

XVII CONGRESO DE LA SOCIEDAD CANARIA DE MEDICINA INTERNA

LA LAGUNA
MAYO 2018
17 - 18 - 19

La Laguna Gran Hotel



SOCAMI



Con el Reconocimiento de Interés Sanitario de la
Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias

**XVII CONGRESO
DE LA SOCIEDAD
CANARIA DE
MEDICINA
INTERNA**

Programa Científico	4
Pósters	12
Comunicaciones Orales	16
Comunicaciones a la mesa	
Enfermedades infecciosas	16
Comunicaciones libres	20
Comunicaciones a la mesa	
Insuficiencia cardíaca	27
Comunicaciones a la mesa	
Paciente Pluripatológico-Frágil.....	32
Comunicaciones libres	36
Pósters (trabajos)	44
Primera Sesión	44
Segunda Sesión	51
Tercera Sesión	58

JUEVES 17 DE MAYO

16:00 - 16:30 h.

Entrega de documentación

16:30 - 18:30 h.

1ª MESA REDONDA:

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Moderadora: Dr. Marcelino Hayek Peraza.

Jefe de Sección Infecciosas HUNSC

1. Infección hepatitis A emergente

Dra. Mari Luz Padilla Salazar.

FEA Medicina Interna HUNSC

2. PROA. Programa de optimización del uso de antibióticos

Dr. Jose Luis Pérez Arellano.

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Canarias

3. Endocarditis infecciosa

Dra. María del Mar Alonso Socas.

HUC

18:30 - 19:00 h.

Descanso-Café

19:00 - 20:00 h.

Comunicaciones a la mesa

19:00 - 19:10 h.

¿POR QUÉ LA FIEBRE Q EN GRAN CANARIA NO SE COMPORTA COMO UNA EPIDEMIA?

Pérez Arellano JL^{1,2*}, Montes Ares O^{3*}, Carranza Rodríguez C^{1,2}, Bosch Martínez A³, Hernández Cabrera M^{1,2}, Bolaños Rivero M⁴, Pisos Álamo E^{1,2}, Jaén Sánchez N^{1,2}, Torio Ruiz A^{2,3*}.

** Estos autores han contribuido de forma similar en el desarrollo del trabajo*

Hospital Universitario Insular de Gran Canaria (1-Unidad de Enfermedades Infecciosas y Medicina Tropical 3. Inmunología 4. Microbiología y Parasitología) Universidad de las Palmas de Gran Canaria (2-Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas)

19:10 - 19:20 h.

ANÁLISIS DE LAS PARASITOSIS EN EL INMIGRANTE QUE LLEGA POR PROBLEMAS MÉDICOS A LA UEIMT (HUGIC) (1998-2015)

Carranza Rodríguez C^{1,2*}, Ramírez Navarro J^{1*}, Cruz Martín AP^{1*}, Hernández Cabrera M^{1,2}, Pisos Álamo E^{1,2}, Jaén Sánchez N^{1,2}, Pérez Arellano JL^{1,2*}

** Estos autores han contribuido de forma similar en el desarrollo del trabajo*

Hospital Universitario Insular de Gran Canaria (1-Unidad de Enfermedades Infecciosas y Medicina Tropical) Universidad de las Palmas de Gran Canaria (2-Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas)

19:20 - 19:30 h.

TIFUS MURINO EN GRAN CANARIA (1999-2015). ANÁLISIS DE 250 PACIENTES

Pérez Arellano JL^{1,2*}, Robaina Bordón JM^{1*}, Hernández Cabrera M^{1,2}, Bolaños Rivero M³, Pisos Álamo E^{1,2}, Jaén Sánchez N^{1,2}, Carranza Rodríguez C^{1,2*}.

** Estos autores han contribuido de forma similar en el desarrollo del trabajo*

Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. (1-Unidad de Enfermedades Infecciosas y Medicina Tropical 3. Microbiología y Parasitología) Universidad de las Palmas de Gran Canaria (2-Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas)

19:30 - 19:40 h.

DESCRIPCIÓN DE UN BROTE DE HEPATITIS A EN EL ÁREA SUR DE TENERIFE EN 2017

Gómez Álvarez, MP; Fernández -Peña Mosquera, S; Berge Garrido, E; Gil-Campesino, H; Crespo Estrada, B; Cabrera Febles, A; Hayek Peraza, M.

Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

19:40 - 19:50 h.

EL DESAFÍO DEL AUMENTO DE LA MORTALIDAD POR CÁNCER EN LOS PACIENTES CON VIH: UNA PERSPECTIVA EN NUESTRO MEDIO

Fernández-Peña S, Gómez Álvarez P, Calderón Ledezma E, Gómez Hidalgo A, Torres Hernández L, Castaño Pérez S, Hayek Peraza M.

Servicio de Medicina Interna, H. Universitario Ntra. Sra. de Candelaria

19:50 - 20:00 h.

PUESTA EN MARCHA DE UN PROA EN EL HOSPITAL DR. JOSE MOLINA OROSA DE LANZAROTE

Salvador Martínez Vicente, Javier Noguera Catalan, Domingo Panizo Rivas, Santiago Martín Rodríguez y Carmen Quintanilla de Lababuru

20:00 -20:15 h.

ACTO INAUGURAL DEL CONGRESO

Dr. Juan Carlos Pérez Marín.

Presidente de la Sociedad Canaria de Medicina Interna

Dr. Francisco Martín Hernández.

Vicepresidente de la Sociedad Canaria de Medicina Interna

Presidente del Comité Organizador del XVII Congreso SOCAMI 2018

20:15 -21:15 h.

Conferencia Inaugural:

“Lenguajes especiales y lenguajes técnicos. Observaciones sobre voces del español de Canarias relacionados con la práctica de Medicina”

Prof. Antonio Lorenzo Ramos.

Profesor Emérito de la Universidad de la Laguna. Fundador de la Real Academia de la Lengua de Canarias

21:15 h.

Cóctel - Cena de bienvenida

VIERNES 18 DE MAYO

08:30 - 10:30 h.

Taller de Ecografía I

(Plazas limitadas. Las inscripciones serán atendidas por orden de llegada)

Ponentes: Dr. Xavier Esquirol Puig
FEA UCI Hospital General Granollers, Barcelona. Instructor del Grupo de Trabajo de Ecografía Clínica de la SEMI

Dr. Gonzalo García de Casasola
Jefe de Servicio de Medicina Interna Urgencias Hospital Infanta Cristina, Parla, Madrid. Instructor del Grupo de Trabajo de Ecografía Clínica de la SEMI

Colaboradores:

Dr. Eduardo Mauricio Calderón
MIR Medicina Interna HUNSC

Dra. M^a Pilar Gómez Álvarez
MIR Medicina Interna HUNSC

Dr. Rubén Hernández Luis
FEA Medicina Interna HUNSC

09:00 - 10:30 h.

Comunicaciones libres

Modera: Dr. Antonio Martínez Riera.
FEA Medicina Interna HUC

09:00 - 09:10 h.

RELACIÓN DE FUERZA DE PRENSIÓN Y MASA CON LA ATROFIA CEREBRAL EN EL PACIENTE ALCOHÓLICO

Candelaria Martín González¹, Lucía Romero Acevedo¹, Emilio González Reimers¹, Daniel Martínez Martínez¹, Selena G. Aguilera García¹, Antonieta González Díaz², María del Carmen Durán Castellón¹, Eva María Rodríguez Rodríguez¹, Francisco Santolaria Fernández¹.

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Canarias. ²Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Universitario de Canarias

09:10 - 09:20 h.

INTERLEUCINA 15 EN EL ALCOHÓLICO

Candelaria Martín González, Emilio González Reimers, Geraldine Quintero Platt, Julio Alvisa Negrín, Fernando Armas González, María Monereo Muñoz,

Iballa Jimenez Cabrera, Esther Martín Ponce, Francisco Santolaria Fernández. *Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Canarias*

09:20 - 09:30 h.

HIERRO CEREBRAL EN EL PACIENTE ALCOHÓLICO

Candelaria Martín González¹, Emilio González Reimers¹, Lucía Romero Acevedo¹, Geraldine Quintero Platt¹, Iván Ribot Hernández², Ramón Muñoz Montes³, Fernando Armas González¹, María Monereo Muñoz¹, Francisco Santolaria Fernández¹.

¹Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Canarias. ²Servicio de Física Médica, Hospital Universitario de Canarias. ³Servicio de Radiología, Hospital Universitario de Canarias.

09:30 - 09:40 h.

TGF BETA Y ATROFIA CEREBRAL EN EL ALCOHÓLICO

Emilio González Reimers¹, Candelaria Martín González¹, Daniel Martínez Martínez¹, Patricia Cabrera García², Iballa Jiménez Cabrera¹, Víctor E. Vera Delgado¹, Alina Pérez Ramírez¹, José Juan Viña Rodríguez¹, Francisco Santolaria Fernández¹.

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Canarias. ²Servicio de Endocrinología. Hospital Universitario de Canarias

09:40 - 09:50 h.

EFICACIA DE LOS NUEVOS TRATAMIENTOS EN LA HIPERCOLESTEROLEMIA

José Alfredo Martín Armas¹, Magdalena León Mazorra¹, Imanol Pulido Gonzalez¹, Lidia Ester Ruiz Garcia², Alicia Conde Martel¹.

¹Servicio de Medicina Interna. ²Servicio de Análisis Clínico. Hospital Dr. Negrin

09:50 - 10:00 h.

MENINGITIS INFECCIOSAS ATENDIDAS EN LA UEIMT (2005-2015)

Jaén Sánchez N^{1,2*}, Armas Almeida Y^{1*}, Carranza Rodríguez C^{1,2}, Pisos Álamo E^{1,2}, Pérez Arellano JL^{1,2}, Hernández Cabrera M^{1,2*}

* Estos autores han contribuido de forma similar en el desarrollo del trabajo

Hospital Universitario Insular de Gran Canaria (¹Unidad de Enfermedades Infecciosas y Medicina Tropical) Universidad de las Palmas de Gran Canaria (²Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas)

10:00 - 10:10 h.

VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO Y SU RELACIÓN CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Torres Vega Ana María¹, Martín González M. Candelaria², González Reimers Emilio².

¹Facultativo especialista de área (F.E.A.) de Medicina Interna. Servicio de Medicina Interna del Hospital Insular Ntra Sra de los Reyes, El Hierro. ²Facultativo especialista de área (F.E.A.) de Medicina Interna. Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

10:10 - 10:20 h.

PROGRAMA ASISTENCIAL DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LA ISLA DE EL HIERRO: UN ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Torres Vega Ana María¹, Narváez Ruiz Aracelys Josefina², Saucedo Villanueva Isabel¹, Corral Nieri Lucas F¹, Martín González M. Candelaria³.

¹Facultativo especialista de área (F.E.A.) de Medicina Interna. Servicio de Medicina Interna del Hospital Insular Ntra Sra de los Reyes, El Hierro. ²Facultativo especialista de área (F.E.A.) de MF y C. Servicio de Urgencias del Hospital Insular Ntra Sra de los Reyes, El Hierro. ³Facultativo especialista de área (F.E.A.) de Medicina Interna. Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

10:20 - 10:30 h.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS TIPO 2: INCIDENCIA DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Ana María Torres Vega¹, M. Candelaria Martín González², Emilio González Reimers².

¹Servicio de Medicina Interna, Hospital Nuestra Señora de Los Reyes, El Hierro. ²Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Canarias

10:30 - 11:00 h.

Descanso-Café

Primera sesión de pósters (hall de entrada)

Moderadora: Dra. Esther Rubio Roldán.

FEA Medicina Interna HUNSC

11:00 - 11:45 h.

Actualización en feroterapia en Insuficiencia Cardíaca

Ponente: Dra. Cristina Enjuanes Grau.

Hospital Universitario de Bellvitge

Moderadora: Dr. Melitón Fco. Dávila Ramos.

FEA Medicina Interna HUNSC

11:45 - 13:15 h.

2ª MESA REDONDA:

INSUFICIENCIA CARDÍACA

Moderadora: Dra. Alina Pérez Rámirez.

FEA Medicina Interna HUC

1. Las unidades hospitalarias de insuficiencia cardíaca

Dr. Melitón Francisco Dávila Ramos.

FEA Medicina Interna HUNSC

2. Actualización en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca. Uso del sacubitrilo-valsartán

Dr. José María Fernández Rodríguez.

Hospital Carmen y Severo Ochoa. Cangas de Narcea, Asturias

3. Comorbilidad en la insuficiencia cardíaca

Dra. Alicia Conde Martel.

Jefa de Servicio Medicina Interna Hospital

Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria

13:15 - 14:15 h.

Comunicaciones a la mesa

13:15 - 13:25 h.

PREVALENCIA DE PLURIPATOLOGÍA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

E. Calderón Ledezma, C. Hernández Carballo, A. Aguilar López, L. Torres Hernández, F. J. Herrera Herrera, J. Marfil Daza.

Medicina Interna. Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria

13:25 - 13:35h.

LA INSUFICIENCIA CARDÍACA EN EL PACIENTE NONAGENARIO

L. Torres Hernández, A. Aguilar López, E. Calderón Ledezma, C. Hernández Carballo, A. Gómez Hidalgo, M. Snopekova.

Medicina Interna. Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife

13:35 - 13:45 h.

FACTORES RELACIONADOS CON LA MORTALIDAD EN PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA

A. Aguilar López, C. Hernández Carballo, L. Torres Hernández, E. Calderón Ledezma, P. Gómez Álvarez, P. Laynez Cerdeña.

Medicina Interna. Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Santa Cruz de Tenerife

13:45 - 13:55 h.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA EN UN HOSPITAL COMARCAL

A. Aguilar López, C. Hernández Carballo, L. Torres Hernández, E. Calderón Ledezma, S. Fernández-Peña Mosquera, P. Laynez Cerdeña.

Medicina Interna. Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife

13:55-14:05 h.

¿QUIENES SON Y COMO TRATAMOS A NUESTROS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR? DATOS DEL RUFIAN

J.A. Martín Armas, A. Merlán Hermida, I. Pulido González, I. Ramos Gómez, Hector Santiago Rosario Mendoza, A. Conde Martel.

Servicio de Medicina Interna. Hospital Dr. Negrín

14:05 - 14:15 h.

INSUFICIENCIA CARDÍACA EM MEDICINA INTERNA

Martín Martín Y., Martínez Vicente S., Carcelen Rodríguez P., Quijano Diego A., Villalon P., Noguera Catalan F.J., Copado Carretero R.

Hospital Dr. Molina Orosa Lanzarote

14:15-14:25

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES DE ALTA CON DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

Herrera Herrera FJ, Marfil Daza J, Fernández Peña S, Gómez Álvarez P, Dávila Ramos MF, Laynez Cerdeña P.

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC)

14:25 - 16:00 h.

Almuerzo

16:00 - 17:30 h.

3ª MESA REDONDA:

PACIENTE PLURIPATOLÓGICO – FRÁGIL

Moderador: Dr. Pedro Laynez Cerdeña.

*Jefe Servicio de Medicina Interna
HUNSC*

1. Abordaje nutricional del paciente crónico pluripatológico

Dra. Juana Carretero Gómez.

FEA Medicina Interna Hospital de Zafra (Badajoz)

2. Unidades de ortogeriatría

Dra. Alicia Tejera Concepción.

FEA Medicina Interna HUNSC

3. Valoración funcional y pronóstica en el paciente anciano

Dra. Esther Martín Ponce.

FEA Medicina Interna HUC

17:30 - 18:00 h.

Estudios de seguridad cardiovascular en anti diabéticos. ¿Cómo cambian mi práctica clínica?

Dr. Jose Gregorio Oliva.

FEA Endocrinología. HUNSC

18:00 - 18:30 h.

Descanso – Café

Segunda Sesión de Pósters (hall de la entrada)

Moderador: Dr. Diego Gudiño Aguirre.

FEA Medicina Interna HUNSC

18:30 - 19:30 h.

Comunicaciones a la mesa

18:30 - 18:40 h.

¿SON NECESARIOS DOS PARÁMETROS PROTEICOS PARA REALIZAR UN CORRECTO CRIBADO NUTRICIONAL?

C. Hernández Carballo¹; E. Calderón Ledezma¹; N. Felipe Pérez²; J.C. Romero Pérez¹; P. Suárez Llanos³.

⁽¹⁾Medicina Interna, Hospital Universitario

Nuestra Señora de la Candelaria ⁽²⁾Medicina Interna, Hospital General de la Palma. ⁽³⁾Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria

18:40-18:50 h.

EL VALOR DEL INR EN URGENCIAS

Imanol Pulido González, Magdalena León Mazrra, José Alfredo Martín Armas, Héctor Santiago Rosario Mendoza, Isabel Ramos Gómez, Alejandro Merlán Hermida, Alicia Conde Martel.

Servicio de Medicina Interna HUGC Doctor Negrín, Gran Canaria

18:50 - 19:00 h.

CONCILIACIÓN DEL TRATAMIENTO AL ALTA

López Gámez M; Snopekova M; Marfil Daza J; Castaño Pérez S; Fernández-Peña Mosquera S; Medina García JA.

Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

19:00 - 19:10 h.

COMPARACIÓN DE LA MASA MAGRA MEDIDA MEDIANTE DEXA CON EL ESTADO DE NUTRICIÓN Y PRUEBAS DE FUNCIÓN MUSCULAR

Monereo Muñoz MB.; Martín Ponce E., Hernández Luis R., Aguilera García SG., Martínez Martínez D., Hernández Pérez O.; Alviña Negrín J.; Santolaria Fernández F.

19:10 - 19:20 h.

EFEECTO DEL FIN DE SEMANA SOBRE LA MORTALIDAD HOSPITALARIA

Castaño Pérez, S¹; Marfil Daza, J¹; Snopekova, M¹; López Gámez, M¹; Fernández-Peña Mosquera, S¹; Medina García, JA¹; García Bello, MA².

Servicio de Medicina Interna¹, Unidad de Investigación², Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria

19:20 - 19:30 h.

IMPACTO FUNCIONAL Y SUPERVIVENCIA A CORTO Y LARGO PLAZO DEL PACIENTE CON OSTEOPOROSIS Y FRACTURA DE CADERA TRATADO EN UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR DURANTE EL INGRESO

Rodríguez Díaz, D; Tejera Concepción, A; Gómez Hidalgo, A; Martín Hernández, F; García Bello, MA; González Álvarez, B; Laynez Cerdeña, P.

19:30 - 20:30 h.

Utilidad de la ecografía en el paciente con shock

Dr. Xavier Esquirol Puig
FEA UCI Hospital General Granollers, Barcelona. Instructor del Grupo de Trabajo de Ecografía Clínica de la SEMI

Dr. Gonzalo García de Casasola
Jefe de Servicio de Medicina Interna Urgencias Hospital Infanta Cristina, Parla, Madrid. Instructor del Grupo de Trabajo de Ecografía Clínica de la SEMI

20:30

Reunión SOCAMI

Elección nueva Junta Directiva

21:30 h.

Cena Congreso

SÁBADO 19 DE MAYO

08:30 - 10:30 h.

Taller de Ecografía II

(Plazas limitadas. Las inscripciones serán atendidas por orden de llegada)

Ponentes: **Dr. Xavier Esquirol Puig**
FEA UCI Hospital General Granollers, Barcelona. Instructor del Grupo de Trabajo de Ecografía Clínica de la SEMI

Dr. Gonzalo García de Casasola
Jefe de Servicio de Medicina Interna Urgencias Hospital Infanta Cristina, Parla, Madrid. Instructor del Grupo de Trabajo de Ecografía Clínica de la SEMI

Colaboradores:

Dr. Eduardo Mauricio Calderón
MIR Medicina Interna HUNSC

Dra. M^a Pilar Gómez Álvarez
MIR Medicina Interna HUNSC

Dr. Rubén Hernández Luis
FEA Medicina Interna HUNSC

09:00 - 10:30 h.

Comunicaciones libres

Presentación 1^a Beca SOCAMI

Modera: **Dra. Ana Torres Vega**
FEA Medicina Interna Hospital de El Hierro

09:00 - 09:10 h.

BRAIN DERIVED NEUROTROPHIC FACTOR (BDNF) EN EL PACIENTE ALCOHÓLICO

Lucía Romero-Acevedo¹, Candelaria Martín-González¹, Emilio González-

Reimers¹, Elisa Espelosín-Ortega², María José Sánchez-Pérez¹, Iballa Jiménez-Cabrera¹, Víctor E. Vera-Delgado¹, Rosa Ros-Vilamajó¹, Francisco Santolaria-Fernández¹.

¹*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Canarias. Universidad de La Laguna. Santa Cruz de Tenerife, España.* ²*Servicio de Laboratorio. Hospital Universitario de Canarias. Universidad de La Laguna. Santa Cruz de Tenerife, España*

09:10 - 09:20 h.

LA CONSULTA VIRTUAL DE MEDICINA INTERNA EN ATENCIÓN PRIMARIA

A. Aguilar López, C. Hernández Carballo, L. Torres Hernández, E. Calderón Ledezma, D. Gudiño Aguirre, P. Laynez Cerdeña.
Medicina Interna. Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife

09:20 - 09:30 h.

HEMATOMAS DE PARTES BLANDAS: COMPARACIÓN ENTRE DOS HOSPITALES DE TERCER NIVEL

Marta López Garrido¹, Airam Pérez Hernández¹, Carlos Jorge Ripper¹, M.^a Carmen Durán Castellón², María Monereo Muñoz²

¹*Hospital Universitario Materno Insular de Gran Canaria.* ²*Hospital Universitario de Canarias, Tenerife*

09:30 - 09:40 h.

EVOLUCIÓN TEMPORAL Y DIFERENCIAS ENTRE LOS CASOS MONOMICROBIANOS Y POLIMICROBIANOS DE PIE DIABÉTICO (2012-2015)

Pisos Álamo E^{1,2*}, Martín Jiménez B^{1*}, Suárez-Herrera S^{1*}, Hernández Cabrera M^{1,2}, Jaén Sánchez N^{1,2}, Bolaños Rivero M³, Pérez Arellano JL^{1,2}, Carranza Rodríguez C^{1,2*}

** Estos autores han contribuido de forma similar en el desarrollo del trabajo Hospital Universitario Insular de Gran Canaria (¹Unidad de Enfermedades Infecciosas y Medicina Tropical ³Microbiología y Parasitología). Universidad de las Palmas de Gran Canaria (²Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas)*

09:40 - 09:50 h.

ESTUDIO PROSPECTIVO DE BACTERIEMIAS/CANDIDEMIAS EN EL HUIGC

Hernández Cabrera M^{1,2*}, Mohamed Ramirez K^{1*}, Jaén Sánchez N^{1,2*}, Pisos Álamo E^{1,2}, Carranza Rodríguez C^{1,2}, de Miguel Martínez I³, Pérez Arellano JL¹, Jaén Sánchez N^{1,2*}

** Estos autores han contribuido de forma similar en el desarrollo del trabajo Hospital Universitario Insular de Gran Canaria (¹Unidad de Enfermedades Infecciosas y Medicina Tropical ³Microbiología y Parasitología) Universidad de las Palmas de Gran Canaria (²Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas)*

09:50 - 10:00 h.

HEMATOMAS DE PARTES BLANDAS EN PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL H. INSULAR DE GRAN CANARIA EN EL PERÍODO 2015-2018

Airam Pérez Hernández, Marta López Garrido, Carlos Jorge Ripper, Jorge Orihuela Martín, Francisco Romero, Diego García González, Rosa Apolinario Hidalgo.

10:00 - 10:10 h.

ANÁLISIS DE LOS CASOS DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR DE GRAN CANARIA (2010-2016)

Hernández Cabrera M^{1,2*}, Hernández Peña¹ N*, Pisos Álamo E^{1,2}, Carranza Rodríguez C^{1,2}, de Miguel Martínez I³, Pérez Arellano JL^{1,2} Jaén Sánchez N^{1,2*}

** Estos autores han contribuido de forma similar en el desarrollo del trabajo Hospital Universitario Insular de Gran Canaria (¹Unidad de Enfermedades Infecciosas y Medicina Tropical ³Microbiología y Parasitología) Universidad de las Palmas de Gran Canaria (²Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas)*

10:10 - 10:20 h.

CONSUMO DE ALCOHOL EN EL NORTE DE TENERIFE

Candelaria Martín-González, María José Sánchez-Pérez, Julio Alvisa-Negrín, Iballa Jimenez-Cabrera, Víctor E. Vera-Delgado, Melchor Rodríguez-Gaspar, Antonio Martínez-Riera, Emilio González-Reimers, Francisco Santolaria-Fernández.

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Canarias. Universidad de La Laguna. Tenerife

10:20 - 10:30 h.

ANÁLISIS DE LOS PACIENTES CON MICOSIS PROFUNDAS EN EL HUIGC (2010-2016)

Hernández Cabrera M^{1,2*}, Rodríguez Santana C^{1*}, Carranza Rodríguez C^{1,2}, Pisos Álamo E^{1,2}, Pérez Arellano JL^{1,2}, Jaén Sánchez N^{1,2*}

** Estos autores han contribuido de forma similar en el desarrollo del trabajo Hospital Universitario Insular de Gran Canaria (¹Unidad de Enfermedades Infecciosas y Medicina Tropical). Universidad de las Palmas de Gran Canaria (²Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas)*

10:30 - 11:00 h.

Descanso-Café

Tercera Sesión de Pósters (hall de la entrada)

Modera: Dra. Alicia Tejera Concepción.

FEA Medicina Interna HUNSC

11:00 – 13:00 h.

**4ª MESA REDONDA:
ENFERMEDADES AUTOINMUNES – SISTÉMICAS**

Modera: Dra. Rosa Apolinario
*Jefa de Servicio Medicina Interna
Hospital Universitario Insular de
Gran Canaria*

- 1. Lupus y embarazo**
Dr. Luis Sáez Comet.
Hospital Miguel Servet. Zaragoza
- 2. Uso de los corticoides en las enfermedades autoinmunes y Sistémicas**
Dra. Amaia Ugarte Núñez.
Hospital de Cruces, Baracaldo. Vizcaya
- 3. El laboratorio en las enfermedades autoinmunes – sistémicas**
Dra. Delia Almeida González.
HUNSC
- 4. Aproximación a las inmunodeficiencias**
Dra. Maria Teresa Martínez-De Saavedra Álvarez.
Inmunóloga HUNSC

13:00 h.

Conferencia de Clausura

Dr. Francisco Martín Hernández.
*Vicepresidente de la Sociedad Canaria de
Medicina Interna
Presidente del Comité Organizador del XVII
Congreso SOCAMI
Jefe de Sección y FEA Medicina Interna
HUNSC*

13:30 h.

Entrega Premios Comunicaciones Orales y Pósters

Dr. Francisco Martín Hernández.
*Vicepresidente de la Sociedad Canaria de
Medicina Interna
Presidente del Comité Organizador del XVII
Congreso SOCAMI
Jefe de Sección y FEA Medicina Interna
HUNSC*

**XVII CONGRESO
DE LA SOCIEDAD
CANARIA DE
MEDICINA
INTERNA**

PRIMERA SESIÓN

COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA EN INSUFICIENCIA CARDIACA TERMINAL

Víctor Vera-Delgado¹, Lucía Romero-Avecedo¹, Patricia Guirado-Peláez², Iballa Jiménez-Cabrera¹, Rosa Ros-Vilamajó¹, Chiara Chines¹, María del Carmen Durán-Castellón¹, Eva María Rodríguez-Rodríguez¹, Emilio González-Reimers¹

¹Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, Tenerife, España. ²Servicio de Endocrinología, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, Tenerife. España

REINGRESO EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA: ANÁLISIS DE CAUSAS

C. Hernández Carballo, A. Aguilar López, E. Calderón Ledezma, L. Torres Hernández, D. Rodríguez Díaz, S. Castaño Pérez
Hospital Universitario Nuestra Señora la Candelaria. Santa Cruz de Tenerife

UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA PARA EL SEGUIMIENTO EN NAC GRAVE-COMPLICADA

E. M. Calderón Ledezma¹, X. Esquirol Puig², M. P. Gómez Álvarez¹, M. Snopekova¹, L. Torres Hernández¹, A. Gómez Hidalgo¹

¹Medicina Interna. Hospital Universitario N. Sra. De Candelaria. ²UCI. Hospital General Granollers

EVALUACIÓN ECOGRÁFICA DEL DVNO PARA CONTROL/SEGUIMIENTO DE LA PIC EN MENINGITIS CRIPTOCOCCÓICA EN VIH: A PROPÓSITO DE UN CASO

E. M. Calderón Ledezma, P. Gómez Álvarez, S. Fernández-Peña Mosquera, L. Torres Hernández, A. Gómez Hidalgo; L. Abella Vázquez; M.L. Padilla Salazar; M. Hayek Peraza.
Medicina Interna. H. Universitario N. Sra. De Candelaria

A PROPÓSITO DE UN CASO DE HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO

Rodríguez Díaz, D; Fernández-Peña Mosquera, S; Gómez Álvarez, P; Torres Hernández, L; Castaño Pérez, S; Snopekova, M; Martín Hernández, F

Servicio Medicina Interna, Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria

ENFERMEDAD DE LOS COMPLEJOS DE VON MEYENBURG: A PROPÓSITO DE UN CASO

Torres-Vega Ana María¹

¹Facultativo especialista de área (F.E.A.) de Medicina Interna. Servicio de Medicina Interna del Hospital Insular Ntra Sra de los Reyes, El Hierro (Santa Cruz de Tenerife)

REACCIÓN TIPO CUERPO EXTRAÑO CON FORMACIÓN DE GRANULOMAS FRENTE A PRÓTESIS METAL/METAL

Vera Delgado V., Hernández Bustabad A., Monereo Muñoz M., Romero Acevedo L., Reyes Suárez P., Jiménez Cabrera I., Martínez Martínez D., Chines C., Santolaria F.
Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, Tenerife, España

PACIENTE CON FACIES DISMÓRFICA Y PAILOMAS ORALES

R. Ros Vilamajó, M. C. Martín González, O. Pérez Hernández, S. Aguilera, E. M. Rodríguez Rodríguez, J. J. Viña Rodríguez, M. J. Sánchez Pérez, A. Martínez Riera, M. Rodríguez Gaspar

Hospital Universitario de Canarias, Servicio de Medicina Interna, Tenerife

EL SÍNDROME DE LAS UÑAS AMARILLAS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Herrera Herrera FJ, Marfil Daza J, Fernández-Peña Mosquera S, Gómez Álvarez P, Snopekova M, Gómez Hidalgo A, Laynez Cerdeña P, Castellano Higuera A.

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

SEGUNDA SESIÓN

PROTEINURIA, HIPOALBUMINEMIA Y EDEMAS COMO COMPLICACIÓN DE INFECCIÓN POR VIRUS INFLUENZA: 2 CASOS.

Gómez Hidalgo, A; Fernández-Peña Mosquera, S; Gómez Álvarez, P; Calderón Ledezma, E; Rodríguez Díaz, D; Castaño Pérez, S.
Servicio Medicina Interna, Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria

ENDOCARDITIS SOBRE VÁLVULA TRICÚSPIDE NATIVA Y AÓRTICA PROTÉSICA TRATADA CON LINEZOLID

Fernández-Peña Mosquera S, Gómez Álvarez P, Snopekova M, Gómez Hidalgo A, Herrera Herrera FJ, Calderón Ledezma E.
Servicio Medicina Interna, Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria

UTILIDAD DE LA TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA PORTÁTIL (SIMEX®) EN LA INFECCIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA ABDOMINAL ASOCIADA A MATERIAL PROTÉSICO

Hernández Cabrera M^{1,2*}, Álvarez Artero E^{1*}, Tejera Rodríguez D¹, Díaz Calderín J¹, Pisos Álamo E^{1,2}, Jaén Sánchez N^{1,2*}, Pérez Arellano JL^{1,2}

** Estos autores han contribuido de forma similar en el desarrollo del trabajo Hospital Universitario Insular de Gran Canaria (¹Unidad de Enfermedades Infecciosas y Medicina Tropical). Universidad de las Palmas de Gran Canaria (²Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas)*

BRUCELOSIS EN LA ISLA DE EL HIERRO

Torres-Vega Ana María¹.
¹Facultativo especialista de área (F.E.A.) de Medicina Interna. Servicio de Medicina Interna del Hospital Insular Ntra Sra de los Reyes, El Hierro (Santa Cruz de Tenerife)

ALTERNATIVAS AL USO DEL TUBO DE DRENAJE PLEURAL EN EL TRATAMIENTO DEL EMPIEMA (a propósito de un caso)

C. Hernández Carballo; A. Aguilar López; E. Calderón Ledezma, L. Torres Hernández; P. Laynez Cerdeña
Servicio Medicina Interna, Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria

ABSCESO EN PARED ABDOMINAL. PIOMIOSITIS

Vera Delgado V., Guirado Peláez P., García Palomo E., Martín González C., Martínez Martínez D., Sánchez Pérez M.J., Ros R., Rodríguez Gaspar M., Martínez Riera A.
Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España.

HISTOPLASMOSIS DISEMINADA EN PACIENTE VIH

Fernández-Peña S¹, Gómez Álvarez P¹, Snopekova M¹, Calderon Ledezma E¹, Hayek Peraza M², Abella Vázquez L²
¹Médicos Residentes de Medicina Interna (H. Univ. Ntra. Sra. de Candelaria). ²Médicos Especialistas en Medicina Interna (H. Univ. Ntra. Sra. de Candelaria)

MIOCARDIOPATÍA DILATADA EN PACIENTE VIH. A PROPÓSITO DE UN CASO

¹Marfil Daza J; ¹Gómez Álvarez P; ¹Gómez Hidalgo A; ¹Herrera Herrera FJ; ¹Fernández-Peña Mosquera S; ¹Calderón Ledezma E; ²Padilla Salazar ML
¹Servicio Medicina Interna, ²Unidad de Enfermedades Infecciosas Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

PSEUDOANEURISMA MICÓTICO CAROTÍDEO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Marfil Daza J¹; Herrera Herrera FJ¹; Calderón Ledezma E¹; Torres Hernández L¹; Fernández-Peña Mosquera S¹; Gómez Álvarez P¹; Rojas Pérez ME²
¹Servicio Medicina Interna, ²Servicio de Neurología. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

INFECCION INVASIVA POR STREPTOCOCCUS PYOGENES EN PACIENTE CON INFLUENZA A

Martin Martin Y, Martinez Vicente S, Carcelen Rodriguez P, Quijano Diego A, Villalon P, Noguera Catalan FJ, Copado Carretero R.
Hospital Dr. Molina Orosa, Lanzarote

HOJA A Y ESTATUS RCP

¹Marfil Daza J; ¹Castaño Pérez S; ¹Snopekova M; ²López Gámez M; ¹Fernández-Peña Mosquera S; ²Medina García JA
Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

TERCERA SESIÓN

FRACASO RENAL AGUDO Y VASCULITIS LEUCOCITOCLASTICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Gómez Álvarez, P¹; Fernández-Peña Mosquera S¹; Siverio Morales, O²; Calderón Ledezma, E¹; Snopekova, M¹; Gómez Hidalgo, A¹
¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO

Víctor Vera-Delgado, Julio Alvisa-Negrín, Esther Martín-Ponce, Alina Pérez-Ramírez, Fernando Armas-González, Rosa Ros-Vilamajó, José Juan Viña-Rodríguez, María del Carmen Durán-Castellón, Eva María Rodríguez-Rodríguez
Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna. Santa Cruz de Tenerife, España

COMPLICACIONES VASCULARES EN LA ENFERMEDAD DE BEHÇET: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Snopekova, M.; Fernández-Peña Mosquera, S.; Calderón Ledezma, E.; Torres Hernández L.; Herrera Herrera F.J.; Rodríguez Díaz D.; de la Colina Rojo G.
Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

HIPERCALCEMIA SEVERA COMO DEBUT DE UNA SARCROIDOSIS

Torres Hernández L.; Gómez Álvarez M.P.; Calderón Ledezma E.M.; Rodríguez Díaz D.; Herrera Herrera F.J.; Snopekova M.; De La Colina Rojo G.C.
Medicina Interna. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife

COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS DE LA ENFERMEDAD LÚPICA. A PROPÓSITO DE UN CASO"

Gómez Hidalgo A.¹; Torres Hernández L.¹; Snopekova M.¹; Rodríguez Díaz D.¹; Gómez Álvarez M.P.¹; Marfil-Daza J.¹; Magdalena L.².
¹Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.
²Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

MIOSTATINA EN LA CIRROSIS ALCOHÓLICA

Emilio González-Reimers, Candelaria Martín-González, Julio Alvisa-Negrín, Iballa Jimenez-Cabrera, Esther Martín-Ponce, Víctor E. Vera-Delgado, Selena Aguilera-García, Remedios Alemán-Valls, Francisco Santolaria-Fernández
Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, Tenerife

FGF-23 Y α -KLOTHO EN LA ATROFIA CEREBRAL DEL PACIENTE ALCOHÓLICO

Emilio González-Reimers¹, Candelaria Martín-González¹, Lucía Romero-Acevedo¹, Geraldine Quintero-Platt¹, María José de La Vega-Prieto², María Monereo-Muñoz¹, Melchor Rodríguez-Gaspar¹, Antonio Martínez-Riera¹, Francisco Santolaria-Fernández¹
¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Canarias. Universidad de La Laguna. Santa Cruz de Tenerife, España.
²Servicio de Laboratorio. Hospital Universitario de Canarias. Universidad de La Laguna. Santa Cruz de Tenerife, España

ATELECTASIA PULMONAR OBSTRUCTIVA: UN HALLAZGO INESPERADO

Torres-Vega Ana María¹
¹Facultativo especialista de área (F.E.A.) de Medicina Interna. Servicio de Medicina Interna del Hospital Insular Ntra Sra de los Reyes, El Hierro (Santa Cruz de Tenerife)

TROMBOSIS DEL SENO CAVERNOSO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Herrera Herrera FJ, Marfil Daza J, Fernández-Peña Mosquera S, Gómez Álvarez P, Rodríguez Díaz D, Gómez Ontañón E.
Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

SÍNDROME DE POEMS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Torres Hernández L; Calderón Ledezma E.M; Castaño Pérez S; Gómez Álvarez M.P; Gómez Hidalgo A; Rodríguez Díaz D; Aguilar López A.
Medicina Interna. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EPIDEMIO-
LÓGICAS Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
DE LA PRIMO-INFECCIÓN POR VEB Y CMV
EN ADULTOS (1998-2015)**

Pérez Arellano JL^{1,2*}, López Rodríguez JF^{1*},
Hernández Cabrera M^{1,2}, Hernández Betan-
cor A³, Pisos Álamo E^{1,2}, Jaén Sánchez N^{1,2},
Carranza Rodríguez C^{1,2*}.

** Estos autores han contribuido de forma si-
milar en el desarrollo del trabajo
Hospital Universitario Insular de Gran Cana-
ria (¹Unidad de Enfermedades Infecciosas y
Medicina Tropical ³Microbiología y Parasito-
logía) Universidad de las Palmas de Gran Ca-
naria (²Departamento de Ciencias Médicas y
Quirúrgicas)*

**XVII CONGRESO
DE LA SOCIEDAD
CANARIA DE
MEDICINA
INTERNA**

Comunicaciones a la mesa

Enfermedades infecciosas

¿POR QUÉ LA FIEBRE Q EN GRAN CANARIA NO SE COMPORTA COMO UNA EPIDEMIA?

Pérez Arellano JL^{1,2*}, Montes Ares O^{3*}, Carranza Rodríguez C^{1,2}, Bosch Martínez A³, Hernández Cabrera M^{1,2}, Bolaños Rivero M⁴, Pisos Álamo E^{1,2}, Jaén Sánchez N^{1,2}, Torio Ruiz A^{2,3*}.

** Estos autores han contribuido de forma similar en el desarrollo del trabajo*

Hospital Universitario Insular de Gran Canaria (1. Unidad de Enfermedades Infecciosas y Medicina Tropical 3. Inmunología 4. Microbiología y Parasitología) Universidad de las Palmas de Gran Canaria (2. Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas)

RESUMEN

Fundamento: La fiebre Q es una zoonosis de distribución mundial causada por *Coxiella burnetii*. La principal vía de transmisión de *Coxiella burnetii* es la inhalación de aerosoles contaminados, lo que condicionaría un patrón epidémico. Sin embargo, la mayor parte de los casos descritos corresponden a formas esporádicas. Aunque no pueden descartarse factores relacionados con el microorganismo, varios datos indirectos sugieren un papel importante del hospedador en la infección y desarrollo de enfermedad.

Objetivos: Comparar la expresión de tres tipos de factores inmunológicos en un grupo de pacientes con infección aguda por *Coxiella burnetii* y en un grupo control: (i) Polimorfismos de TLR 2 y TLR 4 como moléculas de adhesión de *Coxiella burnetii* a los macrófagos. (ii) Tipaje de antígenos de histocompatibilidad de clase II en casos y controles de fiebre Q y (iii) Comparación de frecuencias de HLA de clase II entre pacientes con fiebre Q y población general.

Sujetos y métodos: En 38 pacientes con fiebre Q aguda y 38 controles se evaluó en muestras sanguíneas las siguientes magnitudes: tipaje HLA clase II (DRB1) y polimorfismos de los genes de TLR2 (Arg753Gln) y TLR4 (Asp299Gly, Thr399Ile) mediante técnicas previamente establecidas. Además, se compararon los resultados de tipaje HLA con una muestra representativa de 121 donantes de la población de estudio.

Resultados y Discusión: Respecto al estudio de genes de la inmunidad innata, no se observan diferencias significativas en los tres polimorfismos estudiados de los TLR. Sin embargo, con respecto al estudio de la inmunidad adaptativa, al comparar los resultados del tipaje HLA de clase II (locus DRB1) sí que se encuentran diferencias en las frecuencias de los pacientes respecto a los controles, específicamente un aumento de frecuencia de HLA-DRB1*04 y HLA-DRB1*16 así como una disminución de frecuencia de HLA-DRB1*08. Específicamente, cuando se compara con la población general, existe una asociación significativa entre la presencia de HLA-DRB1*04 y la presencia de fiebre Q.

Conclusión: El alelo HLA-DRB1*04 se asocia a un incremento en la susceptibilidad para el desarrollo de fiebre Q.



ANÁLISIS DE LAS PARASITOSIS EN EL INMIGRANTE QUE LLEGA POR PROBLEMAS MÉDICOS A LA UEIMT (HUIGC) (1998-2015)

Carranza Rodríguez C^{1,2*}, Ramírez Navarro J^{1*}, Cruz Martín AP^{1*}, Hernández Cabrera M^{1,2}, Pisos Álamo E^{1,2}, Jaén Sánchez N^{1,2}, Pérez Arellano JL^{1,2*}

** Estos autores han contribuido de forma similar en el desarrollo del trabajo*

Hospital Universitario Insular de Gran Canaria (¹Unidad de Enfermedades Infecciosas y Medicina Tropical) Universidad de las Palmas de Gran Canaria (²Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas)

RESUMEN

Introducción: Las parasitosis, con excepción de las giardiasis y enterobiosis, son enfermedades poco frecuentes en España pero que causan gran morbilidad en población de áreas endémicas como el continente africano. Debido a los cambios demográficos, la presencia de población inmigrante en España ha aumentado en las últimas dos décadas.

Objetivos: Describir las características clínicas, epidemiológicas y analíticas de las parasitosis en pacientes inmigrantes que llegan a la UEIMT del HUIGC.

Pacientes y métodos: Estudio descriptivo transversal de los pacientes inmigrantes llegados a la UEIMT del HUIGC entre 1998 y 2015. Se revisaron 966 historias clínicas, de las que se recogieron datos demográficos, clínicos y analíticos, así como otras pruebas complementarias. Sólo se incluyeron en el estudio los pacientes con diagnóstico confirmado de parasitosis importada.

Resultados: Se diagnosticó parasitosis en 198; 114 helmintosis y 84 protozoosis. Las helmintosis más frecuentes fueron geohelmintosis (43,9%), esquistosomosis (35,1%) y filariosis (20,2%). El 27,2% de los pacientes presentaron coparasitación por dos o más helmintos. La mayoría de helmintosis fueron más frecuentes en África subsahariana, excepto las cestodosis, que fueron más frecuentes en África norte. El 77,2% eran varones, con edad media de 26,4 años. Sólo un 52,6% de los pacientes presentaron síntomas siendo los más frecuentes los intestinales (17,5%). Se detectó eosinofilia (absoluta o relativa) en el 71,1% de los pacientes. Las protozoosis más frecuentes fueron malaria (49 pacientes), enfermedad de Chagas (30 pacientes) y 5 casos con amebosis por *E. histolytica*. La mayor parte de pacientes con malaria eran VFRs (visiting friends and relatives), procedían de África subsahariana y la especie responsable era *P. falciparum*. En lo que respecta a la tripanosomosis americana, aparecía predominantemente en mujeres, siendo el país de origen más frecuente Bolivia y la mayor parte de casos detectados por cribado en personas asintomáticas.

Conclusiones: i) Las helmintosis (principalmente geohelmintosis, esquistosomosis y filariosis) constituyen una causa de consulta frecuente en los inmigrantes que llegan a Gran Canaria. La eosinofilia fue la alteración analítica más frecuentemente encontrada ii) Se debe fomentar el uso de quimioprofilaxis antipalúdica en inmigrantes que vuelven a su país de origen y iii) debe recomendarse el cribado en población de riesgo de padecer enfermedad de Chagas.



TIFUS MURINO EN GRAN CANARIA (1999 – 2015). ANÁLISIS DE 250 PACIENTES

Pérez Arellano JL^{1,2*}, Robaina Bordón JM^{1*}, Hernández Cabrera M^{1,2}, Bolaños Rivero M³, Pisos Álamo E^{1,2}, Jaén Sánchez N^{1,2}, Carranza Rodríguez C^{1,2*}.

** Estos autores han contribuido de forma similar en el desarrollo del trabajo*

Hospital Universitario Insular de Gran Canaria (¹Unidad de Enfermedades Infecciosas y Medicina Tropical ³Microbiología y Parasitología) Universidad de las Palmas de Gran Canaria (²Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas)

RESUMEN

Introducción: El tifus murino o endémico es un síndrome producido por los microorganismos *Rickettsia typhi* y *Rickettsia felis* que se manifiesta clínicamente como un cuadro febril de duración prolongada. En la literatura hay escasos estudios de series de tifus murino documentados en España

Objetivos: Describir las características clínicas, epidemiológicas y analíticas de los pacientes con tifus murino en Gran Canaria.

Pacientes y métodos: Se recogieron de forma retrospectiva a partir de la historia clínica en papel y electrónica, datos epidemiológicos, clínicos y analíticos en 250 pacientes adultos (≥ 14 años) con diagnóstico serológico de tifus murino atendidos en el Hospital Universitario Insular de Gran Canaria (HUIGC) entre el 1 de junio de 1999 y el 31 de diciembre de 2015.

Resultados: Se diagnosticaron una media de 20 casos de tifus endémico al año en el HUIGC. La mayoría de diagnósticos se hicieron en varones de edad media (mediana: 40 años) entre los meses de junio y noviembre. El contacto con animales fue el factor de exposición recogido más frecuente (88,8%). La tríada clásica compuesta por la presencia concomitante de fiebre, cefalea y exantema se observó en el 22,1% de los casos. La presencia de exantema fue un hallazgo poco frecuente entre los pacientes de edad avanzada (5,3%) y se asoció en este estudio con una elevación más acusada de las transaminasas. Las alteraciones en el sistemático de orina (94,5%) fueron en su conjunto el hallazgo de laboratorio más frecuente. Se objetivó trombocitopenia en el 58% de los casos y se relacionó con el desarrollo de más complicaciones e ingresos. Los pacientes de edad avanzada presentaron un proceso más dilatado en el tiempo, con mayor duración de los síntomas hasta la consulta, desarrollo de más complicaciones y diagnóstico más tardío. Un 29,6% de los pacientes desarrolló alguna complicación y el 22% requirió ingreso.

Conclusiones: El tifus endémico es una entidad frecuente en Gran Canaria que debe formar parte del diagnóstico diferencial de cualquier cuadro febril sin foco, en especial si se acompaña de trombocitopenia, hiponatremia, elevación de transaminasas o alteraciones en el sistemático de orina.



DESCRIPCIÓN DE UN BROTE DE HEPATITIS A EN EL ÁREA SUR DE TENERIFE EN 2017 ESTUDIO

Gómez Álvarez, MP; Fernández -Peña Mosquera, S; Berge Garrido, E; Gil-Campesino, H; Crespo Estrada, B; Cabrera Febles, A; Hayek Peraza, M.

Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

OBJETIVOS: La hepatitis A es una enfermedad infecciosa, cuya vía de transmisión es fecal-oral. En las últimas décadas España ha presentado una baja incidencia. Nuestro objetivo es describir las características epidemiológicas de un brote en 2017.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo en el que se recogieron todos los pacientes con serología positiva para hepatitis A en el área de referencia del H. Universitario Ntra. Sra. De Candelaria, del 1 de enero de 2017 al 31 de diciembre de 2017. Además se recogió la incidencia en número de casos en el periodo de 2010 a 2016.

RESULTADOS: En 2017 se detectaron 119 casos de Hepatitis A, frente a 53 casos en el periodo de 2010 a 2016. La edad media de los pacientes fue de 30.6 (± 12.46 DS). El 78% eran varones y un 22% mujeres. El 22% se asoció a contactos sexuales riesgo. Dentro de las enfermedades asociadas el 9.3% era VIH positivo, un 8.5% presentó historia clínica de

otras ETS, de entre ellos hasta un 5.1% tenía serología de sífilis positiva. Llama la atención que en un 32.2% no se testó serología de VIH. Además un 16.9% describió un contacto cercano con persona con hepatitis A.

CONCLUSIONES: El brote de 2017, por el elevado porcentaje de paciente varones y con contactos sexuales de riesgo, responde a un cambio del patrón de transmisión tradicional al patrón de infección de transmisión sexual. No obstante, los médicos nos resistimos al cambio de paradigma como muestra que gran parte de los pacientes no se hayan cribado para VIH. Es preciso estudiar el nuevo comportamiento de enfermedades clásicas para adaptarse a los retos actuales que representan.



EL DESAFÍO DEL AUMENTO DE LA MORTALIDAD POR CÁNCER EN LOS PACIENTES CON VIH: UNA PERSPECTIVA EN NUESTRO MEDIO

Fernández-Peña S, Gómez Álvarez P, Calderón Ledezma E, Gómez Hidalgo A, Torres Hernández L, Castaño Pérez S, Hayek Peraza M.

Servicio de Medicina Interna, H. Universitario Ntra. Sra. de Candelaria

Objetivos: El VIH predispone a la aparición de neoplasias. Se describen como "Neoplasias definitorias de SIDA" aquellas que clásicamente eran más frecuentes y señalaban un umbral en la inmunodepresión. Hoy día, sin embargo, otras neoplasias asociadas al VIH, antes menos frecuentes, suponen ya hasta más del 50% de las neoplasias en los pacientes con VIH.

El objetivo de nuestro estudio es comprobar si la tendencia mundial al aumento de las neoplasias asociadas al VIH en detrimento de las neoplasias definitorias de SIDA está presente en nuestro medio.

Material y Métodos: Se trata de un estudio transversal. De entre los pacientes ingresados entre el 1 de enero de 2014 y 31 de diciembre de 2017 con VIH en nuestro centro, se incluyen aquellos con diagnóstico de neoplasia. Se realiza un análisis estadístico descriptivo de los datos, comparándolos con la literatura vigente.

Resultados: De un total de 231 pacientes con VIH ingresados en este periodo, se seleccionaron 41 pacientes con neoplasia (17.7%). De ellos, el 50% de las neoplasias fueron aquellas asociadas a VIH frente al 25% de neoplasias definitorias de SIDA (NDS) en consonancia la tendencia publicada. De las NDS la más frecuente fue el linfoma no Hodgkin, mientras que en las asociadas a VIH, la más frecuente fue el linfoma de Hodgkin seguido de otros linfomas. La mortalidad fue alta, con 41% al año del diagnóstico, mucho mayor que la mortalidad entre la población general, y sin existan datos globales en la literatura en este grupo.

Conclusiones: El cáncer es ya una de las principales causas de muerte en pacientes VIH tanto por su capacidad de potenciación de otros virus oncogénicos, como por su mayor agresividad en estos pacientes.



PUESTA EN MARCHA DE UN PROA EN EL HOSPITAL DR. JOSE MOLINA OROSA DE LANZAROTE

Salvador Martínez Vicente, Javier Noguera Catalan, Domingo Panizo Rivas, Santiago Martín Rodríguez y Carmen Quintanilla de Lababuru

INTRODUCCION: Para paliar la disminución progresiva de la eficacia de los antibióticos y la diseminación y aumento en el aislamiento de microorganismos multirresistentes surgen los PROAs (programas de optimización del uso de antibióticos) como instrumento de apoyo

a la prescripción antibiótica. El Hospital Dr. Molina Orosa es un Hospital General, de ámbito comarcal, dotado con 350 camas, que atiende a una población residente de aproximadamente 140.000 habitantes en la isla de Lanzarote.

OBJETIVO. MATERIAL Y METODO: En el año 2015 la Comisión de Infecciones del Hospital Dr. Molina Orosa decidió el desarrollo e implantación de un PROA, con el objetivo de puesta en funcionamiento en los siguientes dos años. Se han seguido las siguientes actuaciones cronológicas:

AÑO 2016: 1.- Desarrollo de Guías Clínicas de Tratamiento Antibiótico y Manual de Profilaxis Quirúrgica y 2.- Creación del Equipo de Antibióticos.

AÑO 2017: 1.- Elaboración de los Indicadores de consumo, de resistencias y tasas de microorganismos multirresistentes, así como Indicadores de evaluación de la calidad de la prescripción antibiótica e Indicadores de pronóstico. 2.- Creación de un espacio para el PROA en la Intranet del Hospital. 3.- Presentación del programa PROA a todas las unidades y servicios del Hospital. 4.- Utilización del Programa DRAGO mediante una Aplicación.

RESULTADOS: Se han recogido los siguientes Indicadores: 1.- Porcentaje de pacientes con prescripción antibiótica: 37.24%. 2.- Tasa de patógenos centinela nosocomiales. Año 2016 SAMR 0.04 PaeruginosaMRD 0.25 EPC 0.05 Cdifficile 0.32. Año 2017 SAMR 0.08 PaeruginosaMDR 0.23 EPC 0.05 Cdifficile 0.28. 3.- Porcentaje de pacientes sin estudio microbiológico adecuado 39.4%. 4.- Porcentaje de pacientes con duración de terapia antibiótica mayor de 10 días no documentada y/o justificada 44.4%. 5.- Mortalidad en pacientes con bacteriemias nosocomiales 25%.

CONCLUSIONES: 1.- Se ha completado la implantación de un programa PROA en nuestro Hospital. 2.- Los resultados de los indicadores medidos son similares a los de otros centros hospitalarios de similares características.



Comunicaciones libres

RELACIÓN DE FUERZA DE PRENSIÓN Y MASA CON LA ATROFIA CEREBRAL EN EL PACIENTE ALCOHÓLICO

Candelaria Martín-González¹, Lucía Romero-Acevedo¹, Emilio González-Reimers¹, Daniel Martínez-Martínez¹, Selena G. Aguilera-García¹, Antonieta González-Díaz², María del Carmen Durán-Castellón¹, Eva María Rodríguez-Rodríguez¹, Francisco Santolaria-Fernández¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Canarias. Universidad de La Laguna. Santa Cruz de Tenerife, España. ²Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Universitario de Canarias. Universidad de La Laguna. Santa Cruz de Tenerife, España.

Objetivos: analizar la relación entre masa magra y fuerza de prensión en alcohólicos y su relación con la atrofia cerebral.

Material y Métodos: 101 pacientes varones de 58.35 ± 11.59 años y 44 controles, bebedores de menos de 20 g de etanol al día, de edad similar. Se analizó la fuerza de prensión en la mano dominante con un dinamómetro Collins, composición corporal total mediante densitometría y atrofia cerebral con una tomografía computarizada cerebral.

Resultados: la atrofia cerebral es común en alcohólicos ($t=7.09$; $p<0.001$); éstos muestran una marcada reducción en la fuerza de prensión ($t=10.29$; $p<0.001$) y en la masa magra, especialmente en brazos ($t=4.22$; $p<0.001$) y piernas ($t=4.04$; $p<0.001$), pero no en tronco;

existe relación entre la disminución de la masa magra y la atrofia cerebral ($t=3,009$; $p<0,005$) y entre fuerza de prensión y atrofia cerebral ($p=0,42$; $p<0,001$), independiente de la edad y de la función hepática; los alcohólicos muestran menos grasa en brazos, pero más grasa en tronco, así que si calculamos el índice de grasa periférica/grasa del tronco, se observaron diferencias entre alcohólicos y controles ($t=4,73$; $p<0,001$).

Conclusiones: entre los alcohólicos existe una relación entre la reducción de la masa magra y la atrofia cerebral, y una estrecha correlación entre la fuerza de prensión y la atrofia cerebral, independientemente de la edad, la duración del consumo y la función hepática. Los resultados obtenidos son comparables a los descritos en otras enfermedades neurodegenerativas, como el Alzheimer.



INTERLEUCINA 15 EN EL ALCOHÓLICO

Candelaria Martín-González, Emilio González-Reimers, Geraldine Quintero-Platt, Julio Alvisa-Negrín, Fernando Armas-González, María Monereo-Muñoz, Iballa Jimenez-Cabrera, Esther Martín-Ponce, Francisco Santolaria-Fernández.

Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, Tenerife

OBJETIVOS: la interleucina 15 (IL-15) es una citocina proinflamatoria, producida tanto en el sistema nervioso central (SNC) como periféricamente –especialmente en músculo), que puede en cualquier caso atravesar la barrera hematoencefálica, proceso que se ve favorecido por la presencia concomitante de TNF- α y/o de lipopolisacárido (ambas condiciones presentes en el alcohólico). Sus efectos sobre el SNC son poco conocidos, habiéndose descrito elevaciones en enfermedades neurodegenerativas como la enfermedad de Alzheimer, aunque su carácter de miokina, secretada durante el ejercicio, explica algunos resultados contradictorios observados en lo que respecta a cognición y neurogénesis. No existen estudios que analicen su relación con las alteraciones cerebrales del alcohólico, objetivo del presente trabajo.

PACIENTES Y MÉTODO: Se determinó mediante RIA la IL-15 en 66 pacientes alcohólicos y 12 controles. En los pacientes, en relación con el desarrollo de un síndrome de abstinencia se realizó TAC craneal, calculándose diversos índices indicativos de atrofia. también se analizó la fuerza de prensión y la masa muscular por densitometría.

RESULTADOS: No había, globalmente, diferencias entre alcohólicos y controles. Los pacientes cirróticos tendían a presentar niveles más elevados de IL-15 que no cirróticos y controles. Aunque hubo una tendencia a correlacionarse con algunos índices, como el bicaudado ($\rho=0,23$, $p=0,06$), estas correlaciones no fueron significativas, como tampoco la relación con fuerza muscular, función hepática, o consumo de alcohol. En cambio, sí se observó una relación directa con el TNF- α ($\rho=0,26$; $p=0,019$), especialmente en no cirróticos ($\rho=0,38$; $p=0,017$), en los que también guardó relación con la IL-8 ($\rho=0,32$; $p=0,05$)

CONCLUSIONES: por lo tanto, al menos en esta serie, la IL-15 más bien parece guardar relación con la reacción inflamatoria subyacente en el alcohólico que con función hepática, consumo de alcohol o masa magra.



HIERRO CEREBRAL EN EL PACIENTE ALCOHÓLICO

Candelaria Martín-González¹, Emilio González-Reimers¹, Lucía Romero-Acevedo¹, Geraldine Quintero-Platt¹, Iván Ribot-Hernández², Ramón Muñoz-Montes³, Fernando Armas-González¹, María Monereo-Muñoz¹, Francisco Santolaria-Fernández¹

¹Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, Tenerife. ²Servicio de Física Médica, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, Tenerife. ³Servicio de Radiología, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, Tenerife.

INTRODUCCIÓN: En el alcoholismo crónico existe una patología cerebral (SNC) caracterizada por atrofia tanto de la sustancia blanca como de la sustancia gris, más acusada en la primera. Puede influir en su génesis la neurodegeneración y, especialmente, la afectación del oligodendrocito, principal célula productora de mielina. Este proceso neurodegenerativo puede verse influido por la extravasación de hematíes a través de la barrera hematoencefálica, fenómeno observado en los alcohólicos, en relación con el consumo de oxígeno asociado al sistema MEOS que activa factores aumentadores de permeabilidad, o por micro o macrotraumatismos cerebrales asociados a la intensidad del consumo y a la forma de vida propia del alcohólico.

OBJETIVO: Estimar la acumulación de hierro en el SNC por técnicas de resonancia magnética (RM) y analizar la relación entre contenido de hierro cerebral, intensidad de la atrofia del cuerpo caloso, consumo de alcohol y marcadores inflamatorios.

MATERIAL Y MÉTODOS: 41 pacientes alcohólicos y 11 controles de similar edad y sexo, trabajadores en nuestro centro. Se determina el contenido de hierro por técnicas de RM, tamaño del cuerpo caloso en corte sagital, y marcadores inflamatorios como proteína C reactiva, citocinas como TNF-alfa, IL-6 e IL-8, y función hepática.

RESULTADOS: los pacientes tenían significativamente más hierro que los controles ($t=2.77$ $p<0.01$), y mucha mayor atrofia del cuerpo caloso ($z=3.63$; $p<0.001$). El hierro cerebral guardó relación con TNF alfa ($\rho=0.44$; $p=0.007$) y el área del cuerpo caloso guardó relación inversa con el tiempo de consumo ($\rho=-0.39$; $p=0.03$) y globalmente (pacientes y controles), con el hierro cerebral ($\rho=-0.42$, $p=0.006$). Ésta su vez se relacionó con el tiempo de consumo y con el Child-Pugh.

CONCLUSIONES: Nuestros resultados muestran que el hierro cerebral está alto en el alcohólico, quienes presentan a su vez atrofia del cuerpo caloso. Existió una relación entre citocinas proinflamatorias y hierro cerebral, y una tendencia a que éste guardara una relación con la atrofia del cuerpo caloso, en concordancia, globalmente con el papel lesivo de la acumulación de hierro sobre la sustancia blanca.



TGF BETA Y ATROFIA CEREBRAL EN EL ALCOHÓLICO

Emilio González-Reimers¹, Candelaria Martín-González¹, Daniel Martínez-Martínez¹, Patricia Cabrera-García², Iballa Jiménez-Cabrera¹, Víctor E. Vera-Delgado¹, Alina Pérez-Ramírez¹, José Juan Viña-Rodríguez¹, Francisco Santolaria-Fernández¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Canarias. Universidad de La Laguna. Tenerife. ²Servicio de Endocrinología. Hospital Universitario de Canarias. Universidad de La Laguna. Tenerife.

OBJETIVOS: El transforming growth factor beta 1 (TGF β -1) es una citocina que cumple multitud de funciones relacionadas con la morfogénesis embrionaria y desarrollo cerebral, además de múltiples acciones proinflamatorias e inductoras de la secreción de otras citocinas. Si bien existen datos acerca de su papel en la génesis del síndrome alcohólico fetal, y ha sido descrita su elevación en alcohólicos, su relación con la atrofia cerebral del paciente alcohólico no ha sido estudiada. Por el contrario, existen varios trabajos en pacientes con Parkinson, Alzheimer, esclerosis lateral amiotrófica, o simplemente, con la edad avanzada en las que se relacionan los niveles de TGF β 1 con el deterioro cognitivo o la lesión cerebral. El objetivo del presente estudio es analizar la relación de los niveles séricos de TGF β -1 con la atrofia cerebral, valorada mediante índices derivados del TAC craneal.

PACIENTES Y MÉTODOS: Hemos incluido 75 pacientes de 59.09 ± 11.56 años, intensamente bebedores, ingresados por problemas relacionados con consecuencias orgánicas deriva-

das del consumo de alcohol y 34 controles, de similar edad y sexo. A todos se les realizó un TAC craneal, valorando en el mismo diversos índices cerebrales. Además de analítica rutinaria, a todos ellos se les determinaron los niveles de TGF β -1.

RESULTADOS: Encontramos que los pacientes alcohólicos presentaban niveles más elevados de TGF β -1 que los controles (T= 2.82; p=0.006), aunque no había diferencias entre cirróticos y no cirróticos. Encontramos relaciones directas estadísticamente significativas entre TGF β 1 e índice bicaudado (r=0.27, p=0.023), índice celda (r=0.23, p=0.047) e índice ventricular (r=0.24, p=0.040). En todos los casos al realizar un análisis multivariante incluyendo edad se observó que, aunque la edad era seleccionada en primer lugar, el TGF β -1 estaba también relacionado de forma independiente con los índices mencionados.

CONCLUSIONES: El TGF β -1 está elevado en pacientes alcohólicos, y de forma similar a lo descrito en pacientes con Alzheimer y otros procesos neurodegenerativos, guarda relación con la atrofia cerebral del alcohólico.



EFICACIA DE LOS NUEVOS TRATAMIENTOS EN LA HIPERCOLESTEROLEMIA

José Alfredo Martín Armas¹, Magdalena León Mazorra¹, Imanol Pulido Gonzalez¹, Lidia Ester Ruiz Garcia², Alicia Conde Martel¹

¹Servicio de Medicina Interna. ²Servicio de Análisis Clínico. Hospital Dr. Negrin

OBJETIVOS: Describir las características de los pacientes que reciben tratamiento con anticuerpos monoclonales anti PCSK-9, su eficacia y seguridad.

MATERIAL y MÉTODOS: Se recogieron los pacientes de nuestra Unidad que habían recibido, al menos una dosis de anticuerpo monoclonal anti PCSK-9, entre febrero de 2016 y marzo de 2018. Se registraron las características demográficas, los factores de riesgo cardiovascular, enfermedad cardiovascular (ECV) establecida y localización de la misma (cardíaca, cerebral o arterial periférica), el diagnóstico de hipercolesterolemia familiar (en base a criterios clínicos de las Clínicas Holandesas) y el tratamiento hipolipemiante recibido. Además se recogieron los valores de colesterol total, LDL, HDL y no HDL previos al inicio del tratamiento, la primera determinación tras el tratamiento y el último valor registrado.

RESULTADOS: Se incluyeron 40 pacientes. El 55 % mujeres, con una edad media al inicio del tratamiento de 56,9 años (rango: 34 a 80). Previo al inicio del tratamiento el colesterol total promedio era de 291,3 mg/dl y el LDL 204,6. El 50 % presentaban ECV establecida, todos en forma de cardiopatía isquémica. 29 pacientes (el 72,5 %) cumplían criterios clínicos para el diagnóstico de hipercolesterolemia familiar, entre estos algo más de un tercio (9 pacientes) con ECV establecida. El 52,5 % de los pacientes tenían Hipertensión arterial. Recibían tratamiento con estatinas el 70 % de los pacientes, se asocia ezetimibe al 65 %, siendo intolerantes el resto. Los pacientes mayores de 60 años presentaban de forma estadísticamente significativa, mayor intolerancia (p: 0,003). Se observa que los valores de colesterol total y LDL disminuyen significativamente desde el inicio de tratamiento (p 0,001), manteniéndose el descenso en la última determinación (p= 0,012). No hallándose cambios significativos en el resto de lipoproteínas.

CONCLUSIONES: En nuestra serie, al igual que se describe en la literatura, la eficacia de los antiPCSK9 se mantiene con independencia de las características basales del paciente sin haber observado efectos adversos relevantes. Por el contrario, con las estatinas detectamos mayor intolerancia a mayor edad.



MENINGITIS INFECCIOSAS ATENDIDAS EN LA UEIMT (2005-2015)

Jaén Sánchez N^{1,2*}, Armas Almeida Y^{1*}, Carranza Rodríguez C^{1,2}, Pisos Álamo E^{1,2}, Pérez Arellano JL^{1,2}, Hernández Cabrera M^{1,2*}

** Estos autores han contribuido de forma similar en el desarrollo del trabajo*

Hospital Universitario Insular de Gran Canaria (¹Unidad de Enfermedades Infecciosas y Medicina Tropical) Universidad de las Palmas de Gran Canaria (²Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas)

RESUMEN

Introducción: La meningitis infecciosa, aunque no es un problema especialmente frecuente, se asocia a una elevada tasa de morbilidad y mortalidad. En nuestra Comunidad, existe una escasa información acerca de este síndrome.

Objetivos: i) Análisis de las características clínicas y epidemiológicas de los casos de meningitis atendidos por la UEIMT en un periodo de 11 años. ii) Descripción de los agentes causales de meningitis en el periodo de tiempo mencionado iii) Evaluar la adecuación del tratamiento empírico, modificado y al alta de esta entidad infecciosa atendiendo a las complicaciones y al tiempo de ingreso y iv) Comparar la etiología, factores de riesgo y complicaciones en los dos tipos de meningitis estudiados: adquiridas en la comunidad y nosocomiales.

Pacientes y métodos: Se realizó un estudio descriptivo con análisis retrospectivo de los pacientes con diagnóstico meningitis infecciosa desde 2005-2015. En todos los casos se realizó una recogida protocolizada de datos que incluyó: datos demográficos, características clínicas relevantes, datos microbiológicos, análisis del LCR, complicaciones y tratamiento.

Resultados: i) La incidencia anual en la UEIMT es de 15 casos/año no existiendo diferencias en su etiología atendiendo a la estación climática. ii) La mayoría de las meningitis eran adquiridas en la comunidad. iii) El principal factor predisponente en las meningitis adquiridas en la comunidad fue la infección del área ORL, mientras que en las de origen nosocomial la intervención neuroquirúrgica iv) Los agentes causales más frecuentes de meningitis fueron las bacterias, *S. pneumoniae* y *N. meningitidis* serogrupo B en las adquiridas en la comunidad y enterobacterias en las nosocomiales v) En la mayor parte de los pacientes fue imposible valorar la presencia de hipoglucorraquia. vi) La determinación del lactato en el LCR fue una prueba útil para un realizar un diagnóstico diferencial entre las meningitis de origen bacteriano o fúngico y las víricas y vii) Hasta un tercio de los pacientes con meningitis recibieron un tratamiento empírico inadecuado. Conclusiones: Los resultados de este estudio sugieren varias acciones para disminuir las consecuencias de este proceso: vacunación, mejoría de las técnicas diagnósticas (clínicas, microbiológicas y estudios del LCR) e implementación del tratamiento empírico.



VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO Y SU RELACIÓN CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Torres-Vega Ana María¹, Martín-González M. Candelaria², González-Reimers Emilio²

¹ *Facultativo especialista de área (F.E.A.) de Medicina Interna. Servicio de Medicina Interna del Hospital Insular Ntra Sra de los Reyes, El Hierro (Santa Cruz de Tenerife).* ² *Facultativo especialista de área (F.E.A.) de Medicina Interna. Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. San Cristóbal de la Laguna (Santa Cruz de Tenerife)*

Objetivos: Analizar si existe relación entre el volumen plaquetario medio (VPM) y la aparición de enfermedades cardiovasculares en pacientes diabéticos.

Material y métodos: Se incluyeron 300 pacientes diabéticos tipo 2 de la isla de El Hierro y se recogieron variables demográficas (edad y sexo), factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, dislipemia, tabaquismo, consumo de alcohol) y desarrollo de enfermedades cardiovasculares durante el período de seguimiento (insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, fibrilación auricular, enfermedad cerebrovascular y enfermedad arterial periférica).

Resultados: 300 pacientes diabéticos, seguidos de forma prospectiva durante una media de $11,04 \pm 4,93$ años. La media del VPM fue $10,78 \pm 1,04$ fL, siendo similar en ambos sexos. Los pacientes que desarrollaron cardiopatía isquémica durante el seguimiento tendían a tener niveles más elevados de VPM ($11,2 \pm 1,30$ vs $10,76 \pm 1,03$ fL, $t=1,80$, $p=0,08$). También encontramos que los pacientes con valores de VPM por encima de la mediana tenían perímetros abdominales de riesgo (> 88 cm en la mujer y > 102 cm en el hombre) ($\chi^2=3,96$, $p=0,046$) y presentaban más episodios de insuficiencia cardíaca de debut ($\chi^2=4,47$, $p=0,035$). No encontramos relación entre la aparición de fibrilación auricular, enfermedad arterial periférica o de eventos cerebrovasculares y el VPM, si bien en los pacientes que desarrollaban estas entidades los valores medios del VPM estaban más elevados que en los que no las presentaron, pero sin alcanzar la significación estadística.

Conclusiones: Nuestros resultados concuerdan con lo publicado en la literatura, pudiendo interpretarse como una expresión del sustrato proinflamatorio propio del paciente diabético y reflejo de la disfunción endotelial.



PROGRAMA ASISTENCIAL DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LA ISLA DE EL HIERRO: UN ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Torres-Vega Ana María¹, Narváez Ruiz Aracelys Josefina², Saucedo-Villanueva Isabel¹, Corral-Nieri Lucas F¹, Martín-González M. Candelaria³

¹Facultativo especialista de área (F.E.A.) de Medicina Interna. Servicio de Medicina Interna del Hospital Insular Ntra Sra de los Reyes, El Hierro (Santa Cruz de Tenerife). ² Facultativo especialista de área (F.E.A.) de MF y C. Servicio de Urgencias del Hospital Insular Ntra Sra de los Reyes, El Hierro (Santa Cruz de Tenerife). ³ Facultativo especialista de área (F.E.A.) de Medicina Interna. Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. San Cristóbal de la Laguna (Santa Cruz de Tenerife)

Objetivos: Analizar la actividad clínica y el perfil de los pacientes que fueron incluidos en el primer programa asistencial de Cuidados Paliativos del Hospital Nuestra Señora de los Reyes (HINSR).

Material y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en el que se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes incluidos en programa desde su puesta en marcha el 1/09/15 hasta el 30/09/16. Se recogieron variables de carácter sociodemográfico y clínico como síntomas, diagnóstico, número de visitas a urgencias y hospitalizaciones, entre otros.

Resultados: De los 40 pacientes incluidos el 85% presentaba una patología oncológica. La mayoría eran varones (62.5%) con una edad media y desviación típica de 80.08 ± 10.94 años. La edad de las mujeres era significativamente superior a la de los hombres ($U=73.500$; $z= - 3.19$; $p < 0.001$).

La patología tumoral más frecuente fue la de origen digestivo (28,20%) y la pulmonar (12,8%). La mayor parte de los pacientes fueron remitidos desde el Servicio de Medicina Interna del HINSR (50%) Los síntomas más prevalentes en el momento de inclusión en programa fueron dolor (31,34%) y disnea (20,89%).

El 47.5% de los pacientes fue atendido en el servicio de urgencias hospitalario, sin embargo, en el 65% de los casos no fue preciso ingreso hospitalario. Los síntomas más frecuentes que motivaron los ingresos fueron disnea (35%) y dolor (20%). En el 57.5% de los pacientes estaba presente la conspiración del silencio en el momento de ingresar en programa, reduciéndose este porcentaje al 5% durante el seguimiento.

El 67.5% de los pacientes precisaron ser valorados por otros profesionales. El tiempo medio de seguimiento hasta el éxitus fue de 87 días. El 66.7% de los pacientes fallecieron en su domicilio y en el 70% se llevó a cabo sedación paliativa principalmente por disnea 73,91% y dolor 13,04%.

Conclusiones: El perfil de los pacientes atendidos en nuestro programa asistencial de Cuidados Paliativos es similar a otros estudios realizados. Destaca una mayor edad media de los pacientes, un mayor periodo de seguimiento con respecto a otros estudios y un porcentaje mayor de sedación paliativa.



HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS TIPO 2: INCIDENCIA DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Ana María Torres-Vega¹, M. Candelaria Martín-González², Emilio González-Reimers²

¹Servicio de Medicina Interna, Hospital Nuestra Señora de Los Reyes, El Hierro (Santa Cruz de Tenerife). ²Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Canarias (Santa Cruz de Tenerife)

OBJETIVOS: Analizar la relación entre hipertensión en pacientes diabéticos tipo II con la aparición incidental de manifestaciones macro y microvasculares de la diabetes a lo largo del tiempo y analizar la mortalidad de este colectivo de pacientes y los factores relacionados con la misma.

MATERIAL Y MÉTODOS: 300 pacientes diabéticos seleccionados de forma aleatoria del total de pacientes diabéticos atendidos por cualquier causa en la consulta de Medicina Interna del único hospital de la isla de El Hierro, sin diferencias entre sexos. Se analizó variables epidemiológicas, diagnóstico de hipertensión arterial, además de diferentes variables clínicas y bioquímicas, así como la incidencia de enfermedades cardiovasculares y mortalidad. El período de seguimiento fue de 11±5 años.

RESULTADOS: El 70% de los pacientes era hipertenso en el momento de la inclusión, mientras que el 16% la desarrollaron durante el seguimiento. La media de TA en la consulta fue de TAS 144±23 y TAD 81±12 mmHg, más alta en mujeres (TAS: 140,8±20 mmHg en hombres Vs 147,6±26, mmHg en mujeres; t=2,47, p=0,014 y TAD 79,3±11,3 mmHg Vs 82,2±13 mmHg; t=2,02; p=0,044). La media de HbA1C era de 6,9±1,7%, sin diferencias entre sexos (Z=0,55; NS). En los pacientes hipertensos en el momento de la inclusión se objetivó una incidencia durante el seguimiento de un 8.1% de insuficiencia cardíaca, 12% de cardiopatía isquémica, 1.9% de ic-tus, 15,3% de fibrilación auricular y 5.3% de enfermedad arterial periférica. Sólo la aparición de insuficiencia cardíaca fue superior en los pacientes que ya tenían antecedentes de hipertensión arterial (test de Fisher=0,008). Mortalidad: a lo largo del seguimiento fallecieron 51 pacientes (17%). Al realizar una regresión de COX, los únicos factores que se relacionaron de forma independiente fueron la edad y la presencia de insuficiencia cardíaca, por ese orden.

CONCLUSIONES: Existió una incidencia elevada de eventos cardiovasculares. La aparición de insuficiencia cardíaca se relacionó con el antecedente personal de hipertensión arterial en diabéticos con buen control metabólico. La mortalidad dependió de la edad y de la presencia de insuficiencia cardíaca. Estos resultados demuestran la importancia del control de factores de riesgo vascular, sobre todo, de la hipertensión arterial.



PREVALENCIA DE PLURIPATOLOGÍA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

E. Calderón Ledezma, C. Hernández Carballo, A. Aguilar López, L. Torres Hernández, F. J. Herrera Herrera, J. Marfil Daza

Medicina Interna. Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife

Objetivos: Conocer la prevalencia de pluripatología (PP) y las características clínicas de los pacientes con insuficiencia cardíaca (ICC) en una Unidad de Hospitalización de Medicina Interna de un Hospital Comarcal sin unidad de Cardiología.

Material y métodos: Estudio observacional de cohortes retrospectivo en el que se revisan las historias clínicas electrónicas de los pacientes ingresados por ICC en el periodo de tiempo comprendido entre enero y diciembre de 2017. El análisis estadístico se lleva a cabo con el programa SPSS versión 21.

Resultados: Se incluyeron 152 pacientes con diagnóstico de ICC, con una edad media $81.3 \pm 8,2$ años. Un total de 101 pacientes (66.4%) fueron pluripatológicos. De las categorías definitorias de PP la más prevalente fue la categoría A con 95 pacientes (94.1%), seguida de la categoría B con 55 pacientes (54.5%) y la categoría C con 47 pacientes (46.5%).

Un 32.9% de los pacientes presentaban dependencia moderada (Barthel 60-90) y un 31.6% dependencia severa (Barthel 20-60), siendo independientes sólo un 26.3%. El grado de dependencia modera-severa fue significativamente mayor en pacientes pluripatológicos frente a los no pluripatológicos (49,5% vs 25%, $p < 0,005$). El índice medio de Charlson calculado durante el ingreso fue de 7.91 ± 2.5 y el índice PROFUND medio calculado al ingreso fue de 6.24 ± 4.9 ; presentando una mayor significación estadística frente a los no pluripatológicos (48,5% vs 19,6%, $p = 0,011$). Fallecieron durante el ingreso 16 pacientes con PP y 4 sin PP, sin que se encontrara diferencia significativa ($p = 0,168$). La tasa de reingreso fue mayor en PP (60% vs 31,9%, $p = 0,002$).

Conclusiones: Un alto porcentaje de pacientes con diagnóstico de ICC que ingresan en Unidades de Hospitalización de Medicina Interna son pluripatológicos, con mayor grado de dependencia funcional y mayor tasa de reingreso, lo que justifica su alta complejidad en cuanto a su manejo clínico.



LA INSUFICIENCIA CARDÍACA EN EL PACIENTE NONAGENARIO

L. Torres Hernández, A. Aguilar López, E. Calderón Ledezma, C. Hernández Carballo, A. Gómez Hidalgo, M. Snopekova.

Medicina Interna. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife

Objetivo: Describir las características de la insuficiencia cardíaca en la población nonagenaria de un hospital comarcal.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes nonagenarios que ingresan por insuficiencia cardíaca en un Servicio de Medicina Interna de un hospital comarcal en el área sur de Tenerife. Período de estudio que abarca desde el 1 de Enero al 31

de Diciembre de 2017. Se lleva a cabo análisis descriptivo mediante tablas de frecuencias y análisis bivariado mediante Chi-cuadrado, usando el paquete estadístico SPSS versión 21.

Resultados: Del total de 152 pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca descompensada, el 13,8% presentaba una edad igual o superior a 90 años (21 pacientes), siendo el 61,9% mujeres. La media de Charlson fue de 8,62, el Barthel 55; el Profund 9,29, siendo estas dos últimas escalas estadísticamente significativas frente a los no nonagenarios (Barthel <60: 61,9% vs 38,2%, $p=0,04$; Profund ≥ 7 : 61,9% vs 35,1%, $p=0,019$). Los pluripatológicos representaron el 66,7%; siendo la categoría A la más frecuente con un 92,9%. La principal causa de descompensación fue la infección con un 52,4%, seguido de la fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida con un 9,5%. En un 23,8% el motivo de descompensación fue desconocido. El 66,7% de los pacientes nonagenarios presentaron complicaciones durante el ingreso frente al 43,5% de los no nonagenarios, $p=0,048$; de las cuales la infección respiratoria fue la más frecuente (28,6%), seguida de insuficiencia renal (21,4%) e hiponatremia (14,3%). El 28,6% fallecieron durante el ingreso (10,7% no nonagenarios, $p=0,024$) y reingresaron el 46,7%.

Conclusiones: Pese a los pocos estudios epidemiológicos que existen en este rango etario extremo, podemos concluir que los pacientes nonagenarios representan un porcentaje no desdeñable de los ingresos por insuficiencia cardíaca en servicios de Medicina Interna. Esta población se caracteriza por su fragilidad, presentando un alto índice de comorbilidades, una elevada tasa de mortalidad y de reingreso.



FACTORES RELACIONADOS CON LA MORTALIDAD EN PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA

A. Aguilar López, C. Hernández Carballo, L. Torres Hernández, E. Calderón Ledezma, P. Gómez Álvarez, P. Laynez Cerdeña

Medicina Interna. Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Santa Cruz de Tenerife

Objetivos: Analizar las características clínicas y factores asociados a mortalidad en pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes ingresados por Insuficiencia Cardíaca entre enero de 2017 y diciembre de 2017 en el Hospital del Sur. Se realizó un estudio descriptivo y univariante para determinar los factores asociados a mortalidad durante el ingreso.

Resultados: Se incluyeron 152 pacientes, de los cuales el 57,9% eran mujeres, con una edad media de $81,3 \pm 8,2$ años. La mortalidad total fue del 13,2% (20 pacientes). Los factores que se asociaron a mayor mortalidad fueron la edad > 90 años (OR 3,04, IC95% 1,13-8,14, $p=0,02$); la desnutrición proteica (OR 6,06 IC95% 1,92-19,16, $p=0,01$); un índice de Barthel < 60 (OR 3,14, IC95% 1,24-8,23, $p=0,02$); y un índice PROFUND > 7 (OR 3,47, IC95% 1,29-9,30, $p=0,01$). De forma llamativa, tener más de una categoría de pluripatología no se asoció a una mayor mortalidad. Del mismo modo, no se encontró relación entre mortalidad y tener factores de riesgo cardiovascular asociados o comorbilidades tales como la fibrilación auricular, enfermedad renal o EPOC. A diferencia de lo observado en otros estudios similares, no encontramos relación entre la hiponatremia y la tasa de mortalidad.

Conclusiones: La mortalidad hospitalaria en un hospital comarcal, en los pacientes que ingresan con el diagnóstico de insuficiencia cardíaca es mayor si estos son añosos, con mayor grado de dependencia funcional y peor estado nutricional.



ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA EN UN HOSPITAL COMARCAL

A. Aguilar López, C. Hernández Carballo, L. Torres Hernández, E. Calderón Ledezma, S. Fernández-Peña Mosquera, P. Laynez Cerdeña

Medicina Interna. Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife

Objetivo: Estudiar las características de los pacientes ingresados con diagnóstico de insuficiencia cardíaca descompensada en un hospital comarcal.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca descompensada en el Hospital del Sur (Tenerife), en el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de enero de 2017 al 31 de diciembre de 2017. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 21.

Resultados: Se incluyeron un total de 152 pacientes. El 57,9% fueron mujeres, con una edad media de 81,38 años. Entre los factores de riesgo cardiovascular más frecuentes destacaron: Hipertensión arterial (91,4%), diabetes mellitus (57,2%), dislipemia (67,2%) y obesidad (40,1%). Otras comorbilidades a destacar fueron: Fibrilación auricular (54,6%), enfermedad renal crónica (38,8%), enfermedad pulmonar (40,8%), enfermedad cerebrovascular (19,1%) y arteriopatía periférica (12,5%). El 87,5% presentaba cardiopatía estructural, siendo lo más frecuente la cardiopatía mixta (36,2%), seguida de la hipertensiva (30,9%), isquémica y valvular (7,9%) y dilatada (4,6%). El 24,3% de los pacientes no presentaba ecocardiograma reciente al ingreso. Del resto de pacientes, el 65,2% presentaba una función sistólica conservada. El principal motivo de descompensación fueron las infecciones (46,1%), siendo la infección respiratoria lo más frecuente (78,6%), seguidas de infección de piel y partes blandas (11,4%) y urinaria (10%). Otros motivos de descompensación fueron FA rápida (8,6%), trasgresiones dietéticas/farmacológicas (5,3%), emergencia hipertensiva (3,3%) y síndrome coronario agudo (2,6%). En el 22,4% de los pacientes el motivo de descompensación fue desconocido. La estancia media fue de 7,53 días. Un total de 20 pacientes fallecieron durante el ingreso (13,2%).

Conclusiones: La insuficiencia cardíaca es una patología muy prevalente en nuestro medio, siendo una de las principales causas de hospitalización en los servicios de Medicina Interna. Los pacientes que ingresan por insuficiencia cardíaca presentan edad avanzada y un alto porcentaje de comorbilidades. Las infecciones constituyen uno de los principales motivos de descompensación.



¿QUIÉNES SON Y COMO TRATAMOS A NUESTROS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR? DATOS DEL RUFIAN

J.A. Martín Armas, A. Merlán Hermida, I. Pulido González, I. Ramos Gómez, Hector Santiago Rosario Mendoza, A. Conde Martel.

Servicio de Medicina Interna. Hospital Dr. Negrín.

OBJETIVOS: Describir las características de los pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV) que ingresan en nuestros servicio, así como su tratamiento al alta.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio longitudinal observacional, en el que se incluyeron de forma consecutiva pacientes que ingresaron en nuestro Servicio entre septiembre del 2014 y diciembre 2016 con FANV. Se recogieron datos demográficos, índice de Barthel (IB), antecedentes personales, determinaciones analíticas, tratamiento al ingreso y al alta, CHA2DS2-VASc y HAS BLED. Se analizó las características de la muestra y el tratamiento antitrombótico con el que fueron dados de alta.

RESULTADOS: Se analizaron 1021 pacientes. Un 52,3 % varones, con un IB medio de 76,7. Entre las comorbilidades más frecuentes destacan: deterioro cognitivo 20 %; HTA 90,2 %; DM 53,1 %; Insuficiencia cardíaca 71,8 % (el 75,5 % con FEVI preservada), cardiopatía isquémica 30,4 %; enfermedad renal crónica 41,6 %; ACV 16 % y neoplasia activa 10 %. Una puntuación media en CHA2DS2-VASc 4,9 (sólo 8 con una puntuación < 2) y HASBLED 2,6. Fallecieron durante el ingreso 146 pacientes. Un 13,7 % de los paciente presentaban FANV de debut al ingreso.

De los 882 pacientes con FANV previa, 307 (38 %) recibían tratamiento antiagregante y el 1,5 % HBPM, ambos de forma exclusiva. El 11,7 % tomaban ACODs, el resto un 48,8 % anti vitamina K. Su media de INR a la llegada a Urgencias fue 4, sólo un 35,2 % en rango terapéutico y no registrándose este dato en 64 pacientes.

Al alta recibían tratamiento antiagregante el 38,8 %, 5,2 % HBPM y el resto anticoagulantes: 40,3% anti vitamina K y el 12,5% ACODs.

CONCLUSIONES: Nuestros pacientes con FANV son añosos y con un elevado número de comorbilidades. Elevado riesgo trombotico y hemorrágico. Utilizamos la antiagregación de forma masiva e inapropiada para este grupo de enfermos. A pesar de los malos controles de INR, mantenemos los antivitamina K.



INSUFICIENCIA CARDÍACA EN MEDICINA INTERNA

Alina Pérez Ramírez, Candelaria Martín González, Geraldine quintero Platt, María Mone-ro Muñoz, Julio Alvisa Negrín, Esther Martín Ponce
Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Canarias (Santa Cruz de Tenerife)

OBJETIVO: Analizar las características de los pacientes que precisan ingreso hospitalario por Insuficiencia Cardíaca en el servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Canarias.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se incluyen en el estudio los pacientes que ingresen con diagnóstico principal de insuficiencia cardíaca, mayores de 18 años, entre enero de 2017 y febrero 2018. El diagnóstico se realiza a criterio del médico responsable y utilizando las pruebas complementarias habituales (EKG, ecocardiografía, radiografía de tórax, NT-proBNP). Se recogen distintas variables clínicas y analíticas. El estudio forma parte del proyecto multicéntrico RECANIC.

RESULTADOS: Se incluyó 217 pacientes, de edad media (rango) de 79.7 (47-99) años donde el 44.2% de los pacientes eran hombres y el 67.7% vivía con un familiar. El 72% de los pacientes tenía una edad superior a los 75 años. El 50% tenía fibrilación auricular y sólo un 10,5% estaba en ritmo sinusal con frecuencia cardíaca inferior a 70 latidos por minuto. La estancia media fue de 16,7±16,11 días, con una mediana de 12 (7-20) días. Hasta en un 95% de los casos el motivo de ingreso fue por descompensación de insuficiencia cardíaca ya diagnosticada previamente, y en el 73% la causa de descompensación fue una infección respiratoria. Respecto a comorbilidades la mayoría de los pacientes tenían factores de riesgo vascular: (el 59,4% diabetes, 89% hipertensión, 62% dislipemia), patología respiratoria el 38% de ellos, además de otras comorbilidades importantes (49%). La función renal estaba alterada en la mayoría de paciente (Cr 1,46±0,87 mg/dL), el NT-proBNP era superior a 1500 pg/mL en el 87,2%. El 89% tomaba diuréticos, el 66% de los pacientes tomaba tratamiento con B-bloqueantes, el 27% con ARA-II, 23% con inhibidor de la aldosterona y el 2% con sacubitrilo-valsartan. 26 pacientes fallecieron, fundamentalmente por sepsis (50%). Al alta, se realizó seguimiento a casi la totalidad de los pacientes (97%), aunque el mayor volumen de pacientes se derivó a Atención Primaria para realizar el seguimiento (55%).

CONCLUSIONES: La edad media de los pacientes ingresados en Medicina Interna es elevada, con un alto porcentaje de comorbilidades y, por tanto, con elevado riesgo de complicaciones durante el ingreso.



CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES DE ALTA CON DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

Herrera Herrera FJ, Marfil Daza J, Fernández Peña S, Gómez Álvarez P, Dávila Ramos MF, Laynez Cerdeña P.

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC)

OBJETIVO: Describir y analizar las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes de alta en el Servicio de Medicina Interna del HUNSC con diagnóstico de insuficiencia cardiaca (IC).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional longitudinal donde se incluyen todos los pacientes mayores de 18 años dados de alta con el diagnóstico de insuficiencia cardiaca de acuerdo a la definición de las guías de práctica clínica, en el periodo comprendido entre enero de 2017 y 2018. La muestra forma parte del estudio multicéntrico RECANIC (Registro Canario de Insuficiencia Cardiaca). Se hacen estimaciones puntuales para cada una de las variables.

RESULTADOS: Se incluyeron los datos de 476 pacientes con una edad media (rango) de 81.1 (41-103) años con un 79.4% mayores de 75 años donde el 43.9% de los pacientes eran hombres con un Barthel medio de 72.4 (0.0 – 100) . El peso medio fue de 83.05 (\pm 19.01) kg. La presión arterial media fue de 134.2 (\pm 21.9) / 69.4 (\pm 13.7) mmHg y la frecuencia cardiaca media de 83.19 (\pm 17.8) lpm. En un 82.6 % se trataban de casos de descompensación de IC crónica y 17.4% se trataba de IC de novo. El factor desencadenante del ingreso más frecuente fue la infección respiratoria en el 52.9% y en un 66.4 % se definió sólo un factor desencadenante. Se realizó ecocardiograma en un 79.2% de los pacientes y un 49.6% presentaba una FEVI \geq 50%. El 56.5% de los pacientes tenían diabetes (con nefropatía en el 33.6%), el 96.8% tenía HTA, el 43.9% enfermedad respiratoria (EPOC en el 25.8%), el 27.3% algún antecedente de enfermedad valvular, el 31.7% tenía enfermedad coronaria, y el 67% otras comorbilidades. Presentaba fibrilación auricular/flutter el 50.1%. El tiempo medio de ingreso fue de 9.5 días. La hemoglobina media fue 11.9 g/dl y un 69.5% presentaba un filtrado glomerular inferior a 69 ml /min. Ferritina < 100 lo presentaron 49 pacientes (42.2 % de 116 determinaciones) e IST < 20% en 53 (60.9% de 116 determinaciones). El 97.1% tomaba diuréticos, el 74.6% betabloqueantes, el 27.1% IECAs, el 16% antagonistas de la aldosterona y el 1.1% sacubitrilo-valsartán. Se consideró necesario el seguimiento en el 81.3% de los pacientes, 28.4% por parte del servicio de Medicina Interna.

CONCLUSIONES:

1. En nuestra muestra de pacientes con IC, la edad media y la presencia de comorbilidades es elevada como se describe en estudios similares.
2. Destaca la presencia de DM en más de la mitad de la muestra.
3. El ecocardiograma se realiza en un alto porcentaje de pacientes.
4. La muestra presenta una estancia media por debajo de la de estudios previos, probablemente influida por diversos factores.
5. La determinación del déficit de hierro se realiza en un muy bajo porcentaje de pacientes.



¿SON NECESARIOS DOS PARÁMETROS PROTEICOS PARA REALIZAR UN CORRECTO CRIBADO NUTRICIONAL?

C. Hernández Carballo¹; E. Calderón Ledezma¹; N. Felipe Pérez²; J.C. Romero Pérez¹; P. Suárez Llanos³.

¹Medicina Interna, Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria ²Medicina Interna, Hospital General de la Palma. ³Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria

Introducción: el cribado nutricional CIPA (Control de Ingestas, Proteínas, Antropometría) preliminar es positivo cuando se cumple uno de los siguientes parámetros: Control de Ingestas (CI) 48-72h <50%; Albúmina <3g/dL; Proteínas Totales <5g/dL, Índice de Masa Corporal (IMC) <18,5 kg/m² o Circunferencia del Brazo (CB) ≤22,5 cm (cuando el paciente no se puede pesar/tallar). El uso de dos parámetros proteicos aumenta costes y complejidad, por lo que se valora suprimir uno de ellos sin afectar a su validez.

Objetivos: evaluar la efectividad del cribado CIPA tras exclusión de proteínas totales (sólo albúmina plasmática).

Material y Métodos: estudio prospectivo de pacientes hospitalizados en diferentes servicios médicos y quirúrgicos, analizando la prevalencia o riesgo de desnutrición hospitalaria según el cribado CIPA completo (con proteínas totales y albúmina, CIPAc) y sin proteínas totales (CIPAs/p), y análisis de la concordancia entre ambos métodos. Estudio de la asociación del resultado positivo del cribado con factores pronósticos.

Resultados: se analizaron 343 pacientes, edad media 66,97 años, 51,3% mujeres. Prevalencia de desnutrición: CIPAc 38,19%, CIPAs/p 37,32%. Índice de correlación Kappa: 0,981, p<0,001. Ambas variantes del cribado CIPA detectan a los pacientes con mayor riesgo de éxitus, tanto hospitalario (CIPAc positivo 7,63% vs. negativo 1,42% (p=0,003); CIPAs/p positivo 7,81% vs. negativo 1,40% (p=0,003)), como hasta el mes del alta (cribado completo positivo 5,34% vs. negativo 0,94% (p=0,013); CIPA s/p positivo 5,97% vs. negativo 0,93% (p=0,011)). Reingreso precoz sólo mayor estadísticamente significativo en CIPAs/p (positivo 21,88% vs negativo 13,49%, p=0,044). Estancia media: CIPAs/p positivo 23,36±20,53 días vs negativo 14,91±14,51 días (p<0,001); CIPAc positivo 23,18±20,39 días vs negativo 14,91±14,62 días (p=0,002).

Conclusiones: CIPAs/p es igual o más eficaz que CIPAc validado previamente, pudiendo sustituir a este último ahorrando costes. La prevalencia de desnutrición es elevada en ambas variantes y son capaces de identificar al paciente con peor pronóstico clínico.



EL VALOR DEL INR EN URGENCIAS

Imanol Pulido González, Magdalena León Mazorra, José Alfredo Martín Armas, Héctor Santiago Rosario Mendoza, Isabel Ramos Gómez, Alejandro Merlán Hermida, Alicia Conde Martel

Servicio de Medicina Interna HUGC Doctor Negrín, Gran Canaria

ANTECEDENTES: La fibrilación auricular (FA) es la arritmia sostenida más frecuente y la que ocasiona mayor hospitalización. Se considera la escala CHA₂DS₂Vasc para indicar un tratamiento anticoagulante, en su mayoría antivitaminas K (AVK). Se describe en la literatura un porcentaje alto fuera de rango.

HIPÓTESIS: Los pacientes con FA no valvular (FANV) en tratamiento con AVK que ingresan en el servicio de medicina interna procedentes de urgencias y con INR>3 presentan mayor mortalidad.

OBJETIVOS: Determinar la relación entre INR>3 y mortalidad. Determinar su prevalencia, los factores a los que se asocia, si se relaciona con mayor estancia y modificación del tratamiento.

METODOLOGÍA: Estudio longitudinal observacional, se recogieron consecutivamente a los pacientes ingresados en medicina interna procedentes de urgencias durante 2014 a 2016 y con seguimiento hasta 2018. Se seleccionaron aquellos con una determinación de INR en urgencias, se estableció un grupo con INR>3 y se comparó con los pacientes en rango terapéutico. Para el análisis de variables cuantitativas se utilizó la T de Student y para variables cualitativas la prueba de Chi cuadrado.

RESULTADOS: El 55 % de los pacientes que consultaron presentan INR>3. No se encontraron diferencias significativas en la edad media (80 años \pm 6,83), sexo, pluripatología y número de reingresos (17%), pero sí en la estancia media (16,3 vs 12,9 días). La escala de CHA₂DS₂Vasc tenía un rango alto en ambos grupos, y se encontró diferencia en el HAS BLED, significativamente superior en el grupo INR>3. Se encontró diferencia significativa en la mortalidad intrahospitalaria (13,6% vs 5,26%) y al alta (66% vs 41,59%). El 73% de los pacientes mantuvieron el tratamiento con AVK y sólo cambiaron a ACOD el 4,8%.

CONCLUSIONES: El elevado porcentaje de pacientes con INR>3, su mayor estancia media y mortalidad nos impulsan a incidir en la importancia de la determinación del INR en el servicio de urgencias. Se observa un bajo número de casos en los que se modifica el tratamiento anticoagulante al alta.



CONCILIACIÓN DEL TRATAMIENTO AL ALTA

López Gámez M; Snopekova M; Marfil Daza J; Castaño Pérez S; Fernández-Peña Mosquera S; Medina García JA.

Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: La conciliación del tratamiento se define como la concordancia entre el tratamiento del paciente previo al ingreso respecto al tratamiento tras el proceso asistencial. El objetivo del presente estudio es determinar la frecuencia con la que se revisa y concilia el tratamiento del paciente al alta, así como la relación entre el motivo del ingreso, las comorbilidades del paciente y la tasa de tratamiento conciliados.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo que se realizó utilizando los datos obtenidos el conjunto mínimo básico de datos y los informes de alta de los pacientes dados de alta del servicio de Medicina Interna del HUNSC en el año 2016. El análisis inferencial entre las variables cualitativas se realizó mediante los tests de Chi-cuadrado y U de Mann-Whitney, y los cuantitativos mediante la T de Student.

RESULTADO: n=529, 46% mujeres, edad mediana 71 años [58, 79]. Del total de la muestra, al 66,2% de los pacientes se le realizó cambio del tratamiento al alta. El porcentaje es mayor en las altas firmadas por un adjunto en comparación con las firmadas por un residente (60% vs 4%). La forma de expresión más usada en caso de cambio de tratamiento al alta es el "listado" (91,2%). Los pacientes a los que se les modificó el tratamiento al alta presentaron un Charlson significativamente mayor que a los que no (2 vs 3; p=0,015). No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la estancia o la mortalidad al año.

DISCUSIÓN: Dada la importancia de la conciliación del tratamiento como medida para mejorar la seguridad del paciente, un porcentaje de 66,2% parece escaso para un servicio como Medicina Interna en el que muchos pacientes son pluripatológicos y polimedcados.

CONCLUSIÓN: El 66,2% de la muestra recibió conciliación del tratamiento al alta. Los pacientes con Charlson más alto tienen un mayor porcentaje de conciliación del tratamiento.



COMPARACIÓN DE LA MASA MAGRA MEDIDA MEDIANTE DEXA CON EL ESTADO DE NUTRICIÓN Y PRUEBAS DE FUNCIÓN MUSCULAR

Monereo Muñoz MB.; Martín Ponce E., Hernández Luis R., Aguilera García SG., Martínez Martínez D., Hernández Pérez O.; Alvisa Negrín J.; Santolaria Fernández F.

Objetivos: Evaluar el factor pronóstico de la medición de la masa magra mediante absorciometría corporal total (DEXA) y compararla con la masa muscular medida mediante la valoración subjetiva, antropometría, circunferencia de la pantorrilla y la función muscular en pacientes mayores hospitalizados.

Material y Métodos: Estudiamos a 312 pacientes mayores de 60 años hospitalizados en Medicina Interna. Valoramos el estado de nutrición mediante índice de masa corporal, área muscular del brazo, componente muscular de la valoración nutricional subjetiva (VNS) y masa magra apendicular medida mediante DEXA; la función muscular mediante dinamometría, velocidad de la marcha, test del balance y test de sentarse y levantarse de una silla; la dependencia mediante el índice de Barthel; la fragilidad a través del índice de Fried; y la comorbilidad mediante el índice de Charlson. El objetivo fue valorar la mortalidad al año y a largo plazo.

Resultados: En 125 (40.1%) de los pacientes no pudo realizarse la DEXA. Estos pacientes eran más mayores, con peor estado nutricional, función muscular, más frágiles y con mayor mortalidad. La mortalidad al año fue de 27.6% con una supervivencia de 1125 días del 47%. Los puntos de corte propuestos para la masa magra medida mediante DEXA no se relacionaron con la mortalidad, sin embargo si lo hacían límites más bajos (inferiores al percentil 10^o). Las variables con valor predictivo independiente fueron edad, sexo masculino, comorbilidad, disminución de los niveles de albúmina, incapacidad para levantarse de una silla, sarcopenia medida mediante el componente muscular de la VNS y la disminución de la dinamometría y la velocidad de la marcha.

Conclusiones: La DEXA tiene un papel limitado en la evaluación de los pacientes mayores hospitalizados, dado que en muchos pacientes no puede realizarse y aumenta los costes. Sin embargo, el componente muscular de la VNS es un método fácil de realizar, rápido y sin costes, que puede ayudar a predecir el pronóstico.



“EFECTO DEL FIN DE SEMANA” SOBRE LA MORTALIDAD HOSPITALARIA

Castaño Pérez, S¹; Marfil Daza, J¹; Snopekova, M¹; López Gámez, M²; Fernández-Peña Mosquera, S¹; Medina García, JA²; García Bello, MA³
Residentes de M.Interna¹, Facultativos especialistas de M.Interna², Unidad de investigación³, Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria

INTRODUCCIÓN: Diversos estudios señalan la disparidad en cuanto a supervivencia en los ingresos durante el fin de semana en los hospitales docentes. No hay datos en nuestro entorno.

OBJETIVOS: Estimar mortalidad de los pacientes que ingresan en fin de semana. Comparar mortalidad durante fines de semana con la del resto de días.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo que incluye los pacientes dados de alta de Medicina Interna correspondiente al año 2016, utilizando los datos reflejados en el conjunto mínimo básico de datos. La información no proporcionada en él se completó consultando las historias clínicas de los pacientes. Se define fin de semana incluyendo viernes, sábado y domingo. La asociación entre las variables cualitativas se analizó con "Chi-cuadrado" y la diferencia entre las variables cualitativas se analizó mediante "T de Student". Para el análisis de la Mortalidad se realizó un modelo de Regresión Logística y los días de estancia media mediante Regresión de Poisson.

RESULTADOS: Encontramos un incremento no significativo de la mortalidad de los pacientes que ingresan en fin de semana: OR ajustado 1,36; IC 95% (0,82 - 2,28). Tanto el Charlson como PAR como la edad son predictores significativos de mortalidad en el episodio. Se observó un incremento del 8.8% en la estancia media en aquellos paciente que ingresaron durante el fin de semana y que estaban vivos al alta, ajustado por Charlson, edad, sexo y PAR.

CONCLUSIONES: A pesar de que el efecto de mortalidad relacionado con el ingreso en el fin de semana no resulta estadísticamente significativo, la estimación cruda y ajustada realizada en nuestro servicio apunta a un incremento de mortalidad similar al encontrado en estimaciones realizadas por un reciente meta-análisis. Además además existe un incremento significativo de la estancia media en estos pacientes. Un análisis sobre una muestra más amplia podría dar resultados más concluyentes.



IMPACTO FUNCIONAL Y SUPERVIVENCIA A CORTO Y LARGO PLAZO DEL PACIENTE CON OSTEOPOROSIS Y FRACTURA DE CADERA TRATADO EN UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR DURANTE EL INGRESO

Rodríguez Díaz, D; Tejera Concepción, A; Gómez Hidalgo, A; Martín Hernández, F; García Bello, MA; González Álvarez, B; Laynez Cerdeña, P.

Objetivos: La fractura de cadera representa un grave problema sociosanitario, con elevado impacto en la funcionalidad, calidad de vida y supervivencia del paciente. A fin de gestionar de manera global, eficiente y aportar calidad en la asistencia de estos pacientes, se han creado las unidades de Gestión Clínica Hospitalaria, multidisciplinarias.

El objetivo general de este estudio es determinar el valor que aporta a los pacientes con fractura de cadera osteoporótica o por fragilidad, la unidad multidisciplinaria que los atiende. El objetivo concreto es determinar la funcionalidad y supervivencia del paciente con osteoporosis grave, que ingresa por fractura de cadera, y su repercusión en la evolución.

Material y métodos: Estudio observacional longitudinal con recogida de datos de forma retrospectiva, en situaciones de práctica clínica habitual.

Resultados: Se han analizado hasta la fecha los datos de 35 pacientes, objetivando que el 68,6% de los pacientes son mujeres, con una edad media de 80 años. El 54% de las fracturas de cadera son intracapsulares, y la técnica quirúrgica más empleada es el clavo gamma (54%).

El índice de Barthel medio es de 81,47, Pfeiffer 3,03 errores y Gijón 10.65. El riesgo de fractura de cadera medio a 10 años calculado mediante el Q fracture index es de 27,96%.

Con respecto a las variables resultado, de los pacientes cuyo lugar de residencia era domicilio (91%), el 46% son dados de alta a Ortopediatria agudos de Ofra/Hospital del Sur. El 70% caminan con andadora al mes del alta.

Conclusiones: De nuestras conclusiones, aunque aún preliminares, se infiere lo siguiente:

De los pacientes que ingresan procedentes de su domicilio, al alta solo un 6,3% vuelven al mismo directamente, un 46% tienen la opción de rehabilitarse durante un periodo máximo de 15 días más en uno de nuestros centros, antes de volver a su domicilio.

Al mes del alta, un 86,7% de los pacientes caminan, un 16,7% lo hacen con muletas y un 70% con andadora.



Comunicaciones libres

BRAIN DERIVED NEUROTROPHIC FACTOR (BDNF) EN EL PACIENTE ALCOHÓLICO

Lucía Romero-Acevedo¹, Candelaria Martín-González¹, Emilio González-Reimers¹, Elisa Espelósín-Ortega², María José Sánchez-Pérez¹, Iballa Jiménez-Cabrera¹, Víctor E. Vera-Delgado¹, Rosa Ros-Vilamajó¹, Francisco Santolaria-Fernández¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Canarias. Universidad de La Laguna. Santa Cruz de Tenerife, España. ²Servicio de Laboratorio. Hospital Universitario de Canarias. Universidad de La Laguna. Santa Cruz de Tenerife, España.

Objetivo: analizar el comportamiento del BDNF en alcohólicos y su asociación con atrofia muscular y fuerza muscular.

Material y Métodos: se determinó niveles séricos de BDNF en 56 alcohólicos y en 18 controles todos varones y de edad similar. Se evaluó fuerza de prensión con un dinamómetro Collins, presencia de atrofia cerebral mediante tomografía computarizada cerebral (TC), intensidad del alcoholismo y deterioro de la función hepática.

Resultados: Los valores de BDNF estaban disminuidos de forma estadísticamente significativa en los pacientes ($Z=5,22$; $p<0,001$) y se relacionan con la cantidad de consumo de alcohol diaria de forma inversa ($\rho=-0,29$, $p=0,031$). La fuerza de prensión era menor en pacientes ($Z=4,44$, $p<0,001$) y fue el principal determinante de los niveles de BDNF en los pacientes mayores de 60 años, desplazando a la atrofia cerebral y a la alteración de la función hepática en el análisis multivariante ($p=0,003$). Los niveles de BDNF no se relacionaron con la función hepática.

Conclusiones: el BDNF es una mioquina involucrada en la neurogénesis y en la protección contra el daño oxidativo y la apoptosis neuronal. Sus valores aumentan tras realizar ejercicio sobre todo en el músculo esquelético y en el cerebro y se describen niveles disminuidos en enfermedades neurodegenerativas, resultados que concuerdan con los encontrados en este estudio en el paciente alcohólico. En el análisis multivariante, la disminución de fuerza de prensión es el principal determinante de niveles de BDNF bajos en pacientes mayores de 60 años.



LA CONSULTA VIRTUAL DE MEDICINA INTERNA EN ATENCIÓN PRIMARIA

A. Aguilar López, C. Hernández Carballo, L. Torres Hernández, E. Calderón Ledezma, D. Gudiño Aguirre, P. Laynez Cerdeña
Medicina Interna. Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife

Objetivos: Estudiar la actividad y los resultados de una consulta virtual de Medicina Interna en Atención Primaria.

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional de todas las consultas realizadas de forma virtual desde Atención Primaria a Medicina Interna en el área Sur de Tenerife. Periodo de tiempo comprendido entre el 1 enero 2017 al 31 diciembre 2017. Análisis realizado mediante paquete estadístico SPSS versión 21.

Resultados: Se realizaron un total de 610 interconsultas virtuales de Primaria a Medicina Interna, con una media de 2,6 consultas al día. El 52,3% fueron mujeres, con una edad media de 53,72 años. El 25,6% fueron extranjeros. Del total de consultas realizadas, el 93% fueron por problemas médicos y el 7% restante por temas administrativos. Los motivos de consulta por órganos y aparatos más frecuentes fueron: General (27,9%), infeccioso (14,6%), hematológico (13,9%), Digestivo (7%), alteraciones analíticas (6,4%), dermatológico (3,9%), reumatológico (3,3%) y cardiovascular (3,1%). Por patologías, los motivos de consulta más frecuentes fueron: Pérdida de peso (12,5%), anemia (9,7%), adenopatías (9,3%), infección VIH (4,9%), hepatitis víricas (4,4%), astenia (3,1%), poliartralgias (3%), fiebre y sífilis (ambos 2,8%), infecciones cutáneas (2,6%), dolor abdominal y alteración de la cifra de leucocitos (2,5% cada uno). En el 51,3% de los casos se resolvieron dudas sobre el manejo diagnóstico y terapéutico de forma virtual, aportando recomendaciones a los médicos de Primaria, por lo que no fue necesario remitirlos a consulta. El 27,2% se citaron en consulta y el 13,8% se derivó a otro servicio.

Conclusiones: La consulta virtual entre Atención Primaria y Medicina Interna mejora la calidad asistencial al facilitar la comunicación y coordinación entre ambos niveles asistenciales. Los motivos de consulta son múltiples y abarcan un amplio abanico de patologías. Mediante este sistema de comunicación con Primaria, se reduce el número de consultas hospitalarias al resolver dudas clínicas de forma virtual.



HEMATOMAS DE PARTES BLANDAS: COMPARACIÓN ENTRE DOS HOSPITALES DE TERCER NIVEL

Marta López Garrido¹, Airam Pérez Hernández¹, Carlos Jorge Ripper¹, M.^a Carmen Durán Castellón², María Monereo Muñoz²

¹Hospital Universitario Materno Insular de Gran Canaria. ²Hospital Universitario de Canarias, Tenerife

OBJETIVO: Comparar las características y la mortalidad de los pacientes con hematomas de partes blandas secundarios a anticoagulación entre dos hospitales de tercer nivel de Canarias.

MÉTODOS: Se recogieron datos clínicos y analíticos de pacientes ingresados en el Hospital Universitario de Canarias en Tenerife (HUC) entre 2012 y 2013 y en el Hospital Insular de Gran Canaria (HUIGC) entre 2015 y 2018 con diagnóstico al alta de hematoma.

RESULTADOS: Se analizaron los datos de 33 pacientes del HUC y 17 del HUIGC.

La media de edad fue mayor en los pacientes del HUIGC (79.8 ± 8.9 años vs 76.7 ± 7.8 años) sin alcanzar la significación estadística ($p = 0.23$), no habiendo tampoco diferencias en cuanto al sexo ($p = 0.63$).

El tipo de anticoagulación responsable del sangrado fue diferente en cada hospital, predominando la HBPM en el HUC (100 %) y los fármacos anti vitamina K en el HUIGC (58 %). La localización más común de los hematomas fueron los rectos anteriores del abdomen (HUC 50 % vs HUIGC 29,4%). El hematoma fue el motivo de ingreso en el hospital en el 76.5 % de los pacientes del HUIGC frente al 51.5 % de los pacientes del HUC.

El hematocrito al ingreso (34 % vs 25.7 %; $p < 0.01$), la hemoglobina al ingreso (11.1 vs 8.7 g/dl; $p < 0.01$) y el aclaramiento renal (61.2 vs 34.3 ml/min, $p < 0.01$) fueron más bajos en los pacientes del HUIGC. Sin embargo el tamaño máximo del hematoma (12.5 vs 8.5 cm, $p = 0.02$), la necesidad de transfundir más de 2 concentrados de hematies (42.4 vs 23.5 %, $p < 0.01$), la anemia > 2 puntos de hemoglobina (66.7 % vs 23.5 %, $p < 0.01$), y la necesidad de embolización (33.3 % vs 5.9 %, $p = 0.04$) fueron mayores en el HUC.

La mortalidad hospitalaria fue similar en ambos hospitales (HUC 9.1 % vs HUIGC 11.8 %, $p = 0.42$).

DISCUSIÓN: Los pacientes fueron diferentes ya que los pertenecientes al HUIGC fueron pacientes con anticoagulación oral, principalmente con fármacos anti vitamina K, cuyo motivo de ingreso fue el propio hematoma y que por lo general revistieron menor gravedad. Sin embargo, los pacientes del HUC ingresaron en su mayoría por otro motivo, complicándose durante el ingreso con hematomas en relación con la anticoagulación con HBPM, presentando mayor anemia y mayores necesidades de transfusiones y requiriendo en más ocasiones procedimientos endovasculares para el control del sangrado. Finalmente la tasa de mortalidad fue similar en ambos grupos de pacientes.



EVOLUCIÓN TEMPORAL Y DIFERENCIAS ENTRE LOS CASOS MONOMICROBIANOS Y POLIMICROBIANOS DE PIE DIABÉTICO (2012-2015)

Pisos Álamo E^{1,2*}, Martín Jiménez B^{1*}, Suárez-Herrera S^{1*}, Hernández Cabrera M^{1,2}, Jaén Sánchez N^{1,2}, Bolaños Rivero M³, Pérez Arellano JL^{1,2}, Carranza Rodríguez C^{1,2*}

** Estos autores han contribuido de forma similar en el desarrollo del trabajo*

Hospital Universitario Insular de Gran Canaria (1-Unidad de Enfermedades Infecciosas y Medicina Tropical 3-Microbiología y Parasitología). Universidad de las Palmas de Gran Canaria (2-Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas)

RESUMEN: Fundamento: La diabetes mellitus es un problema de salud pública a nivel mundial que se caracteriza por su alta tasa de mortalidad, altos costos y complicaciones crónicas. Dentro de estas últimas, destacamos el pie diabético, que es definido como una alteración de base etiopatogénica neuropática, con o sin isquemia, que produce una lesión o ulceración del pie, la cual tiende a infectarse.

Objetivos: Los dos objetivos principales de este trabajo fueron: i) valorar las características clínicas y evolutivas del pie diabético y ii) comparar las características clínicas y evolutivas de las infecciones monomicrobianas y polimicrobianas.

Sujetos y métodos: Se realizó un estudio descriptivo con análisis retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes valorados con diagnóstico de pie diabético por la Unidad de Enfermedades Infecciosas y Medicina Tropical (UEIMT) del Hospital Insular de Gran Canaria en un periodo de 4 años (2012-2015).

Resultados y Discusión: i) El número de pacientes con criterios diagnósticos de pie diabético fue de 330, aumentando de forma progresiva de 73 a 103 en el periodo de estudio. ii) La mayoría eran varones en la sexta década de la vida con factores de riesgo cardiovasculares y comorbilidad asociada. iii) La mayor parte eran diabéticos tipo 2 con más de 11 años de evolución y mal control de la misma. iv) La mayoría eran pies neuropáticos o neuroisquémicos, con un grado PEDIS 2-3 y que habían padecido ulceración previamente. v) De los 261 pacientes en los que se dispuso de resultados microbiológicos el 58% fueron polimicrobianas y 42% monomicrobianas. vi) Los dos tipos de microorganismos más frecuentes en las monomicrobianas fueron *S. aureus* y *P. aeruginosa*. vii) De forma global, el mayor número de casos en las monomicrobianas

estaba ocasionado por cocos grampositivos mientras que en las polimicrobianas eran cocos grampositivos asociados a bacilos gramnegativos. viii) Las características de los pacientes con ambos tipos de infección fueron similares con varias excepciones: La mayoría de los pacientes con infección monomicrobiana fueron seguidos desde las consultas externas hospitalarias en contraposición con la infección polimicrobiana que requirió ingreso en la mitad de los pacientes; la osteomielitis se asoció significativamente a la infección polimicrobiana y el tipo de amputación fue mas limitado (digital) en las monomicrobianas.



ESTUDIO PROSPECTIVO DE BACTERIEMIAS/CANDIDEMIAS EN EL HUIGC

Hernández Cabrera M1,2*, Mohamed Ramirez K1*, Jaén Sánchez N1,2*, Pisos Álamo E1,2, Carranza Rodríguez C1,2, de Miguel Martínez I3, Pérez Arellano JL1, Jaén Sánchez N1,2*,

** Estos autores han contribuido de forma similar en el desarrollo del trabajo*

Hospital Universitario Insular de Gran Canaria (1.Unidad de Enfermedades Infecciosas y Medicina Tropical 3.Microbiología y Parasitología) Universidad de las Palmas de Gran Canaria (2.Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas)

RESUMEN

Introducción: Se denomina bacteriemia a la presencia de las bacterias en el torrente sanguíneo y candidemia a la presencia en sangre periférica de microorganismos del genero Candida. En ambos casos, constituyen un síndrome clínico complejo que puede ocasionar una importante morbilidad y mortalidad. Existe una escasa información acerca de la incidencia, características clínicas y microbiológicas así como de los factores pronósticos en nuestra Comunidad.

Objetivos: Este estudio tiene varios objetivos fundamentales: i) Determinar las características de las bacteriemias/candidemias (B/C) del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria durante un período de cuatro meses, ii) Contraponer los factores principales de las bacteriemias atendiendo al lugar de adquisición y iii) Estudiar los principales factores relacionados con la mortalidad de este síndrome clínico.

Pacientes y métodos: Estudio prospectivo, descriptivo, observacional y longitudinal. Se incluyeron en el estudio todos los pacientes en los que el Servicio de Microbiología se detectó un hemocultivo positivo en las fechas mencionadas. Posteriormente se realizó un estudio clínico protocolizado de los pacientes.

Resultados: i) La incidencia de bacteriemias es elevada (2-3 pacientes/día). ii) Aparecen más en varones que en mujeres y la franja etaria fue entre los 56-70 años. iii) El motivo de consulta más frecuentemente registrado fue la fiebre sin clínica acompañante iv) El servicio de Urgencias es el que registró el mayor número de casos, v) Más de la mitad de las bacteriemias fueron ocasionadas por bacterias gramnegativas vi) El foco identificado más frecuente en las bacteriemias adquiridas en la comunidad fue el urinario mientras que en el de las nosocomiales fueron los catéteres venosos centrales. vii) La gran mayoría de las bacteriemias recibieron un tratamiento adecuado, viii) Los principales factores relacionados con la mortalidad fueron la existencia de una neoplasia de base, el desarrollo de sepsis o la adquisición nosocomial y ix) En general, no está justificado el empleo de politerapia tras conocer los datos microbiológicos.

Conclusiones: Las bacteriemias/candidemias son una entidad clínica frecuente en la práctica clínica diaria del Hospital Universitario Insular. La optimización de su manejo mediante un sistema PROA es un objetivo deseable.



HEMATOMAS DE PARTES BLANDAS EN PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL H. INSULAR DE GRAN CANARIA EN EL PERÍODO 2015-2018

Objetivos: El objetivo del siguiente estudio consiste en analizar las características basales, factores etiológicos y principales complicaciones asociadas a los hematomas de partes blandas.

Materias y métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en el que se seleccionó a pacientes del Servicio de Medicina Interna del H. Insular con diagnóstico al alta de hematoma de partes blandas en el período comprendido entre 2015 y 2018. Se excluyeron pacientes con hematomas intracraneales por su diferente curso clínico y pronóstico.

Resultados: Se incluyeron un total de 17 pacientes, de los cuales un 65% eran mujeres, con una mediana de edad de 82 años y de puntuación en la escala de Charlson de 6 puntos. Entre las comorbilidades destaca un 88% de hipertensión arterial, 82% de insuficiencia cardíaca con descompensaciones previas, 35% de insuficiencia renal crónica y un 35% de diabetes mellitus. La mediana de estancia hospitalaria fue de 16 días.

Un 65% de los pacientes recibían tratamiento anticoagulante, en todos ellos indicado por fibrilación auricular, mientras que un 23.5% tenían prescrito algún antiagregante y un solo paciente doble terapia.

La etiología de los hematomas fue en un 59% traumática, en el 6% provocado por tos y en un 35% de origen espontáneo, siendo las localizaciones más frecuentes la pared abdominal (31%), extremidades (18%), pared torácica (17%) y retroperitoneo (12%).

La mediana de hemoglobina al ingreso fue de 8.7 mg/dl, presentando sólo un 37% de los pacientes un INR supratrapéutico. Un 53% de los pacientes precisó transfusión de hemoderivados.

Entre las complicaciones derivadas cabe destacar deterioro de la función renal (82%) y sobreinfección del hematoma (17%). En el 42% de los sujetos el hematoma fue causa de suspensión del tratamiento anticoagulante al alta. Fallecieron 2 pacientes debido a causas no relacionadas con el hematoma.

Conclusiones: Los hematomas de partes blandas son una complicación infrecuente aunque potencialmente grave del tratamiento anticoagulante, especialmente en pacientes ancianos pluripatológicos, suponiendo una causa frecuente de discontinuación de la anticoagulación.



ANÁLISIS DE LOS CASOS DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR DE GRAN CANARIA (2010-2016)

Hernández Cabrera M^{1,2*}, Hernández Peña¹ N*, Pisos Álamo E^{1,2}, Carranza Rodríguez C^{1,2}, de Miguel Martínez I³, Pérez Arellano JL^{1,2} Jaén Sánchez N^{1,2*}

** Estos autores han contribuido de forma similar en el desarrollo del trabajo*

Hospital Universitario Insular de Gran Canaria (1- Unidad de Enfermedades Infecciosas y Medicina Tropical 3-Microbiología y Parasitología) Universidad de las Palmas de Gran Canaria (2-Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas)

RESUMEN

Introducción: La endocarditis infecciosa es la inflamación, secundaria a una infección, del revestimiento interno de las válvulas y cavidades cardíacas, cuya consecuencia es la formación de lesiones macroscópicas denominadas vegetaciones. Es una enfermedad poco

frecuente que sigue estando asociada a gran mortalidad y complicaciones graves. Existe una escasa información acerca de la incidencia, características clínicas y microbiológicas así como de los factores pronósticos en nuestra Comunidad.

Objetivos: Los objetivos principales de este trabajo fueron: i) Conocer la frecuencia con la que se presentan los diferentes tipos de endocarditis infecciosa: nativas o protésicas, derechas o izquierdas. ii) Determinar los microorganismos implicados y la evolución de selección de resistencias con el objetivo de valorar la adecuación del tratamiento empírico y iii) Valorar las complicaciones y mortalidad de las endocarditis en nuestro hospital en comparación con otros centros hospitalarios.

Pacientes y métodos: estudio descriptivo, longitudinal y observacional. Se incluyeron en el estudio todos los pacientes diagnosticados como endocarditis infecciosa mediante los criterios de Duke modificados. Posteriormente se revisó la historia clínica y los datos complementarios para la obtención de la información necesaria.

Resultados: i) La incidencia de endocarditis fue de 15 casos anuales apareciendo principalmente en varones de más de 60 años y manifestándose con fiebre y soplo cardiaco, ii) Más de la mitad se presentaron sobre válvula nativa, una cuarta parte sobre protésica y en general, sobre válvulas izquierdas, iii) Los principales microorganismos responsables fueron *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus coagulasa negativo*, *Streptococcus* tipo *viridans* y *Enterococcus faecalis*, iv) En un tercio de los pacientes la antibioterapia empírica y ajustada fue inadecuada, v) Se observó una alta prevalencia de resistencia antimicrobiana en *Staphylococcus coagulasa negativo*, vi) El tamaño y número de vegetaciones, así como la presencia de válvula protésica se asociaron con mayor probabilidad de desarrollar insuficiencia valvular, rotura valvular y abscesos, y vii) Una cuarta parte los pacientes fallecieron por endocarditis infecciosa.

Conclusiones: Para el abordaje de esta entidad clínica se precisa la protocolización de la terapia antimicrobiana, así como la realización de estudios prospectivos y ensayos clínicos para ayudar a mejorar el pronóstico de esta entidad.



CONSUMO DE ALCOHOL EN EL NORTE DE TENERIFE

Candelaria Martín-González, María José Sánchez-Pérez, Julio Alvisa-Negrín, Iballa Jiménez-Cabrera, Víctor E. Vera-Delgado, Melchor Rodríguez-Gaspar, Antonio Martínez-Riera, Emilio González-Reimers, Francisco Santolaria-Fernández.

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Canarias. Universidad de La Laguna. Tenerife.

OBJETIVO: El consumo de bebidas alcohólicas está ampliamente extendido en nuestro medio, generando numerosos ingresos por alcoholismo en hospitales de tercer nivel. Tenemos la percepción de que el patrón de consumo, y tal vez las enfermedades asociadas difieren notablemente entre la población rural y la que habita los núcleos urbanos del norte de la isla de Tenerife. Por ello hemos realizado este estudio observacional donde analizamos diversos aspectos epidemiológicos de los pacientes ingresados por alcoholismo crónico en nuestro servicio comparando la población residente en áreas urbanas con aquella residente en zonas rurales.

Pacientes y método: En 241 pacientes recogimos: edad, sexo, tiempo de consumo, cuantía de la ingesta, tipo de bebida (vino, cerveza, destilados, mixta), estado civil, trabajo activo/paro-pensionista, ingesta alimentaria regular o no. Se consideraron áreas urbanas los núcleos urbanos de municipios con más de diez mil habitantes, y rurales los habitantes de áreas dispersas, aldeas o caseríos.

RESULTADOS: 123 pacientes residían en áreas rurales. El tiempo de consumo era mayor en el medio rural que en el urbano ($T=2.97$; $p=0.003$). Predominaba ($\chi^2=18.91$; $p<0.001$) el consumo de vino en el medio rural (67%) frente al medio urbano (39.5%), donde lo hacía el consumo de bebidas destiladas (8% de consumo único, 51.64% considerando vino y destilados), aunque la cuantía total de alcohol ingerida era similar. El consumo de cerveza –más frecuente en el medio urbano– se asoció a menor duración del hábito etílico ($F=6.13$; $p<0.01$), y el de vino, a mayor edad ($F=6.51$; $p<0.01$). Comer irregularmente se constató en 11.11% de la población urbana y 18.15% de la población rural (asociación no significativa (NS) y más en los bebedores de bebidas destiladas/consumo mixto (18.9%) que en los bebedores de vino (12.86%; NS). El 67.6% de los consumidores de bebidas destiladas vivían solos, frente al 56% de los consumidores de vino.

CONCLUSIONES: Existen algunas diferencias entre bebedores rurales y urbanos. El consumo de vino predomina en el medio rural y se asoció a una mayor duración del hábito etílico. Los bebedores de vino tenían más edad y mostraron una tendencia no significativa a vivir en familia en mayor proporción.



ANÁLISIS DE LOS PACIENTES CON MICOSIS PROFUNDAS EN EL HUIG (2010-2016)

Hernández Cabrera M^{1,2*}, Rodríguez Santana C^{1*}, Carranza Rodríguez C^{1,2}, Pisos Álamo E^{1,2}, Pérez Arellano JL^{1,2}, Jaén Sánchez N^{1,2*}

* Estos autores han contribuido de forma similar en el desarrollo del trabajo

Hospital Universitario Insular de Gran Canaria (¹Unidad de Enfermedades Infecciosas y Medicina Tropical). Universidad de las Palmas de Gran Canaria (²Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas)

RESUMEN

Introducción: Las infecciones fúngicas invasoras son un grupo de enfermedades que ha experimentado un aumento progresivo en las últimas décadas. Su importancia radica en su elevada morbilidad y mortalidad, relacionada con el aumento del número de pacientes con factores de riesgo para desarrollar la infección. Además, este aumento supone un consumo elevado de los recursos utilizados para su prevención, diagnóstico y tratamiento.

Objetivos: Este estudio tiene cuatro objetivos fundamentales: i) Determinar las características epidemiológicas, clínicas y microbiológicas de las micosis profundas del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria desde el 1 de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2016. ii) Evaluar la adecuación del tratamiento empírico y dirigido de estas entidades. iii) Evaluar la importancia de los distintos factores de riesgo en las micosis profundas oportunistas y iv) Describir la evolución de las resistencias en los fármacos más utilizados y evaluar la modificación en los tratamientos empíricos.

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional y longitudinal. Se evaluaron las características mencionadas previamente de todos los pacientes en los que el Servicio de Microbiología detectó una muestra positiva en las fechas mencionadas y con diagnóstico de micosis profunda mediante CMBD (Conjunto mínimo base de datos).

Resultados: i) Se detectó una incidencia media de 31 micosis profundas/año ii) El 75 % de las infecciones fueron producidas por *Cándida* spp; iii) Prácticamente la mitad de los pacientes recibieron tratamiento empírico, y de ellos un tercio fue inadecuado; iv) La mitad de los pacientes fallecieron, y de ellos un tercio lo hizo como consecuencia de la infección; v) En el 66,7% de los pacientes que fallecieron, portadores de catéter venoso central, no se les retiró el mismo tras el diagnóstico de candidemia y vi) Durante los siete años de estudio se observó cómo aumentaron las resistencias de *Candida* spp a los antifúngicos.

Conclusiones: La infección fúngica invasora es una entidad nosocomial que afecta a pacientes con comorbilidad. Es preciso utilizar tratamientos empíricos en pacientes con factores de riesgo con sospecha de infección. El diagnóstico tardío y el tratamiento inadecuado son muy relevantes ya que conllevan un mal pronóstico.

XVII CONGRESO
DE LA SOCIEDAD
CANARIA DE
MEDICINA
INTERNA

Primera Sesión

COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA EN INSUFICIENCIA CARDÍACA TERMINAL

Víctor Vera-Delgado¹, Lucía Romero-Avecedo¹, Patricia Guirado-Peláez², Iballa Jiménez-Cabrera¹, Rosa Ros-Vilamajó¹, Chiara Chines¹, María del Carmen Durán-Castellón¹, Eva María Rodríguez-Rodríguez¹, Emilio González-Reimers¹

¹Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, Tenerife, España.

²Servicio de Endocrinología, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, Tenerife. España.

Introducción: La coagulación intravascular diseminada (CID) se caracteriza por la generación incontrolada de trombina que provoca depósito de fibrina en la microcirculación, isquemia tisular y consumo de plaquetas y factores de la coagulación e hiperfibrinólisis. hemorragias. Las causas más comunes incluyen septicemia, neoplasias, traumatismos y obstétricas. Raramente se ha descrito en la insuficiencia cardíaca (ICC), generalmente asociada a trombos intracardíacos.

Presentamos los casos de 2 pacientes de 80 y 82 años con ICC que durante el ingreso presentaron varios episodios de descompensación de su enfermedad que se acompañaron de alteraciones analíticas propias de CID

Descripción de los casos: Hombre y mujer de 80 y 82 años con factores de riesgo cardiovascular e ICC que ingresan en nuestro servicio por ICC descompensada secundaria a miocardiopatía dilatada y evento agudo coronario previo y neumonía basal derecha respectivamente. En ambos casos, al ingreso destacaban crepitantes en bases pulmonares, sibilancias y edemas en miembros inferiores; anemia normocítica, plaquetas normales, AP 84% y 32% (en tratamiento con aldocumar), fibrinógeno y NT-proBNP elevados.

La ICC evolucionó de forma tórpida, desarrollando datos típicos de CID como trombopenia, disminución de AP, consumo de fibrinógeno, y aumento del DD en el momento de mayor descompensación de ICC. Se instauró tratamiento con furosemida con mejoría clínica y analítica inicial. No obstante, ambos pacientes fallecen durante el ingreso.

Discusión: La CID es una complicación infrecuente de la ICC, generalmente asociada a trombos intracardíacos. Pensamos que esta situación puede enmarcarse dentro de las manifestaciones anterógradas de la ICC, como expresión de la activación funcional del endotelio expuesto a bajo gasto. La alteración de la coagulación y la ausencia de esquistocitos descartan la púrpura trombótica trombocitopénica y apoyan el diagnóstico de CID, no atribuible a otras causas. Además, la fluctuación de los datos analíticos en paralelo con los síntomas de descompensación de la ICC apoya también la relación del CID con la ICC.



REINGRESO EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA: ANALISIS DE CAUSAS

C. Hernández Carballo, A. Aguilar López, E. Calderón Ledezma, L. Torres Hernández, D. Rodríguez Díaz, S. Castaño Pérez

Hospital Universitario Nuestra Señora la Candelaria. Santa Cruz de Tenerife

Objetivos: La tasa de reingreso puede ser un índice de calidad asistencial, estando influenciada por múltiples factores (clínicos, derivados del hospital y del propio paciente). Analizamos la causa desencadenante del reingreso en los pacientes con insuficiencia cardiaca que ingresan en medicina interna de un hospital comarcal.

Material y métodos: Durante un periodo de 12 meses, comprendido entre enero y diciembre de 2017, se analiza de forma retrospectiva y descriptiva la tasa de reingreso en los pacientes con insuficiencia cardiaca, así como los factores relacionados con la misma. Para ello se utiliza la tabla de frecuencia, test Chi cuadrado y regresión logística del programa SPSS versión 21.

Resultados: De los 152 paciente incluidos en la base, un 50% de los paciente dados de alta reingresa en un plazo medio de $89 \pm 101,58$ días tras al alta. El principal motivo de reingreso son las infecciones (57,6%), destacando las infecciones respiratorias (45%), seguida de las infecciones de tracto urinario (9%), y causas cardíacas como evento cardíaco isquémico (4%) o fibrilación auricular rápida (4%). Entre los factores que se asociaron al reingreso destacan la condición de pluripatología (OR 3,2; IC95% 1,51-6,78; $p=0,02$), cardiopatía valvular (OR 2,1; IC95% 1,01-4,63, $p=0,044$) y la nefropatía (OR 2,06; IC95% 1,03-4,23; $p=0,048$). Factores como la edad, el grado de dependencia o la fracción de eyección, paradjícamente, no han mostrado ser factores estadísticamente significativos.

Conclusiones: En nuestro caso, la tasa de reingreso en enfermos con insuficiencia cardiaca es especialmente elevada, sobre todo por procesos infecciosos intercurrentes en pacientes que además, reúnen criterios de pluripatología y comorbilidades como la insuficiencia renal. Aunque el reingreso hospitalario ha sido considerado como un índice de calidad asistencial, no debe ser entendido como un objetivo directo de los cuidados hospitalarios.



UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA CLINICA PARA EL SEGUIMIENTO EN NAC GRAVE-COMPLICADA

E. M. Calderón Ledezma¹, X. Esquirol Puig², M. P. Gómez Álvarez¹, M. Snopekova¹, L. Torres Hernández¹, A. Gómez Hidalgo¹

¹Medicina Interna. Hospital Universitario N. Sra. De Candelaria. ²UCI. Hospital General Granollers

Introducción: La NAC continúa siendo una importante causa de morbi-mortalidad a nivel mundial. Más de 15.000 personas mueren de neumonía al año en España, además de aproximadamente 90.000 hospitalizaciones

Pruebas convencionales, como Rx de tórax y TAC, implican uso de radiación además de ser costosas. Actualmente, en pacientes críticos, la ecografía pulmonar se considera una prueba superior a la radiografía de tórax realizada en supino para detectar consolidaciones o síndrome intersticial focal (sensibilidad del 97% vs 75%). Así mismo, en ocasiones el ultrasonido tiene una resolución focal superior a la TC, principalmente para tabicaciones dentro de derrames pleurales, que generalmente no se representan mediante TC.



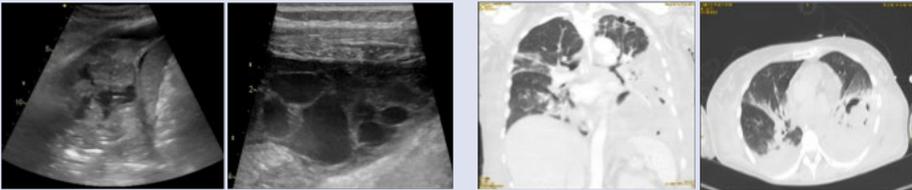
Descripción del Caso: Mujer de 56 años que ingresa en UCI con cuadro de Shock séptico de origen respiratorio (NAC) en

situación de fracaso multiorgánico. A las primeras 24 horas antigenúria positiva a *Neumococo* así como HC (4/4) a las 48 horas; ajustándose antibioterapia por antibiograma.

A pesar de tratamiento adecuado persiste insuficiencia respiratoria severa con criterios de SDRA, requiriendo FiO_2 altas > 0.60 y PEEP $s > 10$ cmH₂O.

Dada la evolución tórpida se solicita TAC de control; a la espera se realiza nuevo control ecográfico que demuestra refringencia pleurales con fibrina y loculaciones, además de afectación parenquimatosa con múltiples imágenes nodulares mixtas que no captan color y que son compatibles con neumatocelos / necrosis.

Se coloca drenaje pleural ecoguiado antes de la realización del TAC y se hacen varias sesiones de fibrinólisis local con Uroquinasa. Nótese como las imágenes de empiema complicado y loculado se definen claramente en la ecografía, pasando desapercibidas en la TAC.



Conclusiones: Este caso muestra que, en lo que respecta a la detección del derrame pleural complicado, el ultrasonido tiene una superioridad en relación a la TC. Además de acelerar el proceso diagnóstico, que en situaciones de urgencia puede tener impacto en la supervivencia.

Así mismo, el patrón de neumonía necrotizante es tan fidedigno en una ecografía como en el TC; siendo la primera menos invasiva (evita radiación).

Tomar en cuenta como herramienta la ecografía clínica a pie de cama en pacientes graves o cuya movilización es limitada.



EVALUACIÓN ECOGRÁFICA DEL DVNO PARA CONTROL/SEGUIMIENTO DE LA PIC EN MENINGITIS CRIPTOCOCÓCICA EN VIH: A PROPOSITO DE UN CASO

E. M. Calderón Ledezma, P. Gómez Álvarez, S. Fernández-Peña Mosquera, L. Torres Hernández, A. Gómez Hidalgo; L. Abella Vázquez; M.L. Padilla Salazar; M. Hayek Peraza.
Medicina Interna. H. Universitario N. Sra. De Candelaria.

Introducción: La meningoencefalitis criptocócica es una infección oportunista grave fundamentalmente en pacientes VIH-SIDA no tratados. Estos pacientes, durante el tratamiento deben ser monitorizados principalmente a que tienden a tener una alta carga fúngica en LCR, que puede conducir a un aumento de la PIC. Este aumento se ha asociado con cultivos persistentemente positivos y un mayor riesgo de mortalidad.

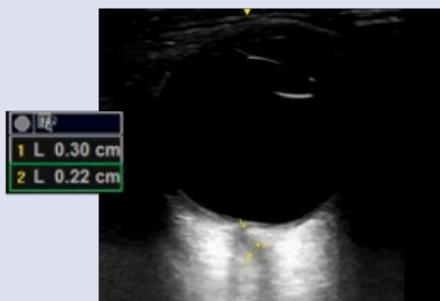
Los dispositivos invasivos para monitorización de la PIC, se asocian a complicaciones graves. Los procedimientos no invasivos, como el ultrasonido Doppler transcraneal, el desplazamiento de la membrana timpánica y la exploración del fondo de ojo, requieren una curva de aprendizaje prolongada, por lo que su utilidad es muy limitada.

Con la ecografía ocular podemos determinar de forma indirecta la PIC a través de la medición del diámetro de la vaina del nervio óptico (DVNO). Existe una correlación del DVNO

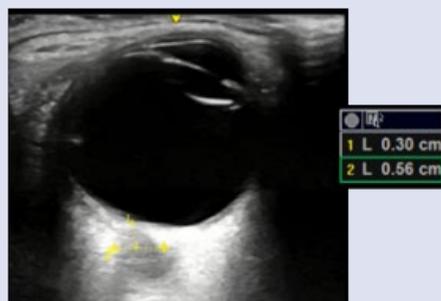
con la PIC; estando demostrado que un DVNO por encima de 5.4 mm correlaciona con una elevación de la PIC de más de 20 mmHg (S 74.1% E 100%)

Descripción del Caso: Mujer de 33 años con diagnóstico de meningitis criptocócica con HTIC severa > 50 en paciente VIH C3 (CD4 5; CV 753000; iniciándose Anfotericina B + Flucitosina (9/marzo). Se coloca drenaje lumbar precisando inicialmente drenajes casi horarios de unos 10 cc. El día 27/Marzo se retira drenaje lumbar y se inicia tto de consolidación.

Durante su ingreso se realiza control con ecografía ocular, así como con medición de presión de apertura de LCR (PA LCR) en PL.



ImagenA: DVNO: 0,22cm (ecografía realizada posterior a drenaje de 30cc de LCR)



ImagenB: DVNO: 0,56cm (ecografía realizada cuando la PA LCR es de 37 y coincide con cefalea de paciente)

Conclusiones: Con base en la evidencia científica, se puede concluir que la medición del DVNO es de gran utilidad como procedimiento no invasivo para evaluar, de carácter cualitativo, la PIC en diferentes situaciones; como en meningoencefalitis criptocócica.



A PROPÓSITO DE UN CASO DE HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO

Rodríguez Díaz, D; Fernández-Peña Mosquera, S; Gómez Álvarez, P; Torres Hernández, L; Castaño Pérez, S; Martín Hernández, F.

Servicio Medicina Interna, Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria

INTRODUCCIÓN: El hiperaldosteronismo primario es un trastorno en el que existe una producción de aldosterona excesivamente alta. Es responsable del 5-13% de la hipertensión arterial en los seres humanos y la prevalencia es aún más elevada en pacientes con hipertensión arterial resistente, alcanzando el 17-23%. A pesar de ello, se trata de una causa de hipertensión arterial secundaria infradiagnosticada.

DESARROLLO DEL CASO: Paciente varón de 38 años que acude a Urgencias tras episodio de mareo, sudoración fría, visión borrosa, seguido de episodio de diarrea acuosa abundante. Como antecedentes personales destacables: tabaquismo activo (IPA 25), obesidad grado III, hipertensión arterial (diagnosticada desde los 25 años, y en tratamiento desde los 36 años), hipoacusia neurosensorial, litiasis renal (litotricia en Mayo de 2013), SAHOS leve e hipopotasemia de origen no filiado (en tratamiento oral desde hace 2 semanas) Destaca a nivel familiar una hermana y primos con hipoacusia neurosensorial. (94)

A la anamnesis, refiere cuadro de debilidad y fatiga muscular en miembros inferiores de un año de evolución, precisando muletas para subir escaleras, parestesias en miembros superiores y aumento de frecuencia y volumen miccional, con sed intensa, de predominio

nocturno. Exploración física anodina. A nivel analítico destaca hipopotasemia severa (K 2.24 mEq/L) y creatinina 1.59 mg/dl.

Durante ingreso hospitalario se objetiva un nivel de aldosterona basal de 62.2 ng/dl, una renina activa basal de 1.8 pg/ml y un cociente aldosterona basal/renina actividad de 176.80. En TAC abdominal destaca hiperplasia suprarrenal izquierda de 14 mm. Con todo ello, es diagnosticado de hiperaldosteronismo primario por hiperplasia suprarrenal izquierda.

CONCLUSIONES: Se trata de un caso clínico típico de hiperaldosteronismo primario, que nos transmite la idea fundamental de que debemos sospechar causas secundarias de hipertensión arterial, principalmente en pacientes jóvenes, con alteraciones hidroelectrolíticas, con hipertensión arterial severa o resistente a tratamiento óptimo antihipertensivo o con hipertensión arterial maligna.



ENFERMEDAD DE LOS COMPLEJOS DE VON MEYENBURG: A PROPÓSITO DE UN CASO

Torres-Vega Ana María¹

¹ *Facultativo especialista de área (F.E.A.) de Medicina Interna. Servicio de Medicina Interna del Hospital Insular Ntra Sra de los Reyes, El Hierro (Santa Cruz de Tenerife)*

INTRODUCCIÓN: La hamartomatosis biliar múltiple (HBM) o enfermedad de los complejos de Von Meyenburg es una malformación benigna, debida a un defecto en la involución embrionaria. Su diagnóstico suele ser incidental en los estudios de imagen. A continuación se presenta un caso clínico de esta enfermedad.

DESCRIPCIÓN Y EVOLUCIÓN DEL CASO: Paciente de 50 años quien decide realizarse una revisión médica que incluye ecografía de abdomen donde se objetiva una posible hepatopatía. Tras realizarse una RM hepática se evidencian múltiples (más de 100) lesiones focales distribuidas difusamente por todo el parénquima hepático. Se trata de lesiones de aspecto quístico simple, redondeadas, bien delimitadas, menores de 1 cm, de paredes finas, sin polos sólidos en su interior, con un contenido líquido homogéneo y sin contacto aparente con el árbol biliar. Estos hallazgos sugieren la enfermedad por complejos de von Meyenburg como primera posibilidad diagnóstica. El paciente se encuentra asintomático y presenta una exploración física normal.

DISCUSIÓN: La enfermedad por complejos de von Meyenburg consiste en pequeñas lesiones hamartomatosas focales, formadas por grupos de conductos biliares intrahepáticos dilatados dentro de un estroma de colágeno denso. Su incidencia se ha estimado en 0.6-5.6%. El diagnóstico suele ser casual en pacientes asintomáticos, manifestándose excepcionalmente en forma sintomática o con alteración en las enzimas hepáticas. Presenta buen pronóstico. En un 11 % de los casos puede asociarse a poliquistosis renal de herencia autonómica dominante.

CONCLUSIONES O RECOMENDACIONES: Se trata de una patología benigna que normalmente cursa de forma asintomática. El diagnóstico suele hacerse de forma casual tras realizarse pruebas de imagen por otro motivo. No obstante, debe hacerse diagnóstico diferencial con otras patologías como carcinoma hepatocelular difuso, metástasis múltiples de pequeño tamaño, microabscesos hepáticos múltiples, esteatosis multinodular y quistes múltiples.



REACCIÓN TIPO CUERPO EXTRAÑO CON FORMACIÓN DE GRANULOMAS FRENTE A PRÓTESIS METAL/METAL

Vera Delgado V., Hernández Bustabad A., Monereo Muñoz M., Romero Acevedo L., Reyes Suárez P., Jiménez Cabrera I., Martínez Martínez D., Chines C., Santolaria F.

Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, Tenerife, España.

INTRODUCCIÓN: La reacción tipo cuerpo extraño con formación de granulomas frente a prótesis o implantes es una entidad poco frecuente, tiene una incidencia del 0'15-4%, y es predominante en mujeres. Se caracteriza por una reacción de hipersensibilidad tipo IV mediada por linfocitos T. Los detritus liberados por el desgaste o el aflojamiento son fagocitados por los macrófagos desencadenando una reacción inflamatoria granulomatosa, que es la responsable de la destrucción ósea. A continuación, presentamos 2 casos de pacientes que desarrollaron esta entidad.

CASO 1: Varón de 85 años con antecedentes personales de consumo de tabaco (IPA 35), exconsumo de OH a dosis tóxicas, hipertensión, miocardiopatía hipertrófica familiar, fibrilación auricular lenta anticoagulada, portador de marcapasos y prótesis bilateral de cadera metal/metal en 2002. Acude por pérdida de peso y dolor en la cadera izquierda de 2-3 años de evolución. En 2014 se sospecha aflojamiento de la prótesis que se confirmó con gammagrafía. En la exploración física destaca una masa palpable en fosa iliaca izquierda dolorosa a la palpación. Se realizan TC y Gammagrafía ósea objetivando una masa de partes blandas que provoca destrucción osteolítica de hueso iliaco. Ante los resultados se realiza una biopsia en la cual se observa una reacción granulomatosa de tipo cuerpo extraño, identificándose histiocitos espumosos y hemosiderófos.

CASO2: Varón de 77 años con antecedentes personales de hipertensión, cardiopatía hipertensiva, fibrilación auricular anticoagulada, prótesis de cadera derecha metal/metal en 2016 con aflojamiento en 2017 en LEQ. Acude por hemoptisis. Durante el ingreso refiere mucho dolor en cadera derecha e impotencia funcional. Realizamos TC sugestivo de lesión granulomatosa secundaria a prótesis. Dada la resolución del cuadro por el que ingresó inicialmente el paciente es dado de alta para seguimiento en consultas donde se completará el estudio.

CONCLUSIONES: La reacción tipo cuerpo extraño con formación de granulomas frente a prótesis es rara, pero no debemos olvidarla en aquellos pacientes que refieran molestias en la zona de implantación, especialmente cuando la prótesis es de tipo metal/metal. Debemos pensar en ella ante la presencia de masas de partes blandas o lesiones osteolíticas en la zona periprótesis, incluso aunque lleven años desde su colocación.



PACIENTE CON FACIES DISMÓRFICA Y PAPILOMAS ORALES

R. Ros Vilamajó, M. C. Martín González, O. Pérez Hernández, S. Aguilera, E. M. Rodríguez Rodríguez, J. J. Viña Rodríguez, M. J. Sánchez Pérez, A. Martínez Riera, M. Rodríguez Gaspar.

Hospital Universitario de Canarias, Servicio de Medicina Interna, Tenerife.

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Cowden (SC) se caracteriza por tumores múltiples (hamartomas) y alto riesgo de cáncer. Las lesiones mucocutáneas pueden ser las primeras manifestaciones, mientras que tumores como el de mama (85% de riesgo), de tiroides y de endometrio o las manifestaciones viscerales aparecen más adelante. El 25% de los casos son por mutaciones en el gen PTEN (10q23), de herencia autosómica dominante.

CASO CLÍNICO: Mujer de 45 años remitida desde Dermatología, hipertensa, con bocio multinodular y pólipos endometriales. Línea materna con pólipos uterinos, tía materna con cáncer de mama. En la exploración destacaba facies dismórfica, macrocefalia, nódulos en encías y lengua de 1 cm de diámetro. Sin adenomegalias, visceromegalias ni lesiones tumorales cutáneas. Gastroscoopia: mucosa gástrica ectópica en duodeno, esófago con acantosis glucogénica; en colonoscopia se objetivan >20 pólipos de entre 2-15 mm con anatomía patológica de pseudopólipos inflamatorios y múltiples gangli-neuromas polipoides, con hiperplasia linfoide reactiva de mucosa colónica. La ecografía de abdomen reveló dos angiomas hepáticos de 26 y 8 mm y uno en bazo de 1 cm. La RMN craneal mostró malformación de Chiari tipo-1 y lesión en cerebelo de 12,4 mm en relación con hamartoma-glioma de bajo grado. La RMN mamaria mostró en el cuadrante superoexterno de la mama izquierda un foco de realce nodular irregular de 8 mm con ecografía mamaria sin alteraciones. El diagnóstico molecular confirmó un SC por variaciones patogénicas en la secuencia codificante del gen PTEN (alteración: c.955_958de-LACTP.Thr319Terfs (rs146650273) en estado heterocigoto, con alteración del marco de transcripción de la secuencia, y un codón de stop en la posición 319 del transcrito). Se programó controles posteriores estrechos con ecografía abdominal, control ginecológico y dermatológico y colonoscopia cada 5 años.

CONCLUSIÓN: El diagnóstico precoz a partir de las lesiones orales puede dar lugar a que se descubran otros tumores asintomáticos. Así, en esta paciente, tras la sospecha de un SC se diagnosticó de hamartomas gastrointestinales múltiples, pólipos colónicos, acantosis glucogénica esofágica, macrocefalia, lesiones vasculares en bazo, hígado y probable enfermedad de Lhermitte-Duclos, todos ellos criterios compatibles con Síndrome de Cowden, confirmado con estudio genético.



EL SÍNDROME DE LAS UÑAS AMARILLAS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Herrera Herrera FJ, Marfil Daza J, Fernández-Peña Mosquera S, Gómez Álvarez P, Snopkova M, Gómez Hidalgo A, Laynez Cerdeña P, Castellano Higuera A.

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

INTRODUCCIÓN: El síndrome de las uñas amarillas ó de Samman es una enfermedad rara caracterizada por anomalías ungueales, linfedema primario y manifestaciones pleuropulmonares (derrame pleural recurrente, bronquiectasias, bronquitis). Suele ser más frecuente en mujeres de edad media. Para el diagnóstico se requieren dos de los tres criterios y las manifestaciones ungueales son fundamentales. En cuanto a su etiología es desconocida, aunque se han postulado varias teorías, incluida la congénita. Se ha descrito en asociación con enfermedades tiroideas, déficit selectivo de inmunoglobulinas, carcinoma broncogénico y linfomas, artritis reumatoide, síndrome nefrótico y enteropatía pierde-proteínas.

CASO CLÍNICO: Paciente mujer de 84 años con antecedentes personales de HTA y diabetes mellitus tipo 2, diagnosticada de síndrome de uñas amarillas en 2005, presentando la triada típica consistente en uñas de coloración amarillo-verdoso, de crecimiento lento y distrófico, linfedema en miembros inferiores y derrame pleural derecho crónico, con características de exudado linfocitario. Además cabe destacar que presentaba malnutrición calórico proteica secundaria a probable linfangiectasia intestinal, bronquiectasias e hipotiroidismo subclínico, patologías descritas también en el síndrome de uñas amarillas.

Actualmente en seguimiento en consultas de Medicina Interna, con varios ingresos en los últimos años, en la mayor parte de la ocasiones por cuadros de anasarca secundarios a hipoproteinemia, insuficiencia cardiaca congestiva y derrame pleural derecho recurrente,

precisando la implantación de un sistema de drenaje pleural tunelizado, además de diuréticos de asa y ahorradores de potasio para mantenimiento de su situación basal, y suplementos orales de vitamina A y E para los síntomas ungueales.

CONCLUSIÓN: El síndrome de las uñas amarillas es un padecimiento claramente definido que puede o no estar vinculado con alteraciones subyacentes y problemas de drenaje linfático. La triada de uñas amarillas, linfedema y enfermedad pulmonar da lugar a un diagnóstico fácil, pero con frecuencia complicado de tratar debido a la recurrencia y a una respuesta impredecible.



Segunda Sesión

PROTEINURIA, HIPOALBUMINEMIA Y EDEMAS COMO COMPLICACIÓN DE INFECCIÓN POR VIRUS INFLUENZA: 2 CASOS

Gómez Hidalgo, A; Fernández-Peña Mosquera, S; Gómez Álvarez, P; Calderón Ledezma, E; Rodríguez Díaz, D; Castaño Pérez, S.

Servicio Medicina Interna, Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria

INTRODUCCIÓN: La infección por el virus influenza ocurre en forma de brotes estacionales que afectan a entre el 10 al 20% de la población general. Su curso es mayoritariamente benigno, no obstante pacientes mayores de 65 años, inmunodeprimidos y otros grupos de riesgo tienen mayor probabilidad de desarrollar complicaciones. La más frecuente es la neumonía pero existen otras más raras pero graves.

DESARROLLO DE LOS CASOS: Se trata de un varón de 72 años con antecedentes de hipertensión arterial y cardiopatía isquémica estable, que ingresa por cuadro de Gripe B con sobreinfección bacteriana y descompensación de insuficiencia cardiaca. Se inicia antibioterapia empírica y tratamiento depletivo, con buena evolución clínica desde el punto de visto infeccioso, pero con persistencia de edematización de miembros inferiores. Ante tales hallazgos se decide ampliar estudio, determinándose proteinuria con cociente albúmina/creatinina 317,54mg/g. El Ecocardiograma revela un derrame pericárdico moderado sin compromiso hemodinámico, y la analítica muestra unas proteínas totales descendidas así como hipoalbuminemia moderada. El paciente evoluciona lenta pero favorablemente con diuréticos y es dado de alta. En la consulta de revisión a las 2 semanas los edemas habían desaparecido y la albuminemia se encontraba en rango de normalidad.

El segundo de los casos se trata de un varón de 46 años, con antecedentes de inmunosupresión por VIH estadio C3 y hemofilia A en tratamiento con factores de la coagulación. Ingresó por infección respiratoria por virus influenzae A con probable sobreinfección bacteriana y fracaso renal agudo evolucionado con proteinuria no nefrótica y edemas en miembros inferiores. El estudio analítico mostraba hipoalbuminemia y en el sedimento de orina se objetivó microhematuria. Tras tratamiento antibiótico, antiviral y fluidoterapia el cuadro renal se autolimitó. Al alta se y el paciente continuó seguimiento en Hospital de Día.

CONCLUSIONES: El síndrome nefrótico es una complicación muy raras pero grave ya descrita previamente en la literatura. No podemos el cuadro al tratamiento ya que recibieron antibioterapia diferente. En ambos casos la proteinuria se autolimitó en pocas semanas y no requirieron más estudios. En los casos biopsiados en la literatura se describe una glomerulonefritis a cambios mínimos, no obstante es una entidad aún poco estudiada.



ENDOCARDITIS SOBRE VÁLVULA TRICÚSPIDE NATIVA Y AÓRTICA PRO-TÉSICA TRATADA CON LINEZOLID

Fernández-Peña Mosquera S, Gómez Álvarez P, Snopekova M, Gómez Hidalgo A, Herrera Herrera FJ, Calderón Ledezma E, Padilla Salazar ML.

Servicio Medicina Interna, Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria

INTRODUCCIÓN: La endocarditis asociada a catéter venoso central no es frecuente que afecte a varias válvulas cardíacas. El tratamiento con Linezolid no se recomienda de rutina en las guías por falta de estudios aunque tiene claras ventajas posológicas frente al estándar.

DESARROLLO DEL CASO: Varón de 62 años que ingresa por hematemesis secundaria a úlcera duodenal que precisa intervención quirúrgica por shock hemorrágico. Como antecedentes, es fumador activo, fue intervenido de By-pass aorto-coronario y es portador de prótesis aórtica biológica. El 11º día tras la cirugía se retira vía venosa central por supuración del punto de inserción y se cultiva la punta del catéter obteniendo más de 15 unidades formadoras de colonias (UFC) por la técnica de Maki. Una semana después presenta pico de fiebre de 39°C con desorientación e hipotensión por lo que se cubre posible infección nosocomial y se extraen cultivos. Tras descartar infección urinaria o respiratoria se añade vancomicina ante sospecha de bacteriemia, la cual se confirma con el crecimiento de *S. epidermidis* en hemocultivos (sensible a linezolid, daptomicina, teicoplanina, vancomicina y rifampicina). Se realiza ecocardiograma transesofágico (ETE) con hallazgo de endocarditis sobre válvula tricúspide añadiéndose rifampicina. Sin fiebre y con descenso de PCR y procalcitonina, en ETE de control a los 14 días de iniciado tratamiento, aparece nueva vegetación filiforme sobre válvula aórtica. Ante la duda se realiza PET-TC donde se confirma endocarditis sobre válvula aórtica. Se comenta el caso en el Comité Multidisciplinar de Endocarditis desestimándose intervención sobre válvula protésica por comorbilidad. Se plantea tratamiento con linezolid para facilitar el manejo ambulatorio. En ETE de control tras 48 días de tratamiento con linezolid, se constata desaparición de ambas vegetaciones y se finaliza tratamiento. Un mes tras finalizar el tratamiento se comprueba la total recuperación clínica y ausencia de vegetaciones por ETE.

CONCLUSIONES: El linezolid puede ser un antibiótico eficaz para el tratamiento de la endocarditis en regímenes combinados cuando otras alternativas presenten problemas posológicos o mayor toxicidad. Si bien apenas hay estudios sistematizados, su uso fuera de las guías se basa en numerosos casos en la práctica clínica real publicados, y en nuestra propia experiencia.



UTILIDAD DE LA TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA PORTÁTIL (SIMEX®) EN LA INFECCIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA ABDOMINAL ASOCIADA A MATERIAL PROTÉSICO

Hernández Cabrera M^{1,2*}, Álvarez Artero E^{1*}, Tejera Rodríguez D¹, Díaz Calderín J¹, Pisos Álamo E^{1,2}, Jaén Sánchez N^{1,2*}, Pérez Arellano JL^{1,2}

** Estos autores han contribuido de forma similar en el desarrollo del trabajo*

Hospital Universitario Insular de Gran Canaria (1-Unidad de Enfermedades Infecciosas y Medicina Tropical). Universidad de las Palmas de Gran Canaria (2-Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas)

RESUMEN

Introducción: Una de las complicaciones más importantes en las infecciones de herida quirúrgica asociada a material protésico es la pérdida del mismo y la recidiva de la eventración. En ese sentido disponemos de sistemas de terapia que utilizan presión negativa

como mecanismo que favorece la granulación del tejido y que junto al tratamiento antibiótico pueden manejar de manera conservadora estas infecciones.

Objetivo: Descripción de un caso clínico de la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario Insular de Las Palmas de Gran Canaria.

Caso clínico: Se trata de una mujer de 47 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial, hipotiroidismo secundario a resección parcial de tiroides (adenoma folicular) y obesidad mórbida. La paciente fue intervenida en otro centro en 2010 de cirugía bariátrica mediante técnica de Scopinaro. Posteriormente fue intervenida en Enero del 2017 en el mismo centro por eventración con colocación de malla en pared abdominal. La malla se infectó siguiendo curas diarias en este centro para intentar cierre por segunda intención y según refiere la paciente recibió antibioterapia durante 15 días en el postoperatorio inmediato. En Mayo acude a Urgencias del HUIGC por la presencia de edemas e importante astenia. En ese momento es valorada por el Servicio de Urgencias constatando una anemia moderada y una leucocitosis importante. Valorada por el Servicio de Cirugía no consideran pertinente el ingreso en su Servicio y se ingresa a la paciente en la UEIMT. Durante el ingreso se constata una importante desnutrición y datos de inflamación. En el cultivo de la solución de continuidad de la pared abdominal creció *Pseudomonas aeruginosa*, que fue tratada con Piperacilina/Tazobactam y ciprofloxacino. Tras control de la malnutrición y consulta con Cirugía general, se desestimó la retirada de la malla. La extensión del defecto de pared abdominal impidió un manejo convencional por lo que se decidió aplicar tratamiento con presión negativa hospitalario. La evolución fue satisfactoria siendo dada de alta con tratamiento con ciprofloxacino oral y sistema de vacío portátil SIMEX®. Varios meses después se consiguió el cierre de la herida y la estabilización clínica.

Conclusiones: El uso de sistemas portátiles de presión negativa puede, en casos seleccionados ser una opción terapéutica en el manejo de situaciones complejas.



BRUCELOSIS EN LA ISLA DE EL HIERRO

Torres-Vega Ana María¹

¹ *Facultativo especialista de área (F.E.A.) de Medicina Interna. Servicio de Medicina Interna del Hospital Insular Ntra Sra de los Reyes, El Hierro (Santa Cruz de Tenerife)*

INTRODUCCIÓN: Canarias es una región oficialmente libre de brucelosis ovina, bovina y caprina. Presentamos un caso reciente de brucelosis autóctona diagnosticado en la isla de El Hierro.

DESCRIPCIÓN Y EVOLUCIÓN DEL CASO: Mujer de 69 años que ingresa por fiebre de hasta 40°C de 12 días de evolución acompañado de odinofagia, hiporexia, sudoración profusa, náuseas ocasionales y mialgias en miembros inferiores. Recibió tratamiento antibiótico sin que se resolviera la fiebre. Tiene gallinas, gatos y un pájaro. Niega consumo de lácteos no pasteurizados, no ha realizado viajes fuera de la isla ni refiere antecedentes de relevancia epidemiológica.

Al ingreso presentaba T° 36.1 °C; PA: 138/89 mmHg; FC: 104 lpm; Sat O2: 96 %, estaba eupneica y la exploración física era rigurosamente normal. En la analítica destacaba glucosa * 136 mg/dL [76 - 110], GOT (AST) * 207 UI/L [0 - 38], GPT (ALT) * 146 UI/L [0 - 33], Sodio * 134 mmol/L [135 - 145], Potasio * 3.38 mmol/L [3.5 - 5], Proteína C Reactiva * 128.0 mg/L [0 - 5], Leucocitos 7.46 x10³/μl [4 - 10.00], Hemoglobina * 11.3 g/dl [12 - 16], Plaquetas * 129 x10³/μl [150 - 450]. En las pruebas de imagen realizadas se objetivó lo siguiente: derrame pleural bilateral leve, esplenomegalia moderada de 15 cm y una lesión hipodensa esplénica inespecífica de 30 mm. Los Ac anti-Brucella por aglutinación fueron

positivos (1/640), este resultado fue contrastado en varios laboratorios de referencia dado lo inesperado desde el punto de vista epidemiológico.

El ingreso transcurrió sin incidencias salvo por la aparición de una capsulitis del 4° dedo de mano izquierda que respondió favorablemente con tratamiento antiinflamatorio y férula. La paciente recibió tratamiento empírico con doxiciclina a la que se asoció rifampicina al conocerse el diagnóstico de brucelosis. La evolución clínica fue satisfactoria hasta quedar asintomática.

DISCUSIÓN: Se trata de un caso de brucelosis en el que no se ha llegado a identificar el mecanismo de transmisión. Cabe resaltar la existencia en la literatura científica de estudios en los que se resalta el papel de gatos y perros en la transmisión de esta enfermedad.

CONCLUSIONES O RECOMENDACIONES: Es recomendable mantener un elevado nivel de sospecha a pesar de que se trate de una patología oficialmente erradicada en nuestra región, ya que pueden darse casos importados o secundarios a mecanismos de transmisión menos habituales.



ALTERNATIVAS AL USO DEL TUBO DE DRENAJE PLEURAL EN EL TRATAMIENTO DEL EMPIEMA (a propósito de un caso)

C. Hernández Carballo; A. Aguilar López; E. Calderón Ledezma, L. Torres Hernández; P. Laynez Cerdeña.

Servicio Medicina Interna, Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria

Introducción: A pesar de los múltiples avances diagnósticos o terapéuticos de la medicina de los últimos años, el empiema continúa siendo una de las enfermedades que con frecuencia tiene que abordar el cirujano torácico. El objetivo del tratamiento es el control de la infección mediante antibióticos y el drenaje de dicho derrame. No obstante, la colocación de un tubo de tórax es un procedimiento invasivo, no exento de complicaciones. Por ello, esta opción debe consensuarse con el paciente y/o familia, sobre todo en paciente de edad avanzada.

Caso clínico: Paciente varón, de 90 años, con un Barthel de 20/100, importante deterioro cognitivo tipo Alzheimer y demencia senil, además de EPOC, diabético hipertenso y con una enfermedad renal crónica estadio 3b; que ingresa en septiembre de 2017 en el H. sur por infección respiratoria, con una insuficiencia respiratoria hipoxémica y derrame pleural asociados. Se inicia tratamiento con Clindamicina y Ceftriaxona y se realiza una toracocentesis que muestra un exudado según los criterios de Light. En el cultivo del mismo crece una E. coli resistente a quinolonas.

Se informa a la familia del diagnóstico y opciones terapéuticas y se consensúa manejo conservador, manteniendo el antibiótico y realizando toracocentesis evacuadoras a demanda para alivio sintomático.

El paciente presenta una evolución clínica estacionaria, sin mostrar datos clínicos de sepsis grave; manteniéndose en insuficiencia respiratoria hipoxémica, por lo que se decide alta a domicilio, con Amoxicilina Clavulánico oral durante ocho semanas, oxigenoterapia crónica domiciliar y seguimiento estrecho en las consultas externas. Finalmente, el paciente fallece en enero de 2018 por una sepsis urinaria por germen resistente (*Proteus mirabilis* sensible a ertapenem).

Conclusiones: Las guías de práctica clínica son directrices que ayudan en la toma de decisiones; pero debe primar el principio básico de la Medicina: PRIMUM NON NOCERE. Es posible un manejo conservador, mínimamente invasivo de un empiema, en pacientes con alto grado de dependencia funcional y/o deterioro cognitivo.



ABSCESO EN PARED ABDOMINAL. PIOMIOSITIS

Vera Delgado V., Guirado Peláez P., García Palomo E., Martín González C., Martínez Martínez D., Sánchez Pérez M.J., Ros R., Rodríguez Gaspar M., Martínez Riera A.

Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España.

INTRODUCCIÓN: La piomiositis es una infección del músculo esquelético que con frecuencia forma un absceso. El *S. Aureus* es el microorganismo más aislado. Es una afección común en áreas tropicales y, en general, no tiene puerta de entrada. Aparece con más frecuencia en pacientes inmunodeprimidos, tras un traumatismo, en tratamientos inyectados y malnutrición. A continuación, presentamos el caso de un varón de 68 años con una posible piomiositis tras traumatismo.

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 68 años fumador de 1 cajetilla diaria, bebedor de alcohol a dosis superiores a 80 g/día (con posible hepatopatía enólica) y dislipemia que acude a urgencias por dolor en hipocondrio derecho de 10 días de evolución en relación a traumatismo. El análisis a su llegada reflejaba leucocitosis 11.500 con 64,6% de neutrófilos y PCR 89,7. En urgencias se realiza ecografía abdominal en la que se evidencia imagen compatible con absceso/hematoma de pared, confirmándose el primero de los diagnósticos tras la realización de TC abdominal y punción, de donde se obtiene un líquido purulento en el que crece una *E. Coli* sensible a meropenem y cefalosporinas de 3ª generación. Dada la ausencia de puerta de entrada objetivable se realiza ecocardiografía que resultó negativa para endocarditis. Si bien la estructura hepática era ligeramente heterogénea no existían datos de hipertensión portal ni datos de insuficiencia hepática en el análisis, por lo que no se realizaron más estudios. A lo largo del ingreso, se evidencia remisión clara del absceso y mejoría de sintomatología acompañante, por lo que se decide el alta.

CONCLUSIONES: La piomiositis es una infección musculoesquelética en la que a menudo se desarrolla un absceso. En nuestro caso, el paciente evolucionó de forma favorable con el tratamiento antibiótico, sin embargo, lo más frecuente es que requiera además el drenaje del absceso. Debemos sospecharla en pacientes con fiebre y dolor localizado en un único grupo muscular. Afecta con mayor frecuencia a las extremidades inferiores, pero puede involucrar a cualquier músculo. En un 20% de casos se manifiesta de forma multifocal.



HISTOPLASMOSIS DISEMINADA EN PACIENTE VIH

Fernández-Peña S, Gómez Alvarez P, Snopekova M, Calderon Ledezma E, Hayek Peraza M, Abella Vázquez L.

Servicio de Medicina Interna, H. Universitario Ntra. Sra. de Candelaria

INTRODUCCIÓN: La histoplasmosis diseminada es una enfermedad definitoria de SIDA que afecta a aproximadamente un 5% de los pacientes con <150 CD4 en áreas endémicas. El objetivo de esta comunicación es elevar el nivel de sospecha de una patología poco frecuente.

CASO CLÍNICO: Varón de 43 años con antecedentes de fumador, hidrosadenitis axilar e infección por VIH (sin control en los últimos 10 años) que ingresa por síndrome constitucional y fiebre. El paciente presenta tos seca y múltiples lesiones costosas en cara y tronco. En la analítica se objetiva pancitopenia, carga viral de 3000 copias ARN/ml y recuento de CD4 de 6 cel/UL. Se realiza fibrobroncoscopia donde se observan lesiones vesiculosas compatibles con neumonitis por Citomegalovirus. Se amplía el estudio con TC que describe múltiples adenopatías axilares, mediastínicas e inguinales y nódulos pulmonares bilaterales. Se pauta tratamiento con ganciclovir con mejoría clínica. Tras 2 semanas se inicia la TAR con emtricitabina, tenofovir y dolutegravir, apareciendo a las 48h exacerbación de las lesiones

cutáneas y fiebre. Se realizan pruebas complementarias que descartan infección por CMV y TBC, además de biopsia de lesión cutánea. La persistencia de adenopatías múltiples sugiere el diagnóstico de posible linfoma por lo que se biopsia una adenopatía inguinal. En espera de los resultados anatomopatológicos se obtiene galactomanano positivo en suero y se inicia voriconazol con desaparición de la fiebre. El resultado de la biopsia cutánea describe esporas micóticas en dermis, positiva para plata metenamina y PAS; y en adenopatía estructuras micóticas esporuliformes sugestivas de histoplasma. Se modifica el tratamiento a itraconazol con posterior desaparición de la fiebre y disminución progresiva de las lesiones cutáneas.

CONCLUSIONES La histoplasmosis diseminada puede simular muchas otras afecciones típicas de los pacientes VIH como el prúrigo, el Linfoma o la tuberculosis. Pese a la baja prevalencia en nuestro medio, la presencia de datos incongruentes o la mala evolución pese al tratamiento, ha de hacernos sospechar de un patógeno poco frecuente.



MIOCARDIOPATÍA DILATADA EN PACIENTE VIH. A PROPÓSITO DE UN CASO

¹Marfil Daza J; ¹Gómez Álvarez P; ¹Gómez Hidalgo A; ¹Herrera Herrera FJ; ¹Fernández-Peña Mosquera S; ¹Calderón Ledezma E; ²Padilla Salazar ML.

¹Servicio Medicina Interna, ²Unidad de Enfermedades Infecciosas Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

INTRODUCCIÓN: Las complicaciones cardiovasculares son actualmente una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la población infectada por el VIH en los países desarrollados (mortalidad, 6–15%). La infección por VIH aumenta el riesgo de eventos isquémicos, y contribuye al daño miocárdico por afectación del miocito, ya sea de forma directa por el propio virus o por microorganismos oportunistas. La afectación cardíaca más frecuente en la infección por VIH es la pericarditis, seguida de la miocarditis linfocitaria y la miocardiopatía dilatada.

CASO CLÍNICO: Varón, 54 años, AP exfumador, no consumo OH, dislipemia, HTA, VIH de reciente diagnóstico (15 días antes del ingreso). Ingresó por disnea de moderados esfuerzos con ortopnea y DPN, anasarca y recorte de diuresis. Con el diagnóstico de sospecha de insuficiencia cardíaca congestiva se inició tratamiento depleitivo con Furosemida con buena respuesta clínica. Analíticamente destacaba alteración del perfil hepático con elevación de enzimas de citólisis y colestasis, creatinina 1,33, proBNP 3503, carga viral VIH 480.000 y CD4 327. Se realizó ecocardiograma TT en el que se observó dilatación biventricular con hipocinesia severa y disfunción sistólica global muy severa, con una FEVI del 12%. En cateterismo cardíaco se objetivó árbol coronario difusamente enfermo, con lesiones severas en DA y CD no susceptibles de revascularización. Se completó el estudio de resistencias farmacológicas y se inició TAR con Dolutegravir + Lamivudina/Abacavir. El paciente, tras optimización del tratamiento, fue dado de alta con una NYHA I-II.

CONCLUSIÓN: En este caso consideramos más que probable la contribución del VIH al desarrollo de la enfermedad miocárdica, dado que se trata de un paciente relativamente joven y con FRCV adecuadamente controlados. Además, la presentación asintomática (no antecedente de dolor anginoso) de la enfermedad va más a favor de una afectación directa del miocardio frente a la etiología isquémica.



PSEUDOANEURISMA MICÓTICO CAROTÍDEO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Marfil Daza J¹; Herrera Herrera FJ¹; Calderón Ledezma E¹; Torres Hernández L¹; Fernández-Peña Mosquera S¹; Gómez Álvarez P¹; Rojas Pérez ME²

¹Servicio Medicina Interna, ²Servicio de Neurología. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

INTRODUCCIÓN: Conocemos como pseudoaneurisma micótico a la colonización secundaria de la pared vascular por bacteremia. Es una entidad clínica con una alta tasa de morbimortalidad. Las localizaciones más frecuentes son la aorta y las arterias ilíacas. El de localización carotídea es mucho más infrecuente, y suele cursar con fiebre alta, masa pulsátil cervical y celulitis del TCS adyacente.

CASO CLÍNICO: Mujer, 41 años, AP fumadora, HTA, trombocitosis esencial JAK2+, migraña, estenosis carotídea revascularizada mediante endarterectomía carotídea izquierda tras ictus isquémico hemisférico izquierdo sin secuelas. Ingresó como código ictus, con afasia motora, disartria y debilidad facial central derecha, realizándose fibrinólisis urgente. A la anamnesis posterior refiere durante los últimos meses episodios de alteración del lenguaje de minutos de duración, y episodio de dolor y enrojecimiento del cuello, en zona coincidente con cicatriz de endarterectomía, por lo que recibió tratamiento antibiótico por su MAP. En estudio analítico destacó leucocitosis persistente en todas las determinaciones. En estudio radiológico se evidenció en carótida proximal-media izquierda lesión hipodensa heterogénea con focos de realce. Se plantea como diagnóstico probable complicación postquirúrgica infecciosa de tipo pseudoaneurisma micótico, por lo que se inició tratamiento con Daptomicina e Imipenem y se consultó con el servicio de C. Vascular. Finalmente se realizó doble bypass ACC-ACI y ACC-ACE sin complicaciones durante el procedimiento. Los hemocultivos convencionales y cultivos de hongos fueron en todo momento negativos, por lo que no se pudo conocer el microorganismo causante.

CONCLUSIÓN: En este caso, sospechamos una relación entre los episodios previos de celulitis cervical que refería la paciente, y una manipulación dentaria realizada previamente, que podría haber sido la causa de la bacteriemia que infectó la prótesis de dacrón. Se trata de una presentación rara de una entidad clínica poco frecuente, lo que hace muy importante la realización de una anamnesis profunda y de calidad, teniendo en cuenta el antecedente de endarterectomía con prótesis.



INFECCION INVASIVA POR STREPTOCOCCUS PYOGENES EN PACIENTE CON INFLUENZA A

Martin Martin Y, Martinez Vicente S, Carcelen Rodriguez P, Quijano Diego A, Villalon P, Noguera Catalan FJ, Copado Carretero R.
Hospital Dr. Molina Orosa, Lanzarote

Presentamos un caso de enfermedad invasiva por *Streptococo* beta hemolítico grupo A, *S. pyogenes*, en un paciente joven, sin comorbilidades, que cursa como coinfección con el virus Influenza A y con evolución rápidamente fulminante en las primeras 24 horas.

CASO CLINICO: Paciente de 37 años, británico de vacaciones, sin antecedentes, que acude por cuadro catarral además de fiebre, disnea y dolor torácico desde el día anterior. A su llegada hipotensión (98/62), taquicardia, taquipnea e hipoxemia. Presentaba enrojecimiento cutáneo generalizado en tronco y extremidades. Analítica con glucosa 57mg%, Urea 85mgr%, creatinina 4,01 mgr%, FG18ml/m, Sodio133mEq/l, Potasio3,4mEq/l, PCR26,6mgr/dl, INR1,25, APTT40sg, Hb11gr/dl, leucocitos8300/dl, plaquetas175000, pH7.27pCO231pO-270HCO314Lactato5.1 mmol/l. ECG:Taquicardia sinusal.RxTorax:Condensacion neumonica basal-media derecha y tenue infiltrado basal izquierdo. PCR de aspirado nasofaríngeo positivo virus Influenza A. En Hemocultivos, cultivo de esputo y secreciones bronquiales creció *S.pyogenes* sensible in vitro a Penicilina, Amoxicilina, Cefotaxima, Eritromicina, Clindamicina, Tetraciclinas, Levofloxacino, Vancomicina y Cloranfenicol. A pesar de medidas de soporte, catecolaminas, antibioticoterapia y ventilación mecánica evolucionó de forma fulminante con profundización del fallo multiorgánico, anuria, acidosis metabólica severa, CID, insuficiencia hepática y respiratoria falleciendo a las pocas horas de ingreso.

Se realizó caracterización genotípica de la cepa.

COMENTARIO: *S. pyogenes* es una bacteria Gram positiva implicada en gran variedad de procesos infecciosos. Contiene la proteína M en su pared celular, que le confiere virulencia al evadir la fagocitosis, y una serie de genes que codifican la producción de exotoxinas (gen *spe*). Nuestra cepa pertenece al serotipo M3, asociado a enfermedad invasiva y mostro 5 exotoxinas: *speA*, *speB*, *speF*, *speG* y *ssa*, lo que posiblemente ha sido un factor involucrado en la agresividad y la evolución fulminante.



HOJA A Y ESTATUS RCP

Marfil Daza J; Castaño Pérez S; Snopekova M; López Gámez M; Fernández-Peña Mosquera S; Medina García JA.

Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

OBJETIVO: El objetivo del presente estudio es calcular la capacidad de predicción de las escalas PAR y Charlson para estimar la mortalidad al año, así como estudiar la coherencia entre la probabilidad de supervivencia basada en las escalas, y el estatus RCP del paciente al ingreso y durante la estancia hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo. Datos obtenidos del CMBD y los informes de alta de los pacientes dados de alta del servicio de Medicina Interna del HUNSC en el año 2016. El análisis inferencial entre variables cualitativas se realizó mediante Chi-cuadrado y U de Mann-Whitney, y entre cuantitativas mediante T-Student. El área bajo la curva (ABC) se calculó mediante la curva ROC.

RESULTADOS: n=529, 46% mujeres, edad mediana 71 años [58, 79]. El 43,7% fue considerado como sí RCP, el 4,5% como no RCP y en un 50,5% de los casos no se encontraron datos acerca de la reanimabilidad. Del total de la muestra, un 20% de los pacientes tenían hecha Hoja A. El estatus RCP al ingreso mostró relación significativa con edad, Charlson y PAR. La variable *exitus* se relacionó significativamente con aumentos del PAR (3,62 vs 7,04; $p < 0,001$) y el Charlson (2 vs 6; $p < 0,001$). El ABC para la mortalidad fue de 0,705 y 0,716 para PAR y Charlson respectivamente, y para la mortalidad al año fue de 0,683 y 0,697.

DISCUSIÓN: Es destacable que más de un 50% de los pacientes no tuvieran registrado el estatus RCP. En cuanto a la asociación entre las escalas usadas y la mortalidad al año, parece haber en nuestra muestra una mayor asociación con el Charlson.

CONCLUSIONES: Sólo el 20 % de los pacientes tenían hecha la Hoja A. En un 50,5% de los casos no se encontraron datos acerca del estatus RCP. Ambas escalas predicen adecuadamente la mortalidad durante el ingreso y al año, y también se asocian con el estatus no RCP.



Tercera Sesión

FRACASO RENAL AGUDO Y VASCULITIS LEUCOCITOCLÁSTICA. A PROPOSITO DE UN CASO

Gómez Álvarez, P¹; Fernández-Peña Mosquera S¹; Siverio Morales, O²; Calederón Ledezma, E¹; Snopekova, M¹; Gómez Hidalgo, A¹.

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

INTRODUCCION: La glomerulonefritis postinfecciosa aguda (GNPA) es una lesión inflamatoria glomerular con componente inmune desencadenada por un proceso infeccioso. Afecta principalmente a niños, predomina en varones y la clínica más característica es el síndrome nefrítico agudo.

CASO CLÍNICO: Varón de 60 años con antecedentes personales de fumador, ex bebedor de alcohol, HTA, DM-2, Dislipemia, que ingresa por isquemia crónica grado IV con necrosis en el 2º dedo del pie y región abscesificada en dorso del mismo. Se realiza drenaje y se pauta tratamiento con imipenem y metronidazol. A las 72 horas aparecen placas equimóticas pruriginosas que se extienden por extremidades y tronco. Ante la sospecha de una toxicodermia secundaria a antibiótico se modifica a Piperacilina tazobactam. Posteriormente se produce fracaso renal agudo, edemación de miembros, hematuria y proteinuria. En un inicio se sospecha de glomerulonefritis secundaria a vasculitis sistémica por lo que se completa una anamnesis dirigida y se solicitan pruebas complementarias. Tras la valoración de los resultados llama la atención el estudio inmunológico negativo y exudado positivo para S.Aureus meticilina resistente, lo que hace plantear el diagnóstico diferencial de glomerulonefritis secundaria a vasculitis ANCA Negativa, glomerulonefritis postinfecciosa o aterotrombótica. Se decide iniciar bolo de corticoides 500mg/24h durante 3 días con pauta descendente posterior. El paciente mejora clínicamente de las lesiones cutáneas y recupera la función renal. En la biopsia renal y cutánea se confirma glomerulonefritis postinfecciosa IgA dominante y vasculitis leucocitoclástica respectivamente.

CONCLUSIÓN: Este caso presenta cierta dificultad diagnóstica ya que en su inicio abarca una amplia posibilidad de diagnósticos diferenciales. El hecho de presentar depósitos de Ig A en la biopsia, refleja un subtipo de GNPA compatible con las características clínicas y epidemiológicas más frecuentes descritas. La asociación con otra complicación del proceso infeccioso como es la vasculitis leucocitoclástica y la presencia conjunta de síndrome nefrítico lo convierte en algo inusual.



SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO

Víctor Vera-Delgado, Julio Alvisa-Negrín, Esther Martín-Ponce, Alina Pérez-Ramírez, Fernando Armas-González, Rosa Ros-Vilamajó, José Juan Viña-Rodríguez, María del Carmen Durán-Castellón, Eva María Rodríguez-Rodríguez.

Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna. Santa Cruz de Tenerife, España.

INTRODUCCIÓN: El síndrome hemofagocítico es una enfermedad grave en la que se produce una proliferación no neoplásica y activación de macrófagos con fagocitosis intensa en médula ósea e hígado. Existen formas congénitas y adquiridas. Dentro de las segundas, cabe destacar la infección grave y la neoplasia maligna (linfoma T). La evolución clínica a menudo es fulminante y letal.

Presentamos el caso de una paciente de 80 años que desarrolla un síndrome hemofagocítico durante el ingreso.

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 80 años con antecedentes personales de hipertensión, dislipemia, fibrilación auricular paroxística (anticoagulada con heparina de bajo peso molecular) y colon irritable que ingresa en el Servicio de Medicina Interna por shock hemorrágico secundario a gran hematoma dorsolumbar e isquiorrectal derecho traumático tras caída casual en su domicilio. En el análisis a su llegada destacaba hemoglobina 5'7 g/dL; VCM 103'9 fL; Leucocitos 10.000 (80% neutrófilos); Plaquetas 257000, INR 1'09; Actividad de protrombina 86'0%; Fibrinógeno 480; Creatinina 2 mg/dL; PCR > 90 mg/dL.

Tras estabilizar el cuadro inicial, ingresa en la planta de Medicina Interna donde alcanza niveles de hasta 10'2 g/dL de hemoglobina. Durante el ingreso, la paciente sufre una evolución tórpida, desarrollando un síndrome diarreico crónico asociado a picos febriles y disminución del apetito. Además, en los análisis posteriores se objetiva bicitopenia con hemoglobina de hasta 7'7 g/dL, con mejoría significativa del hematoma y sin datos de nuevo sangrado en TC, y disminución de la cifra de plaquetas hasta 70000; aumento de la ferritina hasta 9699 ng/ml, hipertrigliceridemia (>600 mg/dl en varias determinaciones) y esplenomegalia leve (133mm) de nueva aparición que se objetivó mediante TC de abdomen. Ante estos hallazgos solicitamos biopsia de médula ósea en la que se aprecia hemofagocitosis. Todos estos datos concuerdan con un síndrome hemofagocítico. Finalmente fallece tras 40 días.

CONCLUSIÓN: El síndrome hemofagocítico es una enfermedad cada vez más diagnosticada en adultos. Se asocia con una elevada mortalidad dado que afecta a múltiples órganos y sistemas. Se relaciona a menudo con Linfomas T, aunque en este caso no se pudo determinar la etiología dado que la paciente falleció antes de poder hacerlo.



COMPLICACIONES VASCULARES EN LA ENFERMEDAD DE BEHÇET: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Snopekova, M.; Fernández-Peña Mosquera, S.; Calderón Ledezma, E.; Torres Hernández L.; Herrera Herrera F.J.; Rodríguez Díaz D.; de la Colina Rojo G.
Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Behçet es una vasculitis de vasos de tamaño variable. Se caracteriza por aparición de aftas orales y genitales, lesiones cutáneas e inflamación ocular. Las manifestaciones vasculares son menos frecuentes, pero en un cuarto de los casos pueden ser la primera manifestación de la enfermedad. Lo más típico es la trombosis, seguidas de aneurismas que conllevan un importante aumento de la mortalidad.

DESCRIPCIÓN Y EVOLUCIÓN: En el primer caso un varón de 36 años ingresa por trombosis de vena femoral derecha.

Se aprecia una tumoración dolorosa en muslo derecho con latido y thrill auscultatorio, objetivando un pseudoaneurisma de la arteria femoral con alto riesgo de rotura que precisó intervención quirúrgica urgente.

A las dos semanas apareció un segundo pseudoaneurisma en la zona inguinal izquierda. Con la sospecha de enfermedad de Behçet se inició primero tratamiento con bolos de metilprednisolona y azatioprina, y posteriormente se intervino de forma programada.

Un mes tras el alta el paciente ya no presentaba trombosis incluso sin anticoagulación. Actualmente continúa estable.

El segundo caso trata de varón de 44 años con antecedentes de TVP, en estudio por sospecha de enfermedad de Behçet.

Ingresó por trombosis venosa profunda en miembro inferior izquierdo y fiebre, siendo dado de alta con tratamiento anticoagulante.

A las 2 semanas, y a pesar de la anticoagulación, persistía dolor en el miembro afecto. Se inició tratamiento con prednisona y azatioprina con mejoría del dolor. La trombosis desapareció al año de tratamiento. El INR se mantuvo por debajo de los valores anticoagulantes durante la mayor parte del seguimiento.

CONCLUSIÓN: La angiografía (y el Angio-TC) siguen siendo el Gold Standard para el diagnóstico pero incluso en lesiones de tamaño medio la Ecografía tiene mucho que aportar. Azatioprina puede prevenir el desarrollo de trombosis. El fenómeno trombótico en el Beçet parece muy ligado al proceso inflamatorio dada la buena respuesta al manejo con inmunosupresores pese a mal control de INR.



HIPERCALCEMIA SEVERA COMO DEBUT DE UNA SARCOIDOSIS

Torres Hernández L; Gómez Álvarez M.P; Calderón Ledezma E.M; Rodríguez Díaz D; Herrera Herrera F.J; Snopekova M; De La Colina Rojo G.C.

Medicina Interna. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife

Introducción: La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa, de causa desconocida. Se caracteriza histológicamente por la presencia de granulomas epitelioides no caseificantes que pueden aparecer en cualquier órgano. Puede ser aguda/subaguda y autolimitada o tomar un curso crónico, caracterizado por exacerbaciones y remisiones. La hipercalcemia puede encontrarse entre el 10-20% de los pacientes. La causa de esta reside en que los monocitos y macrófagos activados presentes en el granuloma sobreexpresan el receptor de vitamina D y enzima 25-hidroxivitaminaD 1- α hidroxilasa de una manera resistente a la inhibición normal por niveles elevados de calcio sérico. Esto conlleva a una sobreproducción de calcitriol, que incrementa la absorción intestinal del calcio y la actividad de los osteoclastos con aumento en la reabsorción ósea y posterior hipercalcemia.

Descripción del caso: Mujer 63 años, dislipemia, asma y ERC estadio III. Ingresa por hipercalcemia severa de novo con clínica de astenia, anorexia y pérdida de peso. En la EF se palpan adenopatías supraclaviculares, axilares e inguinales bilaterales de hasta 1 cm, móviles, no dolorosas, no pétreas ni adheridas a planos profundos. No alteraciones cutáneas, oculares ni cardiológicas. En analítica destaca creatinina 2,32 mg/dl; Calcio corregido 14 mg/dl; ECA 242; 1-25-hidroxivitamina-D 99; 25-hidroxivitaminaD 18,3; PTHi 7,8; Eosinófilos 13.400, linfopenia y VSG 30. Elevación del cociente Ca/Cr en orina. En radiografía de tórax: adenopatías hiliares bilaterales. Ecografía abdominal: adenopatías perihiliares hepáticas. TC TAP: adenopatías supraclaviculares, mediastínicas, hiliares, axilares, retrocraurales, abdomino-pélvicas, ilíacas comunes-externas e inguinales; lesiones nodulares subpleurales bilaterales y lesión focal esplénica, sugestivo de sarcoidosis. Se biopsia una de las adenopatías con resultado de: granulomas no necrotizantes de tipo sarcoidal. Se remite a consultas de Medicina Interna para seguimiento, iniciándose corticoterapia.

Conclusiones: La hipercalcemia es una complicación relativamente frecuente en el contexto de la sarcoidosis. Puede ser incluso la primera manifestación. Si es severa puede acompañarse de fracaso renal agudo. Usualmente responde al manejo convencional con esteroides.



COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS DE LA ENFERMEDAD LÚPICA. A PROPOSITO DE UN CASO

Gómez Hidalgo A.¹; Torres Hernández L.¹; Snopekova M.¹; Rodríguez Díaz D.¹; Gómez Álvarez MP.¹; Marfil-Daza J.¹; Magdalena L.².

¹Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. ²Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.

INTRODUCCIÓN: Las manifestaciones del lupus eritematoso sistémico (LES) pueden ser muy variadas y afectar a la práctica totalidad de la economía. Entre las manifestaciones

neuropsiquiátricas, comunes en este tipo de enfermos, la cefalea es la más prevalente en la raza blanca (40%), seguida de la disfunción cognitiva y las convulsiones. Alrededor de dos tercios de los pacientes que desarrollan cualquier manifestación neuropsiquiátrica lo hacen en los primeros 3 años desde que se establece el diagnóstico de la enfermedad.

CASO CLÍNICO: Mujer de 53 años, fumadora e hipertensa, diagnosticada recientemente de lupus eritematoso sistémico tras cuadro de poliartritis incapacitante. En estudio de imagen por TC se objetivaron adenopatías múltiples de aspecto patológico (axilares, cervicales, retroperitoneales, ilíacas externas e inguinales) que se biopsiaron a nivel de región inguinal izquierda sin hallazgos relevantes al estudio anatomopatológico, con posterior infección de la herida quirúrgica, que requirió ingreso por sepsis de origen cutáneo para antibioterapia y desbridamiento quirúrgico.

Durante el ingreso la paciente presenta alteraciones psicopáticas (trastornos conductuales, ansiedad) y deterioro del nivel de conciencia que se filia como encefalopatía autoinmune-neurolupus tras destacar mediante múltiples pruebas complementarias organicidad. Posteriormente presenta episodio de crisis tónico-clónica generalizada, instaurándose tratamiento anticomercial y megabolos de metilprednisolona con discreta mejoría, pero con posterior estatus convulsivo parcial, tras lo cual la paciente precisa traslado a UMI. Se inicia plasmaféresis y tratamiento inmunosupresor con ciclofosfamida, con buena evolución clínica pero con toxicidad hematológica, lo que obligó a cambiar el tratamiento inmunosupresor de base a azatioprina, con la que también asoció toxicidad hepática severa y obligó a su suspensión. La paciente precisó ingreso prolongado, a pesar de lo cual fue dada de alta con seguimiento en consultas y tratamiento corticoideo, antipalúdicos y administración de rituximab en Hospital de Día.

CONCLUSIÓN: El tratamiento de las manifestaciones neuropsiquiátricas del LES se hace desde dos abordajes: el meramente sintomático y el etiológico, siendo las drogas más empleadas la ciclofosfamida y los corticoides. El esquema de administración habitual de ciclofosfamida es el de pulsos mensuales de 0.75g/m² durante 6 meses y desde entonces cada 3 meses durante un año. Este esquema ha sido comparado con el uso de pulsos de corticoides en las manifestaciones neuropsiquiátricas obteniéndose una significativa superioridad terapéutica especialmente en casos de epilepsia, neuropatía periférica y enfermedad del tallo cerebral.



MIOSTATINA EN LA CIRROSIS ALCOHÓLICA

Emilio González-Reimers, Candelaria Martín-González, Julio Alvisa-Negrín, Iballa Jimenez-Cabrera, Esther Martín-Ponce, Víctor E. Vera-Delgado, Selena Aguilera-García, Remedios Alemán-Valls, Francisco Santolaria-Fernández
Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, Tenerife

OBJETIVO: El papel de la miostatina en la miopatía alcohólica ha recibido escasa atención. Un estudio realizado recientemente lo relaciona con la miocardiopatía del alcohólico, y hay estudios en cirróticos (de varias etiologías, 19 de ellos alcohólicos) que relacionan los niveles de miostatina con la mortalidad, encontrando también relación con pérdida de la masa muscular y con la hiperamonemia. En este estudio pretendemos analizar el comportamiento de la miostatina en pacientes cirróticos de etiología alcohólica, su relación con la fuerza y masa muscular, cuantía de alcohol ingerida y tiempo de consumo, y con el deterioro de la función hepática.

MATERIAL Y MÉTODOS: Hemos incluido 28 cirróticos, y hemos comparado los niveles de miostatina con los de 18 controles, y 34 pacientes alcohólicos no cirróticos. Los niveles de miostatina se han determinado por radioinmunoanálisis. La fuerza muscular se determinó mediante un dinamómetro de Collins, y la composición corporal, mediante densitometría.

RESULTADOS: No hubo diferencias entre los tres grupos de individuos analizados. Los pacientes cirróticos presentaban niveles de miostatina ligeramente superiores a los de los no cirróticos. En el grupo de cirróticos observamos que existía una relación con el índice de Child Pugh ($F=3.71$, $p=0.039$), siendo significativamente superiores los niveles en los pacientes del grupo C de Child. Encontramos además una relación directa con la intensidad de la peroxidación lipídica (MDA, $r=0.49$; $p=0.007$), pero no correlaciones entre fuerza de prensión o masa magra y niveles de miostatina, ni en cirróticos ni al considerar globalmente la población de alcohólicos.

CONCLUSIONES: Nuestros resultados son parcialmente congruentes con los referidos en la literatura, ya que si bien la miostatina está más elevada a medida que aumenta la severidad de la cirrosis, no encontramos que guarde relación con la masa magra ni con la fuerza de prensión muscular.



FGF-23 Y α -KLOTHO EN LA ATROFIA CEREBRAL DEL PACIENTE ALCOHÓLICO

Emilio González-Reimers¹, Candelaria Martín-González¹, Lucía Romero-Acevedo¹, Geraldine Quintero-Platt¹, María José de La Vega-Prieto², María Monereo-Muñoz¹, Melchor Rodríguez-Gaspar¹, Antonio Martínez-Riera¹, Francisco Santolaria-Fernández¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Canarias. Universidad de La Laguna. Santa Cruz de Tenerife, España. ²Servicio de Laboratorio. Hospital Universitario de Canarias. Universidad de La Laguna. Santa Cruz de Tenerife, España

OBJETIVO: Evaluar la relación de FGF-23 y α -Klotho con la atrofia cerebral del paciente alcohólico.

MATERIAL Y MÉTODOS: 131 pacientes alcohólicos (54 cirróticos) y 41 controles de similar edad y sexo, a los que se les realizó una tomografía computarizada (TC) cerebral y se calcularon varios índices.

RESULTADOS: se observó mayor atrofia cerebral en los pacientes ($t=5.23$; $p<0.001$) y valores más altos de FGF-23 ($Z=3.92$; $p<0.001$) y más bajos de α -Klotho ($Z=2.01$; $p=0.04$). En los cirróticos, los valores de α -Klotho fueron más altos. α -Klotho se relacionó con la atrofia cerebral ($\rho=-0.23$, $p=0.008$) así como la proteína C reactiva -PCR- ($\rho=0.22$; $p=0.021$) o el TGF- β ($\rho=0.28$; $p=0.013$). α -Klotho se relacionó directamente con TNF- α ($\rho=0.22$, $p=0.026$) e inversamente con TGF- β ($\rho=-0.34$; $p=0.002$). Los niveles de FGF-23 estaban más elevados entre los cirróticos, pero no mostraron relación con los índices de atrofia cerebral evaluados mediante TC craneal.

CONCLUSIONES: no existen datos sobre la relación de los niveles de α -Klotho y FGF-23 con respecto a la atrofia cerebral observada en alcohólicos, por lo que este trabajo es novedoso. Se necesitan más estudios para establecer mejor la relación, no obstante, α -Klotho mostró valores más altos entre los cirróticos y se relacionó inversamente con la atrofia cerebral. FGF-23, aunque sus niveles estaban más altos en los pacientes, especialmente en los cirróticos, no mostró relación con la atrofia cerebral. Algunos marcadores inflamatorios, como PCR o TGF- β , se relacionaron con la atrofia cerebral.



ATELECTASIA PULMONAR OBSTRUCTIVA: UN HALLAZGO INESPERADO

Torres-Vega Ana María¹

¹Facultativo especialista de área (F.E.A.) de Medicina Interna. Servicio de Medicina Interna del Hospital Insular Ntra Sra de los Reyes, El Hierro (Santa Cruz de Tenerife)

INTRODUCCIÓN: La atelectasia consiste en el colapso de una parte o, con menor frecuencia, de la totalidad de un pulmón. Puede ser ocasionada por una obstrucción de las vías aéreas (bronquios o bronquiolos) o por presión externa. No suelen dar síntomas, por lo que lo habitual es que se descubra al realizar una radiografía.

DESCRIPCIÓN Y EVOLUCIÓN DEL CASO: Paciente de 76 años con excelente calidad de vida y antecedente personal de hábito tabáquico, EPOC moderada, TVP de miembro inferior derecho (1999), ictus isquémico (2009) y claudicación intermitente a quien se objetiva en una consulta rutinaria una atelectasia de lóbulo medio derecho mediante radiografía simple. Llamaba la atención la presencia de esta atelectasia en radiografías previas. El paciente no refería sintomatología alguna. Al realizarse una TC de tórax se evidenció una atelectasia segmentaria en lóbulo medio derecho con imagen de ocupación endobronquial en LMD que pudiera estar relacionado con un proceso neofornativo. Tras realizarse una fibrobroncoscopia se observó un cuerpo extraño que se extrajo y tras ser valorado por Anatomía Patológica se concluyó que podía tratarse de una semilla vegetal. En los controles radiológicos posteriores ya no se observaron alteraciones y el paciente continuó asintomático.

DISCUSIÓN: Entre las principales causas de atelectasia se encuentran las siguientes: tumores malignos y benignos, tapones de moco, cuerpos extraños dentro del bronquio y cicatrices bronquiales (secundarias a tuberculosis antigua o fibrosis pulmonar, por ejemplo). Existe diferentes tipos de atelectasia: obstructiva (ocasionada por tumores o tapones de moco dentro del bronquio), pasiva (por compresión externa por patología pleural como derrame pleural o neumotórax), cicatricial (por cicatrices bronquiales) y la adhesiva (por disminución del surfactante pulmonar (principalmente en niños). Cuando se sospecha una lesión endobronquial la prueba diagnóstica clave es la broncoscopia.

CONCLUSIONES O RECOMENDACIONES:

- Diversas revisiones publicadas muestran una mayor incidencia de cuerpos extraños en la vía respiratoria en edades tempranas, generalmente por debajo de los 5 años y sobre todo en menores de 2 años. Es muy llamativo este hallazgo en pacientes adultos, como en nuestro caso.
- Es fundamental realizar una broncoscopia en pacientes en los que se sospeche una atelectasia obstructiva, más aún si se trata de un paciente con factores de riesgo de neoplasia pulmonar, como en este caso.



TROMBOSIS DEL SENO CAVERNOSO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Herrera Herrera FJ, Marfil Daza J, Fernández-Peña Mosquera S, Gómez Álvarez P, Rodríguez Díaz D, Gómez Ontañón E.

Servicio de Medicina Interna y Neurología. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

INTRODUCCIÓN: La trombosis del seno cavernoso aunque poco frecuente es potencialmente fatal. Puede estar causada por procesos infecciosos o no infecciosos. En la trombosis séptica, el foco infeccioso primario frecuentemente es la sinusitis, superando a las infecciones faciales. Los estudios de imagen mediante TAC y RM han facilitado el diagnóstico precoz de esta entidad.

CASO CLÍNICO: Varón de 49 años de edad sin antecedentes personales de relevancia que ingresa por cefalea de inicio reciente, localización hemicraneal derecha estricta y refractariedad al tratamiento sintomático. En la exploración física sólo se aprecia enoftalmos derecho. A su ingreso se realiza TAC y RM craneal en los que no se describen anomalías. Se inicia tratamiento corticoideo a altas dosis e indometacina sin mejoría clínica. Tras 5 días de ingreso presenta quemosis palpebral, inyección conjuntival y limitación de la motilidad

ocular derecha, tanto horizontal como vertical. Se solicita TAC de arterias cerebrales en el que se objetiva trombosis del seno cavernoso y de venas oftálmicas superiores bilaterales, de predominio derecho, por lo que se inicia antibioterapia con ceftriaxona, vancomicina y metronidazol, además de anticoagulación y corticoides endovenosos. Posteriormente presenta evolución favorable, con resolución de la cefalea y recuperación total de la motilidad ocular.

Por otro lado durante el ingreso aqueja dolor en incisivo superior, se realiza de ortopantomografía y se solicita valoración por Cirugía Maxilofacial, con diagnóstico de absceso dentario, no precisando intervención quirúrgica.

En angio-RM craneal de control tras 2 semanas de tratamiento destaca resolución de la trombosis, apreciándose como hallazgos a destacar, cambios inflamatorios a nivel de senos maxilares bilaterales y seno esfenoidal derecho, planteando por tanto la sinusitis y el absceso dentario como posibles focos infecciosos primarios del cuadro.

CONCLUSIÓN: El diagnóstico de trombosis del seno cavernoso implica una alta sospecha clínica. El pronóstico dependerá del tiempo de demora en el inicio de tratamiento, que consiste en la administración de antibióticos de amplio espectro, corticoides y anticoagulación.



SÍNDROME DE POEMS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Torres Hernández L; Calderón Ledezma E.M; Castaño Pérez S; Gómez Álvarez M.P; Gómez Hidalgo A; Rodríguez Díaz D; Aguilar López A.

Medicina Interna. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife

Introducción: El síndrome de POEMS es un trastorno paraneoplásico asociado a discrasia de células plasmáticas. Este acrónimo engloba las características dominantes: Polineuropatía, Organomegalia, Endocrinopatía, proteína M y alteraciones cutáneas (Skin). Otros trastornos relacionados, incluidos entre los criterios diagnósticos son: Enfermedad de Castleman, elevación del VEGF, papiledema y trombocitosis/policitemia. La polineuropatía asociada al POEMS es de tipo desmielinizante inflamatoria y de predominio motor. Se considera un criterio diagnóstico mayor y constituye el trastorno inicial en el 50 % de los casos. Se presenta el caso de una paciente con polineuropatía que se diagnostica tardíamente como síndrome de POEMS.

Descripción del caso: Mujer 47 años, fumadora e hipertensa. Cuadro de 3 años de evolución de parestias en miembros inferiores con progresión en sentido proximal. Posterior afectación de miembros superiores. Pérdida de peso y astenia. En la EF destaca hiperpigmentación generalizada, acropaquias, lesiones rojo-purpúricas en tronco e hiporreflexia. Analítica: componente monoclonal IgA lambda (310 mg/dL); B2 microglobulina 4,8 mcg/ml; VEGF 666,3 pg/ml. Electroneurograma: polineuropatía desmielinizante de predominio en miembros inferiores. TC TAP: lesiones osteoescleróticas múltiples. Biopsia cutánea: hemangioma de patrón glomeruloide. AMO: infiltración 2% de células plasmáticas. BMO: células de tipo plasmocitoide. Tras valorar que cumple 4 criterios mayores y varios menores, se realiza el diagnóstico. Se inicia quimioterapia con Melfalán y posterior autotrasplante de progenitores hematopoyéticos.

Conclusiones: El síndrome de POEMS es un trastorno poco frecuente; que suele tardar entre 13-18 meses en ser diagnosticado, lo que provoca un retraso en el inicio del tratamiento. Por ello, ante la existencia de un paciente con polineuropatía y gammapatía monoclonal, debemos tenerlo en cuenta como parte del diagnóstico diferencial, con el fin de instaurar un tratamiento efectivo, que mejore la sintomatología y prolongue la supervivencia. El diagnóstico tardío puede originar una neuropatía progresiva e invalidante, provocando encamamiento permanente del paciente y múltiples complicaciones asociadas (inanición, broncoaspiración, etc) que llevan al fallecimiento.



CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EPIDEMIOLÓGICAS Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA PRIMO-INFECCIÓN POR VEB Y CMV EN ADULTOS (1998-2015)

Pérez Arellano JL^{1,2*}, López Rodríguez JF^{1*}, Hernández Cabrera M^{1,2}, Hernández Betancor A³, Pisos Álamo E^{1,2}, Jaén Sánchez N^{1,2}, Carranza Rodríguez C^{1,2*}

** Estos autores han contribuido de forma similar en el desarrollo del trabajo*

Hospital Universitario Insular de Gran Canaria (1-Unidad de Enfermedades Infecciosas y Medicina Tropical 3-Microbiología y Parasitología) Universidad de las Palmas de Gran Canaria (2-Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas)

RESUMEN

Introducción: La infección aguda por algunos herpesvirus, particularmente Virus de Epstein-Barr (VEB) y Citomegalovirus (CMV) es una causa reconocida de fiebre de duración intermedia (FDI). El análisis de un patrón clínico orientador podría ser una herramienta útil en una primera aproximación del paciente con FDI en nuestro medio.

Objetivos: Los objetivos de este trabajo fueron la descripción de las características epidemiológicas, clínicas y analíticas de pacientes infectados por VEB y CMV y analizar si existen diferencias clínicas entre ambos.

Pacientes y métodos: Se estudiaron de forma retrospectiva los pacientes con diagnóstico serológico de infección aguda por herpesvirus (VEB, CMV) desde junio de 1998 hasta diciembre de 2015. Para el estudio estadístico se emplearon el test de la t de Student y el test de la U de Mann-Whitney para variables cuantitativas. En el caso de variables cualitativas se usó la prueba de la χ^2 o la prueba exacta de Fisher. Los datos cualitativos expresaron como tanto por ciento y en los datos cuantitativos en forma de media y desviación típica o como mediana y rango intercuartílico.

Resultados: Se estudió un total de 147 pacientes, 77 con diagnóstico de VEB y 70 de CMV. Se observó que los pacientes infectados por VEB eran más jóvenes significativamente que los infectados por CMV. En el caso de los infectados por CMV el síntoma más frecuente fue la cefalea, mientras que la odinofagia era más frecuente en las infecciones por VEB. Se observó de forma significativa que en los pacientes con VEB era más frecuente la faringitis, adenopatías y esplenomegalia. La trombocitopenia y elevación de las enzimas hepáticas y de la VSG fue mayor en el caso de infección por VEB. Las alteraciones urinarias fueron más frecuentes en la infección por CMV, especialmente la proteinuria.

Conclusiones: Las infecciones por VEB y CMV son dos importantes causas de FDI. Ambas infecciones muestran diferencias significativas tanto en el perfil de la población, como en las manifestaciones clínicas y analíticas. El diagnóstico etiológico es difícil en ambas entidades, siendo recomendable el empleo de técnicas confirmatorias.



**XVII CONGRESO
DE LA SOCIEDAD
CANARIA DE
MEDICINA
INTERNA**

**COMITÉ ORGANIZADOR
XVII CONGRESO SOCAMI 2018 · HUNSC**

Presidente:
Dr. Francisco Javier Martín Hernández

Vicepresidente:
Dr. Melitón Francisco Dávila Ramos

Secretaria:
Dra. M^a Esther Rubio Roldán

Tesorero:
Sergio Fernández Peña Mosquera
Eduardo Mauricio Calderón Ledezma

**COMITÉ CIENTÍFICO
XVII CONGRESO SOCAMI 2018 · HUNSC**

Dr. Pedro Laynez Cerdeña
Dr. Marcelino Hayek Peraza
Dr. Jose Alejandro Medina García
Dra. Marta Michán Méndez

JUNTA DIRECTIVA SOCAMI

Presidente:
Dr. Juan Carlos Pérez Marín

Vicepresidente:
Dr. Francisco Javier Martín Hernández

Secretario:
Dr. Jose María López Vega

Tesorero:
Dr. Juan Andrés Sánchez Hernández

VOCALES HUNSC

Dr. Juan Carlos Romero Pérez
Dr. Máximo Miguélez Morales
Dra. Maribel González Febles
Dra. Gema de la Colina Rojo
Dra. Lucía Abella Vázquez
Dra. M^a Luz Padilla Salazar
Dr. Antonio García Pardo
Dra. Alicia Tejera Concepción
Dra. Ana Isabel Castellano Higuera
Dra. Marta Bethencourt Feria
Dra. Mar López Gámez
Dra. M^a José Monedero Pérez
Dra. Susana Vicente Rodríguez
Dr. Diego Gudiño Aguirre
Dr. Joaquín Delgado Casamayor
Dra. Ana Aguilar López
Dra. Carolina Hernández Carballo
Dr. José del Arco Delgado
Dr. Rubén Hernández Luis

COLABORADORES



Secretaría Técnica: **MAGNA CONGRESOS S.L.**

Avda. Menceyes nº 293 Edf. Cristina 2º A. 38320 La Laguna

Telf: +34 922 656 262 · socami2018@magnacongresos.es