e insuficiencia cardíaca. Llama la atención la ausencia de pruebas complementarias para filiar la etiología. Los 4 casos de hipotiroidismo secundario por neoplasias del tallo cerebral está en relación probablemente con la existencia en nuestro Hospital del Servicio de Neurocirugía de ámbito regional.

V-259

HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO EN MEDICINA INTERNA: SERIE DE CASOS

J. Sicilia Urbán¹, P. Sanz Rojas¹, J. Coperías Zazo², M. Fidalgo Montero¹, I. Fuentes Soriano¹, J. Martín Gutiérrez¹, M. Tejada González¹ y J. Casado Cerrada¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Análisis Clínicos. Hospital del Henares. Madrid.

Objetivos. Hace años el diagnóstico de hiperparatiroidismo primario (HPTP) partía habitualmente de datos clínicos y/o en pruebas complementarias de afectación generalmente renal u ósea, junto con hipercalcemia moderada o grave. El inicio del uso del calcio sérico como prueba de screening a principios de los años 70 condujo a un aumento en la incidencia de esta enfermedad, probablemente al diagnosticar formas paucisintomáticas con hipercalcemia leve. Sin embargo en los últimos años hay indicios de un descenso marcado de la incidencia, no claramente explicado, pero que podría implicar un retroceso en el diagnóstico de esta entidad. Nuestro objetivo es analizar los casos de HPTP diagnosticados en Medicina Interna desde el inicio de la andadura de nuestro joven Hospital.

Material y métodos. A partir de listado con peticiones de Ca total realizadas entre marzo 2008 y mayo 2010 facilitado por el Servicio de Análisis clínicos, se seleccionaron aquellas solicitadas exclusivamente en Medicina Interna con valor > 10,2 mg/dL, y/o calcio iónico > 1,22 mmol/L. Se cotejaron con las determinaciones de Parathormona intacta en el mismo periodo, > 65 pg/mL, seleccionando sólo aquellas con diagnóstico compatible con HPTP. De estas se recogió: edad, sexo, la presencia o no de afectación ósea, renal u otra clínica en el momento del diagnóstico. Se revisó también, P y vit. D en sangre, calciuria, fosfaturia y RTF, las pruebas radiológicas realizadas y la actitud terapéutica.

Resultados. De un total de 36.394 determinaciones de calcio total, y tras seleccionar sólo las solicitadas en Medicina Interna y contrastarlas con 1.820 determinaciones de PTH intacta de valor igual o mayor de 65 pg/mL se hallaron 42 casos congruentes con HPTP, de ellos se seleccionaron 15 con diagnóstico claro de hiperparatiroidismo primario objeto de nuestro trabajo. De éstos 13 eran mujeres. La edad estaba comprendida entre 28 y 85 años (edad media de 63,5 años). Se observó un rango de PTH intacta entre 1.053 y 91 pg/mL y un calcio total corregido entre 14,7 y 10,5 mg/dL. De los 15 casos, 10 (66,66%) presentaba afectación ósea en el momento del diagnóstico, en su mayor parte osteopenia radiológica, destacando un caso de osteítis fibrosa quística y un caso con fractura en cuello femoral izquierdo. 5 casos (33,33%) presentaba datos de afectación renal (litiasis, disminución del CLCreat). Hubo un caso con patología neuropsiquiátrica aunque no claramente atribuible al HPTP y un caso de Pancreatitis aguda no explicada por otra causa. 3 casos fueron intervenidos con buen resultado.

Discusión. Llama la atención que se trata de un número no despreciable de casos de HPTP, teniendo en cuenta que se trata sólo de los atendidos en M. Interna y siendo el área de influencia de nuestro Hospital de unos 170.000 habitantes. Es también significativo que la mayoría ya presentaban síntomas y/o datos de afectación ósea o renal en el momento del diagnóstico, siendo llamativo el caso de osteítis fibrosa quística. Sería interesante revisar los casos diagnosticados en otros servicios, principalmente Endocrinología para conocer posibles diferencias diagnósticas.

Conclusiones. La mayoría de los HPTP que llegan a nuestro servicio presentan ya síntomas o datos de afectación ósea o renal en los estudios complementarios. Esto puede hacer pensar en un retroceso en el diagnóstico a tiempos previos a la generalización de la calcemia como screening.

V-260

TERAPÉUTICA EMPLEADA DURANTE EL INGRESO DE PACIENTES CON EXACERBACIÓN DE ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN FUNCIÓN DE SU SITUACIÓN RESPIRATORIA PREVIA. DATOS DEL ESTUDIO ECCO

J. Pérez Díaz¹, M. Guil García¹, M. Loring Cafarena¹, M. Blanco Díaz¹, F. López García², F. Cabrera Aguilar³, L. Montero Rivas⁴ y C. San Román Terán¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga). ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Vega Baja. Orihuela (Alicante). ³Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Margarita. Cabra (Córdoba).

Objetivos. Conocer si la insuficiencia respiratoria crónica, (necesidad de oxígeno previo al ingreso), como comorbilidad determina diferencias terapéuticas en los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

Material y métodos. El ECCO es un estudio observacional, prospectivo y multicéntrico en el que se incluyen pacientes consecutivamente ingresados en unidades de Medicina Interna por exacerbación de EPOC confirmada con espirometría entre enero de 2007 y diciembre de 2008. Hemos dividido a los pacientes en dos grupos: Con Insuficiencia respiratoria crónica (GIR) y sin Insuficiencia (GSIR). Las principales variables analizadas estaban en relación con el tratamiento recibido durante su estancia. Se realizó un análisis estadístico bivariable, comparando las variables cualitativas con el test de χ^2 .

Resultados. Se incluyeron 398 pacientes, 353 varones y 45 mujeres. De ellos 146 (36,6%) usaban oxigenoterapia domiciliaria previa al ingreso. Los pacientes del GIR habían recibido más vacunación frente a neumococo previa al ingreso (26,71% vs 13,49%; $p = 0,001$). También evidenciamos que este grupo fue medicado con más B2 acción corta (61,64% vs 57,93%; $p = 0,002$), xantinas (20,54% vs 9,12%; $p = 0,001$), diuréticos (34,93% vs 25,79%; $p = 0,05$) y protectores gástricos intravenosos (20,54% vs 12,30%; $p = 0,028$). No encontramos diferencias en el tratamiento durante su internamiento con los corticoides intravenosos (GIR 71,23% vs GSIR 63,88%; $p = 0,13$), antibióticos intravenosos (GIR 63,01% vs GSIR 61,11%; $p = 0,70$) y la administración de digoxina (GIR 16,43% vs GSIR 15,47%; $p = 0,80$). El 61,8% de los enfermos recibieron antibiótico intravenoso en el ingreso: 91 de estos levofloxacino (37%), 58 amoxicilina (23,57%) y 37 amoxi-clavulánico (15%).

Discusión. Los medicamentos con utilidad demostrada, con nivel de evidencia A en las exacerbaciones agudas, se han aplicado en la misma proporción en ambos grupos. Los diuréticos fueron más usados si existía fallo respiratorio posiblemente en relación con la coexistencia de cor pulmonale. El hecho de que predominen los ingresos de EPOC moderado-severo, el aumento de infectados por gram negativos y el incremento de las bacterias con resistencia a penicilina y cepas productoras de betalactamasas, parece haber cambiado en los últimos años la elección del antimicrobiano.

Conclusiones. El subgrupo de EPOC con fallo respiratorio crónico, de forma estadísticamente significativa, ha hecho mayor uso de B2 agonista de acción corta inhalados, teofilinas, diuréticos y protectores gástricos intravenosos, sin encontrarse diferencias significativas en el consumo de corticoides, antibióticos y digoxina. El grupo antibiótico más utilizado se corresponde con las quinolonas y en concreto el levofloxacino.

V-261

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ESTANCIA MEDIA DE LA EXACERBACIÓN AGUDA DE ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA. DATOS DEL ESTUDIO ECCO

J. Pérez Díaz¹, M. Guil García¹, L. Pérez Belmonte¹, J. Constan Rodríguez¹, J. Díez Manglano², F. de la Iglesia Martínez³, B. Roca Villanueva⁴ y C. San Román Terán¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga). ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Royo Villanova. Zaragoza. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Juan Canalejo. A Coruña. ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Castelló. Castellón.

Objetivos. Identificar los factores relacionados con la estancia en los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica internados en unidades de Medicina Interna.

Material y métodos. El ECCO es un estudio observacional, prospectivo y multicéntrico en el que se incluyen pacientes consecutivamente ingresados en unidades de Medicina Interna por exacerbación de EPOC confirmada con espirometría entre enero de 2007 y diciembre de 2008. Hemos dividido a los pacientes en dos grupos, aquellos con estancia adecuada (GEA) y los de estancia prolongada (GEP) utilizando como punto de corte la mediana de la estancia (8 días). Se realizó un análisis estadístico bivariable, comparando las variables cualitativas con el test de χ^2 y las cuantitativas con el test de la t de Student.

Resultados. Se incluyeron 398 pacientes, 353 varones y 45 mujeres. Los pacientes del GEP tenían un mayor número de ingresos por EPOC respecto a los del GEA (3,75 \pm 3,2 vs 2,76 \pm 2,6; $p = 0,001$), mayor frecuencia de exacerbaciones en el último año (2,89 \pm 2,2 vs 2,14 \pm 1,86; $p = 0,000$) y de insuficiencia respiratoria crónica (43,19% vs 31,87%; $p = 0,021$). No encontramos diferencias en cuanto a comorbilidad medida por índice de Charlson (GEP 2,74 \pm 1,61 vs GEA 2,69 \pm 1,76; $p = 0,78$), severidad de EPOC medida por FEV1 (GEP 1191 \pm 435 vs GEA 1252 \pm 448; $p = 0,39$), presencia de arritmia (GEP 29% vs GEA 25,76%; $p = 0,47$) y la edad cortada en cuartiles (χ^2 1,55; $p = 0,67$).

Discusión. Al contrario de los datos publicados en la literatura, en los que la edad, la severidad de la EPOC medida por espirometría y la presencia de arritmia son claramente variables predictoras positivas, ninguna de las comorbilidades registradas en el estudio ECCO demostró tener suficiente potencia para influir en la duración de la estancia.

Conclusiones. Las variables en nuestro análisis que presentan significación estadística para larga estancia serían el número de exacerbaciones por EPOC en el último año, el número de ingresos por EPOC y la necesidad de oxigenoterapia domiciliaria. Ninguno de estos factores pronósticos de mayor estancia nos parece modificable.

V-262

SÍNTOMAS DE DEBUT DE LA ENFERMEDAD CELÍACA EN FUNCIÓN DE LA EDAD DE PRESENTACIÓN

J. Soler González, F. Fernández Rodríguez, E. Izquierdo Delgado, L. Hernanz Román, L. Briongos Figuero, T. Gómez Traveso y J. Pérez Castrillón

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

Objetivos. Comparar en los pacientes diagnosticados de enfermedad celiaca los síntomas de debut en función de la edad de presentación.

Material y métodos. Los pacientes se seleccionaron a partir de las determinaciones positivas de anticuerpos antitransglutaminasa

del año 2009. Los datos recogidos fueron la edad de debut, los síntomas de presentación de la enfermedad, y otras variables como el sexo, la presencia de otras enfermedades autoinmunes y los antecedentes familiares de enfermedad celíaca.

Resultados. Se seleccionaron 42 pacientes con una media de edad de 26,79 años (el 50% en un rango entre los 6,75 y los 49). Entre ellos, 20 (47,6%) eran varones y 22 (52,4%) mujeres. También 22 (52,4%) tenían 20 años o menos y 24 (47,6%) más de 21 años al debutar la enfermedad. Sólo 4 (9,5%) tenían antecedentes de enfermedad celíaca y 8 (19%) tenían otra enfermedad autoinmune entre sus antecedentes, la mayoría (12,9%) hipotiroidismo y/o diabetes mellitus. El síntoma de presentación predominante fue la diarrea (36%), seguido de la anemia ferropénica (19,4%), la abdominalgia y las náuseas (16,7%) y la dermatitis herpetiforme y la pérdida de peso/estacionamiento ponderal (11% respectivamente). En función de la edad, en ambos grupos el síntoma de debut predominante fue la diarrea (33,6% para los menores de 20 años y 38,9% para los mayores de 20). La anemia fue el síntoma de debut en el 5,6% de los menores de 20 años, frente a 33,3% en los mayores de 20. La dermatitis herpetiforme predominaba entre los mayores de 20 años, mientras que la abdominalgia y el estacionamiento ponderal/pérdida de peso lo hacían entre los menores de 20. En función del sexo, la presentación más frecuente para los varones de cualquier edad fue la diarrea (52,6%), mientras que fue la anemia (23,5%) entre las mujeres.

Discusión. En nuestra cohorte, se observa que los síntomas de debut son diferentes según se trate de niños y adolescentes o adultos, y que se corresponden con los clásicos descritos para la enfermedad (diarrea, anemia ferropénica y dermatitis herpetiforme en adultos; y diarrea, pérdida de peso, y abdominalgia en niños). No se objetivaron otros síntomas, clásicamente menos frecuentes, en adultos o niños. Existe una tendencia mayor entre los varones a debutar con diarrea, mientras que en las mujeres los síntomas de debut son más variados (diarrea, anemia, dermatitis herpetiforme). Sin embargo, estos datos no son definitivos dado el bajo número de pacientes de los que consta nuestra cohorte.

Conclusiones. Los síntomas de presentación de la enfermedad celíaca en los adultos son distintos que en los niños y adolescentes, predominando la diarrea, la anemia ferropénica y la dermatitis herpetiforme. Por tanto, la enfermedad celíaca debe considerarse entre las posibles etiologías causantes en los adultos que presenten estos síntomas.

V-263

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA E INSUFICIENCIA CARDÍACA. DATOS DEL ESTUDIO ECCO

J. Pérez Díaz¹, M. Guil García¹, M. Platero Sánchez-Escribano¹, J. Castiella Herrero², E. Zubillaga Azpiroz³, J. Recio Iglesias⁴, J. Trullas Vila⁵ y C. San Román Terán¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga). ²Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Calahorra. Calahorra (La Rioja). ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea. Donostia-San Sebastián (Guipúzcoa). ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. ⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sant Jaume. Olot (Girona).

Objetivos. Conocer si la insuficiencia cardiaca crónica como comorbilidad determina diferencias clínicas y funcionales en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Material y métodos. El ECCO es un estudio observacional, prospectivo y multicéntrico en el que se incluyen pacientes consecutivamente ingresados en unidades de Medicina Interna por exacerbación de EPOC confirmada con espirometría entre enero de 2007 y diciembre de 2008. Hemos dividido a los pacientes en dos grupos,

aquellos con diagnóstico clínico de insuficiencia cardiaca (GIC) y los que no tienen dicho diagnóstico (GNIC). Se realizó un análisis estadístico bivariante, comparando las variables cualitativas con el test de χ^2 y las cuantitativas con el test de la t de Student.

Resultados. De los 398 pacientes que se incluyeron 107 (26,88%) padecían insuficiencia cardiaca. No había diferencias significativas en cuanto a edad ($p = 0,08$) pero sí en el género, existiendo un porcentaje superior de mujeres en el grupo de fallo cardiaco (16,82% vs 9,27%; $p = 0,035$). El GIC tenía mayor IMC ($28,44 \pm 5,93$ vs $26,47 \pm 4,81$; $p = 0,003$) y más sintomatología clínica demostrada por mayor frecuencia de edemas (GIC 68,22% vs GNIC 20,27%; $p = 0,000$) y disnea más intensa (grado 4-5 de la escala MRC en GIC 64,48% vs GNIC 56,25%; $p = 0,050$). También observamos en dicho grupo un mayor número de ingresos por cualquier causa ($5,94 \pm 4,59$ vs $4 \pm 3,58$; $p = 0,000$), más comorbilidad medida por índice de Charlson ($3,44 \pm 1,53$ vs $2,45 \pm 1,68$; $p = 0,000$) y una mayor asociación con anemia ($13,52 \pm 2$ vs $13,06 \pm 2$ mg/dl; $p = 0,047$) e insuficiencia renal moderada (11,21% vs 4,81%; $p = 0,022$). No encontramos diferencias significativas en la gravedad de la obstrucción medida por FEV1 (GIC $1221,34 \pm 424$ vs GNIC $1236,70 \pm 452$ ml; $p = 0,83$) ni en los días de estancia (GIC $9,92 \pm 5,31$ vs GNIC $9,7 \pm 6,84$ días; $p = 0,74$).

Discusión. Aunque se describe que la EPOC es un factor de riesgo independiente de reingresos en pacientes cardiacos, existen otros factores como la anemia y la insuficiencia renal crónica también aceptados, muy prevalentes en nuestro grupo GIP, que verosímelmente juegan un papel de más peso.

Conclusiones. Nuestros pacientes EPOC con insuficiencia cardiaca tienen asociada una mayor obesidad, síntomas y signos clínicos, comorbilidad y uso de los Servicios de salud.

V-264

MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y ESTADIO EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO EN EL CARCINOMA DE OVARIO EN EL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS DURANTE UN PERÍODO DE 2 AÑOS

V. Sendín Martín, N. Sánchez Martínez, E. Agrela Rojas, J. Castillo Álvarez, P. Ruiz Artacho, V. López Peláez, P. González y A. Molino González

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

Objetivos. Realizar un análisis descriptivo retrospectivo de los casos de carcinoma de ovario diagnosticados entre enero de 2007 y diciembre de 2008 en el Hospital Clínico San Carlos, y establecer el estadio y el pronóstico en el momento del diagnóstico.

Material y métodos. Se seleccionaron los pacientes dados de alta de todos los servicios del Hospital Clínico San Carlos entre los años 2007 y 2008 con diagnóstico de carcinoma de ovario (códigos la CIE-9) y se revisaron las historias clínicas de los pacientes. Las variables epidemiológicas y clínicas fueron recogidas en un registro específico.

Resultados. Se diagnosticaron 68 casos de carcinoma de ovario durante el periodo 2007-2008, con una edad media de 60,36 años (16,4)- de 24 a 93 años- (Media (DE)-Rango-) diagnosticándose principalmente en el Servicio de Ginecología (68%) con un estadio avanzado (estadio III-IV de FIGO) de la enfermedad en el 66,7% de los casos. La presentación clínica predominante fue dolor y distensión abdominal con una frecuencia de 63,6% y 57,6%, respectivamente, seguidos de astenia, anorexia, y pérdida de peso. El 10,6% de las pacientes estaban asintomáticas, siendo el diagnóstico un hallazgo casual. El tipo histológico más frecuente fue adenocarcinoma (77,3%) estando presente en el 81,3% de los casos con un estadio avanzado. No se ha podido demostrar la asociación entre la presencia de factores considerados de riesgo tales como menarquia precoz, menopausia tardía y presencia de antecedente de carcinoma de mama previo y desarrollo de carcinoma de ovario. El 68,2% de

los pacientes habían seguido revisiones ginecológicas de forma periódica, y en el 66,7% tenían un estadio avanzado en el momento del diagnóstico mientras que de entre las que tenían un estadio precoz el 72,2% habían llevado a cabo dichas revisiones sin demostrarse asociación entre el seguimiento ginecológico y el diagnóstico precoz.

Discusión. El diagnóstico del tumor de ovario se realiza en la mayoría de los casos en estadios avanzados de la enfermedad en probable relación con la rápida progresión de la enfermedad y dado lo inespecífico de la clínica que presentan las pacientes. Hoy en día no existe un método de screening para llevar a cabo el diagnóstico precoz del carcinoma de ovario con resultados contrvertidos sobre los beneficios de las revisiones ginecológicas periódicas.

Conclusiones. El tipo histológico más frecuente de carcinoma de ovario en nuestra población lo constituyen los adenocarcinomas. Nuestra paciente tipo es una mujer en torno a los 60 años, que realiza revisiones periódicas ginecológicas con un cuadro sintomático inespecífico (distensión y dolor abdominal asociado a cuadro constitucional) y de corta duración (menor de un mes). Dado lo inespecífico de la clínica, el diagnóstico se lleva a cabo en estadios avanzados de la enfermedad mediante pruebas de imagen a pesar de realizar revisiones ginecológicas anuales no pudiendo objetivarse ningún factor clínico-epidemiológico asociado a un diagnóstico precoz salvo la edad.

V-266

LA CIRROSIS HEPÁTICA EN LA ENFERMERÍA DE MEDICINA. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 107 INGRESOS

Z. Neves, S. Lourenco, M. Pacheco y J. Malhado

Servicio de Medicina 1. Hospital Curry Cabral. Lisboa (Portugal).

Objetivos. La cirrosis hepática es una patología muy prevalente y con complicaciones muy graves. Actualmente son muchas las terapias disponibles en el manejo de estas pacientes, incluyendo el trasplante. Por lo tanto, la evaluación del pronóstico de los pacientes ingresados por cirrosis hepática descompensada es esencial en el momento de plantear su terapia. El presente trabajo se realizó con el objetivo de caracterizar este conjunto de pacientes ingresados en nuestro sector.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de los procesos de los pacientes ingresados por cirrosis hepática descompensada en nuestra enfermería de medicina interna. Se analizaron la distribución por sexo, edad, etiología de la cirrosis, complicaciones, clase de Child-Pugh, índice MELD, mortalidad y natremia en el momento de la admisión.

Resultados. Durante un período de 30 meses han sido ingresados en nuestro sector 77 pacientes con cirrosis hepática descompensada, en un total de 107 ingresos. 72 pacientes eran hombres (93,5%). La edad mediana fue de 56,2 años, con un máximo de 84 e un mínimo de 18. En lo que concierne a la etiología de la cirrosis de los 77 pacientes ingresados, en 43 (55,8%) se admitió la etiología alcohólica, en 10 (13,0%) infección por el Virus de la Hepatitis C (VHC), en 2 (2,6%) infección por el Virus de la Hepatitis B (HBV), en 10 (13%) coexistían alcoholismo e infección viral, en 7 (9,1%) se identificaron otras causas y en 4 (5,2%) se consideró causa no determinada. En la admisión, 58 presentaban ascitis, 44 encefalopatía hepática, 16 hemorragia digestiva alta y 2 peritonitis bacteriana espontánea. En cuanto a los índices de gravedad en la admisión en el total de los 107 ingresos, 16 (15,0%) presentaban Child A, 53 (49,5%) Child B e 38 (35,5%) Child C. La mortalidad fue de 12 (15,6%) pacientes y 3 fueron transplantados durante el ingreso. Entre los que fallecieron 10 (83,3%) tenían un Child C, 1 (8,3%) un Child B y 1 (8,3%) un Child A. El MELD mediano de los pacientes fallecidos fue de 26,6, superior al de los que sobrevivieron que fue de 14,3. El análisis de la natremia mostró también diferencia con una concentración plasmá-

tica de sodio mediana de 128 mEq/l en los pacientes fallecidos y 134,9 mEq/l en los demás.

Conclusiones. La mayoría de los pacientes con cirrosis son del sexo masculino. El alcoholismo sigue siendo la principal etiología. La mayoría de los fallecidos presentaban cirrosis en clase C de Child-Pugh y tenían un valor de Meld muy elevado. La hiponatremia parece ser un factor de mal pronóstico independiente, aunque se necesitan estudios más alargados para entender mejor esta cuestión.

V-267

VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE MEDIA ESTANCIA

M. Olivera Fernández¹, A. Cordal López² y C. Arranz³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Rehabilitación, ³Servicio de Geriátria. Hospital Virgen de la Poveda. Villa del Prado (Madrid).

Objetivos. Evaluar el estado nutricional de los pacientes ingresados en una unidad de recuperación funcional del Hospital Virgen de la Poveda de la Comunidad de Madrid. Se evaluaron los datos clínicos, antropométricos, analíticos, el estado funcional, cognitivo y afectivo y su correlación con el test MNA.

Material y métodos. Se estudió un grupo de 32 pacientes procedentes de hospitales de primer nivel de la Comunidad de Madrid, el motivo de ingreso es la recuperación funcional y clínica de origen traumatológico, neurológico, cardiovascular y Sd. de desacondicionamiento. La valoración nutricional se realizó teniendo en cuenta: 1) Historia clínica: edad, sexo, motivo de ingreso, comorbilidad, fármacos prescritos y datos dietéticos. 2) Capacidad funcional (índice de Barthel). 3) Capacidad mental (Cuestionario de Pfeiffer y el Mini-examen Cognoscitivo de Lobo (MEC)). 4) Capacidad afectiva (Escala de Depresión de Yesavage). 5) Antropometría: peso (P), talla (T), circunferencia del brazo (CB), circunferencia de la pantorrilla (CP), circunferencia de la cintura (CC), pliegue cutáneo tripital (PT), índice de masa corporal (IMC), % grasa corporal (%GC), % masa libre de grasa (%MLG). 6) Datos hematológicos y bioquímicos relacionados con el estado nutricional. 7) Valoración mediante el test MNA. El análisis estadístico con distribuciones de frecuencia y porcentajes para las variables cualitativas, y las medidas de media y desviación típica para las variables cuantitativas. Para la comparación de medias se utilizó la t de Student para muestras independientes y variables cuantitativas y la Chi cuadrado para variables cualitativas. El análisis estadístico se ha realizado con SPSS 15.

Resultados. De los 32 pacientes, 23 mujeres y 9 hombres, la media de edad 77 (11) años. El principal motivo de ingreso fue la recuperación funcional traumática (68%). La estancia media de 41 (10) días. La comorbilidad: HTA (75%), enfermedades degenerativas articulares (72%), osteoporosis (68%), cardiopatías (43%), dislipemia (40%), depresión (28%), enfermedades digestivas (28%), EPOC. (25%). Las medias de los parámetros antropométricos: P 68 (14) Kg, T 156 (8) cm, IMC 28 (6), CB 29 (4) cm, cP 32 (3) cm, cC 107 (18) cm, pT 13 (4) mm, % MLG 76 (4), % GC 23 (4). Se obtuvieron las medias de los parámetros analíticos. La media del índice de Barthel de 49 (22) que se corresponde con una dependencia física moderada. La media del MEC fue de 24 (7) considerándose no deterioro o deterioro cognitivo borderline. El Cuestionario de Pfeiffer el 75% de los pacientes no presentaban deterioro cognitivo. Mediante la escala de Yesavage no tenían depresión el 53% y tenían depresión leve un 40%. El resultado medio del test de MNA fue de 17 (4). Existe una relación significativa entre el test MNA, con el índice de Barthel ($p < 0,001$), con el MEC ($p < 0,05$), y la escala de Yesavage ($p < 0,05$), con las cifras de albúmina ($p < 0,05$) y con la CP. Se asocian con un MNA < 17 las cardiopatías, enfermedades vasculares periféricas, demencias, ictus ($p < 0,05$).

Discusión. La prevalencia de desnutrición es del 56% mediante la valoración del test MNA (MNA < 17). EL test MNA nos proporciona un instrumento muy válido y eficaz. Los pacientes estudiados presentan deterioro físico y psíquico moderado y sufren enfermedades crónicas que conlleva un mayor riesgo de desnutrición.

Conclusiones. El estado nutricional va a influir en la mejor recuperación funcional motivo del ingreso. El objetivo sería identificar a los pacientes con desnutrición con el fin de recibir la alimentación más adecuada.

V-268

NEUTROPENIA FEBRIL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN PLANTA DE MEDICINA INTERNA

S. Chamorro, A. Pinto, A. Ruedas, J. Santiago y N. Sánchez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos. Describir los factores predisponentes, patogénesis, diagnóstico y tratamiento en pacientes que presentaron episodios de neutropenia febril en nuestro Servicio de Medicina Interna.

Material y métodos. Búsqueda y revisión de historias clínicas a través de archivos informáticos recuperando 73 casos. Se incluyeron todos los pacientes ingresados en el Serv. de Medicina Interna durante los años de 2006-2010 que presentaron uno o más episodios de neutropenia febril durante su estancia hospitalaria. Definimos neutropenia febril como T^a axilar > 38.5° al menos > 1 hora con recuento absoluto de neutrófilos menor de 2000, valorando su severidad según la escala de la OMS en grado I (2.000-1.500), grado II (1.500-1.000), grado III (1.000-500) y grado IV (< 500). Se analizaron las características de edad, sexo, motivo de consulta, síntomas iniciales, pruebas complementarias, causas de neutropenia, tratamiento, profilaxis, episodios previos y estancia hospitalaria. Se realizó análisis estadístico con SPSS 15.1.

Resultados. 53,43% de los pacientes eran varones con edad media de 67,36 años (22-93 años). El motivo de consulta más frecuente fue la fiebre (90,1%) sin foco (35,61%). La severidad fue grado IV en el 71,23%. Las causas principales fueron la administración de tratamiento quimioterápico (49,30%), causa infecciosa (17,80%) y enfermedad hematológica de reciente diagnóstico (9,56%). Se registró 1 caso por metamizol y otro por metotrexate. Los métodos más empleados para filiación del foco fueron la radiografía de tórax (93,15%), hemocultivos (83,56%) y urocultivo (71,23%) con aislamiento microbiológico en un 50,68% (40,54% Gram negativos). El 65,76% presentaba enfermedad hematológica de base y el 30,14%, tumor sólido. El tratamiento más empleado fue la antibioticoterapia de amplio espectro (piperacilina-tazobactam (18,30%), meronem (16,20%) y quinolonas (14,08%)). Sólo se empleó antifúngicos en 1 caso. El 73,97% requirió el uso de factores estimuladores de colonias y el 23,14% transfusión de hemoderivados. El 76,71% recibía tratamiento quimioterápico en el momento del cuadro, siendo el esquema R-CHOP el más repetido (26,79%). Un 36,99% había presentado episodios previos de neutropenia febril. 9 pacientes recibieron tratamiento profiláctico. Se registraron un total de 12 exitus (16,44%). La estancia media de hospitalización fue de 11,57 días.

Discusión. La mayoría de los pacientes que presentaron neutropenia febril eran varones de mediana edad, con enfermedad hematológica de base, en tratamiento quimioterápico activo. La forma de presentación más común fue la fiebre sin foco con cifras bajas de neutrófilos y sin aislamiento microbiológico. En la mayoría de casos se inició tratamiento antibiótico empírico de amplio espectro junto con la administración de factores estimuladores de colonias.

Conclusiones. La rápida identificación de síntomas en pacientes con riesgo de neutropenia, fundamentalmente aquellos so-

metidos a tratamiento quimioterápico, así como el correcto manejo de la antibioticoterapia empírica precoz previa extracción de muestras microbiológicas, contribuye a una menor morbimortalidad del cuadro. Se observa que el empleo racional de factores estimulantes de colonias es fundamental para acortar el periodo de neutropenia y así disminuir el riesgo de complicaciones. El empleo de tratamiento profiláctico realizado de manera sistemática podría contribuir a reducir nuevos episodios de neutropenia febril.

V-269

SÍNDROME DE SJÖGREN EN EL HOSPITAL DE MÓSTOLES. CASUÍSTICA EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

R. Ruiz Esteban¹, R. Marín Arregui¹, A. Muñana Fuentes¹, M. Patiño Rodríguez¹, M. Llorente², L. Cortes Lambea³ y J. Ruíz Galiana¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Análisis Clínicos. Hospital de Móstoles. Móstoles (Madrid). ³Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Móstoles. Madrid.

Objetivos. Describir epidemiológicamente la población del Hospital de Móstoles con síndrome de Sjögren (SJ) primario y secundario. Analizar las diferencias entre el SJ primario y secundario. Analizar las diferencias de los pacientes con SJ primario en función de variables demográficas y características clínico-analíticas. Analizar el manejo de la entidad entre los distintos profesionales.

Material y métodos. Se han recogido 135 historias de pacientes con diagnóstico de SJ obtenida mediante los datos del registro informático, la base de datos de anatomía patológica y del Servicio de Bioquímica. El diagnóstico de SJ se ha definido por los criterios europeos. Hasta el momento se han recogido los datos de 30 pacientes que se muestran a continuación como datos preliminares. Posteriormente y tras la recogida de todos los datos se realizará el estudio completo siguiendo los objetivos.

Resultados. De los 30 pacientes con diagnóstico en la historia clínica, solamente 19 cumplen los criterios. 27 son mujeres y 3 varones. La edad media al diagnóstico es de 52 años (30-77). 11 de los casos son secundarios. La mediana del tiempo de seguimiento es de 40 meses (3-291). Respecto a las manifestaciones clínicas, previas al diagnóstico el 76% presentaban artralgias, el 48% xerostomía, el 42% xeroftalmía y el 15% fenómeno de Raynaud. En el momento del diagnóstico el 88,5% refieren xerostomía, el 80% xeroftalmía, el 84% artralgias, el 30% artritis, el 19% Raynaud y manifestaciones hematológicas, el 10% manifestaciones pleuropulmonares, el 8% manifestaciones renales y musculares. Respecto a las alteraciones analíticas en el momento del diagnóstico el 96% tienen ANA, el 46,90% FR, el 88,5% Anti Ro y el 46% Anti La. El 30,89% tiene hipergammaglobulinemia, el 19,29% anemia. Ninguno tenía crioglobulinas ni hipocomplementemia. Solamente en 13 pacientes el tiempo de seguimiento son 5 años; todos ellos mantienen las mismas manifestaciones clínicas que al diagnóstico sin aparición de nuevas complicaciones. Analíticamente destaca la aparición de crioglobulinas en el 7% de los pacientes. En las 30 historias revisadas no aparece ningún linfoma o pseudolinfoma. Tampoco hay ningún caso de mortalidad atribuida al Sjögren. Hasta completar la revisión de las historias no se realizará ningún análisis estadístico.

Discusión. Existe un tanto por ciento considerable de pacientes que, aún no cumpliendo los criterios diagnósticos se acusan y manejan como tales en la práctica clínica. Existen múltiples formas clínicas de esta entidad con pronósticos diferentes. El manejo entre los distintos profesionales es dispar.

Conclusiones. La variabilidad dentro de esta entidad plantea objetivos de redefinición, creación de subgrupos de pacientes y unificación del manejo por parte de los profesionales.

V-270 DESARROLLO DE DIABETES TIPO 2 EN MUJERES CON DIABETES GESTACIONAL. CINCO AÑOS DE CONSULTA

J. Louro, L. Val-Flores y M. Ricciulli

Servicio de Medicina Interna. Centro Hospitalar Oeste Norte. Caldas da Rainha (Portugal).

Objetivos. La diabetes gestacional (DG) fue reconocida como entidad clínica autónoma en la década de 80. Se define como una intolerancia a la glucosa, de grado variable, iniciada o diagnosticada por la primera vez durante el embarazo en curso. La definición engloba las condiciones que se mantienen o no después del embarazo. A las 6-8 semanas después del parto se deberá efectuar una sobrecarga oral a la glucosa (SOG) con 75 g de glucosa, para reclasificación tras el parto (RTP). **Objetivos:** Estudiar la incidencia de diabetes mellitus (DM) tras DG; Caracterizar las mujeres con DG que presentaran una RTP positiva; Identificar factores predictores para esta evolución, para permitir analizar la realidad local y elaborar estrategias de intervención más eficaz.

Material y métodos. Estudio prospectivo de todas las mujeres con DG que presentaran alteraciones metabólicas tras el parto, a lo largo de 5 años (2003-2007). La RTP se realizó a las 6-8 semanas después del parto, mediante una SOG con 75 g de glucosa. La prueba se repitió 1 año después, a todas las mujeres en las que la 1ª RTP fue normal o que presentaran tolerancia disminuida a la glucosa (TDG) o glucemia basal alterada (GBA). Los datos se han obtenido mediante la revisión de los procesos clínicos de la consulta de DG.

Resultados. En los 5 años fueron seguidas en consulta 230 mujeres con diagnóstico de DG, de las cuales 29 (12,6%) presentaron alguna alteración del metabolismo de la glucosa a lo largo de su follow-up tras el parto. De las 29 mujeres, 20 presentaron una SOG alterada en la 1ª RTP: GBA (2); TDG (12) y DM (6). Las otras 9 tenían una SOG normal. Se verificó desarrollo de DM en 4 mujeres en el 1º año, 6 en el 2º año, 1 en el 4º año e 2 después del 4º año. En una de las pacientes con TDG se verificó normalización de SOG con la terapéutica hipoglucemiante. La edad media fue de 32,5 años y 32% de las mujeres presentaban un Índice de Masa Corporal (IMC) > 32%. En el 67,8% de los casos existían antecedentes de DM en los familiares de primer grado y 14,28% de las mujeres había padecido de DG en los embarazos previos. 53,5% de las mujeres hicieron tratamiento con insulina durante el embarazo y solamente 3 han tenido hijos macrosómicos.

Discusión. La edad materna, el elevado IMC y la presencia de antecedentes familiares de diabetes mellitus son factores de riesgo potenciales para el desarrollo de la enfermedad. La necesidad de insulino-terapia durante el embarazo parece estar asociada a un mayor riesgo de desarrollo de DM. De las 29 mujeres, 19 desarrollaron diabetes tipo 2 en los 4 años siguientes al parto y 9 mantuvieron alguna alteración del metabolismo glucémico.

Conclusiones. La DG está asociada a complicaciones maternas y a un aumento de la mortalidad y morbilidad fetal. En Portugal el cribado de esta diabetes es universal y su predominio es de 2,8%. Es una complicación cada vez más frecuente del embarazo, resultante de los cambios en los estilos de vida y del incremento de la edad materna. Las mujeres con DG tienen a lo largo de su vida un elevado riesgo de desarrollar diabetes, normalmente tipo 2, que es superior en cerca del 50% a lo de la población en general. En este estudio el predominio fue elevado (12,6%). La obesidad y otros factores que facilitan la insulino-resistencia incrementan el riesgo de DM tipo 2 tras la DG. La Consulta de RTP es un instrumento fundamental en el diagnóstico precoz de las alteraciones del metabolismo de

la glucosa, permitiendo una intervención metabólica más eficaz y temprana.

V-272 ESTUDIO RETROSPECTIVO Y EPIDEMIOLÓGICO DE LAS METÁSTASIS HEPÁTICAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA I DURANTE 2 AÑOS

L. Mateos Polo, A. Romero Alegría, E. Puerto Pérez, I. González Fernández y M. Pérez García

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.

Objetivos. Determinar las características clínicas y biológicas, la distribución etaria, la procedencia, las técnicas diagnósticas realizadas a los pacientes ingresados en una Unidad de Medicina Interna durante 3 años entre enero del 2007 y diciembre del 2009 con el diagnóstico a su alta de metástasis hepáticas.

Material y métodos. De la base de datos del Servicio de M. Interna I se recogieron los casos con diagnóstico de metástasis hepáticas. Se revisaron las Historias Clínicas que cumplieran los requisitos: anamnesis y exploración física, hemograma, coagulación y plaquetas, función renal, iones, calcio, férrico, proteinograma, radiografía de tórax, de abdomen, ecografía abdominal, TAC toraco-abdomino-pélvico, estudios endoscópicos diagnósticos, PAAF y/o biopsias de la tumoración con estudio anatomopatológico e inmunohistoquímico. Se agruparon los diagnósticos según la procedencia de la tumoración primitiva en 1. Digestivos: gástrico, duodenal, páncreas y colón. 2. Bronco pulmonares 3. Sistema excretor: riñones, vejiga. 4. Ginecológico: mama y ovarios. 5. Miscelánea: melanomas, sarcomas, paratiroides, tiroides, etc.

Resultados. Se encontraron 148 casos, desechándose 44 por no cumplir alguno de los requisitos exigidos en el apartado "Material y Métodos". De los 104 casos restantes el 56% fueron varones con edad media de 75 años (intervalo desde 41 a 98 años) y el 43% mujeres con edad media de 81 años (62 a 96 años). En el 64,4% la procedencia fue en el aparato digestivo, siendo gástrico (en el 26,8%), de predominio en varones (78%) de edad media 67 años, seguido por el carcinoma de recto-sigma en el 22,3%, y por el de colon ascendente en el 20,8%. La segunda posición está ocupada por el cáncer broncopulmonar (el 14,4%) en varones (en el 78,5%), de edad media 72,5 años y estirpe de carcinoma de célula pequeña en el 66,6%. En tercer lugar lo ocupa el carcinoma de origen desconocido con el 10,5%, en mujeres (78%) con edad media de 81 años. El cuarto lugar es ocupado por el carcinoma renal y de vías urinarias con el 6,7%, en varones con edad media de 81 años, y por último los carcinomas de origen ginecológico (1,9%) en mujeres de edad media de 67 años.

Discusión. La causa más frecuente de metástasis hepáticas en el Servicio de M. Interna I es por carcinomas de origen digestivo. Dentro de este grupo son los carcinomas gástricos, seguidos de los carcinomas de recto y sigma, en varones de edad media, 76 años. El segundo lugar son los carcinomas broncopulmonares, estirpe células pequeñas, en varones de edad más avanzada. En tercer lugar son las metástasis de origen primario incierto. En cuarto lugar, se sitúa el carcinoma renal en varones de edad avanzada, y por último, los carcinomas de origen ginecológico (ovario y mama) en edades medias de la vida.

Conclusiones. El origen de las metástasis hepáticas en el Servicio de Medicina Interna I es el digestivo, de origen gástrico, seguido del carcinoma de colón descendente (recto-sigma) en varones de edad media. La segunda causa es el carcinoma broncopulmonar, en su variedad de "célula pequeña", en varones de edad media. Y la tercera causa es el carcinoma de origen desconocido. El escaso número de carcinomas de origen ginecológico, fundamentalmente de

mama puede ser debido a la derivación directa a la Unidad de Cuidados Paliativos Hospitalaria y/o domiciliaria. Se ha abierto recientemente colaborando Atención Primaria y la Unidad de Endoscopías Digestivas, una vía clínica para el "screening" precoz del carcinoma digestivo.

V-273 ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LOS ENFERMOS INGRESADOS DURANTE 3 AÑOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA I CON EL DIAGNÓSTICO DE ASCITIS

L. Mateos Polo, N. Cubino Bóveda, M. García García,
S. Márquez Batalla y A. Sánchez Rodríguez

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario
de Salamanca. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.*

Objetivos. Determinar las características clínicas, biológicas, la distribución etaria, la etiología, las enfermedades asociadas y el tratamiento realizado de los pacientes ingresados en una Unidad de Medicina Interna con el diagnóstico de ascitis durante 3 años, en el periodo comprendido entre enero del 2007 y diciembre del 2009.

Material y métodos. De la base de datos de M. Interna I, se cogieron los casos con diagnóstico de ascitis. Se revisan las Historias Clínicas que cumplían los requisitos: anamnesis, exploración, hemograma, función renal, iones, calcio, perfil lipídico y férrico, proteinograma, sistemático de orina, BNP, hormonas tiroideas, principios inmediatos en heces, análisis bioquímico, citológico y microbiológico del líquido ascítico, rx de tórax, abdomen, ecografía abdominal, TAC toraco-abdomino-pélvico, laparoscopia, aPy si procedía linfografía. Se agruparon los resultados según el Gradiente de albúmina suero/líquido ascítico: A-Gradiente > 1,1 g/dl: 1-Ascitis 2ª a enfermedades hepáticas: cirrosis, hepatitis, enf, venooclusiva, s. Budd-Chiari, metástasis hepáticas. 2-Ascitis por enfermedades no hepáticas: insuficiencia cardíaca, mixedema, b-Gradiente < 1,1 g/dl: 1-Ascitis por enfermedades peritoneales: carcinomatosis peritoneal, tuberculosis, poliserositis. 2-Ascitis por rotura de víscera o conducto biliar, pancreática, quílosa. 3-Ascitis por alteración de la presión oncótica: síndrome nefrótico, enteropatía pierde proteínas, etc.

Resultados. De los 48 casos, 4 no cumplían alguno de los requisitos. De los 44 casos, el 54% eran varones, edad media de 59 años (51 a 88 años) y el 38% mujeres, edad media de 74 años. El 70,3% de los casos fueron ascitis con gradiente > 1. Las enfermedades hepáticas: el 61% enólica (52,6%) varones en el 89%, edad media de 56 años, metástasis hepáticas en el 22,5%, varones, edad media de 79 años, 16,5% hepatitis vírica, varones (58%), edad media 49 años. La ascitis con gradiente < 1 fue el 29%. La carcinomatosis peritoneal (53,8%) el origen ovárico se demostró en el 89%, sexo femenino (86%) y edad media de 67 años. Las alteraciones en la presión oncótica fueron el 6,8% (síndrome nefrótico 15% y linfangiectasia intestinal 7,6%), rotura de conducto 3 casos. En el 100% de los casos seleccionados se le realizó paracentesis diagnóstica con determinación en todos de bioquímica y citología.

Discusión. La causa más frecuente de ascitis en nuestra serie son las enfermedades hepáticas, fundamentalmente la hepatopatía enólica, en varones de edad media, seguida de la metástasis hepáticas, en varones de edad avanzada. En tercer lugar se sitúa la carcinomatosis peritoneal, de predominio en el sexo femenino en edades medias de la vida, y en cuarto lugar el síndrome nefrótico y la enteropatía pierde proteínas.

Conclusiones. La causa más frecuente de ingreso por ascitis en el Servicio de M. Interna I durante 3 años sigue siendo la hepatopatía enólica en varones de edad media. La afectación metastásica hepática es la segunda causa, en varones de mayor edad. Sin embargo la ascitis en las mujeres de edad media son los tumores de origen ovárico. Por tanto, es necesario insistir sobre los hábitos enólicos

en los varones y enfocar el diagnóstico en sexo femenino hacia la exploración radiológica y ginecológica de esta área. El protocolo de actuación ante la presencia de ascitis se cumplió en el 100% de los casos.

V-274 ¿POR QUÉ INGRESAN LOS PACIENTES CON LES EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA?

M. Fraile Villarejo, I. González Fernández, M. Pérez García,
A. Romero Alegría, M. Borao Cengotita-Bengoa,
P. Miramontes González, M. García García y A. Sánchez Rodríguez

*Servicio de Medicina Interna I. Hospital Universitario
de Salamanca. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.*

Objetivos. Determinar las causas de ingreso en los pacientes diagnosticados de LES durante un periodo de 5 años en un Servicio de Medicina Interna de un hospital de tercer nivel, analizando sexo, edad al diagnóstico, tiempo de evolución, y actividad de la enfermedad lúpica.

Material y métodos. Realizamos un estudio retrospectivo observacional de los ingresos con diagnóstico de LES en el periodo de tiempo entre mayo de 2005 y mayo de 2010, encontrando 22 ingresos de 16 pacientes diferentes.

Resultados. 1. Distribución por sexo: 77,27% (17) de ingresos femeninos y un 22,72% (5) de varones. 2. Edad media al diagnóstico: es de 26,5 años en las mujeres y de 68 años en el caso de los varones. 3. Tiempo de evolución de la enfermedad: los pacientes ya diagnosticados (63,6%) tienen un tiempo de evolución medio de 7,2 años al ingreso, mientras que el 36,3% (8/22) son diagnosticados durante ese ingreso. Sólo 2 de las 14 mujeres (14,28%) en cuyo ingreso se estableció el diagnóstico de LES reingresaron. De los 2 hombres de nuestra serie, sólo uno fue un nuevo diagnóstico y los dos (100%) tuvieron al menos un reingreso. 4. Causas de ingreso: 10 (45,5%) se debieron a infecciones, con esta distribución: 50% ITU, 20% infecciones de partes blandas, 20% infecciones de tracto respiratorio y 10% hepatitis aguda por CMV. En el 50% de ellos la infección coexistió con el brote lúpico. El resto (54,5%) ingresa por un brote lúpico sin infección asociada; 3 de ellos (25%) son enfermos ya conocidos, mientras que en los otros 9 (75%) se llega al diagnóstico a partir de ese brote.

Discusión. Las causas de ingreso de los pacientes diagnosticados de LES en nuestro servicio fueron infecciosas (45,5%) y debidas a un brote lúpico (54,5%). El 50% de los pacientes ingresados por infección presentaron un brote lúpico. La infección más prevalente fue la de tracto urinario (50%), seguida por la de partes blandas (20%). -De los pacientes ingresados a causa de un brote aislado, sólo el 25% eran pacientes previamente diagnosticados; en el 75% de los casos se procedió al diagnóstico durante ese ingreso. En los varones la edad al diagnóstico es avanzada, con una media de 68 años, en contraste con la epidemiología habitual del LES (sexo femenino en edad fértil).

Conclusiones. Ante un paciente diagnosticado o con sospecha de LES con fiebre es necesario diferenciar un cuadro infeccioso de un brote lúpico, puesto que son las principales causas de ingreso de estos pacientes. Es frecuente la asociación de brote lúpico e infección debido a la alteración inmune y al tratamiento inmunosupresor al que suelen estar sometidos. Por eso, los ingresos hospitalarios suponen un factor de riesgo de infecciones más graves y con peor pronóstico que en pacientes previamente sanos. Las infecciones más frecuentes son las de tracto urinario y las de partes blandas, como se describe en la bibliografía. Aunque en nuestra serie la infección de partes blandas es similar a la del tracto respiratorio. El LES es más frecuente en mujeres en edad fértil, pero la incidencia en hombres se equipara a la de las mujeres en la edad infantil y en mayores de 65 años, edades en las que el pronóstico empeora por-

que el diagnóstico es más complejo con un debut atípico de la enfermedad y con formas más graves.

V-275

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA SARCOIDOSIS. ANÁLISIS DE UNA SERIE DE CASOS

A. Gil Díaz, M. Serrano Fuentes, S. Santana Báez, R. Castillo Rueda, I. Oliva Afonso, L. Salas Reinoso, A. Conde Martel y P. Betancor León

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

Objetivos. Conocer la prevalencia y características clínicas de los pacientes diagnosticados de sarcoidosis en el Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín durante el periodo 1999-2007.

Material y métodos. Se recogieron retrospectivamente los pacientes diagnosticados de sarcoidosis en nuestro hospital. Se analizaron datos demográficos, forma de presentación, órganos afectados en el curso de la enfermedad, aparición de recidivas y mortalidad. Se analizó la relación entre la afectación multisistémica, la edad, sexo y los factores asociados con la mortalidad y recidivas. Para valorar la asociación entre las variables cualitativas se utilizó el test de Chi-Cuadrado y la F exacta de Fisher.

Resultados. Se objetivaron 42 casos de sarcoidosis, con una incidencia anual de 0,8 por cada 100.000 habitantes. El 28,6% eran varones (12) y el 71,4% mujeres (30), con una edad media de 58 años (DE: 15,7; rango: 22-83). La forma más frecuente de presentación fueron los síntomas respiratorios (38%). En el curso de la enfermedad las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron la afectación respiratoria (74%), adenopatías mediastínicas (71%), síntomas sistémicos (45%) y afectación osteoarticular (38%). La afectación cardiológica y pulmonar se relacionaba con la edad ($p = 0,034$ y $p = 0,033$ respectivamente). Presentaron recidiva 7 pacientes (17%) y éstas tendían a asociarse a la afectación pulmonar ($p = 0,076$) y la presencia de adenopatías periféricas ($p = 0,073$). Fallecieron 6 pacientes (14%). La mortalidad se asociaba a mayor edad media (71,3 vs 55,7 años; $p < 0,001$), presencia de cirrosis hepática ($p = 0,016$) y a disminución de la capacidad vital en la espirometría ($p = 0,012$).

Discusión. Se observa una menor incidencia de sarcoidosis que en otras series publicadas. Sin embargo coincidimos con otros autores en el predominio del sexo femenino asociándose éste a una mayor afectación cutánea y ocular. Llama la atención el alto porcentaje de afectación osteoarticular, no observado en otras publicaciones. Se objetiva mayor mortalidad que en otras series asociada a mayor afectación pulmonar como cabría esperar.

Conclusiones. Objetivamos una baja prevalencia de sarcoidosis en nuestro medio, pero ésta se asocia a un peor pronóstico.

Tabla 1 (V-275). Afectación orgánica de la sarcoidosis en relación con el sexo

Afectación orgánica	Mujeres (30%) (n)	Varones (12%) (n)	Significación
Cutánea	30% (9)	0% (0)	$p = 0,04$
Ocular	30% (9)	0% (0)	$p = 0,04$
Osteoarticular	46,7% (14)	16,7% (2)	$p = 0,09$
Cardiológica	36,7% (11)	50% (6)	$p = 0,5$
Mediastínica	72,4% (20)	66,7% (8)	$p = 0,7$
Hepática	20% (6)	25% (3)	$p = 0,7$
Pulmonar	70% (21)	75% (9)	$p = 0,74$

V-276

NEOPLASIAS EN UNA UNIDAD Y CONSULTA DE ATENCIÓN INMEDIATA (UCAI) EN MEDICINA INTERNA

H. Llorente Cancho, S. Inés Revuelta, L. Moralejo Alonso, V. Velasco Tirado, S. Gómez Lesmes y A. Fuertes Martín

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

Objetivos. Caracterización de los pacientes con diagnóstico de neoplasia en la Unidad de Consulta y Atención Inmediata (UCAI).

Material y métodos. Estudio observacional descriptivo de pacientes con diagnóstico de neoplasia en nuestro servicio, desde 17 de junio del 2008 hasta 7 de mayo de 2009. Se revisaron las características demográficas, los tipos de neoplasia, la presencia de metástasis al diagnóstico y el intervalo diagnóstico. Se realizó una regresión logística paso a paso hacia atrás, para valorar la probabilidad de presentar metástasis al momento del diagnóstico teniendo en cuenta el tiempo de presentación de los síntomas. Para lo anterior, se realizó el análisis con el paquete estadístico SPSS 15.

Resultados. Entre el 17/06/2008 y el 07/05/2010 acudieron a la UCAI un total de 1.363 pacientes (47,4% varones), derivados desde los Servicios de Urgencias (56,5%), Centros de Salud (31,2%) y otros Servicios (12,2%). De todos estos pacientes presentaron neoplasia 245 (57,5% varones), con una edad media de 68,9 y desviación estándar 15,1 años, cuyo origen fue del 62% desde Urgencias, 26,9% desde Atención Primaria y 11% desde otros Servicios. Los principales motivos de consulta de estos pacientes fueron anemia (20%), dolor (20%), síndrome constitucional (19,6%), alteraciones radiológicas (12,65%), adenopatías (7%), y tumoración palpable (6,1%). El tiempo de evolución desde el inicio de los síntomas hasta llegar a nuestra Unidad mostró una mediana de 2,5 meses, con un rango intercuartil (RIC) entre 1 y 4 meses. El tiempo transcurrido entre la primera visita a nuestra Unidad y la obtención de diagnóstico de neoplasia mostró una mediana de 7 días y RIC entre 2,75 y 15 días. Las neoplasias sólidas más frecuentemente encontradas fueron las de colon (28,5%), pulmón (13,4%), estómago (6,9%) y páncreas (6,1%). Al diagnóstico presentaban diseminación metastásica un 31,8% de las neoplasias de colon, 51,5% de las de pulmón, un 43,7% de las gástricas, y un 66,6% de las pancreáticas. Se observó una mayor probabilidad de presentar metástasis al diagnóstico en aquellos pacientes que referían un mayor tiempo de evolución de los síntomas, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Discusión. La UCAI se creó con el objetivo de evitar ingresos hospitalarios en pacientes que requieren un diagnóstico no demorable y tratar pacientes descompensados cuya situación clínica permite una atención ambulatoria. Los resultados obtenidos en nuestra serie de casos en cuanto a prevalencia de neoplasias, distribución de las mismas por órganos e intervalos diagnósticos fueron equiparables a los hallados en la literatura sobre unidades similares a la nuestra. La derivación de los pacientes fue adecuada, ya que hasta un 17,9% de ellos presentó algún tipo de neoplasia. Un importante número de nuestros pacientes consultó por primera vez tras una larga evolución de los síntomas, lo que se podría traducir en una mayor probabilidad de diseminación metastásica al diagnóstico.

Conclusiones. La consulta de atención inmediata es útil para el diagnóstico rápido de patologías graves en pacientes cuya situación clínica permite su estudio de forma ambulatoria. La derivación de estos pacientes a nuestra consulta se justifica por la alta prevalencia de neoplasias que presentaban.

V-277 HEMATOMAS EPIDURALES ESPINALES Y ANTICOAGULACIÓN

J. Torres Triana¹, P. Crecente Otero¹, L. Manzanedo Bueno¹,
R. Díez Bandera¹, N. Castro Iglesias¹, A. Pérez²,
M. Fernández Regueras¹ y F. Sanz Ortega¹

¹Servicio de Medicina Interna III, ²Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Clínico. Salamanca.

Objetivos. Realizar una revisión de los hematomas epidurales espinales no traumáticos y su asociación con tratamientos anticoagulantes.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con diagnóstico de hematomas epidurales espinales no traumáticos ingresados en el Hospital Clínico Universitario de Salamanca durante el período comprendido entre 2003 y 2009.

Resultados. Se analizó un total de 5 pacientes, los 5 pacientes tenían el diagnóstico final de hematoma epidural espinal espontáneo, confirmado con resonancia magnética de columna. Cuatro de los pacientes fueron mujeres. La edad media fue de 65 años. La parálisis motora y el dolor de espalda fue el síntoma común de todos los pacientes, siendo grave en 4. Uno de los pacientes presentó afectación esfinteriana. En todos los pacientes se buscaron antecedentes de punción lumbar, anestesia peri/epidural, patología vascular, patología tumoral, espondilitis anquilosante y coagulopatías, sin identificarse en ninguno de los pacientes. En un 60% de los casos se asoció a tratamiento con anticoagulantes, un paciente con dosis terapéuticas de heparina de bajo peso molecular y 2 con dicumarínicos, uno de los cuales estaba sobreanticoagulado (INR = 4,05). Ninguno de los pacientes tomaba antiagregantes. Tres de los pacientes que presentaban afectación grave recibieron tratamiento quirúrgico con laminectomía urgente, dos en las primeras 12 horas y uno 24 horas después de iniciada la sintomatología. Un paciente con afectación leve recibió tratamiento médico conservador con corticoides y uno de los pacientes falleció por presentar a la vez hemorragia intraparenquimatosa cerebral. Los 2 pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico en las primeras 12 horas presentaron recuperación completa de la sintomatología y el otro presentó una recuperación parcial permaneciendo con parálisis en miembros inferiores. El paciente que recibió tratamiento médico conservador presentó también recuperación completa del déficit neurológico.

Discusión. El hematoma epidural espinal es una patología poco frecuente que se relaciona principalmente con procedimientos invasivos y traumatismos. Cuando no está asociado a estos se considera que es espontáneo siendo generalmente relacionado con microtraumatismos, coagulopatías o toma de medicación anticoagulante o antiagregante.

Conclusiones. El hematoma epidural espinal de causa no traumática fue más frecuente en mujeres, con una media de edad de 65 años y se relaciona en un alto porcentaje de los casos con la toma de medicación anticoagulante, presentándose incluso en pacientes con cifras de INR dentro del rango terapéutico aceptable. El tratamiento quirúrgico precoz se relaciona con un mejor pronóstico, aunque en pacientes con compromiso neurológico leve se podría valorar el tratamiento conservador con corticoides.

V-278 EL ÁREA DE LAS FIBRAS MUSCULARES GUARDA RELACIÓN CON LA VITAMINA D

E. González Reimers, F. Santolaria Fernández, M. Durán Castellón,
P. Abreu González, J. Viña Rodríguez, J. Alvisa Negrín,
E. Rodríguez Rodríguez y J. González Pérez

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

Objetivos. El objetivo del presente estudio es analizar la relación existente entre el déficit de vitamina D y la miopatía inducida en un modelo murino.

Material y métodos. Se incluyeron un total de 32 ratas Sprague-Dawley machos de unos 300 g de peso, alimentadas durante 5 semanas con dieta control (18% de proteínas, grupo 1), hipoproteica (2% de proteínas, grupo 2), control alcohólica (36% de etanol, grupo 3) y alcohólica hipoproteica (36% etanol + 2% de proteínas, grupo 4), determinándose tras el sacrificio, los niveles séricos de 1,25 dihidroxivitamina D, PTH, el contenido muscular de malonildialdehído, GPX y SOD, así como el área de las fibras musculares tipo I, IIa y IIb, identificadas mediante la técnica de la ATP-asa.

Resultados. Encontramos que las ratas del grupo 4 presentaban atrofia de las fibras tipo II (especialmente las IIa), encontrándose una relación directa, estadísticamente significativa, entre niveles de vitamina D y fibras del tipo IIa ($\rho = 0,56$, $p = 0,002$) y IIb ($\rho = 0,39$, $p = 0,05$), así como con el contenido muscular de GPX ($\rho = 0,40$) y SOD ($r = 0,43$, $p < 0,05$ en ambos casos). Mediante análisis multivariante se observó que la vitamina D era el primer y único parámetro que se relacionaba de forma independiente con el área de las fibras tipo IIa.

Discusión. Es conocido que la osteomalacia se asocia a una miopatía proximal que mejora con vitamina D. Existe en el músculo un receptor específico para la vitamina D, cuya activación promueve la diferenciación y el crecimiento de las fibras musculares, y han sido publicados casos clínicos de miopatía en pacientes celíacos que mejora con la administración de vitamina D. Dado que en el alcohólico crónico es frecuente el déficit de vitamina D, y que en el alcohólico aparece una miopatía, el objetivo del presente estudio es analizar la relación existente entre el déficit de vitamina D y la miopatía inducida en un modelo murino.

Conclusiones. El modelo murino de Lieber de Carli se produce una atrofia de las fibras tipo II, más acusada en ratas tratadas con dieta alcohólica y 2% de proteínas, y un déficit de vitamina D, existiendo una asociación entre área de fibras tipo IIa y niveles de vitamina D, independiente de otros factores de confusión como pérdida de peso, tratamiento con alcohol, cuantía de la ingesta, niveles de albúmina y peroxidación lipídica.

V-279 INSUFICIENCIA RENAL OCULTA EN PACIENTES DIABÉTICOS Y SU ASOCIACIÓN CON VARIABLES DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS

C. Rivera Rubio¹, A. Montilla Burgos¹, B. Gutiérrez Gutiérrez¹,
J. Bravo-Ferrer Acosta¹, M. Rico Lucena¹, E. Huaroc Roca¹,
M. Aguayo Canela¹ y C. Morales Portillo²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Endocrinología. Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla.

Objetivos. Determinar la prevalencia de insuficiencia renal crónica (IRC) e insuficiencia renal oculta (IRO) en pacientes diabéticos y su posible asociación con determinadas variables como son: edad, género, tipo de DM, índice de masa corporal (IMC) y control metabólico en base a la cuantificación de la hemoglobina glicosilada (HbA1c).

Material y métodos. Se trata de un estudio descriptivo transversal donde se incluyen 315 pacientes diabéticos (DM) atendidos en Hospital de Día de Diabetes de un hospital de referencia durante un periodo de dos años (2007-2009). Los pacientes se clasificaron por el tipo de DM y según tuvieran o no IRC, definida como la presencia de cifras de creatinina superiores a 1,4 mg/dl en mujeres y 1,5 mg/dl en hombres; y según mostraran o no IRO, definida por valores de creatinina normal y filtrado glomerular (FG) menor de 60 ml/h/1,73 m², calculado mediante la ecuación MDRD4. Se establecieron cinco niveles de IRC según el FG calculado: grado (g) 1, FG > 90 ml/h/1,73 m²; g 2, FG 60-90 ml/h/1,73 m²; g 3, FG 30-60 ml/h/1,73 m²; g 4, FG < 30 ml/h/1,73 m²; g 5, FG < 15 ml/h/1,73 m². Se evaluó la posible asociación entre la presencia de IRC e IRO con variables demográficas (sexo, edad) y clínicas (tipo de diabetes, IMC, HbA1c), em-

pleando la prueba Chi cuadrado para variables categóricas (con test exacto de Fisher cuando fue necesario) y ANOVA de un factor cuando se analizaron las medias de una variable cuantitativa en los grupos independientes establecidos por una categórica, con test de Shaffé post hoc cuando hubo significación estadística (paquete estadístico SPSS 18.0).

Resultados. Se analizan 315 pacientes, de los cuales 107 (34%) eran hombres y 208 (66%) mujeres. 55 (17,5%) tenían DM1, 146 (46,3%) eran DM2, 108 (34,3%) diabetes gestacional (DG) y 6 (1,9%) diabetes secundaria (DS). La media de edad era de 30,18 años en DM1 y de 60,92 años en DM2. Se valoró la presencia de IRC e IRO en una submuestra aleatoria de 172 pacientes, encontrándose una prevalencia de IRC del 10,5% y de IRO del 20,9%. Para evaluar las asociaciones de la disfunción renal con otras variables se analizaron los datos de un grupo de 129 casos, excluyéndose los casos de DG y DS. Encontramos relación entre la existencia de IRC y el tipo de diabetes (todos nuestros pacientes con IRC tenían DM2), y entre la presencia de IRO y esta misma variable (OR para DM2/DM1 14,3 con IC95% 1,81-113,18) ya que el 31,6% de los DM2 presentaron IRO; también se relacionaron estadísticamente con la presencia de IRO el género (OR para mujeres 2,6 con IC95% 1,13-6,0) y la edad (media 8,9 años mayor, $p = 0,018$), no siendo significativas las diferencias en el IMC ni en la HbA1c. 87,17% de los pacientes DM presentaron un FG g 2-3.

Discusión. Los resultados demuestran que existe un porcentaje no despreciable de pacientes DM2 con IRO, similares a los aparecidos recientemente en la literatura (31.3%) por lo que calcular el FG mediante la ecuación MDRD4 permitiría diagnosticarlos precozmente. Sería recomendable, por lo tanto calcular el FG a todo paciente diabético (incluso con cifras de creatinina normales) y más aun si es mujer y tiene DM2, para así optimizar las medidas higiénico-dietéticas, la terapia farmacológica y el uso restringido de fármacos nefrotóxicos.

Conclusiones. Se demuestra que los pacientes con DM2 presentan una prevalencia mayor de IRC e IRO, con una media de edad más elevada en los pacientes con IRO y con una probabilidad mayor para la población femenina diabética.

V-280

SEVERELY ANAEMIC PATIENT: THINK TWICE

H.M.G. Martins, F. Linda y J.A.M. Araújo

Serv. Medicina 1. Hospital Fernando Fonseca. Amadora (Portugal).

Objectives. Severe anemia (hemoglobin - Hb ≤ 7 g/dL) may be significantly symptomatic and is often multifactorial. The aim of this study was to see if such lower values may serve as a proxy of multiple ongoing pathological processes.

Material and methods. Data from the DRG database for our department was used for collecting general variables and a random sample of severely anemic patients were further studied by revising case notes. From a population of 6,087 patients discharged in 3.5 years we identified 322 patients who had an hemoglobin value of 7 g/dL or lower.

Results. The average age was 71.2y [16-98y] and 60.6% were females. The average Hb on admission was 5.86 g/dL [min - 2.8; mode - 6.8], 302 patients were transfused (93.8%) and a total of 1099 packed red blood cell units were used. 43 patients died (13.4%) against a departmental mortality rate of 11.7% and average length of stay was 12.5 days no different from the department's average. In the sample ($n = 78$) of severely anemic patients, demographics were similar and about 55% entered the hospital with complaints of fatigue/shortness of breath or ambulatory findings of low hemoglobin values. GI studies (upper endoscopy - 41; colonoscopy - 26) and bone marrow biopsies (9) were underused, in 16 patients, mostly those with visible blood losses, no iron metabolism, Vit B12

or folate was determined. The study of anemia's etiology was considered incomplete in 25 cases (32.0%), due to exams limited by clinical instability, death, refusal to do endoscopic examinations or anemia being attributed to "anemia of chronic diseases" with no further study. There were 22 cases of chronic blood loss associated iron deficit anemia, 12 of anemia of chronic disease, 16 of a combination of both and 3 of megaloblastic anemia with deficit of folate (2) and Vit B12 (1), 4 other causes (leukemia; post-Quimio; drepanocitosis; hypersplenism hemolytic anemia), 23 were considered unexplained. Fifty four patients (72.2%) were followed-up as outpatients. The average last known Hb was 10.0 g/dL (SD - 1.9g7dL) with 20% of patients with Hb > 11.5 g/dL).

Discussion. Severe values of hemoglobin seem to relate to a multitude of etiologies and often to a mixture of chronic condition and an acute aggravator. After stabilization and diagnose of the immediate probable cause of anemia, in-depth investigation and long follow-ups are needed to identify a possible secondary etiology.

Conclusions. We conclude that besides its high severity and potential diagnostic challenges, severe anemic patients often present more than one independent etiology for their anemic state. Keeping this in mind when approaching should patients is crucial for a fast but comprehensive diagnosis.

V-281

ESTUDIO DE LAS RECLAMACIONES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL DE PRIMER NIVEL

E. Moya Mateo, J. Marino Reyes, L. Calderón Jave, J. González Antón, A. Gutiérrez Bucero y M. García Largacha

Servicio Medicina Interna-Urgencias. Hospital del Tajo. Madrid.

Objetivos. Describir las reclamaciones puestas por pacientes y familiares, en el Servicio de Urgencias de un hospital de primer nivel y analizar la influencia de la puesta en marcha de un Servicio de Atención al Usuario.

Material y métodos. Estudio observacional transversal con comparación antes y después sin grupo control. Emplazamiento: Servicio de Urgencias del Hospital del Tajo. Ámbito: todas las urgencias atendidas (se excluyen ginecológicas y pediátricas) desde el 25 abril-2008 hasta el 22 junio-2010. Muestra: reclamaciones atendidas por la coordinación médica. Variables estudiadas: reclamante (paciente o familiar), sexo y edad, fecha, si hay mención expresa al médico, y el número y motivo/os de la reclamación (clasificación del sistema de información SERMAS), número urgencias totales y ubicación. Análisis estadístico: variables cualitativas en números absolutos o porcentajes. Estudio analítico: comparación de porcentajes. Estudio estadístico: programa SPSS 15.0.

Resultados. El número total de reclamaciones 141 sobre 68.362 urgencias atendidas. Una tasa de $2,06 \times 1.000$ urgencias atendidas. La tasa en 2008 fue 2,26, en 2009 1,91 y en 2010 2,13. El 51,8% son puestas por pacientes y 47,5% por familiares. Por sexos, son mujeres el 61,7% de los pacientes y el 58,2% de los familiares. Por ubicación, 79,4% son pacientes ambulantes y 15,6% encamados. Las tasas de reclamación de encamados es 1,88, y en los ambulantes 2,13 ($p = 668$). En el 85,1% se expone una queja, 13,5% presentan dos y en el 1,4% se expresan tres. En 39,7% hacen referencia a demoras, el 27,7% disconformidad con el trato, 24,1% no están conformes con la asistencia, 14,9% falta de información, 2,8% discrepan de normas y organización, 2,8% por recursos materiales, 1,4% por recursos humanos, 1,4% por problemas con citas y 1,4% por transportes. En el 41,8% se hace mención expresa del médico. El 1 abril-2009 comienza el Servicio de Atención al Usuario. La tasa de reclamación antes es 2,21 y después $1,96 \times 1.000$ urgencias ($p = 0,539$). Las reclamaciones por falta de información antes son 19,7% y 11,3% después ($p = 0,232$).

Discusión. La reclamación es una prestación inherente a cualquier servicio público. Los servicios de urgencias por las amplias expectativas del usuario, están predispuestos a sufrirlas. Al abrir el Servicio la tasa de reclamaciones fue la más alta, descendiendo el segundo año y estabilizándose el tercero. Por zonas, reclaman más usuarios de zonas ambulantes que suelen corresponder con niveles de gravedad menores, aunque no existe una asociación estadísticamente significativa. La mayoría muestran un motivo para reclamar, frente a una minoría que se quejan de 2 o más cosas. Por motivos, casi el 40% se quejan de demoras, seguido por la disconformidad en el trato o por no estar de acuerdo con la atención. La puesta en marcha del Servicio de Atención al Usuario para mejorar la información, muestra una tendencia a la mejora, pero con insuficiente potencia por el bajo número de reclamaciones.

V-282 POLIMORFISMO C677T DEL GEN MTHFR EN PACIENTES CON DÉFICIT DE VITAMINA B12

B. Alonso Ortiz¹, A. Conde Martel¹, F. Rodríguez Esparragón², Y. Pérez Alonso², M. Lorenzo Medina³, R. Martín Alfaro³, L. Quintana Hidalgo³ y J. Rodríguez Pérez²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Investigación, ³Análisis Clínicos. Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas (Gran Canaria).

Objetivos. El déficit de vitamina B12 se asocia a elevación de homocisteína. La mutación C677T del gen que codifica la enzima metilentetrahidrofolato reductasa (MTHFR) también se asocia a elevación de homocisteína, habiéndose descrito mayor prevalencia de déficit de vitamina B12 en pacientes homocigotos para dicha mutación. Nos planteamos el presente estudio para evaluar la frecuencia de mutación C677T del gen de la MTHFR en pacientes con déficit de B12 y su repercusión clínica.

Material y métodos. Se recogieron de forma prospectiva a 119 pacientes con edad igual o superior a 60 años en los que se diagnosticó déficit de vitamina B12, 51 varones (42,9%) y 68 mujeres (57,1%). Se excluyeron a los pacientes con insuficiencia renal (Creatinina superior a 2 mg/dl). Se recogieron los antecedentes personales, tratamiento farmacológico previo, motivo de ingreso, valores de vitamina B12, fólico, homocisteína, hemoglobina, creatinina, y se estudió el genotipo del polimorfismo C677T del gen de la enzima MTHFR. Se analizó la distribución de los distintos genotipos de la MTHFR y su relación con los niveles de homocisteína y vitamina B12. También se analizó su relación con los motivos de ingreso. La relación entre variables cualitativas se analizó mediante el test de Chi cuadrado y la relación con variables cualitativas y cuantitativas mediante el test t-Student.

Resultados. La edad media de los 119 pacientes estudiados con déficit de vitamina B12 fue de 77,4 años; DE: 7,5 (rango de 60 a 94 años). Los antecedentes más frecuentes fueron hipertensión arterial (69,7%), diabetes mellitus (47,1%); dislipemia (33,6%) y cardiopatía (50,4%). La mayoría de pacientes (72; 60,5%) presentaba un déficit leve de vitamina B12 (entre 150-200 pg/ml) y 15 pacientes (12,6%) un déficit grave con (B12 < 50 pg/ml). En cuanto a la distribución de los genotipos polimorfismos del gen de la MTHFR 53 pacientes (43,7%) presentaban genotipo CC, un número similar 43,7% presentó genotipo CT y 14 pacientes (11,8%) genotipo TT. Los pacientes con genotipo CT presentaron niveles de homocisteína significativamente más elevados (37,8 vs 23,5 mmol/l; p = 0,04). Los niveles de vitamina B12, aunque eran inferiores en el grupo de pacientes con genotipo CT, no difirieron de forma significativa en los pacientes con distintos polimorfismos. No obstante, el déficit severo de vitamina B12 si se asoció a este genotipo. No se observó asociación entre los distintos genotipos del gen de la

MTHFR y la presencia de antecedentes o diagnóstico de patología cardiovascular.

Discusión. La distribución de genotipos de polimorfismo de la MTHFR observada en pacientes con déficit de vitamina B12 es similar a la descrita en otras poblaciones. Se ha observado asociación entre la mutación C677T del gen MTHFR y mayores niveles de homocisteína y déficit severo de vitamina B12. Probablemente no se ha observado asociación con la mutación homocigótica por la baja frecuencia de la misma, que condiciona un pequeño tamaño muestral.

Conclusiones. La distribución de genotipos de polimorfismo de la MTHFR observada en pacientes con déficit de vitamina B12 es similar a la descrita en otras poblaciones. El genotipo CT se asocia a déficit severo de vitamina B12.

V-284 POLIMORFISMOS DEL GEN CNR1 EN PACIENTES ALCOHÓLICOS

C. de la Calle Cabrera¹, L. Barrio Real², M. Marcos Martín¹, F. Laso Guzmán¹, R. González Sarmiento² e I. Pastor Encinas¹

¹Servicio de Medicina Interna II. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Clínico. Salamanca. ²Unidad de Medicina Molecular. Facultad de Medicina. Universidad de Salamanca. Salamanca.

Objetivos. El alcohol es una de las drogas de abuso con mayor índice de consumo en la población, con efectos tanto a nivel orgánico, como psíquico. En determinados pacientes alcohólicos se establece un grado de dependencia al consumo crónico que desemboca en síndrome de abstinencia con el cese de la exposición al alcohol. Esta adicción al alcohol se regula por diferentes sistemas como el dopaminérgico, el sistema opioide o el cannabinoide endógeno. El objetivo de nuestro estudio es determinar si la presencia de determinados polimorfismos genéticos en el gen CNR1, que codifica el receptor CB1 del sistema cannabinoide endógeno, se asocia a una mayor predisposición a la dependencia alcohólica.

Material y métodos. Se estudiaron 299 pacientes remitidos a la Unidad de Alcoholismo del Hospital Universitario de Salamanca, consumidores de más de 120 g de alcohol al día, y 156 voluntarios sanos. En el grupo de pacientes, 112 de ellos presentaban un patrón de abuso, y 187 una dependencia al consumo crónico de etanol. Se extrajeron muestras de DNA de todos los pacientes y controles y se realizó el análisis de los polimorfismos 1359G/A (rs1049353), (-17937)T > G (rs6454674) y 4895A > G (rs806368) del gen CNR1 por PCR en tiempo real. Posteriormente se analizaron estadísticamente los resultados mediante el test de la χ^2 .

Resultados. No se encontraron diferencias significativas en la proporción de las frecuencias genotípicas y alélicas de pacientes con historia de abuso de consumo alcohólico y pacientes con dependencia, para ninguno de los tres polimorfismos estudiados, así como tampoco se observaron diferencias en las frecuencias genotípicas y alélicas entre el grupo de pacientes y el grupo control.

Discusión. El sistema endocannabinoide participa, tanto de forma directa como a través de su efecto sobre el sistema dopaminérgico, en la modulación del sistema de recompensa, y en las propiedades reforzantes y adictivas de las drogas de abuso. A pesar de que diversos estudios han apoyado que diferentes genotipos en el gen CNR1 pueden correlacionarse con distintos grados de susceptibilidad individual a la dependencia alcohólica, no se ha podido establecer esta relación en nuestra población en los tres polimorfismos estudiados.

Conclusiones. No hemos encontrado asociación entre la dependencia o el abuso de alcohol y la posesión de los polimorfismos 1359G/A (rs1049353), -17937T > G (rs6454674) y 4895A > G (rs806368) del gen CNR1.

Este trabajo se ha financiado con la ayuda GRS 203/A/2008 de la Junta de Castilla y León.

V-285

EFEECTO DE LOS ANTIMALÁRICOS EN LA EVOLUCIÓN DE LA GLOMERULONEFRITIS PROLIFERATIVA EN LOS PACIENTES CON LES

P. Millat Martínez, I. Oriol Bermúdez, A. Ribera Puig, F. Mitjavila Villeró, O. Capdevila Pons, M. Rubio Rivas, V. Pac Ferraz e I. Moga Sampere

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

Objetivos. Evaluar la influencia del tratamiento con hidroxicloroquina (HCQ) añadido al tratamiento inmunosupresor en la evolución de la glomerulonefritis proliferativa en los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES).

Material y métodos. Se revisaron los 355 pacientes diagnosticados de Lupus eritematoso sistémico (LES) según los criterios de la ACR controlados en el servicio de Medicina interna del Hospital Universitari de Bellvitge desde 1978 hasta el 2010. 79 pacientes que tenían una biopsia renal compatible con GN proliferativa focal o difusa, clase III o IV según la clasificación de la International Society of Nephrology/Pathology (ISN/RPS) de 2003 se incluyeron en este estudio. Se recogieron variables demográficas, datos clínicos y analíticos en el momento de la biopsia y durante el seguimiento, y datos relacionados con el tratamiento administrado. Se consideró que el paciente había recibido tratamiento con HCQ susceptible de influenciar la evolución de nefropatía si se inició en el mes posterior a la biopsia y se tomó de forma mantenida a lo largo de la evolución a una dosis entre 200 y 400 mg/d.

Resultados. 76 de los 79 pacientes con biopsias renales compatibles con GN proliferativa focal o difusa entraron en el análisis (3 fueron descartados por no disponer de datos de seguimiento). Las biopsias fueron realizadas entre los años 1973 y 2008. 67 (88,2%) eran mujeres. La edad media fue de 27,3 (DE 10,7) años. El tiempo medio desde el diagnóstico de LES hasta la realización de la biopsia renal fue de 22,8 (DE 44,4) meses. En el momento de la biopsia renal, 9 pacientes (11,8%) presentaban insuficiencia renal (creatinina > 133 $\mu\text{mol/l}$), la proteinuria media era de 2,8 g/d (DE 2,3) y 68 pacientes (89,5%) presentaban hematuria. Todos los pacientes tenían elevación de anti DNA y el 90,9% tenía hipocomplementemia. 53 pacientes (69,7%) presentaron remisión completa (proteinuria < 500 mg/d, sedimento y función renal normales) con un tiempo medio hasta la remisión de 24,9 (DE 33,9) meses. 10 pacientes (13,6%) fallecieron durante el seguimiento, 6 (8,1%) por causas atribuibles al LES y 4 (85,4%) por otras causas. 19 pacientes (25%) recibieron HCQ añadida al tratamiento inmunosupresor después de la BR. Las características basales de los pacientes tratados y no tratados con HCQ fueron similares. No hubo diferencias significativas en la evolución de la nefropatía según hubiesen recibido o no HCQ: 13 de los 19 pacientes que recibieron HCQ (68,4%) y 40 de los 57 que no la recibieron (70%) presentaron remisión. 2 (10,5%) de los pacientes tratados con HCQ y 9 (15,8%) de los no tratados con HCQ desarrollaron insuficiencia renal terminal.

Conclusiones. Contrariamente a lo referido por otros autores nuestros datos no demuestran que los pacientes con nefropatía lúpica proliferativa focal o difusa a los que se ha añadido tratamiento con HCQ al tratamiento inmunosupresor evolucionen más favorablemente que los que no la han recibido de forma inmediata después del brote renal. A pesar de ello la evolución de la mayoría de los pacientes ha sido favorable con un 69% de remisiones y tan sólo 14% de pacientes que han evolucionado a insuficiencia

renal terminal tras un periodo de seguimiento medio de 13,5 (DE 9,7) años.

V-286

EFICACIA Y TOLERANCIA DE INFLIXIMAB EN ENFERMEDAD DE CROHN EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES

C. Martínez Caballero, B. Vargás Rojo, R. Pínuaga Orrasco, V. Moreno Cuerda y J. Ruiz Galiana

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Móstoles. Móstoles (Madrid).

Objetivos. Evaluar la eficacia, motivos de indicación y efectos secundarios de infliximab en pacientes con Enfermedad de Crohn (EC) en el Hospital de Móstoles, en el período entre 2005 y 2009. Se entiende por eficacia la tasa de respuesta y remisión de la enfermedad (enfermedad no fistulosa), o bien el cierre de al menos el 50% de las fistulas abiertas (enfermedad fistulosa).

Material y métodos. Se realiza un estudio observacional retrospectivo de los 20 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de EC que recibieron tratamiento con infliximab en el período comprendido entre los años 2005 y 2009 inclusive. Se incluyen pacientes que recibieron dicho fármaco por primera vez (naïve) y pacientes que ya habían recibido y abandonado tratamiento con infliximab previamente. Se realiza un seguimiento de 12 meses a cada paciente tras el inicio del tratamiento, analizándose las siguientes variables: localización y patrón clínico de la EC según la clasificación de Montreal de 2005, indicación del tratamiento con infliximab, índice de actividad clínica mediante cálculo del CDAI (Crohn Disease Activity Index), y descripción de los efectos adversos y complicaciones durante el tratamiento.

Resultados. Revisadas las 20 historias clínicas, se obtienen 14 pacientes naïve y 6 pacientes no naïve. En 19 de los 20 casos se aplicó tratamiento de inducción y mantenimiento a dosis estándar, y en un único caso tratamiento sólo de inducción de respuesta. La indicación más frecuente del tratamiento fue la enfermedad fistulosa (11 pacientes, 55% del total), siendo eficaz el tratamiento en 6 de ellos (55%). De estos pacientes, 5 presentaban CDAI compatible con actividad, y aunque esto no fue el motivo de la indicación de infliximab, el CDAI se normalizó en 4 de los casos. De los 9 pacientes con EC no fistulosa (45% del total), 5 fueron tratados para control de EC activa, con efectividad en 4 casos (80%). Los 4 pacientes restantes (20% del total) fueron tratados con infliximab por corticoides, pudiéndose abandonar tratamiento esteroideo en 2 casos (50%). Como efectos secundarios, se observaron 2 casos de reacciones alérgicas y 1 caso de síntomas gastrointestinales leves. Ningún paciente falleció durante los meses de tratamiento. En un único caso se varió la dosis empleada por falta de respuesta (acortando intervalo entre cada dosis), sin lograrse respuesta a pesar de ello. Se suspendió el tratamiento en 7 pacientes antes de cumplirse los 12 meses de seguimiento (2 por reacciones alérgicas, 3 por ineficacia, 1 por ser tratamiento sólo de inducción de respuesta, y 1 por deseo de embarazo).

Discusión. Aunque se trata de un estudio con importantes limitaciones, principalmente por ser de carácter retrospectivo, en la serie revisada se aprecia la alta eficacia obtenida con infliximab en la EC activa no fistulosa, y, en menor medida, en la EC fistulosa. Salvo los 2 pacientes que desarrollaron reacciones alérgicas, no se describieron efectos adversos de importancia.

Conclusiones. Infliximab es un tratamiento eficaz en EC fistulosa y no fistulosa, de perfil seguro, en nuestro medio. Estudios prospectivos diseñados específicamente para ello, ofrecerían datos más exactos sobre la eficacia de infliximab en nuestro medio.

V-287 ENFERMEDAD DE ORMOND, FIBROSIS RETROPERITONEAL IDIOPÁTICA

R. Dolz Aspas¹, E. Villar Bonacasa² y P. Gracia Sánchez¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Radiodiagnóstico.
Hospital Obispo Polanco. Teruel.

Objetivos. La fibrosis retroperitoneal, también conocida como enfermedad de Ormond, presenta una baja incidencia estimada en un 0,1 por 100.000 personas/año, y una prevalencia de 1,3 por 100.000 habitantes. Una presentación insidiosa a veces dificulta su diagnóstico. Puede dar lugar a complicaciones severas como insuficiencia renal crónica por atropamiento de los uréteres. El tratamiento de esta patología no existen estudios controlados comparando la eficacia y/o duración del mismo por su baja prevalencia, Su tratamiento se basa en datos publicados de series o casos aislados, se recomienda el tratamiento con corticoides y otros inmunosupresores.

Material y métodos. Presentamos 2 casos clínicos realizamos un revisión de la bibliografía.

Resultados. Presentamos el caso de un paciente varón de 47 años de edad, presenta pérdida de unos 10 kg de peso, astenia, anorexia, molestias abdominales vagas. Sin alteraciones en la analítica realizada salvo una elevación de la velocidad de sedimentación glomerular (VSG) de 56 mm/1ª h. La bioquímica muestra un colesterol de 235 mg/dl con un LDL colesterol de 186 mg/dl. Con unos valores normales de glucosa, urea, creatinina, iones, transaminasas, calcio, metabolismo del hierro, proteínas totales y albúmina, proteinograma, Inmunoglobulinas, complemento, autoanticuerpos antinucleares, ANCA, anti DNA, Anti ENA, marcadores tumorales (antígeno carcinoembrionario, alfafetoproteína, y Ca19-9) y estudio de coagulación. La radiografía de tórax fue normal. El estudio radiológico abdominal con ecografía y tomografía computarizada mostró un aumento de partes blandas que rodea la aorta por delante y se introduce entre la aorta y la cava con un diámetro transversal de 5,9 cm y 3,3 cm de diámetro anteroposterior que se extiende en una longitud de 10 cm, desde debajo de la vena renal derecha hasta por debajo de la bifurcación aórtica. Tanto la aorta como la vena cava presentan un diámetro y una densidad dentro de la normalidad. Se diagnostica por PAAF El paciente evoluciona favorablemente con tratamiento corticoideo junto con tamoxifeno con disminución de la lesión en controles radiológicos hasta 8 mm de diámetro, con normalización de los valores de VSG y PCR. Un segundo caso remitido desde Urología tras realización de nefrectomía por atropamiento ureteral en anatomía patológica se confirma fibrosis retroperitoneal que responde a tratamiento corticoideo sin recidivas en su evolución.

Discusión. Es importante la sospecha clínica y el diagnóstico diferencial de esta patología por las implicaciones que puede tener, por otra parte su escasa incidencia no permite la realización de estudios controlados, por ello es importante la comunicación de los casos tratados.

Conclusiones. La enfermedad de Ormond es una patología poco frecuente con buena respuesta al tratamiento aunque con posibilidad de presentar recaídas por lo que precisa de un seguimiento prolongado, y así poder evitar algunas de las complicaciones que de ella pudieran derivar.

V-288 INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

A. Braña Cardenosa, M. Muñoz Fernández, J. Antolín Arias y R. Cigüenza Gabriel

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

Objetivos. Hacer un análisis descriptivo de la prevalencia de las interacciones medicamentosas en los tratamientos al alta y la clasificación de las mismas en el caso de que se produjesen.

Material y métodos. Se revisaron los tratamientos de los 46 pacientes dados de alta de febrero a abril del año 2010 por el área médica-2 del servicio de Medicina Interna I. La valoración de las posibles interacciones se hizo con la Lexi-interact: base de datos de interacciones medicamentosas la cual incluye 1800 principios activos y clasifica las interacciones en A (no se conoce interacción), B (no se requiere modificación), C (monitorización del tratamiento), D (se debe considerar la modificación del tratamiento) y X (evitar la combinación).

Resultados. Se revisaron 46 informes de alta de los cuales 41,3% pertenecían a varones y 58,7% a mujeres, la mediana de edad fue de 79 años (RIC 70,75-86,75), edad mínima de 41 años y máxima de 94 años. El principal motivo de ingreso fue la patología abdominal (34,7%) seguido de la infecciosa (13%) así como de la respiratoria (13%), otros motivos fueron el síndrome confusional (8,7%), la patología cardíaca (4,4%) y por otras causas (26,1%). Los principales diagnósticos al alta fueron: 30,4% por patología digestiva; 15,2% infecciosos; 9,6% por causas respiratorias; 34,8% por otras patologías. La mediana del número de fármacos prescritos al alta fue de 6 (RIC 4-8), mínimo de 2 y máximo de 14, el fármaco más prescrito fue el omeprazol (8,4%) seguido del paracetamol (4,7%). De los 297 fármacos prescritos 16 no se encontraban en la base de datos utilizada no pudiendo ser analizados, de los 281 restantes se produjo interacción medicamentosa en 166 de ellos (59,1%). En 8 de los casos la interacción fue de tipo A (4,8%), en 29 de tipo B (17,5%), en 143 de tipo C (86,1%), en 18 de tipo D (10,8%) y en 6 de tipo X (3,6%). En 130 casos (78,3%) el fármaco sólo presentaba interacción de un tipo mientras que en 34 casos (20,5%) combinaba 2 tipos diferentes de interacciones y en 2 de los casos (1,2%) combinaba 3 tipos.

Discusión. La frecuencia de las interacciones farmacológicas fue relativamente alta (59,1%) en comparación con otros estudios descriptivos realizados aunque se encuentra dentro del margen de la literatura (1,9 por 1000 pacientes-año en un estudio realizado en área de salud inglesa y el 60% encontrado en un estudio realizado en hospital suizo). Quizá esta alta frecuencia sea debida a las características de nuestra muestra ya que se trata de pacientes de edad avanzada con pluripatología. Al igual que en otros estudios los fármacos implicados suelen ser de manejo habitual por el clínico y, es probable, que en muchos de los casos se hayan tomado las medidas oportunas. La comparación de la relevancia clínica de las interacciones con otros estudios se ve dificultada por la utilización de diferentes bases de datos para su valoración.

Conclusiones. El principal factor relacionado con las interacciones medicamentosas es el número de fármacos prescritos al alta, por tanto, la primera medida a tomar sería intentar minimizar la cuantía de los medicamentos. El uso de programas de fácil acceso para el médico como lo es la Lexi-interact podría ser de interés para intentar minimizar las interacciones dado que el uso actual de un amplio número de fármacos complica mucho el manejo del paciente.

V-289 ACTIVIDAD DE LA CONSULTA EXTERNA DE ENFERMEDADES RARAS DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE

E. Caro, D. Piñar, A. Ramírez, J. Cama, M. Jover, S. Olmos y R. Sánchez

Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante.

Objetivos. El objetivo del presente trabajo es analizar la actividad de la consulta de Enfermedades Raras del Servicio de Medicina Interna del Hospital General Universitario de Alicante desde su apertura en Noviembre de 2008 hasta mayo del 2010.

Material y métodos. Estudio descriptivo de pacientes atendidos en la Consulta de Enfermedades Raras de Medicina Interna del Hospital General Universitario de Alicante desde noviembre de 2008 hasta mayo de 2010. La duración de dicha consulta es de 4 horas semanales (viernes de 9-12 horas). Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes atendidos y se recogieron las variables clínicas cuya información se introdujo en una base de datos. El análisis de la base de datos se ha realizado mediante el programa SPSS versión 11.6.

Resultados. Durante el periodo comprendido desde noviembre de 2008 hasta mayo de 2010 se han atendido a un total de 66 pacientes de los cuales 27 son hombres (40.9%) y 39 son mujeres (59.1%) con mediana de edad de 46 años (rango de 17 - 80 años) y de 43 años (rango de 14 - 80 años) respectivamente. Los pacientes son remitidos principalmente desde la Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER) y del servicio de Medicina Interna; también los pacientes son remitidos desde Atención primaria, el servicio de urgencias y desde otros servicios como neurología, reumatología entre otros. El motivo principal de consulta fue estudio para descartar síndrome de Marfan. El diagnóstico más frecuente fue síndrome de Marfan, siendo otros diagnósticos síndrome antifosfolípido (SAF) primario, síndrome de Ehlers-Danlos y enfermedad de Rendu Osler Weber.

Discusión. El aumento de la población con diagnóstico de enfermedades de baja prevalencia en la provincia de Alicante hace necesaria la existencia de servicios sanitarios especializados en consultas de enfermedades raras. El servicio de Medicina Interna cumple los requisitos para la asistencia de pacientes con diagnóstico de enfermedades de baja prevalencia.

Conclusiones. El servicio de Medicina Interna cumple los requisitos necesarios para el manejo de estas patologías. En nuestra consulta de enfermedades raras la patología más frecuentemente manejada es el síndrome de Marfan. Los pacientes son enviados desde múltiples servicios para manejo un multidisciplinar.

V-290

ESTUDIO DE LAS MUTACIONES EN EL GEN HFE DE LA HEMOCROMATOSIS

M. Fuentes Soriano¹, J. Coperías Zazo², L. Sanmartín Fenollera², M. Fidalgo Montero¹, M. Sanz Cerezo¹, M. García Lorenzo¹, J. Martín Gutiérrez¹ y J. del Campo Rincón³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Análisis Clínicos, ³Servicio de Hematología. Hospital del Henares. Madrid.

Objetivos. La hemocromatosis hereditaria es un trastorno asociado al metabolismo del hierro que condiciona un aumento de su absorción y depósito. Es la enfermedad genética más frecuente en la población de origen caucásico. En el 70-80% de los casos se debe a la mutación del gen HFE, siendo más común en homocigotos C282Y y en heterocigosis compuesta C282Y/H63D. En el presente trabajo nos propusimos estudiar, de forma retrospectiva, las características de los pacientes que mostraron alguna mutación en el gen HFE de la hemocromatosis.

Material y métodos. Se analizaron las historias clínicas de los pacientes atendidos en el Hospital del Henares, entre febrero de 2008 y marzo de 2010, que presentaban alguna mutación del gen HFE de la hemocromatosis (H63D y/o C282Y). Se recogieron, la edad, sexo, motivo de estudio, resultado de estudio genético, perfil ferrocinético (hierro, saturación de transferrina, ferritina) y tratamiento.

Resultados. Se solicitaron 210 estudios genéticos del gen HFE, de los cuales 134 presentaban alguna mutación. El 66,4% correspondían a varones (89), y el 33,6% a mujeres (45). La edad media fue de 47 años: 49 años en los varones (rango 11-81) y 43 años en las mujeres (rango 15-69). El motivo del estudio, en el 48,5% (65) fue una alteración del perfil férrico en la analítica; el 37,3% (50) fueron

derivados específicamente para realizar un estudio genético familiar y el 14,2% (19) por otros motivos (fundamentalmente estudio de hepatopatía). En cuanto al resultado del estudio genético, la mutación más frecuente, con el 57,7% (79), fue la mutación H63D en estado heterocigoto, seguida de heterocigosis C282Y en el 13% (19). El 11,7% (16) fueron homocigotos H63D/H63D, el 10,2% (14) portadores dobles en estado heterocigoto de las mutaciones C282Y/H63D y el 4,4% (6) homocigotos C282Y/C282Y. Los pacientes homocigotos C282Y/C282Y y heterocigoto de las mutaciones C282Y/H63D (20), como forma más común de hemocromatosis, habían sido estudiados por alteración del perfil férrico en el 45% de los casos (9), el 35% (7) habían sido derivados por presentar algún familiar con hemocromatosis genética, y el 20% (4) por otros motivos. La ferritina era menor de 300 mg/dl en el 45% (9), entre 300-700 mg/dl en el 35% (7) y entre 700-1000 mg/dl en el 20% (4). El hierro sérico estaba alto (mayor de 160 mg/dl) en el 50% de los casos y solo estaba bajo en 1 caso. Únicamente se recogió el porcentaje de saturación de la transferrina en 14 pacientes: en 5 pacientes fue menor de 45%, en 5 pacientes estaba entre 45%-65%, y sólo en 4 superó el 65%. El 70% (14) fueron tratados con sangrías y el 30% (6) se pautó observación. Ningún caso precisó quelante.

Discusión. En nuestras consultas externas cada vez atendemos a un mayor número de personas que presentan alteraciones en el perfil del hierro, fundamentalmente elevaciones de ferritina, no siempre son debidas a hemocromatosis hereditaria común, estando implicados otros desordenes asociados a la sobrecarga férrica (síndrome metabólico, enolismo, esteatosis hepática, hepatopatía, reactante de fase, politransfusión, etc.).

Conclusiones. En el presente estudio solo el 14.6% de las personas (20) presentaban formas comunes de hemocromatosis hereditaria, y el 11.7% (16 pacientes) eran homocigoto para la mutación H63D/H63D que posiblemente también aumente el riesgo de hemocromatosis. La mutación más común fue la H63D en estado heterocigoto (57,7%), que concuerda con alta prevalencia presente en España.

V-291

THE HIDDEN TRUTH: WHAT THE X-RAY CAN'T SEE

V. Bettencourt¹, C. Pêgo² y A. Garrido¹

¹Servicio de Medicina Interna 2, ²Unidade de Nefrologia e Diálise. Hospital de São Teotónio. Viseu (Portugal).

Objectives. Pleural effusion is most frequently diagnosed based on clinical findings and plain chest x-ray anomalies. Theoretically, volumes of fluid as small as 75 ml are enough to elicit abnormality in an upright lateral chest film. Larger pleural effusions (with volumes > 500 mL) normally opacify areas of the hemithorax involved and may reveal other indirect signs such as mediastinal shift. However, plain radiographs do not always exclude the existence of large volume pleural effusions and can be misleading. Based on 2 clinical case studies we demonstrate the limitations of the x-ray in diagnosing large volume pleural effusions.

Material and methods. Two clinical case studies demonstrated patients with confirmed large volume pleural effusions without typical signs on their chest x-rays. The first patient was a 62 year old man with silicosis and congestive heart failure whose presenting complaints were dyspnea and chest pain. This patient's x-ray revealed a concentration of opacities in the upper lung fields and enlarged cardiac silhouette. The second patient was a 73 year old woman admitted due to stroke and recurrent right lung pneumonia. Her x-ray suggested linear lung atelectasis and a discrete diffuse opacity in lower right lung field with slight blunting of the costophrenic angle. Although these patients' chest x-rays were not normal, they did not reveal the typical findings that arouse suspicion of the existence of a large volume pleural effusion.

Results. In both cases, pulmonary CT scans were ordered; in the first patient to exclude pulmonary embolism and in the second due

to the patients history of repeated right lung pneumonia. The scans revealed large volume pleural effusions. Thoracentesis were performed and volumes greater than 1,4L were removed from both patients. Post thoracentesis x-rays were ordered, for both patients, and once again there was no evidence of pleural effusion in these images. Pulmonary CT scans were repeated within 2 weeks and both patients maintained large volume pleural effusions requiring repeat thoracentesis.

Discussion. Pleural effusion is suspected in patients with pleuritic pain, unexplained dyspnea, or suggestive signs. Chest x-ray remains the standard test to confirm the presence of pleural fluid. Blunting of the lateral costophrenic angle usually requires about 175 mL but may take as much as 500 mL. In common practice, CT scan is not routinely indicated. It is considered valuable for evaluating the underlying lung parenchyma for infiltrates, for distinguishing loculated fluid from solid masses, when the lung is obscured by the effusion or when the detail on chest x-rays is insufficient.

Conclusions. Our findings call attention to the possibility of misdiagnosis of large volume pleural effusions in the absence of typical x-ray findings. The male patients x-ray exposed an enlarged cardiac silhouette and various opacities in the upper lung fields but these abnormalities did not interfere with the visualization of the costophrenic angles which were not blunted. The female patients x-ray did show a discretely blunted right costophrenic angle and indirect signs of atelectasis but nothing suggesting the extent of the hidden pleural effusion. Although the plain chest x-ray remains the standard imaging technique when pleural effusion is suspected, other imaging techniques may be necessary to confirm or exclude pleural effusion.

V-292 OVERUSE OF ACID-SUPPRESSIVE THERAPY IN HOSPITALIZED PATIENTS

A. Magalhães, L. Ledo, C. Callé, M. Lourenço, M. Metras y R. Victorino

Department of Internal Medicine. Hospital de Santa Maria. Lisboa (Portugal).

Objectives. The acid-suppressive therapy has well established indications. However several studies have shown that acid suppression is overused in hospitalized patients. Concerns have arisen surrounding the potential adverse effects of long-term use of acid-suppressive therapy (AST), especially the increased risk of respiratory and gastrointestinal tract infections and hip fracture. The aims of this study were 1) evaluate the extent and appropriateness of AST prescription in hospitalized patients; 2) determine whether patients inappropriately treated with AST were subsequently discharged on acid suppression; 3) characterize and compare the patients inappropriately treated with those without treatment.

Material and methods. A retrospective chart review of 386 patients admitted to an Internal Medical Service of a Portuguese University Hospital from 18th May to 18th June 2010 was performed. Their medical records were studied to assess: demographic and clinical data, admitting diagnosis, patients admitted on AST, proportion of inpatients prescribed AST, type of medication used, indications for use and patients discharge on AST.

Results. Of the 386 patients admitted, 265 (69%) received acid-suppressive therapy, mainly omeprazol (70%). The mean age was 73 years, 57% of the patients were male and the most frequent admitting diagnosis was respiratory tract disease (24.5%). Acid-suppressive therapy was prescribed for a proper indication in 54 patients (20%), especially for prevention of NSAID-induced ulcers (33%) and erosive oesophagitis or gastritis (28%). The majority of inappropriately treated patients were previously on AST (53%). The demographic features, number of diseases per patient and most frequent

diagnosis were not significantly different between the patients without treatment and those prescribed unnecessary therapy. However diagnosis of anaemia was slightly higher in the last group (43% vs 54%). About 59% of inappropriately treated patients were discharged on acid-suppressive therapy. Sub analysis of i.v. prescription was conducted. 37 patients received i.v. therapy. In 27 (73%) no specific reason for prescription according to guidelines was found.

Discussion. The study identifies a high level of inappropriate use of AST during admission in an internal Medicine Unit, including i.v. therapy, and in the majority of such patients this therapy was maintained after discharge.

Conclusions. There is a significant overuse of acid-suppressive therapy in hospitalized patients and most of them are inappropriately discharge on these medications. This involves an high financial cost and, although adverse drugs reactions with AST are infrequent, this risk can be avoided by modifying prescription habits.

V-293 UTILIDAD DE LA CAPILAROSCOPIA Y DE LOS AUTOANTICUERPOS EN EL DIAGNÓSTICO DEL FENÓMENO DE RAYNAUD SECUNDARIO

A. Fidalgo, L. Trapiella, M. Gallego, I. Cabezas, L. Caminal, A. Mera, C. Suárez y M. Fernández

Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias).

Objetivos. Evaluar la experiencia en el uso de la capilaroscopia en un hospital de tercer nivel y establecer una correlación entre los hallazgos capilaroscópicos y el estudio de los autoanticuerpos.

Material y métodos. Análisis retrospectivo de una base de datos con las capilaroscopias realizadas en nuestro Servicio desde su introducción en febrero del 2007 hasta mayo del 2010. Se seleccionaron aquellos pacientes remitidos para evaluación de fenómeno de Raynaud en los que se disponía de autoanticuerpos. Se analizaron características demográficas, alteraciones capilaroscópicas, positividad y título de anticuerpos antinucleares (ANA), y positividad de los anticuerpos anti-topoisomerasa I (anti-Scl 70) y anti-centrómero (ACA). Se ha considerado positividad de los ANA según título: bajo (1:160), medio (1:320) o alto (\geq 1:640). Los resultados de la capilaroscopia se han agrupado según presentaran alteraciones inespecíficas, patrón esclerodermiforme, o fueran normales.

Resultados. Se han realizado en dicho periodo un total de 414 capilaroscopias, siendo el fenómeno de Raynaud la indicación más frecuente (87,4%). Al analizar el grupo de pacientes con fenómeno de Raynaud, la edad media fue de 48,38 años, con una desviación estándar de 16,83 años. El 82,04% de los pacientes eran mujeres y el 16,57% hombres, no estando recogida la variable sexo en el 1,38% restante. Objetivamos que las capilaroscopias en pacientes con ANA (+) son patológicas con una mayor frecuencia, que en los pacientes ANA (-) ($p < 0,001$), sobre todo a títulos altos. El 80% de los pacientes ANA (+) con títulos elevados presentan además un patrón capilaroscópico esclerodermiforme ($p < 0,001$). Resultados similares se encuentran en pacientes con ACA y con anti-Scl 70 positivos, en los que en el 75,8% ($p < 0,001$) y en el 31,4% ($p = 0,002$) respectivamente se encuentran cambios capilaroscópicos sugestivos de esclerodermia.

Discusión. La capilaroscopia periungueal es una técnica no invasiva de gran utilidad en la diferenciación entre el fenómeno de Raynaud primario y el secundario. En la esclerosis sistémica puede transcurrir mucho tiempo desde la aparición del fenómeno de Raynaud y el diagnóstico de la enfermedad. La identificación de las formas precoces puede mejorar el pronóstico a largo plazo. El estudio conjunto de autoanticuerpos y capilaroscopia contribuye a aumentar la sensibilidad diagnóstica de los criterios ACR y permite identificar las formas precoces.

Conclusiones. 1) La positividad de los ANA a título alto se correlaciona con la presencia de alteraciones capilaroscópicas de forma significativa. 2) El estudio conjunto de autoanticuerpos y capilaroscopia parece ser una buena estrategia para identificar a aquellos pacientes con fenómeno de Raynaud secundario. 3) La capilaroscopia periungueal es una técnica asequible y disponible en nuestro medio para la evaluación de los pacientes con fenómeno de Raynaud.

V-294 RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA ECOGRAFÍA REALIZADA POR MÉDICOS DE URGENCIAS

J. Antón Santos, J. Torres Macho, Y. Majo Carbajo, S. Gámez Díez, G. Latorre Barcenilla, J. Repáraz, P. García de la Torre y G. García de Casasola

Servicio de Urgencias-Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina. Madrid.

Objetivos. Valorar la rentabilidad en el diagnóstico de diversas patologías frecuentes mediante el uso de la ecografía realizada por médicos de urgencias con una formación básica.

Material y métodos. Se realizó un estudio observacional prospectivo en el servicio de urgencias de nuestro centro. 10 facultativos de urgencias (5 especialistas en Medicina Interna y 5 especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria) recibieron un curso teórico práctico de 15 horas de ecografía de urgencias. Se reclutaron todos los pacientes atendidos en urgencias entre el 25 de abril y el 6 de julio de 2010 que precisaran una ecografía diagnóstica por sospecha de colecistitis, hidronefrosis asociada a cólico renoureteral, sospecha de TVP o valoración de función ventricular izquierda o derrame pericárdico en pacientes con insuficiencia cardiaca aguda. El médico de urgencias realizó una ecografía previa a la realizada por el radiólogo o el cardiólogo y posteriormente se calculó el grado de acierto del personal de urgencias, aceptando el diagnóstico radiológico definitivo como gold estándar. Los estudios en urgencias se realizaron con un ecógrafo Siemens Sonoline G20.

Resultados. Se incluyeron un total de 77 estudios, (18 biliares, 26 renales, 22 sistema venoso profundo y 11 ecocardiogramas). Tras el estudio ecográfico reglado, 1 paciente fue diagnosticado de colecistitis aguda, 6 de TVP, 13 de hidronefrosis, uno de disfunción ventricular izquierda y 3 derrames pericárdicos moderados o severos. La concordancia diagnóstica, sensibilidad y especificidad del equipo de urgencias se muestra en la tabla.

Discusión. La ecografía realizada por personal de urgencias aporta una información complementaria importante, aparte de disminuir el tiempo de atención de los pacientes. En este estudio se objetiva una curva de aprendizaje corta para obtener una alta fiabilidad para descartar patologías con una alta prevalencia. El grado de especificidad es menor por lo que la confirmación diagnóstica debe pasar siempre por un estudio realizado por un experto.

Conclusiones. La ecografía de urgencias es una técnica diagnóstica con una alta sensibilidad y especificidad en manos de personal con una formación básica.

Tabla 1 (V-294). Grado de acierto en el diagnóstico por parte del personal de urgencias

Patología	Concordancia diagnóstica (%)	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)
Colecistitis aguda	88,9	100	88,2
TVP	95,5	100	93,8
Hidronefrosis	84,6	92,3	76,9
Disfunción ventricular	100	100	100
Derrame pericárdico	81,8	66,7	87,5

V-295 OCTREÓTIDO COMO TRATAMIENTO DEL SANGRADO DIGESTIVO CRÓNICO EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS MULTIMEDICADOS

N. Aldezábal Polo, B. Mora Hernández, A. Torres Dorrego, M. Barrientos Guerrero, J. Fraile González, A. del Castillo Rueda, L. Álvarez-Sala Walther y E. Bello Martínez

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

Objetivos. La hemorragia digestiva (HD) crónica visible u oculta es muy frecuente en pacientes antiagregados o anticoagulados. La angiodisplasia de intestino delgado (ID) es la causa más frecuente. El 25-40% de los pacientes no son subsidiarios o no responden a la terapia endoscópica, angiográfica o quirúrgica. Somatostatina y su análogo octreótido reducen el flujo esplácnico, la secreción ácida gástrica y tienen efectos citoprotectores. Su administración subcutánea diaria repetida limita su uso. El octreótido long acting release (OCT-LAR), una formulación de liberación retardada, se administra 1 vez al mes intramuscular y ha demostrado eficacia y seguridad a largo plazo en casos aislados. Se presenta una serie de 3 casos de difícil manejo con antiagregación/anticoagulación y HD, sin opción terapéutica endoscópica o quirúrgica, que respondieron a OCT-LAR.

Material y métodos. 3 pacientes con HD crónica no accesible vía endoscópica o sin respuesta a ella. Todos requirieron frecuentes transfusiones e ingresos hospitalarios, con imposibilidad de retirar la anticoagulación/antiagregación. Los 3 recibieron OCT-LAR 20 mg im mensualmente. Se monitorizaron los requerimientos transfusionales, los días de ingreso hospitalario, las exacerbaciones de su patología de base y los efectos secundarios.

Resultados. Caso 1: varón, 87 años, EPOC grave, i. renal crónica (IRC), arteriopatía periférica grave. Tratamiento: clopidogrel. Varias HD. Múltiples lesiones vasculares en duodeno, ID y colon. En 1 año requirió 30 transfusiones y 15 ingresos relacionados. En 8 meses con OCT-LAR no requirió transfusión ni ingreso. Caso 2: mujer, 81 años, IRC. Tratamiento: acenocumarol por prótesis aórtica y FAC. Varios episodios de ICC por anemia 2ª a HD. Ulceraciones en esófago y antro. Tratamiento con 4 bandas en antro prepilórico con HD posterior. En 8 meses: 9 transfusiones y 5 ingresos. Durante 4 meses con OCT-LAR no ha requerido transfusión ni ingreso. Caso 3: varón, 71 años. HTA, dislipemia, DM2. Ictus, arteriopatía periférica, tratamiento: clopidogrel. Múltiples episodios de anemia con ICC secundaria. Erosiones gástricas y angiodisplasia de colon. Necesitó 6 transfusiones y 3 ingresos en 2 años. Se retiró antiagregación y presentó un AIT. Durante 4 meses con OCT-LAR no ha requerido transfusión ni ingreso. No hubo efectos adversos ni interacciones relevantes en los 3 casos.

Discusión. La hemorragia digestiva visible u oculta es frecuente en pacientes antiagregados y anticoagulados, complicando su manejo y suponiendo una alta morbilidad y coste sanitario. A pesar de su coste (1.100 €/mes), el ahorro derivado de ingresos y pruebas diagnósticas hace que el tratamiento con OCT-LAR sea costo-efectivo en esta serie. Esta indicación habrá de confirmarse en ensayos clínicos multicéntricos.

Conclusiones. OCT-LAR se postula como un nuevo recurso terapéutico eficaz y cómodo en pacientes de difícil manejo con HD crónica no controlable y con necesidad de antiagregación/anticoagulación. Reduce las necesidades transfusionales y mejora la calidad de vida de los pacientes. El ahorro de recursos sanitarios y la reducción de la morbilidad pueden justificar su uso a pesar de su costo elevado.

V-296 DERRAME PLEURAL EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

G. Morales Gómez, J. Sequeira da Silva, O. González Casas, M. González Gómez, R. Peña González, L. Nevado López-Alegría y D. Magro Ledesma

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Badajoz.

Objetivos. El objetivo de este estudio, es tratar de determinar cuál es el tipo de derrame pleural que predomina en nuestro Servicio, así como la etiología más frecuente en cada caso.

Material y métodos. Se analizaron retrospectivamente los informes de alta de los pacientes con el diagnóstico de derrame pleural en nuestro Servicio durante el periodo de un año. Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 15.0.

Resultados. Se incluyeron un total de 63 pacientes, 56% varones y 44% mujeres, con una edad media de 76 años \pm 14 (26-97). Entre las comorbilidades asociadas, las más frecuentes fueron la hipertensión arterial (52%), la insuficiencia cardiaca congestiva (43%) y la diabetes mellitus (36%), seguidas de la fibrilación auricular (30%) y el antecedente de neoplasia (21%), menos habituales entre nuestros pacientes eran las dislipemias, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la insuficiencia renal crónica (20, 16 y 5% respectivamente). Del total, un 84% consultó por dificultad respiratoria, un 54% por tos y un 38% refería dolor torácico de características pleuríticas. La fiebre estaba presente en un 17% de los ingresados. A todos los pacientes se les realizó radiografía de tórax, y sólo a un 57% de ellos una tomografía axial computarizada. Otras exploraciones, como la broncofibroscopia se realizaron solo en un 3% de los casos. En cuanto a la toracocentesis, se le practicó a un 57% de los pacientes, teniendo criterios de exudado un 43% del total, siendo trasudados el resto. Entre las causas de exudado, la más frecuente fue la neoplasia (46%), seguida de la infección (27%); y entre las causas de trasudado, predominó la insuficiencia cardiaca sobre cualquier otra (24%), no encontrándose ningún caso de derrame pleural secundario a síndrome nefrótico. El cultivo del líquido pleural se realizó en casi un 50% de los casos, siendo positivo sólo en un 2%, y la citología fue positiva en 9 pacientes de los 24 a los que se le realizó.

Discusión. Los derrames pleurales se han clasificado clásicamente en trasudados y exudados. Los trasudados son ultrafiltrados del plasma en la pleura y los exudados se desarrollan por aumento de la permeabilidad capilar local. En nuestro estudio llama la atención el predominio de exudados, siendo más frecuentes los de etiología neoplásica.

Conclusiones. En primer lugar, destacar el gran número de derrames pleurales a los que no se les practicó toracocentesis, unas veces por la escasa cuantía del mismo, y otros porque la clínica acompañante sugería la etiología del mismo. La etiología neoplásica predominaba sobre el resto, probablemente por la edad media de nuestra población de estudio. Otro dato remarkable, es que la citología fue diagnóstica en un 37% de los casos.

V-297 TUMORES GIST: REVISIÓN CLINICOPATOLÓGICA DE UNA SERIE DE 29 CASOS

M. Alvarado Blasco¹, E. González García¹, A. Coto López¹, C. Fernández-Miranda Parra¹ y C. Orellana Maldonado²

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

Objetivos. Revisar las características clínico-epidemiológicas, formas de presentación, localizaciones más frecuentes, características histológicas e inmunohistoquímicas, técnicas diagnósticas,

tratamiento empleado y pronóstico de una serie de 29 pacientes con este tipo de neoplasia.

Material y métodos. Revisión retrospectiva de la totalidad de 29 pacientes diagnosticados de tumor del estroma gastrointestinal (GIST) en nuestro hospital durante los últimos 5 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 periodo estudiado, fueron diagnosticados de tumor GIST 29 pacientes, de los cuales 13 fueron hombres y 16 mujeres. La edad media al diagnóstico fue de 65 años. En 3 pacientes existían antecedentes familiares de primer grado de algún tipo de tumor del tracto gastrointestinal. Muchos de los casos no presentaron clínica alguna y fueron diagnosticados de manera "accidental". Entre los sintomáticos, la forma más frecuente de presentación fue el dolor abdominal. La mayoría de los tumores estaban localizados en el estómago. Las técnicas diagnósticas más empleadas fueron las de imagen (la TAC abdominal en el 86% de los casos, seguida de la ecografía) y la endoscopia digestiva (62%). En el 17% de los casos la laparotomía fue diagnóstica. La anatomía patológica reveló la presencia de tres patrones: estirpe fusocelular (73%), epiteloide (22%), mixto (5%). La inmunohistoquímica fue positiva para C-Kit en el 98% de los casos. La resección tumoral fue el tratamiento curativo en la mayoría de los pacientes, y el imatinib la terapia de elección en la enfermedad diseminada. 5 de nuestros pacientes murieron en los 5 años siguientes al diagnóstico, 3 de ellos por causas no relacionadas con este tumor.

Discusión. Los GIST son un tipo de tumor que se cree derivado de la célula intersticial de Cajal. Tal y como se describe en la literatura y hemos podido constatar en nuestra serie, los GIST se presentan por igual en ambos sexos, teniendo una incidencia mayor entre los 55 y 65 años. En ocasiones, se ha observado cierta agrupación en familias con mutaciones en c-Kit. Nuestra serie difiere en la forma de presentación, siendo más frecuente el tener dolor abdominal; tan sólo el 17% de los casos fueron pacientes asintomáticos que obtuvieron este diagnóstico por casualidad. Ninguna de las endoscopias permitió una biopsia útil para un diagnóstico anatomopatológico. La inmunohistoquímica ha demostrado ser un pilar fundamental para el diagnóstico: tener c-Kit + (CD 117 +) apoya el diagnóstico. Los determinantes de malignidad son el tamaño, la localización y la tasa mitótica. Aunque no es lo frecuente, estos tumores pueden dar metástasis a distancia con lo que empeora el pronóstico.

Conclusiones. Los GIST son tumores raros que muchas veces se diagnostican de manera casual. Deberíamos plantearnos la rentabilidad de la endoscopia como método diagnóstico cuando la sospecha es un GIST puesto que es una técnica invasiva que no suele ser útil por ser, este tipo de tumor, subepitelial. El tratamiento con anticuerpos monoclonales, basado en la biología molecular, aporta ventajas en la enfermedad diseminada.

V-298 EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR, ¿TODOS NUESTROS PACIENTES ESTÁN BIEN ANTICOAGULADOS? ¿QUÉ FACTORES INFLUYEN?

B. Sánchez Sauce, C. Rodríguez, L. Téllez González, M. Monforte, I. González Anglada, C. Garmendia Fernández, C. Aranda y V. Castilla

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

Objetivos. La fibrilación auricular (FA) es la forma más común de alteración mantenida del ritmo cardiaco, y su prevalencia aumenta con la edad. Las guías de práctica clínica recomiendan la anticoagulación en aquellos pacientes que presenten más de un factor de riesgo moderado o un factor de alto riesgo para un evento tromboe-

mbólico, sin embargo el cumplimiento de dichas guías es problemático en los ancianos. El objetivo del presente trabajo es valorar el seguimiento de las guías sobre anticoagulación en FA en pacientes mayores de 65 años ingresados en el servicio de medicina interna (MI) del Hospital Universitario Fundación Alcorcón y la conciliación de dicho tratamiento al alta.

Material y métodos. Se realiza un estudio transversal recogiendo de forma consecutiva los informes de alta de los pacientes mayores de 65 años ingresados en MI durante los meses de febrero a marzo del 2010. Se seleccionan los que presentan FA y se analizan variables demográficas y clínicas. Se revisa, siguiendo las guías de práctica médica, la indicación de anticoagulación. Se asume como contraindicación la presencia de hemorragia importante y demencia avanzada. Por último se valora si en el informe de alta se indicaba correctamente el tiempo y pauta del tratamiento anticoagulante con sintrom o HBPM.

Resultados. De 198 pacientes recogidos, 57 (28,8%) fueron diagnosticados de FA. La edad media fue 80,9 años y un 61,4% eran mujeres. El 5% de los pacientes tenía estenosis mitral y sólo se hallaron dos pacientes con válvula mecánica. El 29,8% estaban institucionalizados y el 21% tenían demencia. De los 57 pacientes, 41 (71,9%) presentaban indicación de anticoagular y estaban correctamente anticoagulados. De ellos, 23 (el 40,4%) lo estaban con HBPM y 20 (35,1%) lo estaba con sintrom. 16 pacientes (el 28%) no estaban anticoagulados. Cuando analizamos este grupo, solo 1 presentaba una hemorragia importante, 50% estaban institucionalizados y 37,6% tenían demencia. Los pacientes no anticoagulados de forma incorrecta eran mayores (87,1 vs 78,4) con más frecuencia estaban institucionalizados, tenían más demencia, más comorbilidad, aunque ninguno de ellos alcanzó la significación. Cuando realizamos un análisis de regresión para valorar de forma conjunta todos los factores que pueden influir en la no anticoagulación, sólo las caídas y la institucionalización se asociaron de forma estadísticamente significativa. Finalmente un 10% de los pacientes no reciben anticoagulación y deberían recibirla. En cuanto a la correcta indicación del tratamiento se obtuvo una conciliación global de 72,7%

Conclusiones. Un porcentaje no desdeñable de pacientes ingresados en medicina interna presentan FA, la indicación de la anticoagulación es correcta en la mayoría de los casos. La demencia explica por qué en aquellos pacientes que tienen indicación de anticoagular no reciben dicho tratamiento. Aun así existe todavía un 10% de pacientes en los cuales podemos mejorar nuestra práctica clínica. En general, la pauta de medicación y duración de tratamiento se recogen correctamente en el informe de alta.

V-299

WHERE IS THE LYMPHOMA? A 4 CASE SERIES COMPARISON

C. Amorim, N. Melo, J. Pasini, F. Aldomiro, C. Salvado y J.A. Malhado

Medicina 1A. Hospital de Curry Cabral. Lisboa (Portugal).

Objectives. Point out the clinical features of presentation of diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL) in a case series of 4 patients.

Material and methods. We describe 4 cases of patients with different clinical features of presentation: ascitis, vertebra pathologic fracture, abdominal tenderness and painful swollen testicle. Their common features were: being Caucasian and middle-aged or older adults, complaining of anorexia and some degree of weight loss, showing anemia and elevated ESR and LDH serum levels on laboratory studies. Imaging workup described different location masses and adenopathy, and excisional biopsies were performed in order to confirm the DLBCL diagnosis.

Results. Medical treatment was provided according to each staging and prognostic factors.

Discussion. This 4 case series reports the importance of looking after a lymphoma when patients only presents with B symptoms and unspecific symptoms of organ compression. The incidence of

Non-Hodgkin Lymphoma (NHL) has been increasing more rapidly than other malignancies, and those still should be considered even when there is no risk factors for malignancy. The role of surgery in DLBCL is usually limited but can be helpful in obtaining tissue for diagnosis. First choice treatment of this tumors, according to staging and prognostic factors, is primarily with cytotoxic agents, with or without radiation therapy. For those with advanced-staged disease, the addition of a monoclonal antibody against CD20 (rituximab) to CHOP is the new standard treatment.

Conclusions. DLBCL is an aggressive tumor with diverse clinical features depending on the site of disease involvement. It is the most common histologic subtype of NHL accounting for approximately 25% of NHL cases. They usually present as masses, causing symptoms when they infiltrate tissues or obstruct organs, but can also be found when looking after B symptoms. An excisional lymph node or tissue biopsy must always be performed in order to confirm the diagnosis. Therapy of advanced-staged disease has evolved significantly in the last 30 years and new treatments to increase complete response rates have shown improvement in survival.

V-300

CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE ONCOLÓGICO EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

C. Fernández Méndez, N. Pazos Otero, M. Carnero, S. Rodríguez y L. Amador Barciela

Hospitalización a Domicilio. Complejo Universitario de Vigo. Vigo (Pontevedra).

Objetivos. Evaluar la carga asistencial y la estancia media en relación con pacientes oncológicos paliativos en nuestra Unidad de Hospitalización a domicilio y caracterización de dichos pacientes.

Material y métodos. Realizamos estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes que ingresan en nuestra Unidad en los meses de abril, mayo y junio del año 2010 excluyendo aquéllos que precisen solamente cuidados de enfermería. En este periodo se han registrado 98 ingresos. Se han revisado las historias clínicas a través del sistema informático de nuestra Área Sanitaria.

Resultados. En el periodo comprendido entre el 1 de abril y el 30 de junio de 2010 han ingresado 98 pacientes en el Servicio de Hospitalización a Domicilio del Hospital Xeral de Vigo de los cuales 40 (40,81%) son pacientes oncológicos paliativos. De ellos 22 son mujeres (55%) y 18 varones (45%), de edades comprendidas entre 30 y 88 años. Caracterizamos la patología oncológica según tipo de tumor primario, resultando: 10% origen neurológico (1 meningioma, 1 astrocitoma, 2 glioblastoma multiforme), 35% digestivo (3 gástricos, 1 colon, 2 recto-sigma, 3 pancreáticos, 5 hepatobiliares), 12,5% pulmonar, 12,5% mama, 5% ginecológico, 10% prostático, 2,5% vesical, 2,5% renal, 7,5% hematológico. Hemos evaluado la estancia media en nuestro Servicio que corresponde a 21,7 días con un mínimo de 2 días y máximo de 94. En cuanto a la evolución de los mismos 11 pacientes (27,5%) fueron dados de alta para continuar cuidados en su Centro de Atención Primaria por haber alcanzado control sintomático y 29 pacientes (72,5%) fallecieron en relación directa al diagnóstico primario, el 72,41% fallecieron en su domicilio y el 27,58% en la planta de Hospitalización convencional.

Discusión. Los pacientes oncológicos suponen una importante carga asistencial en los Centros sanitarios, en ocasiones son ingresos prolongados que implican además de un coste elevado un estrés emocional tanto para el paciente como para la familia. Las Unidades de Hospitalización a Domicilio permiten mejorar ambos aspectos, se disminuye el coste y mejora la calidad de vida del paciente y del entorno familiar.

Conclusiones. La carga asistencial que supone los pacientes oncológicos para una Unidad de Hospitalización a Domicilio alcanza el 40,81% de los ingresos totales. El 27,5% de los casos se logra control sintomático y son dados de alta a Atención Primaria. El 72,5% resul-

tan exitus. De los que únicamente un 27,58% precisaron ingreso en Unidad de Hospitalización convencional en fase final de su enfermedad bien por claudicación familiar o difícil control sintomático. Mientras que el 72,41% fallecen en su domicilio bajo nuestro seguimiento y con el apoyo familiar.

V-301

ANÁLISIS DE LA MACROCITOSIS EN PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

M. Loring Caffarena, C. Martínez Delgado, J. Constan Rodríguez, M. Platero Sánchez-Escribano, L. Pérez Belmonte, M. Blanco Díaz, P. Medina Delgado y C. San Román y de Terán

Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga).

Objetivos. La macrocitosis, generalmente definida por la elevación del VCM > 100 fl es un problema clínico frecuente, pero aún así, el espectro etiológico y evaluación diagnóstica no están bien definidos. Queremos conocer las características de los pacientes ingresados en medicina interna, analizando sus características epidemiológicas, patologías asociadas, hábitos tóxicos, fármacos y déficit de ácido fólico y vitamina B12.

Material y métodos. Estudio descriptivo, retrospectivo basado en la revisión de los informes de alta de pacientes con macrocitosis emitidos por el servicio de medicina interna durante el año 2009. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v. 13 para Windows.

Resultados. Estudiamos una muestra consecutiva de 92 informes de alta de pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital de la Axarquía que presentaban VCM > 100. De ellos, 64 eran varones (69,6%) y 28 mujeres (30,4%). La edad media era de 67,1 años (rango 26-91, mediana 71). El VCM era de 103,9 (rango 100-120). La Hb media en mujeres era 10,7 (rango 5-16) y en el varón era de 12,1 (rango 5,3-16). El perfil de paciente como datos más relevantes destacaban: consumo de alcohol 39,1%, tabaquismo 53,3%. Respecto de las enfermedades asociadas más prevalentes: EPOC 37%, diabetes mellitus 21,7%, HTA 38%, hepatopatía alcohólica 20,7%, hepatopatía por otras causas 6,5%, insuficiencia cardiaca 13%, neoplasias sólidas 12%, enfermedad inflamatoria intestinal 4,3%, enfermedades inmunoproliferativas 7,6% (sd. mielodisplásico 3, mieloma múltiple 2, anemia sideroblástica 1, leucemia linfocítica crónica 1), infección VIH 5,4%, hipotiroidismo 3,3%. Entre los fármacos asociados destacan corticoides 18,5%, antirretrovirales 5,4%, azatioprina 4,3% y antiépiléptico 2,2%. Se realizó determinación de ácido fólico y vitamina B12 en 55 pacientes (59,8%) objetivándose déficit de ácido fólico en 4 pacientes (7,3%) y déficit de B12 en 5 paciente (9,1%).

Conclusiones. El consumo de alcohol y tabaco representan un elevado número de casos en este grupo de pacientes. Entre las patologías asociadas más frecuentes destacan EPOC, HTA, diabetes mellitus, hepatopatía alcohólica, insuficiencia cardiaca. Siendo escasa la presencia de consumo de fármacos y en menor medida el déficit de ácido fólico y/o vitamina B 12, aunque al no ser un porcentaje despreciable, sería adecuado implementar determinaciones automáticas de niveles de fólico y B12 con VCM > 100.

V-302

CEFALEA HÍPNICA. REVISIÓN DE 7 CASOS

M. Martínez Lasheras, J. Mateos Hernández, D. Bernal Bello, E. Martín Echevarría, A. Costa Cerdá, L. Sánchez Martínez, S. Laínez Justo y M. Rodríguez Zapata

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara.

Objetivos. La cefalea hípica es una entidad un tanto desconocida para el internista pero con una prevalencia nada desdeñable.

Nuestro objetivo es realizar una revisión de la literatura y de nuestros casos para un mejor conocimiento de esta entidad.

Material y métodos. Se realizó una búsqueda informática desde que nuestro hospital dispone de historia médica informatizada (los últimos dos años) de los pacientes diagnosticados de cefalea hípica. Se estudiaron variables epidemiológicas, clínicas y terapéuticas.

Resultados. Se recogieron 7 casos. Cinco procedían de consulta externa de neurología y 2 ingresados, uno en planta de neurología y otro en planta de MIN. Seis fueron varones. La mediana de edad fue de 60 años (IIQ 58-81). El 71,4% (5 pacientes) tenían FRCV (HTA, DM, DL) y el 42,9% (3 pacientes) tenían clínica depresiva. La media de tiempo transcurrido hasta el diagnóstico fue de $9,6 \pm 3,8$ meses desde el inicio de los síntomas. El 57,2% (4 pacientes) presentó una cefalea bilateral y pulsátil. El 100% presentó una cefalea diaria, nocturna, de intensidad moderada-severa y de aparición, a modo de despertador, entre las 3 y las 4 de la madrugada. La duración de la clínica estriba entre los 15 y los 90 minutos con una media de 45 minutos por paciente. El tratamiento más utilizado fue indometacina en el 57,2%, seguido de antagonistas del calcio y amitriptilina. La evolución fue favorable en todos los pacientes.

Discusión. Fue Raskin en 1988 el que detectó los primeros casos y Goadsby y Lipton en 1997 crearon los criterios diagnósticos. Desde entonces se han publicado diversos casos, destacando el diagnóstico clínico como cefalea del despertador en la fase REM del sueño y su respuesta favorable al litio, cafeína nocturna, indometacina, calcio antagonistas y antidepresivos tricíclicos. Nuestros casos no difieren de lo publicado.

Conclusiones. La cefalea hípica es un tipo de cefalea presente en nuestro medio, con gran afectación de la calidad de vida del paciente ya que dificulta el descanso nocturno, siendo diaria, intensa y con mala respuesta a los analgésicos habituales. El diagnóstico es sencillo ya que es clínico, con lo que una buena anamnesis y el conocimiento de esta entidad son claves.

V-303

GLUCOSAMINOGLICANOS URINARIOS EN PACIENTES CON LITIASIS RENAL

F. Pérez Blanco¹, M. Mendiña Guillén¹, P. Alaminos García³, M. Arrabal², J. Cantero Hinojosa¹ y F. Miras Parra¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Urología. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. ³Cuidados Críticos y Urgencias (Sec UCI). Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Objetivos. Los glucosaminoglicanos (GAG) son cadenas de polisacáridos, componentes fundamentales de la membrana basal glomerular y del mesangio; pero además tienen un efecto inhibitor del crecimiento de los cristales de oxalato cálcico. Estudiaremos la concentración de NAG urinaria en pacientes con litiasis renal con y sin afectación de la función renal comparándolos con un grupo control, determinando además otros parámetros bioquímicos tanto en sangre como en orina.

Material y métodos. Estudiamos un total de 102 pacientes con litiasis renal. 52 de ellos no tenían alteración de la función renal (Grupo 1) y 50 presentaban datos bioquímicos de afectación renal moderada (Grupo 2). Estos dos grupos los comparamos con 54 sujetos sanos tomados como grupo control (Grupo 3). La determinación de GAG se realizó en orina de 24 horas, siguiendo el método calorimétrico de Pennock.

Resultados. Se muestran en la tabla.

Discusión. Podemos comprobar que en los pacientes con litiasis renal y función renal conservada, la excreción de GAG está disminuida; hecho este que puede favorecer la aparición y progresión de la litiasis. En los pacientes litiasicos con moderada afectación de la función renal, generalmente asociada a hidronefrosis, la excreción de GAG está aumentada con respecto a los controles sanos.

Tabla 1 (V-303). Resumen resultados (Desviación Estándar)

	Grupo 1. n = 52	Grupo 2. n = 50	Grupo 3. n = 54
Edad	48,9 ± 0,5	56,8 ± 12,3	53,4 ± 13,5
Creatinina sérica (mmol/l)	81,4 ± 12,3	94,8 ± 17,0	97,2 ± 21,5
Úrico Sérico (mmol/l)	294,7 ± 83,8	330,0 ± 63,8	319,4 ± 98,0
Cl Cr (ml/mn)	80,9 ± 14,2	60,3 ± 16,4	100,1 ± 21,9
GAG urinario (U/g de Cr)	8,44 ± 4,05	21,56 ± 11,12	13,94 ± 6,86

Tabla 1 (V-304).

	n	Peso (Kg)	IMC (Kg/m ²)	HbA1C (%)
Inicio	36	115,2 (DE 26,89)	43,6 (DE 9,24)	7% (DE 1,1)
3 meses	23	116,5 (DE 31,22)	43,3 (DE 10,48)	6,2 (DE 0,86)zz
6 meses	19	110,1 (29,15)#	41,6 (DE 10,39)#	6,1 (DE 0,86)*
12 meses	11	106,2 (DE 23,21)#	38,53 (DE 8,46)*	6,2 (DE 1,46)*

*p < 0,05; # p < 0,01.

Conclusiones. La determinación de GAG en orina en pacientes con litiasis renal, puede ponernos de manifiesto alteraciones de la función renal, antes de que se modifiquen otros parámetros bioquímicos como la urea y la creatinina. Ver tabla 1 (V-303).

V-304

EVOLUCIÓN PONDERAL Y CONTROL METABÓLICO DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 CON EXENATIDA

T. Megino Moreno¹, J. Hergueta González¹, P. Chacón Testor¹, S. Herranz Antolín², D. Bernal Bello¹, V. Álvarez de Frutos², E. González González² y M. Rodríguez Zapata¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara.

Objetivos. El exenatida es un agonista sintético del GLP1 y el primer fármaco con efecto incretina comercializado en España para el control de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM). El objetivo de nuestro estudio es conocer las características de los pacientes que inician tratamiento con exenatida, y evaluar la evolución ponderal, el control metabólico y efectos secundarios asociados al tratamiento.

Material y métodos. Estudio transversal y observacional. Se ha incluido a todos los pacientes revisados en la consulta de Endocrinología de nuestro hospital en los que se ha iniciado tratamiento con exenatida. Para la comparación de medias de muestras pareadas, se utilizó la prueba no paramétrica de Wilcoxon.

Resultados. Se recogieron datos de 36 pacientes vistos en la consulta de Endocrinología. La mediana de edad de los pacientes fue de 55 años [Intervalo intercuartil (IC) 44,5-60], siendo en su mayoría mujeres (56,8%). La mediana de meses de evolución de la diabetes fue de 48 meses (IC 19,5-81). Con respecto al tratamiento previo a la introducción de exenatida, el 50% (n = 18) estaba con un antidiabético oral (ADO), el 16,7% (n = 6) con 2 ADO, el 25% (n = 9) con 3 ADO, y el 8,3% (n = 3) con ADO e insulina. Las medias de las variables recogidas al inicio del estudio, y la posterior evolución de las mismas tras la introducción de exenatida, aparecen reflejadas en la tabla 1 (V-304).

Discusión. Los resultados de nuestro estudio muestran una disminución significativa en las medias de peso y del IMC tras 12 meses de tratamiento con exenatida. La mejoría observada en la reducción de la hemoglobina glicada es discreta. Dentro de las limitaciones de nuestro estudio se encuentra el tamaño muestral, sobre todo a causa del escaso tiempo de comercialización del fármaco.

Conclusiones. El exenatide es un tratamiento eficaz para el control metabólico de los pacientes con obesidad y DM, aunque no está exento de efectos secundarios. Se obtiene una pérdida de peso estadísticamente significativa, siendo probablemente este efecto el principal beneficio del tratamiento. Sin embargo, son necesarios más estudios para evaluar si dicha pérdida de peso se mantiene a largo del seguimiento.

V-306

CARACTERÍSTICAS Y COMPLICACIONES EN LA NUTRICIÓN ENTERAL POR SONDA NASOGÁSTRICA HOSPITALARIA

J. Martínez Senmartí, M. Allali, M. Hoyos Valladares, M. Cardona Ribera, E. Chamarro Martí y F. Sena Ferrer

Servicio de Medicina Interna. Hospital Verge de la Cinta. Tortosa (Tarragona).

Objetivos. Conocer cuáles son las características de los pacientes ingresados en los servicios médicos de nuestro hospital que precisan nutrición enteral (NE) a través de una sonda nasogástrica (SNG) y las complicaciones derivadas de dicha intervención.

Material y métodos. Estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo. Se registraron todos los pacientes que durante su ingreso en el área médica del Hospital de Tortosa Verge de la Cinta precisaron de colocación de SNG y NE, durante los meses de febrero a junio del 2010. Se obtuvieron los datos demográficos y clínicos relevantes (edad, sexo, diagnóstico principal que motiva el ingreso, comorbilidades, indicación de la SNG, modalidad de nutrición enteral, complicaciones, duración del SNG y Barthel previo al ingreso).

Resultados. Se registraron un total de 26 pacientes. Según la escala de Barthel un 34,6% presentaba una independencia total y un 25% un nivel de dependencia leve previos al ingreso. Se objetiva una distribución de género equitativa (42,3% hombres, 57,69% mujeres), con una edad media 75 años (R: 45-106 años). El 84% de nuestros pacientes presentaron más de un factor de comorbilidad, siendo los factores de riesgo cardiovascular los más predominantes (84,6%), seguido de demencia (42%) y la cardiopatía no isquémica (26,9%). La indicación más predominante de colocación de SNG para alimentación fue la disfagia, presente en el 50% de los casos, de las cuales el 69% era secundaria a AVC. La segunda indicación más frecuente fue la disminución del nivel de consciencia, en un 19,2%. La asociación de la disfagia y disminución del nivel de consciencia se vio en un 7,69%, en su mayoría secundaria también a AVC. En el 19,2% restante la indicación de NE era por desnutrición severa secundaria a diversas patologías (úlceras orofaríngeas, cirro-

sis hepática). La complicación más frecuente, observada en un 30% de los casos, fue la broncoaspiración con bronquitis o Neumonía aspirativa secundaria, seguida de diarrea documentada en un 26,9%. Ambas, aparecidas al cabo de 9,8-9,5 días, respectivamente. De los exitus observados (un 23% de la muestra) un 66,6% habían presentado alguna complicación secundaria a la NE por SNG durante el ingreso, aunque no necesariamente la complicación fue la causa del exitus.

Discusión. Una de las indicaciones de la sonda nasogástrica es la nutrición enteral. La NE puede estar indicada en pacientes que, por diversas causas, no pueden o deben ingerir una dieta suficiente, y no presentan un aparato digestivo anatómico o funcionalmente conservado (patología oral y faringo-laríngea, cirugía digestiva y patología digestiva médica, enfermedades neurológicas médicas o quirúrgicas y estados hipercatabólicos entre otras). En determinados pacientes la alimentación enteral se destina a prevenir la neumonía por aspiración, evitar la malnutrición y sus secuelas, incluyendo la muerte por desnutrición, a pesar de que no hay estudios suficientes que sugieran que la alimentación por SNG reduzca el riesgo de neumonía por aspiración, y a su vez, es una potencial complicación.

Conclusiones. En nuestro estudio la indicación más frecuente fue evitar la neumonía aspirativa en pacientes con disfagia secundaria a AVC, y coincidiendo con la escasa literatura publicada, terminó siendo la principal complicación.

V-307 TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST): CASUÍSTICA EN UN CENTRO HOSPITALARIO TIPO 2

E. Martínez Velado¹, M. Chimen Viñas¹, V. López Mouriño², P. Sánchez Junquera¹, A. de la Vega Lanciego¹, L. Arribas Pérez¹, J. Soto Delgado¹ y L. Palomar¹

¹Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de Monforte. Monforte de Lemos (Lugo).

Objetivos. Descripción de la serie de casos de tumores GIST diagnosticados en el Complejo Asistencial de Zamora en el periodo comprendido entre enero de 2006 y enero de 2010.

Material y métodos. Estudio descriptivo y observacional de las principales características de los tres casos de GIST diagnosticados en el periodo citado según los datos proporcionados por el Servicio de Anatomía Patológica. Las variables incluidas en el estudio fueron: sexo, edad al diagnóstico, clínica, servicio donde se diagnosticó, localización, diseminación, tratamientos administrados y respuesta a ellos.

Resultados. Mayor incidencia en varones (2:1). Media de edad igual a 69,67 años. Alteración de enzimas hepáticas como manifestación inicial más frecuente. Diagnóstico en Servicio de Medicina Interna en 2 de los 3 casos expuestos. Dos exitus (uno a pesar de quimioterapia). Localización intestinal variable. Diámetro máximo medio de 16,67 cm. Predominio de tratamiento quirúrgico (2:1). Un caso con ingresos previos por hemorragias digestivas recidivantes. Endoscopia digestiva realizada en dos casos, ninguna diagnóstica.

Discusión. Los tumores del estroma gastrointestinal constituyen una entidad de diagnóstico infrecuente con presentación generalmente a partir de la 6ª década. Escaso rendimiento diagnóstico de la endoscopia digestiva precisándose en la mayoría de los casos pruebas de imagen para determinar su existencia y localización. El tratamiento quirúrgico es la opción terapéutica en la mayoría de los casos asociada a quimioterapia debido a su alta tasa de recurrencias. Pronóstico variable dependiendo de la agresividad, contacto con estructuras vecinas, localización y diseminación en el momento del diagnóstico.

Conclusiones. Los tumores del estroma gastrointestinal son diagnosticados con mayor frecuencia en nuestro Servicio debido a

los signos y síntomas inespecíficos en la mayoría de los casos. En nuestros casos se observa una mayor media de edad que en estudios previos realizados. Se reafirma en nuestros casos el escaso rendimiento diagnóstico de la endoscopia digestiva. Se empleó el tratamiento quirúrgico como opción terapéutica prioritaria en los casos de enfermedad localizada. Pronóstico fue malo en nuestra casuística.

V-308 SARCOMA DE EWING: CASUÍSTICA EN UN CENTRO HOSPITALARIO TIPO 2

E. Martínez Velado¹, R. Blanco Hernández², M. Chimen Viñas¹, N. Cruz Guerra³, P. Sánchez Junquera¹, A. de la Vega Lanciego¹, G. García Benito⁴ y J. Soto Delgado¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Radiología, ³Servicio de Urología. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora. ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera (Cádiz).

Objetivos. Descripción de la serie de casos de sarcoma de Ewing diagnosticados en el Complejo Asistencial de Zamora en el periodo comprendido entre enero de 2005 y diciembre de 2009.

Material y métodos. Estudio descriptivo y observacional de las principales características de los ocho casos de sarcoma de Ewing diagnosticados en el periodo citado analizándose las variables correspondientes a: sexo, edad, clínica, localización, tratamiento administrado, respuesta al tratamiento, diseminación y servicio que realizó el diagnóstico.

Resultados. Igual distribución por sexos (4:4). Media de edad igual a 31,14 años. Dolor y tumoración como manifestación inicial más frecuente (50% de casos, respectivamente). Cirugía como opción prioritaria de tratamiento inicial (7 casos). Predominio de terapia adyuvante combinada quimio + radioterápica (4 casos). Mortalidad del 50%. Enfermedad metastática en 3 casos. Diagnóstico por el Servicio de Medicina Interna en tres de los ocho casos.

Discusión. Los sarcomas de Ewing constituyen una entidad de diagnóstico infrecuente, de presentación generalmente en las primeras décadas de la vida. La sintomatología de debut más frecuente es el dolor ósea y el signo visible predominante es la tumefacción. Tratamiento quirúrgico como opción terapéutica prioritaria en los tumores en los que dicha opción es factible, precisando habitual de tratamiento adyuvante para la erradicación. Pronóstico variable.

Conclusiones. En nuestra casuística se reafirma la predominancia de los síntomas doloroso y la aparición de tumefacción como elementos iniciales sobre los que se completan los estudios ante la sospecha de dicha entidad. En nuestro medio la edad media de presentación se encuentra elevada en relación a otras series revisadas así como el porcentaje de pacientes diagnosticados por el Servicio de Medicina Interna. Tanto el manejo como la evolución son similares a dichas series.

V-309 PREVALENCIA DE FIBRILACIÓN AURICULAR CRÓNICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS Y ADECUACIÓN DE TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE SEGÚN EL ÍNDICE CHADS2

M. Jaras Hernández, J. Pascual Pareja, I. de Ramón Campiña, C. Nichols Navia, M. Martínez Prieto, R. Carrillo Gómez, N. Gabarro López y A. Noguera Asensio

Servicio de Medicina Interna. Hospital Cantoblanco. Madrid.

Objetivos. Determinar la prevalencia de Fibrilación Auricular Crónica (FAC) en los pacientes ingresados en un Servicio de Medici-

na Interna y evaluar la adecuación de indicación de tratamiento anticoagulante según el índice CHADS2.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de 240 historias clínicas elegidas aleatoriamente de 905 pacientes ingresados durante el año 2009 (cálculo muestral para una prevalencia estimada de FAC de 35% con una precisión del 6%). tendiendo al índice de CHADS2, se recomienda: antiagregación si el valor es 0 (riesgo bajo de embolismo), antiagregación o anticoagulación si es 1 (riesgo bajo-moderado) y anticoagulación si es ≥ 2 (riesgo alto o muy alto).

Resultados. 86 (35,8%) tenían FAC. 71% mujeres. Edad media de 84 ± 7 años. 41% tenían Insuficiencia cardiaca, 79% HTA, 88% ≥ 75 años, 37% DM y 29% antecedente de ictus/AIT. El índice CHADS2 fue 1 en 9 (10%) pacientes, 2 en 23 (27%), 3 en 24 (28%) y ≥ 4 en 30 (35%). Ningún paciente tenía un índice 0. 31 pacientes (36%) tenían contraindicaciones para anticoagulación (6 por dificultad de cumplimiento, 8 por sangrado reciente y 18 por riesgo de hemorragia). De los 9 pacientes con CHADS2 = 1; 3 recibían anticoagulación, 4 antiagregación y 2 ningún tratamiento (ambos tenían contraindicación para ser anticoagulados). De los 77 pacientes con CHADS2 ≥ 2 ; 44 (57%) recibían anticoagulación, 27 (35%) antiagregantes (22 de los 27 tenían contraindicaciones) y 6 (8%) no recibían tratamiento (4 tenían contraindicación para anticoagulación).

Discusión. Hasta un tercio de los pacientes ingresados en Medicina Interna tenían FAC. Un 90% de los pacientes ingresados en nuestro servicio tienen un índice de CHADS2 ≥ 2 y por lo tanto, indicación de anticoagulación. Sólo un 57% de los pacientes con CHADS2 ≥ 2 reciben anticoagulación; aunque el 79% (26 de 33) de los que no la reciben, es debido a la existencia de alguna contraindicación. Resaltar que la mayoría de los pacientes que tenían contraindicación para ser anticoagulados estaban recibiendo antiagregantes, y teniendo en cuenta que hasta en un 84% la contraindicación era por sangrado reciente o riesgo de hemorragia, la contraindicación para antiagregación también debe ser contemplada. La contraindicación para la anticoagulación es la principal limitación para el tratamiento correcto de la FAC, por lo que deberemos esforzarnos en determinar si ésta es real.

Conclusiones. La FAC es muy prevalente en los pacientes ingresados en Medicina Interna. Siendo la mayoría de edad avanzada y con gran comorbilidad, el análisis del índice CHADS2 tiene menor valor en estos pacientes adquiriendo mayor relevancia la evaluación correcta de la presencia de alguno de los criterios de contraindicación para anticoagulación.

V-310 EXITUS EN UN CENTRO HOSPITALARIO DE NIVEL 2

E. Martínez Velado¹, N. Cruz Guerra², M. Chimenó Viñas¹, P. Sánchez Junquera¹, A. de la Vega Lanciego¹, G. Hernández Pérez¹ y J. Soto Delgado¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Urología. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora.

Objetivos. Descripción de los casos de exitus registrados en el Complejo Asistencial de Zamora en el periodo comprendido entre 1 de enero y 31 de mayo de 2010.

Material y métodos. Estudio descriptivo y observacional de las principales características de los exitus correspondientes al periodo citado incluyendo en ellas: edad, sexo, día de la semana de ingreso y de defunción, mes y causa que la produjo.

Resultados. Mayor incidencia en varones (61,36%). Media de edad igual a 80,48 años. Predominio en mes de mayo (24,43%) y día viernes (17,61%). Duración media del ingreso igual a 9,63 días. Causa más frecuente de origen infeccioso/séptico (50%).

Discusión. Heterogeneidad en el perfil de los exitus. Mayor causa la patología infecciosa a mayor edad. Principal causa de muerte en

pacientes jóvenes las enfermedades tumorales. Infrecuencia de estudios descriptivos de este tipo.

Conclusiones. Predominio en nuestra serie en varones, produciéndose un mayor número de fallecimientos en los meses de primavera y en fin de semana.

V-311 ANÁLISIS DEL IMPACTO QUE LA INFORMACIÓN CLÍNICA TIENE EN MÉDICOS Y PACIENTES SEGÚN SE EXPRESE EN TÉRMINOS DE AUMENTO O DISMINUCIÓN DEL RIESGO

M. Torralba González de Suso¹, M. Sánchez González², S. Quirós Fernández³, L. Abejón López¹, P. Chacón Testor¹, T. Megino Moreno¹, D. Bernal Bello¹ y J. Hergueta González¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, ³Servicio de Neumología. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara.

Objetivos. Los médicos reciben por medio de índices como el riesgo relativo o la odds ratio, información acerca del beneficio o perjuicio de un hábito o un tratamiento. Esta información puede expresarse a los pacientes en términos positivos o negativos, mediante un incremento del riesgo o disminución del mismo. Nuestro objetivo fue analizar si existía una diferencia a la hora de entender la información clínica recibida entre médicos y pacientes cuando es expresada en términos de aumento o disminución de riesgo.

Material y métodos. Estudio transversal analítico mediante una encuesta de 5 preguntas acerca de problemas prevalentes de salud pública (tabaquismo, dislipemias, ejercicio físico, hipertensión arterial y VIH). Se permitían 3 respuestas posibles 1) una frase que expresa una disminución del riesgo si se evita el hábito perjudicial, 2) una frase que expresa un incremento del riesgo si se continua con un hábito perjudicial; y 3) las dos expresiones son similares en cuanto al impacto que producen para dejar un hábito pernicioso o iniciar un hábito saludable.

Resultados. Se obtuvieron 42 encuestas de pacientes y 47 de médicos. La mediana de edad de los pacientes fue de 41 años (IIC: 32-52 años) siendo el 70,3% mujeres. El 31% tenían estudios primarios, un 25% secundarios y un 45% universitarios. Entre los médicos, la mediana de edad fue de 32 años (IIC: 27-39 años), siendo el 60% mujeres, realizándose la encuesta a 9 especialidades médicas. La opción nº 3) fue escogida por un 11,9% entre los pacientes y de un 10,6% entre los médicos ($p = ns$). Según cada una de las 5 preguntas, los pacientes seleccionaron la opción nº1 (reducción de riesgo) con los siguientes porcentajes: 51, 37, 50, 36 y 29% respectivamente. Las respuestas de los médicos fueron de 15, 18, 77, 5 y 72% respectivamente. Las diferencias de porcentaje entre las respuestas de los médicos y los pacientes fueron todas estadísticamente significativas salvo la pregunta número 2. Además, en la pregunta nº 1, mientras que a los pacientes les impactaba más una reducción del riesgo, a los médicos les influía más el incremento del riesgo. En la pregunta nº 5 ocurría lo contrario.

Discusión. Este pequeño trabajo, con una encuesta no validada, revela de forma sorprendente, el distinto impacto que puede tener la información médica expresada en términos de aumento o disminución de riesgo. Según este estudio, el médico debe proporcionar la información en ambos sentidos; por ejemplo, si el médico lee en una revista médica que la odds ratio para cáncer de pulmón es de 20, debería expresar al paciente: 1) si deja de fumar, el riesgo de cáncer de pulmón se reduce en un 95% y 2) si continua fumando, el riesgo de cáncer de pulmón se multiplica por 20.

Conclusiones. Notamos una diferencia en la forma en la que la información clínica influye en los médicos y en los pacientes. Los

médicos deben expresar los resultados de los estudios de la forma que más influye a los pacientes y no a ellos. Una buena opción es expresar la información clínica en ambos sentidos (aumento y reducción de riesgo).

V-312 UTILIDAD DE TALLERES DE MANEJO DE BRONCODILATADORES

E. Martín-Echevarría¹, A. Aparicio², N. Gil Jordán², M. Matesanz³, A. Pereira Juliá¹, B. Martínez Lasheras¹, A. Costa¹ y M. Rodríguez Zapata¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara. ²Enfermería, ³Servicio de Medicina Familiar y comunitaria. Centro de Salud y Especialidades. Molina de Aragón (Guadalajara).

Objetivos. Los fármacos broncodilatadores constituyen la base del tratamiento sintomático de la EPOC. La importancia de una correcta administración del fármaco es evidente, ya que la efectividad de esta medicación depende básicamente del uso correcto del inhalador. Nuestro objetivo consiste en valorar el correcto uso de los inhaladores y si la información escrita y los talleres prácticos suponen una mejora en la utilización de los inhaladores así como en la calidad de vida y valorar la repercusión espirométrica.

Material y métodos. Se realizó un estudio prospectivo entre Junio y Septiembre 2009 con todos los pacientes EPOC en tratamiento broncodilatador (Bd) pertenecientes al Centro de Salud y Especialidades de Molina de Aragón (Guadalajara). Se aleatorizaron en 3 grupos: control, información escrita y taller de fisioterapia respiratoria. En todos los grupos se evaluó mediante cuestionario la historia clínica basal completa, el uso de los Bd, la calidad de vida/satisfacción y se realizó espirometría control. A los 3 meses se realizó una nueva revisión de los 3 grupos de iguales características que la basal, analizando los cambios obtenidos según la intervención educativa realizada. El análisis estadístico se realizó con el programa informático SPSS 15.0.

Resultados. Se incluyeron 43 pacientes con diagnóstico de EPOC. La mediana de edad fue de 76 años (IIQ 67-79) y principalmente varones en un 74,4%. Las comorbilidades más frecuentes asociadas fueron cardíacas en un 62,8% y endocrina en 51,2%. El 32,6% estaba jubilado y el 11,6% tenían estudios medios o superiores. El tratamiento Bd es de doble y triple terapia y únicamente 4 pacientes tomaba corticoides inhalados. No hubo ninguna agudización durante el estudio. Analizando a todos los pacientes se objetiva una disminución en el número de errores en la administración de los inhaladores de 2,28 a 0,84 en el cuestionario SEPAR de 7 pasos ($p < 0,0001$) pero no hubo cambios significativos en la repercusión espirométrica. En el análisis por subgrupos: grupo 1: diferencia de errores en Bd de 2,45 a 1,64 ($p = 0,04$), VEMS 69% a 72% ($p = 0,53$), I. Tiffenau 85% a 81% ($p = 0,12$). Grupo 2: diferencia de errores en Bd de 2,06 a 0,25 ($p < 0,0001$), VEMS 64% a 63% ($p = 0,69$), I. Tiffenau 78% a 81% ($p = 0,08$). Grupo 3: diferencia de errores en Bd de 2,38 a 0,88 ($p < 0,0001$), VEMS 69% a 69% ($p = 0,88$), I. Tiffenau 79% a 85% ($p = 0,25$). El índice de satisfacción fue 9/10 muy superior al de los otros grupos 4 y 5/10 respectivamente ($p < 0,0001$).

Discusión. La información escrita administrada a los pacientes sobre el correcto uso de los BD mejora la cumplimentación del tratamiento y la inclusión en talleres de BD y fisioterapia respiratoria, además mejoran la calidad de vida del paciente, pero se objetiva que no es necesaria la realización de espirometrías seriadas en el seguimiento del paciente.

Conclusiones. Enseñar el uso correcto del inhalador sería una forma eficaz de ayudar al paciente a controlar la enfermedad, faci-

litar su tratamiento global, mejorar su calidad de vida, evitar episodios de disnea severa y prevenir infecciones. Se debe implementar la realización de talleres de manejo de BD y fisioterapia respiratoria.

V-313 PERFIL DEL EPISODIO SINCO PAL EN EL HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ (CUENCA)

C. García García, P. Lacasa García, L. de Benito Cordón, M. Racionero Moreno, L. El Mardi y R. Ferri Bataller

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

Objetivos. Recoger los síncope s ingresados en el Servicio de Medicina Interna, Unidad de corta estancia y Cardiología desde marzo de 2010-febrero de 2011, con la intención de estudiar la etiología, tratamiento recibido y pronósticos más frecuentes y de este modo poder compararlo con los datos encontrados en la bibliografía. Hacer un seguimiento de estos pacientes, para valorar la reincidencia de los episodios por etiologías y valorar distintas opciones diagnósticas como la implantación en los casos en los que proceda de un dispositivo de registro electrocardiográfico tipo Reveal.

Material y métodos. Análisis interno de un registro prospectivo, observacional en la Unidad de Corta Estancia de Medicina Interna del Hospital Virgen de la Luz de Cuenca, desde marzo 2010 hasta febrero 2011. Se elaboró un cuaderno de recogida de datos de acuerdo a las últimas guías de síncope (ESC 2009). Se utilizó el paquete estadístico SPSS.

Resultados. Se han recogido 26 pacientes hasta la fecha (julio 2010). La edad media fue de 67 años, 53,8% hombres. El 80,8% ingresó en la unidad de MIN y el 7,7% cardiología, 11,5 UCEMI. El 38,5% presentaba cardiopatía estructural, 23,1% cardiopatía isquémica. En total 3 pacientes eran portadores de dispositivo, 1 de desfibrilador y 2 de Reveal. El 65,4% presentaba síncope s de repetición. Los síntomas registrados mayoritariamente fueron náuseas y vómitos (34,6%), sudoración (46,2%) y mareo (34,6%). Según la descripción del testigo presencial, en el 65,1% la pérdida de conocimiento fue inferior a 3 minutos de duración, con traumatismo craneal en el 11,5% de los casos. Tras el episodio, la recuperación fue normal en el 61,5% de los pacientes. En la exploración clínica se identificaron síntomas neurológicos focales en un 3,8%, arritmia con respuesta ventricular controlada en un 7,7% y bradicardia en un 3,8%. Los episodios registrados fueron de tipo sincopal en 24 pacientes, y de crisis epiléptica en 2 de ellos. Un 42,3% de origen neuromediado, un 23,1% de origen cardiovascular, en un 19,2% se desconoce el origen y un 7,7% de origen ortostático. Se instauró tratamiento en el 81% (21) de los pacientes, principalmente con suero terapia (19,2%) y suspensión de algunos fármacos (19,2%).

Conclusiones. La prevalencia de síncope s encontrada en nuestro medio es similar a la encontrada en la bibliografía. Se han recogido un total de 26 episodios sincopales en un periodo de 4 meses, de los cuales, la mayoría han sido de origen neuromediado (42,3%), 23,1% de origen cardiovascular, 19,2% se desconoce el origen y el 7,7% ortostáticos. La mayoría de los pacientes presentan episodios de repetición (65,4%), un 38,5% presentaban cardiopatía estructural. Motivos por los que deberían presentar un seguimiento. Ya que estos episodios de repetición, podrían llegar a prevenirse con un diagnóstico y tratamiento precoz, evitando de este modo reingresos, gastos farmacológicos y otros gastos asistenciales. Sería interesante valorar la implantación de dispositivos de registro electrocardiográfico tipo reveal en los casos en los que proceda, con la intención de diagnosticar los casos recidivantes que se quedan sin diagnóstico etiológico.

V-314

FUNCIÓN TIROIDEA Y SU RELACIÓN CON EL SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES SEGUIDOS EN UNA CONSULTA DE NUTRICIÓN

A. Santos, D. Marado, M. Agundez y P. Ribeiro

Servicio de Medicina Interna. Centro Hospitalar de Coimbra. Coimbra (Portugal).

Objetivos. Analizar la función tiroidea en pacientes con síndrome metabólico seguidos en consulta nutrición. Averiguar la relación de la TSH con los componentes del SM.

Material y métodos. Análisis retrospectivo de las historias de los pacientes con SM enviados a consulta de nutrición en el año 2009. Se analizaron TSH, T4 libre, insulinemia en ayunas, perfil lipídico, peso corporal, IMC y perímetro abdominal.

Resultados. Se estudiaron 87 pacientes con SM. El 61% eran de sexo femenino y el 39% de sexo masculino. La media de edades era de $44,1 \pm 13,6$ años. Tenían un IMC de $43,63 \pm 8,23$ de media y pesaban $117,25 \pm 24,86$ kilos. La media de la TSH analizada en la primera consulta era de $3,05 \pm 2,43$. Tenían hipotiroidismo subclínico 12 (13,8%) pacientes, hipotiroidismo 5 (5,7%), y 1 paciente hipertiroidismo subclínico. Se constató una correlación positiva con significado estadístico entre la TSH y el IMC ($p < 0,001$), perímetro abdominal ($p < 0,001$), insulinemia ($p < 0,001$), HbA1c ($p < 0,001$) y colesterol total ($p < 0,001$). Se constató una correlación negativa estadísticamente significativa entre TSH y HDL ($p = 0,005$). La relación de la TSH con LDL y TG no alcanzó significado estadístico ($p = 0,394$ y $0,135$ respectivamente).

Discusión. La disfunción tiroidea y el Síndrome Metabólico (SM) están reconocidamente relacionados con la enfermedad cardiovascular. La relación entre SM, el grado de disfunción tiroidea y su abordaje continúan a ser objeto de debate.

Conclusiones. En este estudio se demostró que el grado de elevación de la TSH está asociado a la gravedad de la obesidad, peor control del perfil lipídico e hiperinsulinismo. Es por eso obligatorio el estudio de la función tiroidea en pacientes con SM.

V-315

ANÁLISIS DE INTERCONSULTAS REALIZADAS A MEDICINA INTERNA DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS

M. Bonilla, I. Torres, M. Espinosa, M. Areses, R. Arnáez, M. Mellado, M. Ruiz y J. Sánchez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Camino. Pamplona/Iruña (Navarra).

Objetivos. Analizar las características de los pacientes con DM valorados en las interconsultas a Medicina Interna. Evaluar el manejo ambulatorio de la diabetes antes del ingreso y la intervención del internista durante la hospitalización.

Material y métodos. Estudio retrospectivo observacional de las 936 interconsultas realizadas a medicina interna desde servicios médicos y quirúrgicos. Revisión de la historia clínica informatizada.

Resultados. Se revisaron 936 interconsultas realizadas a medicina interna en el año 2008. Se seleccionaron 276 pacientes con diabetes mellitus (DM) en sus antecedentes. El 7,24% (20) se excluyeron del análisis por recogida incorrecta de datos en la historia clínica. De los 256 pacientes estudiados (50% varones, 50% mujeres y edad media de 73,79 y 71,64 años respectivamente). Los factores de riesgo vascular (FRV) asociados a la DM son, por orden de prevalencia: HTA (89,06%), dislipemia (55,85%), obesidad (45,7%), tabaquismo activo (12,89%). En los pacientes analizados la hemoglobina glicada (HbA1c) previa al ingreso era $< 6,5$ en el 24,21%, entre 6,5 y 7,9 en el 36,32%, y > 8 en el 34,76%. Según los datos al ingreso estaban en tratamiento con dieta el 12%, de estos presentan HbA1c

< 8 el 85%. Con dieta y antidiabéticos orales el 39%, de los cuales HbA1c < 8 el 64%. Con dieta, antidiabéticos e insulina el 12% de los cuales HbA1c < 8 el 57% y con dieta e insulina el 34% con HbA1c < 8 el 47%. Analizando la actuación del internista durante el seguimiento del paciente en interconsultas se observa que el tratamiento de la diabetes al alta se modifica en el 41% de los casos. Se recomiendan estatinas al alta en el 42% de los pacientes y se planifica el alta con antiagregantes en el 42% de los casos.

Discusión. A pesar de la buena accesibilidad a los tratamientos de la diabetes y de la existencia de guías clínicas, el 34% de los pacientes diabéticos atendidos en interconsultas presentan una HbA1c > 8 . Habría que evaluar la cumplimentación de las guías, la adherencia al tratamiento y la educación diabetológica impartida para disminuir los casos de mal control de la enfermedad. Llama la atención que los pacientes en tratamiento con dieta insulina y antidiabéticos están bien controlados en el 57% de los casos, pero esta combinación solo se usa en el 12% de la población estudiada. Por otro lado analizando la actuación del internista que atiende interconsultas, en más de un 40% de los pacientes con HbA1c > 8 no se modificó el tratamiento hipoglucemiante, y hasta en un 57% de los pacientes no se recomendó antiagregación, ni se recomendaron hipolipemiantes en el 34% de los casos.

Conclusiones. El tratamiento con dieta insulina y antidiabéticos orales es la combinación menos empleada y consigue buen control de 57% de los pacientes. Los internistas deberíamos replantearnos las interconsultas recibidas desde servicios médicos y quirúrgicos como una oportunidad para contribuir al control global de los factores de riesgo vascular.

V-316

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. UNA ENFERMEDAD DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO

M. Allali, M. Hoyos Valladares, J. Martínez Senmartí, E. Chamarro Matí, N. Sanz Arevalillo, E. Rodado Alabau, P. Ferras Carcelle y D. Bofill Montoro

Servicio de Medicina Interna. Hospital Verge de la Cinta. Tortosa (Tarragona).

Objetivos. Describir las características clínicas que presentan los pacientes y valorar el intervalo de tiempo que pasa desde que un paciente presenta la primera o las primeras manifestaciones clínicas y es derivado al servicio de medicina interna, hasta que cumple los criterios para considerarse lupus eritematoso sistémico (LES).

Material y métodos. Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo desde enero de 1981 hasta enero de 2010, incluye a pacientes procedentes de diferentes ámbitos clínicos que presentan sintomatología inicial de enfermedad sistémica autoinmune. Cabe destacar que hemos recogido todas las manifestaciones clínicas que han presentado en algún momento de la enfermedad, a pesar de que en el momento del diagnóstico sólo presentaban un mínimo de 4 criterios.

Resultados. Durante el periodo estudiado (29 años) se han revisado 36 historias clínicas. El 88% de los pacientes son mujeres. La media de edad de las primeras manifestaciones es de 37,3 años (R: 18-78). Las manifestaciones iniciales que se presentan con más frecuencia son artralgias (36%) y ANAs positivos (22%). El intervalo de tiempo para alcanzar el diagnóstico es de 27,7 meses (R: 1 mes-10 años). El ámbito más frecuente desde donde se sospecha LES es la atención primaria (49% de las derivaciones), el resto procede de otros servicios (Dermatología, Cardiología) y Urgencias. Un 27% de los pacientes de nuestra serie han presentado nefropatía lúpica diagnosticada a partir de biopsia renal, a pesar de que actualmente ninguno ha precisado tratamiento sustitutivo. El 38% de pacientes presenta LES asociado a otras enfermedades de origen autoinmune, la más frecuentemente asociada es el síndrome antifosfolípido (SAF). Del total de pacientes de nuestra muestra, con sospecha

inicial de enfermedad autoinmune, un 17% no presenta actualmente datos clínicos ni analíticos suficientes como para catalogarles de LES.

Discusión. El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune de difícil diagnóstico debido a la inespecificidad del cuadro en estadios iniciales, lo que comporta sesgos a la hora de calcular la prevalencia real de la enfermedad, por ello hablamos de estimaciones. Un tema importante a debatir, no es tanto el diagnóstico en sí, sino el tiempo que transcurre hasta que se cumplen los criterios diagnósticos, esto es debido a su carácter multisistémico, precisando de tiempo para que la sintomatología inicial evolucione hasta hacerse sistémica.

Conclusiones. Con los datos obtenidos en nuestro estudio se observan manifestaciones iniciales del LES inespecíficas, por lo que es importante el seguimiento de estos pacientes. El intervalo de tiempo desde que se presentan las primeras manifestaciones hasta que se llega al diagnóstico es muy amplio. En nuestra serie destaca una importante asociación de LES con otras enfermedades autoinmunes.

V-317

LAS ENFERMEDADES MITOCONDRIALES: EL DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y EL PAPEL DEL INTERNISTA

S. Karamanou¹, M. Caldeira¹, H. Café², C. Dias¹, P. Balza¹, M. Homem da Costa¹ y L. Reis Brazão¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital dos Marmeleiros-Hospital Central do Funchal. Funchal (Portugal). ²Cardiología. Hospital Dr. Nélio Mendonça-Hospital Central do Funchal. Funchal (Portugal).

Objetivos. Con este artículo los autores pretenden mejorar el reconocimiento clínico de las enfermedades mitocondriales por el médico internista y presentar un enfoque simplificado y estandarizado de diagnóstico, acelerando el encaminamiento adecuado de este grupo creciente de enfermos.

Material y métodos. Búsqueda de base de datos y manuales.

Discusión. Prácticamente todas las células del ser humano dependen de la fosforilación oxidativa mitocondrial para generar energía. Los tejidos con altos requerimientos de energía son particularmente sensibles a la disfunción mitocondrial, lo que resulta en una multitud de síntomas. Desde hace tiempo se ha considerado las patologías mitocondriales lugar exclusivo del sistema nervioso central y periférico. Sin embargo se constató que las mutaciones del ADN mitocondrial son en su mayoría un trastorno multisistémico, e que puede manifestarse en forma de miopatías, miocardiopatías, diabetes mellitus, entre otros. El diagnóstico es un desafío difícil de estos trastornos, no sólo por la presentación no específica y variable que los caracterizan, sino también por la ausencia de un marcador biológico confiable para la detección y el diagnóstico de estas entidades.

Conclusiones. A pesar de la ausencia de terapia causal para las enfermedades mitocondriales, el diagnóstico precoz en combinación con un tratamiento sintomático adecuado, mejora notablemente la calidad de vida y el pronóstico de estos trastornos a menudo subvalorados.

V-318

NUTRITIONAL NEEDS OF THE CRITICALLY ILL PATIENTS

T. Pinto Pais¹, N. Santos², S. Ferreira³ y A. Marinho³

¹Gastroenterología. Amato Lusitano. Castelo Branco (Portugal).

²Anestesiología. Santa Marta. Lisboa (Portugal). ³Serviço de Cuidados Intensivos. Centro Hospitalar do Porto. Porto (Portugal).

Objectives. Inadequate nutritional intake in critically ill patients can lead to complications resulting in increased mortality and

healthcare costs. But there is very little information on what is considered an adequate energy intake in these patients. The purpose of the present study was to compare the caloric requirements using the Harris Benedict equation and the Indirect Calorimetry to the critically ill patients who stays more than 6 days in ICU.

Material and methods. Prospective observational study, conducted during a period of 6 months (2009), in a mixed ICU at a University hospital. We studied patients who stayed in ICU longer than 6 days. We collected demographic data, severity of illness scoring system (SAPS II score), and hospital outcome. We estimated the energy needs using the Harris Benedict equation and Indirect Calorimetry was performed on resting, mechanically ventilated, critically ill patients during the first 7 days in ICU. All analysis were conducted using SPSS 11.

Results. We enrolled 37 patients (Liver transplant 2, Medical 5, Surgical 8, Neurosurgical 22), age 57.54 ± 17.65 (58), SAPS II - 41.69 ± 16.79 (44), length of stay in ICU 15.33 ± 15.71 (9.5). Caloric needs (Harris-Benedict) $1,501.90 \pm 262.94$ Kcal/day (20.92 ± 2.50 Kcal/Kg/day), caloric needs (Indirect Calorimetry) $1,731.79 \pm 603.02$ Kcal/day (23.57 ± 6.95) Kcal/Kg/day. Caloric needs by Indirect Calorimetry in the first 7 days in ICU are shown in the Image above.

Discussion. We used prolonged periods of measurement (> 6h). It was found that there is a significant difference between the energy obtained by IC and calculation of baseline nutritional requirements obtained by the formula HB ($p < 0.01$). However, the difference obtained in practice does not translate into a significant nutritional deficit and may even be beneficial in the context of malnutrition permissive. The median value of the daily nutritional use per kg weight obtained by both methods lies in the range recommended by international guidelines - 20-25 kcal/kg/day.

Conclusions. The Harris-Benedict equation provides less accurate assessment of metabolic needs in critically ill patients if indirect calorimetry is unavailable.

V-319

MEDICINA INTERNA, ¿DÍGAME?

B. Adalia Martín, C. Teijo Núñez, J. Oblanca García, M. Alonso Fernández, A. Corredoira Corras, R. Muñer Blázquez y C. Buelta González

Servicio de Medicina Interna. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León).

Objetivos. Informar sobre la importancia del médico internista en el manejo de pacientes pluripatológicos y la coordinación de diferentes especialidades.

Material y métodos. Estudio prospectivo observacional de las llamadas recibidas en el busca del residente de medicina interna durante las guardias en el periodo comprendido entre el 1 de enero del 2009 y el 1 de junio del 2009 en el Hospital El Bierzo de Ponferrada. Se han excluido las relacionadas con la confirmación de los exitus, los errores de prescripción médica y los avisos de nuevos ingresos. En el estudio se han analizado: edad, sexo, servicio de procedencia de la llamada, motivo de la llamada, técnicas empleadas y posible diagnóstico. Los datos han sido analizados mediante el programa estadístico SPSS.

Resultados. Se han incluido 2.875 llamadas procedentes de: traumatología 12,24%, cirugía general 7,40%, urología 2,26%, nefrología 1,18%, oftalmología 0,41%, cardiología 16,24%, neumología 4,20%, neurología 5,04%, ORL 0,93%, hematología 2,26%, oncología médica 7,02%, psiquiatría 2,95%, digestivo 6,88% y medicina interna 30,92%. La edad media fue de 72,3 años. Varones 54,12% y mujeres 45,87%. Los motivos: dolor abdominal 4,86%, dolor torácico 6,08%, síndrome miccional 2,43%, dolor neoplásico 1,18%, fiebre 7,86%, disnea 12%, broncoespasmo 4,45%, diarrea 3,96%, vómitos 3,44%, cefalea 2,95%, hipoglucemia 2,71%, hiperglucemia 5,42%, alteraciones hidroelectrolíticas 2,4%, pérdida de acceso venoso 1,21%, disminución del

nivel de conciencia 3,89%, oliguria 5,42%, sedación 1,98%, agitación psicomotriz 7,40%, familiares conflictivos 1,56%, ascitis 3,09%, hemorragia digestiva 3,51%, hipotensión 4,66%, hipertensión 7,02%, parada cardiopulmonar 0,41%.

Discusión. Un tanto por ciento importante de las llamadas procede de los servicios quirúrgicos, siendo la patología predominante la cardiopulmonar. En algunos casos el motivo de la llamada se debió a varias causas. Las diferencias entre los servicios solicitantes se deben a sus distintas formas de organización o a los diferentes tipos de formación. El hecho de ser atendidos en la guardia condiciona seguimiento posterior.

Conclusiones. Los médicos internistas son los expertos a quien recurren los médicos de atención primaria y el resto de especialistas, para la atención de enfermos complejos, cuyo diagnóstico es difícil o bien se encuentre afecto de varias enfermedades o presenta síntomas de varios órganos, aparatos o sistemas del organismo.

Tabla 1 (V-319). Diagnósticos

Isquemia mesentérica
Colitis isquémica
Síndrome coronario agudo
TEP
Edema agudo de pulmón
Infecciones nosocomiales
Disbacteriosis medicamentosa
ACVA
Retención aguda de orina
Fallo renal agudo

V-320

INFARTO MESENTÉRICO: ASOCIACIÓN ENTRE MORTALIDAD PERIOPERATORIA Y CONCENTRACIÓN PLASMÁTICA DE DNA

R. Mayayo¹, M. Maldifassi², A. Quesada¹, F. Montoya¹, C. García-Cerrada¹, R. Codoceo², E. López-Collazo² y F. Arnalich¹

¹Servicio de Medicina Interna y Urgencias, ²Unidad de Investigación y Bioquímica clínica. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos. El infarto mesentérico representa una emergencia vascular de difícil diagnóstico y elevada mortalidad. En este trabajo se evalúa la utilidad diagnóstica de la determinación de DNA plasmático al ingreso en pacientes con dolor abdominal y probable isquemia mesentérica, y el valor pronóstico de mortalidad perioperatoria.

Material y métodos. Se analiza la concentración plasmática de DNA libre mediante PCR cuantitativa (Applied Biosystems, Canadá) al ingreso en el hospital de un conjunto de 130 pacientes con dolor abdominal intenso y sospecha clínica de isquemia mesentérica, que fueron sometidos a laparotomía. Se recogieron los datos clínicos durante el preoperatorio, hallazgos quirúrgicos y evolución postoperatoria. El diagnóstico de infarto mesentérico fue confirmado mediante laparotomía y, biopsia intestinal, en su caso. Las variables de desenlace fueron la sensibilidad diagnóstica y la mortalidad perioperatoria (30 días). Se utilizó metodología estadística descriptiva, análisis de regresión logística y curva ROC.

Resultados. En 99 pacientes se pudo confirmar el diagnóstico de infarto mesentérico primario extenso, y en los restantes casos se estableció un diagnóstico alternativo (vólvulo intestinal con isquemia secundaria, en 16 casos; colecistitis aguda 6; úlcus gástrico perforado 5; varios 6). Fallecieron 46 pacientes (46,6%) en el grupo de infarto mesentérico confirmado, y 6 pacientes (19,4%) en el grupo de pacientes con otras causas de abdomen agudo ($p < 0,05$). La concentración plasmática de DNA fue muy superior en los pacientes

con infarto mesentérico confirmado (mediana 7.340 GE/ml, versus, 2735 GE/ml, $p < 0,01$), y en los pacientes que fallecieron (mediana 8.830 GE/ml vs 4.970 GE/ml, $p < 0,05$). La concentración de DNA se correlacionó con el índice P-POSSUM y APACHE II ($r = 0,386$ y $r = 0,312$, respectivamente, $p < 0,01$), y bicarbonato sérico ($r = -0,286$, $p < 0,01$), pero no así con la concentración de urea, ni con la edad, cifra de hemoglobina, cifra de leucocitos, ni otros parámetros analíticos. El valor del área bajo la curva ROC de la concentración plasmática de DNA para el diagnóstico correcto de infarto mesentérico, y como predictor de mortalidad perioperatoria fue de 0,708 (IC95% 0,701-0,890), y de 0,815 (IC95% 0,735-0,894), respectivamente. Mediante análisis de regresión logística se demostró que, por cada incremento en la concentración plasmática de DNA de 1.000 GE/ml, aumentaba 1,52 veces el riesgo de mortalidad perioperatoria.

Discusión. La isquemia intestinal aguda extensa produce un amplio daño celular que libera enzimas lisosomales y fragmentos de DNA nuclear de las células destruidas. La cuantificación de DNA plasmático parece ser un parámetro que refleja la extensión del daño tisular. La presencia de insuficiencia renal crónica produce una elevación de los valores de DNA circulante. La frecuente pluriopatología vascular de estos enfermos que se asocia a isquemia renal crónica, limita parcialmente el valor predictivo de la elevación de DNA en estos pacientes.

Conclusiones. 1) En pacientes con abdomen agudo, la concentración plasmática de DNA es un marcador útil para el diagnóstico de infarto mesentérico. 2) La concentración de DNA circulante constituye un factor predictivo independiente de mortalidad ajustada a los 30 días.

V-321

GAMMAPATÍAS MONOCLONALES DE SIGNIFICADO INCIERTO (GMSI) EN UN HOSPITAL COMARCAL. A PROPÓSITO DE UN CASO DE ESCLEROMIXEDEMA

M. Koussa Madroñal¹, D. Navarro Moreno¹, M. Camilo Haché¹, J. Manchón Castilla¹, E. Pardal de la Mano², A. Prieto Vicente¹, G. Martín Núñez² y J. Alonso Peña¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Hematología. Hospital Virgen del Puerto. Plasencia (Cáceres).

Objetivos. Las gammopatías monoclonales son consecuencia de la expansión de un clon de células plasmáticas secretoras de inmunoglobulina, que puede detectarse en sangre y/u orina y se denomina componente monoclonal. Su significado es desconocido y en algunas ocasiones se asocia a algunas enfermedades hepáticas, inmunológicas, víricas u otras. En algunos pacientes este trastorno puede evolucionar a mieloma múltiple (MM). Revisión de las gammopatías monoclonales de significado incierto en nuestro Hospital.

Material y métodos. Revisamos las gammopatías monoclonales de significado incierto (GMSI) en nuestro Hospital durante más de una década (1998-2010) y su asociación con otras patologías. Consideramos GMSI según los criterios de la OMS (2008). Estudiamos las características demográficas y clínico-biológicas de los pacientes, su evolución y asociación con otras patologías. Se utilizaron métodos estadísticos descriptivos (paquete estadístico SPSS 15.0).

Resultados. De los 204 casos revisados los resultados son: 53% hombres y 47% mujeres; 70% mayores de 65 años, con una mediana de edad de 72 años. La distribución de las Inmunoglobulinas es de Ig G 65%, Ig A 22% y el resto Ig M. La proporción de K/L fue 1.2. Durante todo el seguimiento 6 pacientes han progresado a Mieloma y sólo se ha detectado un caso de escleromixedema.

Discusión. La incidencia de las gammopatías monoclonales de significado incierto y su prevalencia en nuestra área es similar a la del resto de España. La detección en nuestra área de la asociación del escleromixedema (enfermedad poco frecuente) con gammapatía monoclonal de significado incierto.

Conclusiones. La GMSI es una patología de gran incidencia (17/100.000/año) y prevalencia en población anciana en nuestro medio. En general la asociación con otras patologías es escasa, así como su transformación a mieloma (6/204). El escleromixedema es una enfermedad rara y en la mayoría de los casos asociada a gammapatía como ha ocurrido en nuestro caso. La extensión del estudio al detectar una GMSI dada la mínima transformación a MM sólo está indicada en casos determinados.

V-322 DESCRIPCIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CIRROSIS BILIAR PRIMARIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

B. Mora Hernández, M. Fernández Arranz, B. Pinilla Llorente, M. Gómez Antúnez, T. Blanco Moya, F. de la calle Prieto, E. Ntfoi y A. Muiño Míguez

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

Objetivos. La cirrosis biliar primaria (CBP) es una enfermedad lentamente progresiva caracterizada histológicamente por inflamación portal y destrucción autoinmune de los conductos biliares intrahepáticos. Los síntomas más frecuentes son el prurito y la astenia, aunque hasta un 60% de los pacientes están asintomáticos al diagnóstico. Se ha asociado a otras enfermedades autoinmunes como esclerodermia o Sjögren. El diagnóstico definitivo se establece mediante 3 criterios: presencia de anticuerpos antimitocondriales (AMAs) en sangre, elevación de enzimas hepáticas (en especial fosfatasa alcalina) e histología compatible. El objetivo de este estudio es analizar las características clínicas y evolutivas de los pacientes diagnosticados de cirrosis biliar primaria, así como la presencia de otras enfermedades autoinmunes asociadas.

Material y métodos. Estudio observacional retrospectivo de pacientes con diagnóstico de CBP ingresados en el hospital entre enero de 2004 y abril de 2010. Los datos recogidos fueron: edad, sexo, síntomas de debut, presencia de criterios diagnósticos, enfermedades asociadas, tratamiento y presencia de cirrosis. Se ha analizado la prevalencia de estos factores, expresando las medias como porcentajes.

Resultados. Se analizaron 37 pacientes, siendo un 94,6% mujeres, con edad media de 54 años (rango: 19-86 años). De la totalidad sólo pudieron obtenerse datos acerca de los síntomas en 20 de ellos: un 5% tenía fatiga de manera aislada, un 45% prurito y un 15% ambos síntomas. La prevalencia de otras enfermedades autoinmunes era: anemia hemolítica 8,1%, esclerodermia 10,8% y síndrome de Sjögren 5,4%. La disfunción tiroidea se observó en un 27% de los casos, no pudiendo precisarse si era o no de etiología autoinmune. La presencia de dislipemia y de osteoporosis se encontró en un 35,1% y 16,2% respectivamente. Se hallaron valores elevados de fosfatasa alcalina en un 91,9% y un 81,1% de los pacientes presentaban AMAs positivos. Se realizó biopsia en un 54%, con un 40% de cirrosis establecida.

Discusión. La CBP se describe como una enfermedad con un pico de incidencia a los 50 años, confirmado en nuestra muestra. Un 35% de los pacientes estaba asintomático al diagnóstico, aunque la dificultad en la recogida de los datos clínicos podría distorsionar este dato. En los sintomáticos lo más frecuente era el prurito. La disfunción tiroidea y la osteoporosis son las alteraciones encontradas con más frecuencia en estos pacientes, y la esclerodermia la enfermedad autoinmune más prevalente. La gran mayoría presenta AMAs persistentemente positivos, así como elevación de fosfatasa alcalina. En un porcentaje considerable se establece el diagnóstico de cirrosis histológica, incluso en algunos casos, en el momento del diagnóstico de la enfermedad.

Conclusiones. La CBP es una enfermedad que se desarrolla predominantemente en mujeres jóvenes. En una proporción importante de los casos se sospecha por alteraciones analíticas, confirmándose mediante biopsia sólo en la mitad de los casos. Ante la presencia de estas alteraciones, debería considerarse la búsqueda de otras enfermedades asociadas y la realización de pruebas de imagen y/o histológicas que confirmen el diagnóstico y el estadio de la misma.

V-323 ESTUDIO Y SEGUIMIENTO DE LOS CASOS DE MEN 2A EN EL ÁREA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA RIBERA (VALENCIA)

M. Nadal Bravo¹, C. Fajardo Montañana² y J. Gómez Vela²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Endocrinología. Hospital Universitario de La Ribera. Valencia.

Objetivos. Conocer la prevalencia de familias MEN 2A en nuestro área, sus características clínicas, seguimiento y monitorización.

Material y métodos. Estudio genético a partir de los pacientes (feocromocitoma y carcinoma medular de tiroides) de 2 familias con diagnóstico de MEN 2A mediante análisis de cariotipo y seguimiento por monitorización de calcitonina y CEA.

Resultados. En unos de los casos se sospechó de MEN 2A al presentar feocromocitoma y tras pérdida de seguimiento a los 12 años un CMT. En el otro caso índice se diagnosticó tras detectar en un nódulo tiroideo la mutación del proto-oncogén RET. En el estudio de los familiares las 2 hijas de uno de los casos índice y una de las hijas del otro caso índice presentaron la mutación. En uno de los casos índice no se realizó la tiroidectomía al ser ya irreseccable y falleció a causa del CMT. En el otro caso índice se detectó una metástasis a nivel hepático aislada que fue resecada puesto que en las series publicadas se ha visto que mejora el pronóstico aunque no es un tratamiento curativo. Una mutación fue en el codón 634 del proto-oncogén RET que aparece en el 80% de las familias con MEN 2A, y está en relación con la forma MEN 2A clásica. Otra mutación fue en el codón 618 del proto-oncogén RET que es la variante de MEN 2A asociada a enfermedad de Hirschsprung. Dicha asociación no se ha hallado en los portadores de dicha mutación en nuestra serie.

Discusión. La neoplasia endocrina múltiple de tipo 2A (MEN 2A) o síndrome de Sipple consiste en la combinación de carcinoma medular de tiroides, hiperparatiroidismo y feocromocitoma. Engloba al 60% de todas las formas familiares de carcinoma medular de tiroides (CMT). La frecuencia de aparición es de 1,5-2 casos por 100.000 habitantes, prevalencia similar a la registrada en nuestra área que abarca a una población de unos 240.000 habitantes. El CMT se manifiesta en más del 95% de los pacientes, aparece en la cuarta década de la vida y la afectación locorregional está en función del momento del diagnóstico. El CMT suele preceder al feocromocitoma y al hiperparatiroidismo en varios años. El diagnóstico se basa en la determinación de la calcitonina y el CEA, ya mediante el diagnóstico citológico por PAAF sólo se suele identificar el 50% de los CMT y ambas se usan durante el seguimiento y también de las catecolaminas fraccionadas en orina de 24 horas. Si existen alteraciones en dichos resultados se utilizan pruebas de imagen para localizar la lesión.

Conclusiones. Los niveles de calcitonina y CEA son esenciales en el seguimiento. Uno de los casos índice debutó con la presentación de un feocromocitoma sin embargo, lo más frecuente es que presenten al inicio un CMT. Posteriormente presentó una metástasis hepática aislada a diferencia de la diseminación hepática típica que ocurre en este síndrome que suele ser de tipo miliar. La tiroidectomía en los pacientes relacionados con los casos índice se tuvo que realizar a edades posteriores a las recomendadas puesto que no se había diagnosticado previamente. Por el momento dicho suceso no

ha supuesto una peor evolución de los pacientes a pesar de que en todos ellos se detectó en el análisis de las piezas quirúrgicas de tiroidectomía la presencia de CMT aunque sin metástasis a distancia.

V-324

ESCLERODERMIA. CASUÍSTICA DE UNA CONSULTA DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

E. Trigo, C. Ferreira, S. Ventura, M. Agúndez, D. Silva, F. Silva, J. Fortuna y A. Figueiredo

Medicina. Centro Hospitalar de Coimbra. Coimbra (Portugal).

Objetivos. La esclerodermia es un grupo heterogéneo de situaciones en las que ocurre una síntesis excesiva y depósito de matriz extracelular, que puede afectar sólo a la piel y tejidos subyacentes o tener involucramiento sistémico. Es una enfermedad rara, con una incidencia anual de 1-2 por 100.000 en EEUU, afectando más comúnmente a mujeres con una relación de 3:1. Objetivos: caracterizar las diferentes formas de presentación y el involucramiento sistémico de la esclerodermia.

Material y métodos. Análisis retrospectivo de los pacientes seguidos en consulta externa desde el año 2000, de Enfermedades Autoinmunes del Departamento de Medicina del Centro Hospitalario de Coimbra, EPE con diagnóstico de esclerosis sistémica, CREST y enfermedad mixta del tejido conectivo.

Resultados. Fueron seguidos 26 pacientes en consulta, veintinueve mujeres (80,8%) y cinco hombres (19,2%), con una media de edades de 62,3 años. El seguimiento en consulta fue de un promedio de cuatro años y cuatro meses. Los diagnósticos se distribuyeron de la siguiente manera: dieciséis pacientes con CREST (61,5%), nueve pacientes con esclerosis sistémica (34,6%) y un paciente con enfermedad mixta del tejido conectivo con fuerte componente de esclerodermia (3,8%). El 83% de los pacientes tenían anticuerpos antinucleares (ANA) positivos. Los anticuerpos anti-centrómero fueron positivos en nueve de los dieciséis pacientes con CREST (56,3%) y anti-Scl 70 fue positivo en 55% de los pacientes que tuvieron diagnóstico de esclerosis sistémica. El anticuerpo anti-SSA fue positivo en 5 de 26 pacientes con esclerodermia. El anti-RNP positivo llevó al diagnóstico de enfermedad mixta del tejido conectivo en un paciente. Las manifestaciones cutáneas más frecuentes fueron: el fenómeno de Raynaud en 21 pacientes (81%), esclerosis cutánea (53,8%), telangiectasias (34,6%), microstomía (15,4%), artralgiás (26,9%) y calcinosis (53,8%). Once pacientes tenían quejas compatibles con alteración de la motilidad esofágica. Sólo un paciente tuvo afectación renal con crisis renal esclerodérmica. Tenían afectación pulmonar 15 pacientes (57,6%), diez de los cuales con más de una manifestación pulmonar asociada con la esclerodermia. El 90% de los pacientes con esclerosis sistémica tenían afectación pulmonar, y ésta estaba presente en todos los pacientes con Ac. Anti-Scl 70 positivo. Sólo el 43,7% de los pacientes con CREST tenían afectación pulmonar. Diez pacientes con hipertensión pulmonar, nueve pacientes con fibrosis pulmonar intersticial, cuatro con enfisema pulmonar, dos con engrosamiento pleural y uno con neumonía intersticial no específica. Trece pacientes (50%) tenían un patrón ventilatorio restrictivo con disminución de la difusión de monóxido de carbono. De los seis pacientes ya fallecidos 5 tenían afectación pulmonar.

Conclusiones. Aunque lo que caracteriza a la esclerodermia son los cambios en la piel, la afectación multiorgánica es frecuente, con gran prevalencia de la afectación pulmonar en la esclerosis sistémica. Los principales síntomas pulmonares son hipertensión pulmonar y fibrosis pulmonar que son importantes causas de morbi-mortalidad asociadas a esta entidad.

V-325

CARACTERÍSTICAS DE LAS HEMORRAGIAS DIGESTIVAS ALTAS EN PACIENTES INGRESADOS EN UN HOSPITAL COMARCAL

J. Manchón Castilla, D. Navarro Moreno, J. Arrebola Benítez, M. Koussa Madroñal, I. Machuca Sánchez, J. Alonso Peña, A. Prieto Vicente y T. Sánchez Sánchez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Puerto. Plasencia (Cáceres).

Objetivos. Descripción de las características clínicas de pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta (HDA) ingresados en el servicio de Medicina Interna, teniendo en cuenta aspectos de comorbilidad, datos analíticos, pruebas diagnósticas realizadas y medidas terapéuticas llevadas a cabo.

Material y métodos. Estudio descriptivo de carácter retrospectivo sobre casos de hemorragia digestiva alta ingresados y diagnosticados en el servicio de Medicina Interna, analizando los datos obtenidos con el programa SPSS.

Resultados. Se analizaron 99 pacientes de entre 20 y 98 años, con una media de edad de 71,30. De éstos, 61 (61,6%) fueron varones y 38 (38,4%) mujeres. La estancia media fue de 8,145 días. Un 12,1% de los pacientes eran fumadores y un 16,2% bebedores. Con respecto a su tratamiento previo, el 42,4% tomaban o habían tomado AINES. Un 26,3% del total estaba en tratamiento con IBP. Un 15,2% tomaba dicumarínicos y sólo un 2% corticoides orales. Un 18,2% tenía prescripción de algún tipo de estatina. Con respecto a los antecedentes personales, un 19,2% había presentado algún episodio de HDA y un 10,1% tenía úlcera péptica. El 33,3% de ellos había sido sometido a cirugía abdominal y el 6,1% presentaba cirrosis biliar. Un 16,2% tenía algún tipo de neoplasia. En cuanto a la forma de presentación, en el 33,33% de los casos se produjo en forma de hematemesis, frente a un 39,39% que lo hizo en forma de melenas. El 19,19% de ellos debutó con ambas. El 25,3% de los pacientes presentó algún síntoma de hipovolemia y el 37,4% de ellos abdominalgia. Un 10,1% experimentó cambios en el ritmo intestinal. El tacto rectal fue realizado en el 30,3% de los casos, resultando patológico en el 19,2% y sin hallazgos en el 11,1%. En el apartado de determinaciones analíticas, el valor medio de hemoglobina fue de 10,564 g/dl. Las cifras medias de urea y creatinina obtenidas fueron de 78,11 mg/dl y 1,0645 mg/dl respectivamente. La cifra media de plaquetas fue de 226.898,99 y la coagulación presentó alguna alteración en el 39,4% de los casos. La endoscopia digestiva alta fue realizada en el 87,9% de los pacientes, apareciendo úlcera gástrica en un 15,2%, úlcera duodenal en un 17,2%, varices esofágicas en un 13,1%, esofagitis en un 28,3%, Mallory-Weiss en un 5,1%, neoplasia digestiva en un 4,0%. El tratamiento fue médico en el 85,9% de los casos, endoscópico en el 14,1% y quirúrgico en ninguno. El 61,6% no requirió transfusión. Sólo el 3% presentaron resangrado durante el ingreso.

Discusión. Las úlceras pépticas son el origen más frecuente de hemorragia digestiva alta en nuestro medio. De éstas, gran parte se asocian al consumo de AINES, siendo cada vez mayor la proporción de casos debidos a la utilización de estos fármacos. Las varices esofágicas ocuparían el segundo lugar en la etiología, seguidas del síndrome de Mallory-Weiss. Las gastritis y la esofagitis son causantes de pequeñas hemorragias que raramente resultan graves.

Conclusiones. Según nuestro estudio, la causa más frecuente de HDA en nuestro hospital es la úlcera péptica, dato que coincide con la epidemiología descrita en la literatura, estando presente el consumo de AINES en el 42,4% de los casos. Asimismo, las varices esofágicas ocupan el segundo lugar. Por el contrario, la esofagitis ha resultado más frecuente que el síndrome de Mallory-Weiss.

V-327 NON-CONVULSIVE STATUS EPILEPTICUS ASSOCIATED WITH THE USE OF CEFEPIME

A. Amaral Gomes, C. Cunha, S. Reis, M. Amorim, M. Couto
y M. Lima

Servicio de Medicina Interna. Hospital Sao Joao. Porto (Portugal).

Objectives. Non-convulsive status epilepticus (NCSE) and metabolic encephalopathy are rare complications described in the use of cephalosporins. We present two cases.

Results. Case 1: 90 year old woman, with history of cerebrovascular disease without sequelae, arterial hypertension and diabetes mellitus (DM). Previous ward admission for pneumonia. Readmitted for Nosocomial pneumonia, medicated with cefepime. On the 5th day of stay a decrease in level of consciousness, non reactive to stimuli. Blood work and imaging scans were unremarkable. Electroencephalogram (EEG) with very slow delta activity alternating with alpha periods. She suspended antibiotic and was started on anti-convulsive therapy. Progressive clinical and EEG improvement, being discharged on the 10th day on her usual neurological status, without anticonvulsive therapy. Case 2: 88 year old woman, with history of DM, atrial fibrillation and dementia, with multiple admissions for respiratory infections. Admitted for aspiration Pneumonia, having completed 14 days of Vancomycin and Imipenem. On the 19th day of hospital stay respiratory distress, with a rise in inflammatory markers and worsening image on chest x-ray. She was started on Cefepime. On the 27th day she was found in stuporous state despite analytical improvement. CT scan was unremarkable and EEG showed long periods of epileptic discharges. She suspended antibiotic and was started on valproic acid. Progressive clinical improvement, being discharged on the 32nd of hospital stay after returning to her usual neurological status, without anticonvulsive therapy. Discharge EEG with no epileptic activity.

Discussion. Cefepime is a broad spectrum fourth generation cephalosporin, which is being more frequently used in hospital acquired infections. NCSE is a rare adverse effect regarding its use, particularly when used in old patients with renal function deterioration. This diagnosis should be considered when addressing stuporous/comatose patients, allowing for prompt treatment avoiding its deleterious cognitive effects.

V-329 HETEROGEN MANIFESTATIONS OF VITAMIN B12 DEFICIENCY

M. Neves, I. Ferreira y S. Oliveira

Medicina 4. Hospital Fernando Fonseca. Amadora (Portugal).

Objectives. Vitamin B12 deficiency is a worldwide health problem, and in Europe has a prevalence of 1.6-10%, occurring in 10-15% of people older than 60 years old. A large spectrum of manifestations can be observed, from asymptomatic to disabling abnormalities. This paper pretends to be exemplificative of vitamin B12 deficiency clinical diversity.

Material and methods. We reviewed three cases of vitamin B12 deficiency, diagnosed in an Internal Medicine ward.

Results. The first case refers to a 69 year old woman admitted with decompensate hypertensive heart disease in the context of moderate anemia. This was proved to have occurred due to vitamin B12 deficiency and resolved with vitamin administration, with consequent amelioration of the cardiac manifestations. The primary cause of vitamin B12 deficiency was an atrophic gastritis and the presence of intrinsic factor antibodies. The second case consists on a 70 year old woman admitted to investigate a severe pancytopenia, found to be caused by isolated vitamin B12 deficiency. This patient demonstrated to have chronic gastritis and *Helicobacter*

pylori infection. The blood counts notably responded to intramuscular vitamin B12 administration. The third case is a 72 year old woman with recent neurologic abnormalities in the postural control and incapable of walking, without loss of muscular strength and with no imaging or electromyography alteration. This patient had a severe vitamin B12 deficiency with normal blood count, and other metabolic or organic causes of neurologic deficit were excluded. As such, physiotherapy and vitamin B12 reposition were initiated. In this case, the vitamin B12 deficit appeared to be consequent to low intake.

Discussion. The three cases of vitamin B12 deficiency here reported represent important manifestations of this disorder in the elderly population, mainly hematologic and neurologic abnormalities, highlighting that both can occur independently from each other. The causes of vitamin B12 deficiency are also of main importance, because some predisposing factors are treatable, like low ingestion of vitamin B12 and *Helicobacter pylori* infection.

Conclusions. Clinical and laboratory manifestations of vitamin B12 deficiency are diverse and may seem difficult to clarify. Every physician must be aware of the need to reinforce the ingestion of vitamin B12 rich food in the elderly, and the repercussions of this vitamin deficit. Early recognition of this disorder and its predisposing conditions is the best way to prevent complications and life-threatening syndromes can be resolved with supplementary administration.

V-330 MEDICAL PATHOLOGY IN AN OBSTETRICS WARD

I. Palma dos Reis¹, C. Conceição¹, S. Teixeira¹, G. Reyle¹, J. Guia¹, A. Carvalho¹, F. Cirurgião² y L. Campos²

¹Internal Medicine 4 Department, ²Obstetrics Department. São Francisco Xavier. Lisboa (Portugal).

Objectives. Pregnant women with underlying pathology must be carefully monitored to overcome the impact that the disease may have on pregnancy. Acute medical complications may present with atypical manifestations during pregnancy, requiring early and specialized intervention. Aims: To characterize the involvement of Internal Medicine-IM in a ward of the Department of Obstetrics-OD.

Material and methods. Retrospective register-based consultancy service of IM in 2008-2009. We have evaluated 66 women in the OD, in a total of 6,776 admissions (0.9%). 48 were puerperae and 18 pregnant women, aged between 17 and 47 years (mean and median 32 years). We have studied not only the characteristics of pregnant women/puerperae observed but also the reason and type of intervention performed.

Results. 56% of the observed women were nulliparous or primiparous and 15% had a history of previous abortion. 59% already had known pathology or complications in previous pregnancies, such as hypertension-15%, respiratory diseases-10%, gestational diabetes-10%, obesity-6%. The reasons for calling the Internist were hypertension/pre-eclampsia-28%, analytical changes-27%, respiratory distress/symptoms-25% and poor glycemic control-18%. The interventions were medication adjustment-74%, complementary exams-48%, need of another specialty-7%. 16% of the women were referred to the internal medicine ambulatory follow-up, 13% to other consultations, 10% were transferred, no maternal or fetal deaths after the request for advice.

Discussion. In 35% of the observed women, the reason for consulting was directly related to the previous history. Advanced age (38% ≥ 35 years) and previous pathology (present in 68% of patients above 35 years) could have anticipated the need for medical intervention and thus improving care.

Conclusions. The advice of IM is justified in the OD. Pregnancies in older, heavier and less healthy women represent a growing challenge to which physicians must be adequately prepared.

V-331 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES INGRESADOS DURANTE LAS GUARDIAS DE MEDICINA INTERNA

S. Vicente Rodrigues, D. Gudiño, B. Garrido Bernet, C. Alonso, L. Abraham, S. Núñez Díaz y P. Laynez Cerdeña

Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos. Realizar un estudio transversal observacional de 6 meses de duración de las patologías valoradas para ingreso durante la Guardia de Medicina Interna.

Material y métodos. Se recogen datos de los pacientes ingresados en la Guardia desde enero a junio de 2009. Los datos recogidos incluyen edad, sexo, diagnóstico al ingreso y servicio de ingreso.

Resultados. Se analizaron 2.159 pacientes ingresados durante los 6 meses. Ingresos neumología: Neumonía 122, EPOC Agudizado 54, Infección respiratoria 68, Insuficiencia respiratoria 77 TEP 27, Asma agudizada 29, Masa pulmonar estudio 11, Derrame pleural 18, Encefalopatía hipercápnica 7, Sepsis respiratorio 8, Cáncer pulmón 5, Bronconeumonía otros 38, total 472. Ingresos Oncología Médica: Cáncer mama 14, Neutropenia febril 1, Insuficiencia Cardíaca 12, Neumonía 12, Cáncer pulmón 9, ITU 9, Cáncer colon 4, Derrame pleural 4, Sobreinfección respiratoria 5 Ascitis 5, Hemoptisis 3, otros 44. Total 134. Ingresos Medicina Interna: Inf. respiratoria 211, ICC 196, Neumonías 167, ITU 102, EPOC reagud. 89, HDA 51, Sd. constitucional 43, Deshidratación 37, Fod 30, Insuf. respiratoria 26, Derrame pleural 23 Sepsis sin foco 23, HDB 22, Masa pulmonar a estudio 22, Sd. confusional agudo 21 TEP 19, Pancreatitis aguda 18, Sd. anémico a estudio 18, VIH 16, Celulitis 13, Hemoptisis 13, Sepsis urinaria 13, Sd. abstinencia OH 11, Solangitis 10, Encef. hepática 10 Brote colitis ulcerosa 9, Cetoacidosis DBT 9, Descompensación diabética 9, Loe hepática a estudio 9, Sepsis abd. 9, Otros 217. Total 1.319. Ingresos Digestivo: Primera descompensación hidrópica 56, HDA 38, pancreatitis agudas 19, HDB 16, Encefalopatía hepática 13, Sd. diarreico 13, Sd. anémico 10, Brote de enfermedad de Crohn 10, ictericia a estudio 8, otros 50. Total 234.

Discusión. Se ingresaron un total de 1.319 pacientes en Medicina Interna de estos 48% varones y 51,9% mujeres, edad superior a los 60 años 76,9% y menos de 60 años 23,1%, patologías más frecuentes: Infección respiratoria, Insuficiencia cardíaca, Neumonías. En el servicio de Digestivo ingresaron 234 pacientes 61,9% varones y 38,1% mujeres, edad superior a los 60 años 70,9% y menos de 60 años 29,1%, patologías más prevalentes: primera descompensación hidrópica, HDA y pancreatitis aguda. En Neumología ingresaron 472 pacientes 57,1% varones y 42,9% mujeres, edad superior a los 60 años 75,9% y menos de 60 años 24,1%, patologías más frecuentes Neumonía, EPOC agudizado e Infección respiratoria. En Oncología médica ingresaron 134 pacientes, 45,5% varones y 54,5% mujeres, edad superior a los 60 años 68,5% y menos de 60 años 31,5%, patologías más frecuentes cáncer de mama y neutropenia febril.

V-332 DETECCIÓN DE RIESGO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

E. Escudero Álvarez, L. Mancebo, M. Martín, M. Ripoll y E. Malmierca

Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Sofía. Madrid.

Objetivos. Identificar a los pacientes con malnutrición o riesgo nutricional así como el soporte nutricional empleado durante el ingreso hospitalario y constatar el peso que dicha actuación había tenido sobre la complejidad reflejada en el informe de alta.

Material y métodos. Se estudiaron retrospectivamente los pacientes ingresados en Medicina Interna a los que se había solicitado interconsulta desde 5-2009 al 5-2010. Se revisó la historia clínica,

recogiendo: edad, sexo, demora desde el ingreso a la interconsulta, enfermedad de base, motivo ingreso, motivo de consulta a nutrición, antropometría y bioquímica así como diagnóstico y soporte nutricional.

Resultados. El motivo de consulta fue valoración del estado nutricional por sospecha de desnutrición en 144 pacientes (Grupo I) y valoración de tratamiento en paciente con enfermedad que requiriera ayuno en 36 pacientes (Grupo II). 57 pacientes (32%) no tenían una enfermedad previa que condicionara desnutrición; 34 pacientes (19%) tenían una neoplasia; 74 (41%) deterioro cognitivo; EPOC 4% Otras: etilismo 2%; insuficiencia renal 1% La enfermedad que motivó el ingreso fue en 48,8% infecciosa, 23,3% negativa a ingesta, 22,2% pancreatitis, 3,6% otra patología abdominal y 2,1% disfgia.

Conclusiones. La desnutrición sigue estando infradiagnosticada en los servicios de Medicina Interna. Una adecuada valoración nutricional permitiría el diagnóstico preciso y el soporte nutricional adecuado. Una mayor sensibilización a estos aspectos, llevaría a que ya desde el momento del ingreso se solicitara la consulta a nutrición de aquellos pacientes que lo precisaran. Esto permitiría un rápido diagnóstico y tratamiento con clara repercusión sobre la estancia hospitalaria.

Tabla 1 (V-332). Parámetros analíticos

	Media ± DE	Grupo I n = 144	Grupo II n = 36
Linfocitos	970 ± 346,1	900 ± 258,2	1250 ± 346,7
Colesterol total	131,28 ± 47,3	123,3 ± 13,6	163,2 ± 35,7
Albumina	2,66 ± 0,4	2,46 ± 0,4	3,47 ± 0,6
Transferrina	160,8 ± 47,3	139 ± 52,1	248 ± 97,8
Prealbumina	12,6 ± 14,8		

Tabla 2 (V-332). Diagnóstico del estado nutricional

	Proteica	Calórica	Mixta
Leve	20 11,1%	20 11,1%	32 17,7%
Moderado	6 3,3%	16 8,8%	22 12,2%
Grave	0 0%	9 5%	30 16,7%
Total	26 14,4%	45 24,9%	84 46,5

V-333 EVALUACIÓN DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN UN SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

N. Pazos Otero, C. Fernández Méndez, D. Salgado López, J. Lamas Ferreiro, I. Benito y L. Amador Barciela

Hospitalización a Domicilio. Complejo Universitario de Vigo. Vigo (Pontevedra).

Objetivos. Evaluar el tipo de patologías y las características de los pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización a domicilio del Hospital Xeral en los meses de mayo, junio y julio de 2010 así como la estancia media y su evolución.

Material y métodos. Estudio descriptivo observacional retrospectivo de los pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización a domicilio del Área correspondiente al Hospital Xeral de Vigo en el periodo del 1 de mayo al 31 de julio del 2010. Utilizamos como base de datos las historias clínicas del Sistema Informático de nuestra Área Sanitaria.

Resultados. Durante el período a estudio ingresan en nuestra Unidad 98 pacientes de los cuales 57 (58,16%) son varones y 41 (41,84%) mujeres. Las edades comprendidas son de 30 a 102 años con una media de 72,35 años. Con respecto a su estancia media, una vez excluidos 8 pacientes que continúan ingresados al final del periodo de estudio, ha sido 20,65 días. Los motivos de ingreso son insufi-

ciencia cardíaca 4,08%, epilepsia 2,04%, TEP 5,10%, patología oncológica 40,81%, infecciones osteoarticulares 10,20%, infección respiratoria de vías bajas 6,12%, exacerbación de EPOC 10,20%, neumonía 2,04%, infección del tracto urinario 8,16%, otra patología infecciosa 7,14%, y otros 4,08%. Los pacientes no oncológicos son remitidos desde los Servicios de M. Interna 23,46%, Urgencias 22,91%, Neumología 8,33%, Cirugía Vascul ar 8,33%, Atención Primaria 6,25%, Cirugía General 6,25%, Nefrología 6,25%, Neurología 4,16%, Neurocirugía 4,16%, Urología 2,08%, Traumatología 2,08%, Geriátría 2,08%. De los pacientes oncológicos la mortalidad es 72,5% y de los no oncológicos la mortalidad es 14,58%.

Discusión. Los Servicios de Hospitalización a domicilio se consideran actualmente una buena alternativa a la hospitalización convencional tanto desde el punto de vista económico como para el confort del paciente y su familia. La patología no difiere de la existente en una planta de hospitalización de M. Interna. La tasa de derivación desde M. Interna es del 23,46% siendo la más alta de entre todas las especialidades médicas y quirúrgicas. Esto pone en evidencia que otras áreas médicas así como los Servicios quirúrgicos serían objetivos sobre los que incidir para el conocimiento y promoción de la hospitalización a domicilio.

Conclusiones. Durante el periodo de estudio la media de edad es 72,35 años con un ligero predominio del sexo masculino. Teniendo en cuenta los motivos de ingreso, el más frecuente es la patología oncológica seguida de las infecciones osteoarticulares y la exacerbación de EPOC. El Servicio de origen de los pacientes son fundamentalmente M. Interna y Urgencias.

V-334 ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LOS CASOS DE POLIRRADICULONEUROPATÍA AGUDA DIAGNOSTICADOS EN NUESTRO HOSPITAL

O. Abdallaoui, E. Rodríguez Beltrán, L. Andreu,
C. Sánchez Sánchez, C. Rodríguez Blanco, M. Budiño,
M. Álvarez Moya y D. Sánchez Fuentes

*Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Ávila.
Ávila.*

Objetivos. Conocer las características clínicas y la evolución de los pacientes diagnosticados de polirradiculoneuropatía aguda en nuestro hospital.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de casos clínicos. Revisión de las historias clínicas de los pacientes dados de alta del hospital con el diagnóstico de polirradiculoneuropatía aguda o síndrome de Guillain-Barré.

Resultados. Durante el periodo de 1992 hasta 2009, 27 pacientes fueron dados de alta con el diagnóstico de polirradiculoneuropatía aguda o síndrome de Guillain-Barré. Sus edades oscilaron entre 10 y 87 años con una media de 60 años. El cuadro neurológico estuvo precedido de un proceso de infección de vías respiratorias altas en 9 casos (33%), de proceso diarreico en 3 (11%) y de vacunación en 3 (11%). La debilidad muscular estuvo presente en todos los pacientes y además, 12 (44%) tuvieron sintomatología sensitiva, 5 (18%) alteraciones en los pares craneales y 1 (4%) franca ataxia. La fiebre no estuvo presente al inicio en ninguno de los pacientes, y solo apareció si hubo complicaciones. En 26 pacientes (96%) se efectuó estudio de LCR que salvo en 1 caso que fue normal siempre presentó disociación albúmino-citológica. En 23 (85%) se efectuó estudio electrofisiológico que mostró patrón desmielinizante en 18 casos (78%), axonal en 1 (4%), mixto en 2 (9%) y en 2 (9%) fue normal. Un agente etiológico del cuadro fue identificado sólo en 1 caso, en el que se diagnosticó de enfermedad de Lyme. Todos los pacientes recibieron tratamiento con inmunoglobulinas y además 2 corticoterapia, 2 plasmaféresis y 1 ceftriaxona. 2 pacientes (7%) desarrollaron franca insuficiencia respiratoria que requirieron ventilación mecánica invasiva, 1 de los cuales falleció posteriormente en shock

séptico por neumonía. En total fallecieron 2 pacientes (7%), el segundo de ellos por embolismo pulmonar.

Conclusiones. La polirradiculoneuropatía aguda o síndrome de Guillain-Barré son altas infrecuentes en nuestro hospital. La expresión clínica que presentaron nuestros pacientes fue la habitualmente descrita y la mortalidad del 7%.

V-336 PROTOCOLO DE INSULINIZACIÓN DEL PACIENTE DIABÉTICO HOSPITALIZADO. EFICACIA DEL PROGRAMA

C. Rivera Rubio, B. Gutiérrez Gutiérrez, A. Montilla Burgos,
J. Bravo Ferrer, A. Blanco Becerra, M. Chacón, M. Aguayo Canela
y L. Martínez

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

Objetivos. El año 2009 se publicaron, con el respaldo de la SEMI y otras sociedades científicas, una guía de consenso de insulización en el paciente diabético hospitalizado, que proponían abandonar definitivamente las llamadas "sliding scales", o pautas móviles según la glucemia del paciente, y usar las pautas basal + bolus, una combinación de análogos con las correcciones oportunas en la insulina rápida según la glucemia pre-prandial y los requerimientos del enfermo. En nuestro hospital, la comisión central de calidad promovió la implantación de la nueva pauta a finales del año 2008 y nosotros mismos realizamos un trabajo en marzo del 2009 para evaluar la aceptación encontrando que en los servicios médicos la pauta B + B se utilizaba en el 65,2% por lo que decidimos poner en marcha un plan de formación de facultativos y enfermeros y una difusión masiva del protocolo de insulización en formato de bolsillo y en póster para su colocación en los controles de enfermería. El objetivo de este trabajo ha sido evaluar, un año después, el grado de implantación de la nueva pauta en pacientes hospitalizados en servicios médicos.

Material y métodos. En los 10 primeros días del mes de marzo del 2010 sin previo aviso, se hizo un estudio de corte transversal evaluando a todos los pacientes ingresados en áreas médicas del área hospitalaria Virgen Macarena (Alergología, Cardiología, Digestivo, Endocrinología, Medicina interna, Nefrología, Neumología, Neurología y Reumatología) si eran diabéticos y que tratamiento tenían pautado, registrándose múltiples datos clínicos por profesionales distintos a sus médicos responsables. Hicimos una comparación (chi cuadrado) con un estudio de prevalencia similar realizado por nosotros justamente un año antes, para evaluar si había aumentado el porcentaje de la pauta B + B con las actuaciones emprendidas.

Resultados. En marzo del 2009 la pauta B + B se usaba en el 65,2% de los pacientes diabéticos ingresados en servicios médicos. En el actual corte, se analizaron 162 pacientes ingresados, de los cuales 62 (38%) eran diabéticos y tenían dieta oral. El 88,3% tenían pauta B + B y un 5% una pauta con insulina de NPH en dos dosis suplementada con insulina regular con las comidas. Aún teníamos a 3 pacientes (5%) con una pauta de insulina rápida según glucemia capilar. El aumento de porcentaje de uso de la pauta B + B en la comparativa interanual (23,1%) fue estadísticamente significativo ($p < 0,001$).

Discusión. A pesar del tiempo de uso (más de 25 años) y amplia aceptación de las clásicas "sliding scales", las nuevas pautas emplean un análogo basal (glargina o detemir) y una insulina o análogo rápido antes de cada comida, se han impuesto a lo largo del último año en la mayoría de los hospitales, en nuestro hospital, diversas actuaciones formativas e informativas llevadas a cabo en el 2º trimestre del año 2009 han conseguido extender el uso de la pauta B + B a nueve de cada diez pacientes diabéticos hospitalizados en áreas médicas.

Conclusiones. Un programa formativo dirigido a profesionales sanitarios y la amplia difusión de un protocolo sencillo ha conseguido incrementar significativamente el porcentaje de uso de la pauta de insulización basal+bolus en los servicios médicos de un hospital universitario, incluso un año después de la intervención.

V-337 EXPERIENCIA DEL SOPORTE NUTRICIONAL EN PACIENTES CON ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

D. Mendoza Giraldo¹, L. de la Higuera Vila¹, J. Praena Segovia¹,
C. Rivas Cobas¹, M. Nieto Martín¹, M. Bernabeu Wittel¹,
M. Ollero Baturone¹ y M. Montero Cuadrado²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Hematología. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. Describir las características clínicas y evolutivas de un grupo de pacientes con enfermedades hematológicas que recibieron soporte nutricional durante su ingreso.

Material y métodos. Estudio retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de todos los pacientes ingresados con enfermedades hematológicas que habían recibido soporte nutricional desde enero de 2008 hasta diciembre de 2009. Se recogieron datos demográficos y clínicos, analíticos, antropométricos, y evolutivos, realizándose un análisis descriptivo de la serie, y multivariante de los posibles factores asociados a la mortalidad intrahospitalaria mediante SPSS 18.0.

Resultados. Se indicó soporte nutricional en 147 ingresos, correspondientes a 111 pacientes. La edad media fue 47,28 años, 53,2% varones, 46,8% mujeres. Los diagnósticos principales fueron linfoma (45%) y leucemia (29,7%). En un 81,1% la enfermedad se encontraba activa, en un 9,9% estable y en un 9% en remisión completa. La mediana de evolución de la enfermedad desde el diagnóstico fue de 10 meses. Al ingreso el IMC medio fue 22,07 ± 4,31, con un descenso medio con respecto al basal de 3,65 ± 2,95. El valor medio de albúmina al ingreso fue 2,85 ± 0,80 g/dl. La indicación principal para el soporte nutricional fue la desnutrición asociada a anorexia en un 75,5%. El tipo de nutrición prescrita fue: nutrición parenteral (NP) (11,04%), nutrición enteral (NE) con sonda nasogástrica (2,32%), suplementación oral (SO) (58,7%), y combinaciones entre las tres (13,37%). La mediana de duración del soporte nutricional fue de 10 días (rango 1-76). Fallecieron el 28,6%, por progresión de enfermedad (52%) e infección (47%); La estancia media fue 31,88 ± 20,58 días. Analizamos conjuntamente el grupo de NP y de NE por superposición en la mayor parte de los pacientes de ambos tipos de nutrición (31% de la serie), frente al 69% de SO. La principal diferencia entre ambos grupos fue una mayor mortalidad en el grupo de NE/NP (46,7% vs 20,8%, p = 0,002). Los factores de riesgo asociados a la mortalidad de forma independiente fueron la edad (OR = 1,029, IC (1,006-1,053), p = 0,013 y haber requerido NE-NP (OR = 3,2, IC95% (1,51-6,79), p = 0,002).

Conclusiones. Los pacientes con diagnóstico de linfoma y enfermedad activa fueron los principales candidatos a recibir soporte nutricional de cualquier tipo. El grupo de pacientes con NE y/o NP presentó mayor tasa de éxitos. Los factores asociados con la mortalidad fueron la edad y el haber requerido NE y/o NP.

V-338 CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL COMARCAL

I. Machuca Sánchez, J. Arrebola Benítez, J. Manchón Castilla,
D. Navarro Moreno, M. Koussa Madroñal, L. Pozo Rosado,
A. de la Cruz Iglesias y L. García Ledesma

Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Puerto.
Plasencia (Cáceres).

Objetivos. Analizar las características clínico-epidemiológicas de los pacientes ingresados en un servicio de Medicina Interna.

Material y métodos. Pacientes ingresados durante tres meses en un servicio de Medicina Interna; se realizó un estudio descriptivo

transversal utilizando las variables de filiación, factores de riesgo cardiovasculares, patologías crónicas previas, motivo de ingreso y diagnóstico clínico al alta.

Resultados. Sobre un total de 236 pacientes, la media de edad fue de 64,67 años ± 14,1, en un rango de 17 a 84 años. El 66,9% eran varones y 33,1% mujeres, y la estancia media fue de 8,47 días ± 5,897. La patología más prevalente entre los antecedentes personales fue la cardiopatía isquémica (22,9%), seguido de la presencia de fibrilación auricular (18,6%). Mientras que la prevalencia de los factores de riesgo cardiovasculares fueron de 55,1% hipertensión arterial, 32,2% diabetes mellitus, 40,7% dislipemia y 21,6% hábito tabáquico. Siendo los diuréticos (31,4%) y los IECAS (22%) los grupos de fármacos más utilizados para el tratamiento de la HTA. Los motivos de ingreso más frecuentes fueron: disnea (42,8%) y dolor torácico (22,5%), así como los principales diagnósticos al alta Insuficiencia cardíaca (18,2%), neumonía (15,3%), EPOC (13,1%) y cardiopatía isquémica (11,4%).

Discusión. Las patologías más frecuentes y que causan más ingresos son las enfermedades crónicas cardiorrespiratorias. El estudio, conocimiento y prevención primera y secundaria de éstas, mejoraría la calidad de vida de la población así como reduciría significativamente la presión asistencial de los servicios de Medicina Interna.

Conclusiones. Los resultados de este estudio reflejan que el porcentaje de ingresos es mayor en varones, siendo la disnea y el dolor torácico los motivos más frecuentes. Ambas patologías representan casi la mitad de los ingresos. La enfermedad cardiorrespiratoria ocupa un lugar primordial en nuestra serie, siendo los principales diagnósticos al alta la insuficiencia cardíaca y las neumonías.

V-339 THORACIC PAIN IN THE EMERGENCY DEPARTMENT OF A CENTRAL HOSPITAL

M. Simoes, F. Seabra, P. Alves, H. Esperto, E. Meira, E. Ferreira,
I. Fonseca y J. Nascimento Costa

Servicio de Medicina Interna. Hospitais da Universidade
de Coimbra. Coimbra (Portugal).

Objectives. Thoracic pain (TP) is a common complaint in the emergency department. However, it may be caused by several different conditions. Its nature is mostly benign, especially in younger ages. Determination the demographic features of the group of patients who sought medical observation due to TP in the emergency department of a central hospital. Evaluation of Manchester Triage (MT), personal history, diagnostic tests performed, final diagnosis and discharge.

Material and methods. Retrospective analysis of clinical files from emergency department attendances between the 1st January 2010 and the 1st February 2010. TP of traumatic origin was disregarded.

Results. During the study period, 596 patients attended the emergency department with TP as complaint, being 51.17% women. Average age of 54.04 years (± 20.76). According to the MT, 47.32% of the patients were given the yellow priority and 39.93% orange priority. The most commonly used algorithms were moderate pain (35.74%) and chest pain (30.37%). TP complaints lasted for less than one day in 43.46% of the patients. Regarding personal history, arterial hypertension (36.07%) and dyslipidaemia (17.11%) were the most common diseases. Troponin test was performed in 66.28% of the patients but positive in only 8.61%. D-dimer concentration was determined in 36.91% of the patients. From the total of 596 patients in this study, 91 (15.27%) needed hospitalization (38 for acute coronary syndrome). The analysis of the MT reveals that 65.93% of the hospitalized patients had orange priority and 30.77% yellow priority. Eleven patients died in one month follow-up. Mechanic thoracic pain was the leading discharge diagnosis (38.93%), followed by anxiety states (14.77%).

Conclusions. There was an elevated percentage of patients with TP of benign origin. MT detected most cases with clinical relevance, but it had also a high rate of false positives. Diagnostic tests were used in many patients whose clinical exam was sufficient to eliminate severe diagnostic hypothesis, revealing a trend towards defensive medicine.

V-340 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA INSUFICIENCIA RENAL AGUDA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

F. Sánchez-Barranco Vallejo, J. Gómez Barquero, J. da Cruz Soares, C. Ferrer Perales, M. Aliaga y Montilla, R. Carbajal Martínez, Y. Bombín Molinero y J. Sánchez Navarro

Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Palencia. Palencia.

Objetivos. Estudiar las características de los pacientes ingresados en el Sº de Medicina Interna que presentan deterioro de la función renal, analizando las causas de dicho deterioro y valores analíticos, y comparar la etiología de nuestra serie con la que se recoge en la literatura al respecto.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes ingresados en el Sº de Medicina Interna en los cuatro últimos meses, incluyendo a aquellos con valores de creatinina plasmática superior a 1,3 mg/dl, y se recogen las variables demográficas, insuficiencia renal previa, presencia de IRC, hipertensión arterial, diabetes mellitus y causa atribuible de su empeoramiento de la función renal, según el GRDs en su informe de alta. Se excluyen a los pacientes que presentaron exitus durante el proceso y aquellos que presentaban niveles de creatinina sérica similares a controles previos.

Resultados. Se estudiaron un total de 108 pacientes, con una edad media de 79 años, 44 de los cuales eran varones y 44 mujeres. Los valores de creatinina medios fueron de 2,14 mg/dl (con niveles de 1,3 a 6,7 mg/dl), con niveles de urea medios de 109 mg/dl [200-349 mg/dl]. El 31% (34 pacientes) no tenían factores de riesgo vascular, mientras que el 35% (38 pacientes) tenían IRC, teniendo el 7% (8 pacientes) además DM. El 24% (26 pacientes) presentaba diabetes mellitus, y el 44% (48 pacientes) Hipertensión arterial, y el 18% además presentaba Insuficiencia renal crónica conjuntamente a la HTA (20 pacientes). El 46% (50 pacientes) fueron diagnosticados de Insuficiencia cardíaca congestiva, el 18% (20 pacientes) fueron por infecciones del tracto urinario, el 13% (14 pacientes) presentaron deterioro de la función renal en el contexto de una sepsis infecciosa, el 9% (10 pacientes) fueron por deshidratación, el 5% (6 pacientes) fueron por causa obstructiva (Neoplasias nefro-urológicas), y el resto de pacientes por otras causas.

Discusión. La insuficiencia renal es un problema de salud cada vez mayor debido al envejecimiento de la población, junto a la confluencia cada vez más frecuente de factores de riesgo como la diabetes, la hipertensión y otros factores añadidos. Respecto a la epidemiología de la insuficiencia renal aguda, hay pocos datos en la literatura, En los paciente hospitalizados en nuestro servicio, las

causa del deterioro de la función renal más frecuente fueron las de tipo prerrenal, siendo la Insuficiencia cardíaca congestiva la más común, seguidos de las infecciones del tracto urinario y las debidas a hipotensión 2º a sepsis infecciosa de otro foco diferente. En comparación a los datos recogidos en la literatura, la causa más frecuente en las series es la necrosis tubular aguda (45%), seguida de las causas prerrenal (21%) y obstructivas (10%).

Conclusiones. En el abordaje de la enfermedad renal aguda debe establecerse el diagnóstico etiológico correcto y estimar el grado de disfunción renal. En nuestra serie, la mayoría de los pacientes fueron diagnosticados de insuficiencia renal prerrenal (69%) si incluimos en este diagnóstico la Insuficiencia cardíaca, deshidratación y las 2º a hipotensión, siendo la insuficiencia cardíaca la principal causa, bien por el estado edematoso, o bien por el uso de diuréticos, por lo que no debemos olvidar vigilar la función renal en estos pacientes en los que confluyen tantos factores de riesgo.

V-341 DIFERENCIAS PRONÓSTICAS EN EL ICTUS ISQUÉMICO EN NEUROLOGÍA Y MEDICINA INTERNA (ESTUDIO OCTOPUS)

S. Serrano, P. Ruiz, G. Fresco, A. Bravo, J. Castillo, T. Sainz, C. Sánchez y V. Isernia

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

Objetivos. Comparar las diferencias entre los pacientes que ingresan por ictus isquémico en Medicina Interna, Geriátria, Neurología y la Unidad de Ictus, en su situación al ingreso, al alta y al año de seguimiento.

Material y métodos. Estudio de cohortes prospectivo, llevado a cabo entre 2006-2009. Se recogieron datos clínicos y analíticos de 4 cohortes de pacientes ingresados por ictus isquémico en la Unidad de Ictus, Neurología, Medicina Interna y Geriátria, en el momento del ingreso, al alta y al año del alta.

Discusión. En el ictus isquémico, la literatura es prolija en cuanto al mejor pronóstico observado en los pacientes que ingresan en las unidades de manejo especializado. Sin embargo, pocos estudios han analizado las diferencias en cuanto al perfil de los pacientes al ingreso.

Conclusiones. Las diferencias pronósticas observadas en nuestra población de pacientes con ictus isquémico entre los servicios de Medicina Interna y Geriátria respecto a Neurología y la Unidad de Ictus, se explican por una mayor discapacidad mayor gravedad del ictus previas al ingreso. Ver tabla 1 (V-341).

TV-342 CIRROSIS BILIAR PRIMARIA. DOS PRESENTACIONES

J. Resende, I. Costa, H. Sousa, M. Correia y J. Valente

Servicio de Medicina Interna. Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho-EPE. Vila Nova de Gaia-Oporto (Portugal).

Objetivos. La Cirrosis Biliar Primaria (CBP) es una enfermedad autoinmune del hígado, de evolución lenta, con mayor incidencia en

Tabla 1 (V-341). Resultados.

	Unidad de ictus (%)	Neurología (%)	Medicina interna (%)	Geriátria (%)	p
Distribución (total 480 pacientes)	58	17	19	5	
Mortalidad global	5	6	38	64	0,000
Edad > 85 años	8	16	55	65	0,000
Incapacidad previa severa (Ranki)	n5)3	1	19	29	0,000
Neumonía aspirativa	4	6	35	46	0,000
Estancia prolongada (> 1 mes)	6	13	31	35	0,000
Exitus durante el ingreso	4	4	30	46	0,000
Sin discapacidad (Rankin = 0)	al año30	35	7	0	0,000

el sexo femenino. En 50-60% de los casos, los pacientes están asintomáticos cuando son diagnosticados, siendo los síntomas más frecuentes el cansancio y el prurito; en situaciones muy raras la presentación clínica ocurre como ascitis, encefalopatía o hemorragia digestiva por varices del esófago. Los autores describen dos presentaciones raras de CBP.

Discusión. Caso 1: mujer, 60 años, admitida por hemorragia digestiva alta inaugural. Negó otras patologías excepto HTA medicada con indapamida 2,5 mg id. Sin factores de riesgo asociados. La evaluación física no mostraba señales de insuficiencia hepática o hipertensión portal. Se efectuó endoscopia digestiva que mostró varices grandes y sangrantes en los 2/3 inferiores del esófago. A nivel analítico referencia a: anemia 6,5 g/dl; trombocitopenia; AST 2xN; ALT; bilirrubina; fosfatasa alcalina e GGTP normales. La ecografía del abdomen muestra hígado aumentado y de ecoestructura heterogénea con esplenomegalia. Los virus HIV, VHC e VHB eran negativos; ceruloplasmina, alfa1 antitripsina e inmunoglobulinas normales. Los anticuerpos antinucleares, anti-mitocondriales (IFI e M2) y anti-antígenos hepáticos (anti-M2, anti-M2 3E/BPO y anti-Sp 100) fueron positivos. Biopsia hepática: cirrosis biliar primaria fase IV. Inició ácido ursodeoxicólico (UDCA) que acabó por suspender por aparición de neutropenia. Caso 2: hombre de 67 años, consultado por aumento de las enzimas hepáticas; asintomático. Historia de HTA, DM tipo 2 y dislipidemia. No hay antecedentes de comportamiento de riesgo, transfusiones o contacto con sustancias tóxicas. El examen físico no mostró alteraciones. Realizamos evaluación adicional que reveló: ALT 2xN e GGTP 3.2xN; AST, LDH e bilirrubinas normales. La ecografía abdominal no mostró ninguna alteración relevante. Los virus HIV, VHC e VHB estaban negativos; ceruloplasmina y alfa-1 antitripsina normales. Fueron registrados niveles elevados de IgA; inmunología positiva para anticuerpos antinucleares, antígeno anti-SS-a (Ro), anticuerpos anti-mitocondriales (M2) y anticuerpos anti-antígenos hepáticos (anti-M2, anti-M23E y anti-PML). Realizada biopsia hepática para establecimiento del grado de la lesión.

V-343 CASUÍSTICA DE LIPOSARCOMA EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA NACIONAL

C. Espírito Santo¹, M. Ferreira¹, F. Tortosa², P. Cantiga¹, A. Acabado¹, M. Costa² y J. Braz Nogueira¹

¹Medicina 1 B, ²Anatomía Patológica. Hospital Santa Maria. Lisboa (Portugal).

Objetivos. Los sarcomas son tumores malignos infrecuentes, de crecimiento insidioso, que se originan a partir de células mesenquimales. Comprenden un grupo muy heterogéneo de cánceres que, generalmente se clasifican de acuerdo a la línea de células normales a la que más se parecen. Los liposarcomas constituyen el grupo más numeroso de sarcomas del adulto. Son neoplasias malignas de adipocitos. A diferencia de los lipomas, la mayor parte surgen en las partes blandas profundas o en las vísceras. Las localizaciones más habituales son las extremidades inferiores y el abdomen. En general, se presentan como lesiones relativamente bien delimitadas. Se reconocen varios subtipos histológicos diferentes que comprenden dos variantes de bajo grado (el liposarcoma bien diferenciado y el liposarcoma mixoide) y dos variantes de alto grado (el liposarcoma de células redondas y el liposarcoma pleomorfo). Se utiliza el término desdiferenciado para aludir a las variantes que contienen una combinación de áreas bien diferenciadas con otras mal diferenciadas. Los autores analizan la estadística de diagnóstico de liposarcomas en el Hospital Universitario de mayor referencia en Portugal y presentan una variante agresiva de liposarcoma con componentes heterólogos.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de casos de liposarcoma diagnosticados en todos los Servicios del hospital, entre junio de 2005 y junio de 2010, mediante el registro del Servicio de Ana-

tomía Patológica y los procesos hospitalarios de los pacientes. Se han recogido variables epidemiológicas, clínicas y de opciones terapéuticas.

Resultados. Se encontraron 219 casos de sarcoma; 20,5% (44 casos) fueron liposarcomas incluidos en el estudio: 34 hombres y 10 mujeres. La edad promedio fue 61 años (rango 28-93). En la mayoría de los casos, la clínica de presentación fue insidiosa, con síntomas variados (dependiendo de la localización del tumor). Se registró frecuencia significativa de liposarcomas ubicados en el retroperitoneo con tratamiento quirúrgico. Se presenta un caso clínico que se encaja en la estadística del hospital de un paciente de 60 años, con quejas motoras y sensitivas en el miembro inferior derecho con 3 años de evolución; ingresado en el Servicio de Medicina Interna por trombosis venosa profunda en ese miembro. Del examen físico se destacaba, además de hinchazón de la pierna, una tumoración abdominal (en la fosa iliaca derecha). En la tomografía axial computadorizada se evidenció una masa retroperitoneal contigua con el músculo psoas derecho con compresión de las estructuras vasculares; sin metástasis visibles. El paciente fue intervenido quirúrgicamente para exéresis completa del tumor con diagnóstico anatómico-patológico de liposarcoma desdiferenciado y fue sometido a quimioterapia adyuvante con mejoría sintomatológica muy significativa. Dos años después del tratamiento se han verificado metástasis pulmonares.

Discusión. Los resultados son superponibles a los encontrados en la literatura.

Conclusiones. Aunque poco común, el diagnóstico de liposarcoma debe tenerse en cuenta ante un paciente adulto con tumoración palpable y sintomatología compresiva. La cirugía representa el tratamiento primario en liposarcomas de retroperitoneo.

V-344 ESTUDIO DE LAS ANEMIAS FERROPÉNICAS EN UN HOSPITAL DE DÍA DE MEDICINA INTERNA

A. Gil Díaz, A. Conde Martel, A. Arkuch Saade, J. Ruiz Hernández, I. Oliva Afonso, D. Godoy Díaz y P. Betancor León

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

Objetivos. Describir las características clínicas y diagnósticas de los pacientes remitidos para estudio de anemia a Hospital de Día de M. Interna del Hospital Dr. Negrín. Analizar los factores relacionados con la aparición de neoplasia gastrointestinal.

Material y métodos. Se analizaron 68 pacientes consecutivos remitidos a Hospital de día de Medicina Interna por anemia ferropénica a estudio. Se recogieron los antecedentes personales, el tratamiento habitual, los síntomas en el momento del estudio, tiempo de evolución de la anemia, datos analíticos incluyendo hemograma, patrón de hierro, B12, fólico, endoscopia digestiva alta y baja, ecografía abdominal, EGD y tránsito, además de datos de biopsia. Se realizó un estudio descriptivo de los datos obtenidos y se valoró la relación entre las distintas variables y la presencia de neoplasia digestiva de forma global y de forma separada la presencia de carcinoma colónico y gástrico. La relación entre variables cualitativas se realizó con el test de Chi cuadrado y la relación entre variables cualitativas y cuantitativas mediante el test t-Student o U de Mann Whitney.

Resultados. De los 68 pacientes analizados (52,4% hombres y 42,6% mujeres), con una edad media de 70,7 años (DE 13,5; rango: 31 a 89), las comorbilidades más frecuentes fueron: HTA (66,2%), DM (54,4%) y DLP (33,8%). Los tratamientos más prevalentes fueron AAS (44,1%), IBP (61,8%), ferrotterapia (41,2%) y AINEs (30,9%). Sólo 3 pacientes precisaron ingreso. Los síntomas más frecuentes fueron disnea (42,6%), astenia (38,2%), anorexia (29,4%) y pérdida de peso (27,9%). El tiempo medio de evolución de la anemia fue de 26,6 meses. La hemoglobina media fue de 8,5 g/dl (DE 2,06). Se diagnos-

ticó la presencia de carcinoma de colon en 6 pacientes (8,8%), carcinoma gástrico en 4 (5,9%) y pólipos colónicos adenomatosos en 7 (10,3%). En otros 5 pacientes se extirparon pólipos que no fueron recuperados para anatomía patológica. Globalmente 17 pacientes (25%) presentaban una neoplasia digestiva, de los cuales en 7 casos (14,7%) se trataba de una neoplasia maligna. Otros hallazgos endoscópicos fueron hernia de hiato (36,5%), gastritis (25%), atrofia gástrica (13,5%), hemorroides (51%), divertículos (35,3%). Los pacientes diagnosticados de neoplasia digestiva mostraron una mayor edad media (76 vs 68 años, $p < 0,01$) y presentaron con más frecuencia pérdida de peso ($p = 0,027$).

Discusión. Cabe destacar la elevada prevalencia de neoplasias digestivas observadas en esta serie. Se observa la asociación con la presencia de neoplasia gastrointestinal el tener mayor edad y la pérdida de peso al igual que en otros estudios.

Conclusiones. La prevalencia de neoplasias digestivas en pacientes con anemia ferropénica remitidos a Medicina Interna es muy elevada. Ante todo paciente con anemia ferropénica se debe intentar buscar la etiología.

V-345

HEPATOCARCINOMA EN EL ÁREA SANITARIA DE LEÓN

M. López Veloso¹, N. Carracedo Falagán¹, S. Raposo García¹, J. Llor Baños¹, A. García del Egado², E. Magaz García¹, A. Morán Blanco¹ y J. Guerra Laso¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Cardiología. Complejo Asistencial de León. León.

Objetivos. Análisis de los factores de riesgo, diagnóstico, tratamientos y pronóstico de los pacientes diagnosticados de hepatocarcinoma en el Área Sanitaria de León.

Material y métodos. Estudio retrospectivo, según un protocolo previamente determinado, de todos los casos diagnosticados de hepatocarcinoma desde el 2005 al 2009 en el Complejo Asistencial de León. Los criterios de inclusión fueron: diagnóstico clínico-radiológico de hepatocarcinoma.

Resultados. Se incluyeron 124 pacientes, con edad media de 70,81 años (DE = 9,8; rango 43-85). El 75% varones ($n = 93$). El 76,61% presentaban factores de riesgo (consumo de alcohol 45,96%, fumador 29,84%, hepatitis B 8,4%, hepatitis C 28,57%, hemocroma-

tosis 1,61%). El 31,45% de los pacientes eran diabéticos (en el 97,44% tipo 2). Previo al diagnóstico de hepatocarcinoma el 48,39% de los pacientes presentaban cirrosis. Respecto al laboratorio, el 59,68% presentaban alteraciones de transaminasas, el 78,81% patrón de colestasis, aumento de la bilirrubina el 37,1% y alteración de la coagulación el 32,36%. En un 23,39% de los pacientes presentaban una α -fetoproteína > 200 , siendo la media de 1769,79 (rango 0,5-50.000). En cuanto a las técnicas diagnósticas, el 77,42% presentaban una ecografía con características radiológicas de hepatocarcinoma, realizándose TAC en el 73,39% y RNM hepática en el 66,12%. Se realizó PAAF en el 63,71%, siendo diagnóstica en el 87,34%, mientras que se realizó biopsia en el 4,03%, la cual fue positiva en el 80%. Recibieron tratamiento el 81,01%, mediante quimioembolización el 58,23% y radiofrecuencia el 12,66%. Las complicaciones más frecuentes fueron: hemorragias digestivas (66,7%) y descompensaciones hidrópicas en el 11,11%. Fueron exitus el 71,43%, con una media de tiempo de evolución de 17,37 meses (rango 1-96).

Discusión. El carcinoma hepatocelular presenta una incidencia creciente en todo el mundo, desarrollándose por lo general en el contexto de una enfermedad hepática crónica. Es una patología con afectación predominante del sexo masculino y edad avanzada. Igual que en la literatura, observamos que el análisis de los factores de riesgo es fundamental para comenzar un cribado en la población. En nuestra serie los principales factores de riesgo fueron: consumo de alcohol, tabaco, VHC y VHB. La ecografía en estos pacientes mostró una sospecha diagnóstica en el 77,42% de los casos con posterior confirmación a través de otras técnicas. A diferencia de los protocolos establecidos se ha realizado un bajo porcentaje de biopsias para confirmación diagnóstica, eligiéndose la PAAF guiada. En nuestra serie, el diagnóstico es tardío, encontrándonos en la mayoría de los casos con fases avanzadas de la enfermedad, estando el tratamiento ya prácticamente limitado a la quimioembolización. La mortalidad de la serie es elevada a pesar de recibir tratamiento, siendo el trasplante (2,5%) y la cirugía (5,06%) escasa en nuestra serie.

Conclusiones. Es una patología que aparece más frecuentemente en varones (3:1) con factores de riesgo asociado. En nuestra zona los factores de riesgo más importante son el alcohol y VHC. La prueba de cribado para población de riesgo es la ecografía. El diagnóstico es tardío, encontrándonos con formas avanzadas y quedando limitado el tratamiento. Presenta una elevada mortalidad a pesar del tratamiento.