XXVI Congreso de la Sociedad Castellano-Leonesa Cantabra de Medicina Interna (SOCALMI)

4 de Junio de 2011

Parador de Tordesillas

Valladolid

Queridos amigos:

Por XXVI vez desde la fundación de SOCALMI en Diciembre de 1984, la Junta Directiva, constituida en Comité Organizador tenemos el gusto de presentaros el Congreso anual de la Sociedad que, celebraremos en Tordesillas el sábado 4 de Junio de 2011.

El Congreso de este año tiene algunas peculiaridades. Se va a celebrar, en jornada única, en una ciudad como Tordesillas, que no es capital de provincia y que equidista de la mayor parte del territorio que constituye el ámbito de nuestra Sociedad biautónomica.

Vamos a hacer un homenaje al socio y para ello la inscripción para el Congreso, este año, excepcionalmente, será GRATUITA. A través de un enlace web será necesario inscribirse para poder ser admitido a las sesiones acreditando previamente la condición de socio. Toda la información del Congreso se hará "on line". Para ello utilizaremos la página web de la SEMI (www.fesemi.org).

Esperamos que el Programa Científico que estamos preparando y que tenéis a vuestra disposición, sea del interés general para nuestros socios y otras personas interesadas en asistir al evento. Dedicaremos un tiempo razonable a la participación de nuestros residentes con un taller de casos clínicos y dos sesiones de comunicaciones en presentación informática.

El resto de la Jornada lo dedicaremos a actualizaciones prácticas en patologías prevalentes que nos ocupan a diario.

Nuestro Congreso se encuadra en el calendario de actividades de la SEMI, Federación de Sociedades Autonómicas de la que somos uno de los miembros más activos.

Está confirmada la asistencia al Congreso del Presidente de la Sociedad Española de Medicina Interna, Dr. Javier García Alegría.

Os esperamos en el Parador de Tordesillas el próximo sábado, 4 de Junio de 2011.

Dr. José Antonio Santos Calderón
PRESIDENTE DE SOCALMI
PRESIDENTE DEL COMITÉ ORGANIZADOR

Junta Directiva de SOCALMI/Comité Organizador/Comité Científico :

Presidente:
Dr. José Antonio Santos Calderón

Vicepresidente 1º:
Dra. Lourdes Mateos Polo

Vicepresidente 2º:
Dr. José Luis Hernández Hernández.

Secretario:
Dr. Alberto Muela Molinero

Tesorero:
Dr. Luis Marcos Martínez

Vocal Ávila:
Dr. Humberto Mendoza Ruiz de Zuazu

Vocal Burgos:
Dr. Carlos Dueñas Gutiérrez

Vocal Cantabria:
Dra. Carmen García Ibarbia

Vocal León:
Dr. Secundino López Nicolás

Vocal Palencia:
Dr. Javier San José Alonso

Vocal Salamanca:
Dr. José Ángel Martín Oterino

Vocal Segovia:
Dra. Celia Sanz Lobo

Vocal Soria:
Dr. Valentín del Villar Sordo

Vocal Valladolid:
Dr. Juan Carlos Martín Escudero

Vocal Zamora:
Dra. Montserrat Chimeno Viñas

Vocal MIR:
Dra. Sonia Martín Rodríguez

PROGRAMA PRELIMINAR

Sábado, 4 de Junio de 2011

09:00-09:45 h ENTREGA DOCUMENTACIÓN

09:45-11:45 h CASOS CLÍNICOS
RESIDENTES DE MEDICINA INTERNA
(Presentación de 3 Casos Clínicos)

Moderador: Dr. Luis M. Palomar Rodríguez
Servicio de Medicina Interna
Complejo Asistencial de Zamora

Ponentes: Caso Clínico I: Paciente con hipernatremia severa, fiebre y confusión
Dra. Julia Gómez Barquero
Servicio de Medicina Interna
Complejo Asistencial Palencia

Dra. Nuria Díez Herrán
Servicio de Medicina Interna
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Caso Clínico II: Paciente con vómitos, diarrea e ictericia
Dra. Sonia Martín Rodríguez
Servicio de Medicina Interna
Complejo Asistencial Segovia

Dr. José A. Martín Oterino
Servicio de Medicina Interna
Complejo Asistencial Salamanca

Caso Clínico III: Paciente con debilidad muscular
Dra. Emilia Martínez Velado
Servicio de Medicina Interna
Complejo Asistencial Zamora

Dra. Maria Andrés Calvo
Servicio de Medicina Interna
Hospital Universitario Rió Hortega Valladolid

Patrocinado por: GlaxoSmithKline

4 de Junio de 2011
Parador de Tordesillas. Valladolid

11:45-12:15 h PAUSA-CAFÉ

12:15-12:30 h INAUGURACIÓN OFICIAL

Ilmo. Sr. Dr. José Manuel Fontsaré Ojeado
Director Gerente del SACYL

Dr. Javier García Alegría
Presidente de la SEMI

Dr. José Antonio Santos Calderón
Presidente de la SOCALMI

12:30-13:30 h SIMPOSIO SATÉLITE
ACTUALIZACIÓN TERAPÉUTICA EN EPOC: ROFLUMILAST

Moderador: Dr. José Antonio Santos Calderón
Servicio de Medicina Interna
Complejo Asistencial Universitario de León

Ponente: Dr. Juan Carlos Martín Escudero
Servicio de Medicina Interna
Hospital Universitario del Rio Hortega. Valladolid

Patrocinado por: Merck Sharp & Dohme y Nycomed

13:30-14:00 h SESIÓN DE PÓSTERS I
(Se presentarán 6 Póster previamente seleccionados)

Moderador: Dr. Humberto Mendoza Ruiz de Zuazu
Servicio de Medicina Interna
Complejo Asistencial de Ávila

14:00-16:00 h ALMUERZO DE TRABAJO

16:00-16:30 h SESIÓN DE PÓSTERS II
(Se presentarán 6 Póster previamente seleccionados)

Moderador: Dr. Carlos Dueñas Gutiérrez
Servicio de Medicina Interna
Complejo Asistencial de Burgos

16:30-18:00 h MESA REDONDA I
ACTUALIZACIONES EN MEDICINA INTERNA I

Moderador: Dr. José Luis Hernández Hernández
Servicio de Medicina Interna
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Osteoporosis: Denosumab
Dr. José Luis Pérez Castrillón
Servicio de Medicina Interna
Hospital Universitario del Río Hortega. Valladolid

Perspectivas actuales en Hiperuricemia: Febuxostat
Dr. José Manuel Barragán Casas
Servicio de Medicina Interna
Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila

Rivaroxaban: nuevo anticoagulante oral
Dr. Valentín del Villar Sordo
Servicio de Medicina Interna
Complejo Asistencial Universitario de Soria

Patrocinada por: Amgen, Menarini y Bayer

18:00-18:15 h PAUSA-CAFÉ

18:15-19:45 h MESA REDONDA II
ACTUALIZACIONES EN MEDICINA INTERNA II

Moderadora: Dra. Lourdes Mateos Polo
Servicio de Medicina Interna
Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Actualización en infección por VIH
Dr. Miguel Cordero Sánchez
Unidad de Infecciosas
Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Diabetes tipo 2: nuevas armas terapéuticas.
Análogos del GLP-1
Dr. Ángel Sánchez Rodríguez
Servicio de Medicina Interna
Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Actualización en antibióticos
Dr. Alberto Bahamonde Carrasco
Servicio de Medicina Interna
Hospital El Bierzo. Ponferrada, León

Patrocinada por: Novo Nordisk y AstraZeneca

19:45-20:00 h CLAUSURA

Ilma. Sra. Mª del Milagro Zarzuelo Capellán
Alcaldesa de Tordesillas

Dr. Javier García Alegría
Presidente SEMI

Dr. José Antonio Santos Calderón
Presidente de la SOCALMI

Dra. Lourdes Mateos Polo
Vicepresidenta 1ª SOCALMI

20:00 h ASAMBLEA DE LA SOCALMI

21:00 h VINO ESPAÑOL DE DESPEDIDA

Sesiones de Pósters

13:30-14:00 horas

Moderador: **Dr. Humberto Mendoza Ruiz de Zuazu**
Servicio de Medicina Interna
Complejo Asistencial de Ávila

EA-01 DIMENSIÓN SOCIOFAMILIAR DE UNA MUESTRA MULTICÉNTRICA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADÍO AVANZADO. PROYECTO PALIAR

H. Ternavasio de la Vega, S. Gómez Lesmes, I. Novo Veleiro, H. Llorente Cancho, M. Polvorosa Gómez, L. Alvela Suárez, en representación de los investigadores del proyecto PALIAR
Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Salamanca. Salamanca

EA-02 VALORACIÓN FUNCIONAL DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADÍO AVANZADO. ¿INDICE DE BARTHEL, ECOG-PS O PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE?

I. Novo Veleiro, H. Llorente Cancho, M. Polvorosa Gómez, M. Alvela Suárez, H. Ternavasio de la Vega, S. Gómez Lesmes, en representación de los investigadores del proyecto PALIAR
Servicio de Medicina Interna II. Hospital Universitario de Salamanca. H. Clínico. Salamanca

EA-03 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FUNCIONALES DE UNA MUESTRA MULTICÉNTRICA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADIO AVANZADO. PROYECTO PALIAR

M. Polvorosa Gómez[1], M. Fernández Zubiaga[2], N. Castro Iglesias[1], H. Ternavasio de la Vega[1], S. Gómez Lesmes[1], I. Novo Veleiro[1], H. Llorente Cancho[1], en representación de los investigadores del proyecto PALIAR
[1]Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Salamanca. Salamanca
[2]Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Burgos. Burgos

EA-05 CATEGORIZACIÓN CLÍNICA Y PRONÓSTICA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADÍO AVANZADO. RESULTADOS PRELIMINARES DEL PROYECTO PALIAR

H. Llorente Cancho[1], N. Castro Iglesias[1], M. Polvorosa Gómez[1], M. Fernández Zubiaga[2], G. Ternavasio de la Vega[1], S. Gómez Lesmes[1], I. Novo Veleiro[1], en representación de los investigadores del proyecto PALIAR

[1]Servicio de Medicina Interna II. Hospital Universitario de Salamanca. H. Clínico. Salamanca

[2]Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Burgos. Burgos

EA-06 PERFIL DE PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADÍO AVANZADO DE 41 HOSPITALES ESPAÑOLES

S. Gómez Lesmes[1], I. Novo Veleiro[1], H. Llorente Cancho[1], H. Ternavasio de la Vega[1], M. Polvorosa Gómez[1], L. Alvela Suárez[1], M. Pérez Gutiérrez[2], en representación de los investigadores del proyecto PALIAR

[1]Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. H. Clínico. Salamanca

[2]Servicio de Medicina Interna. Hospital de León. León

V-15 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS ALTERACIONES PLEURO-PULMONARES CAUSADAS POR LA EXPOSICION A ASBESTO EN UN HOSPITAL DE 2º NIVEL

Y. Bombín Molinero, J. Pardo Illeras, F. Sánchez Barranco Vallejo, J. Gómez Barquero, C. Ferrer Perales, J. Da Cruz Soares, J. Carbajal Martínez, J. Sánchez Navarro

Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Palencia. Palencia

16:00-16:30 horas

Moderador: **Dr. Carlos Dueñas Gutiérrez**
Servicio de Medicina Interna
Complejo Asistencial de Burgos

A-04 NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR VIH EN EL ÁREA OESTE DE VALLADOLID, PERIODO 2004-2009: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS

P. Bachiller Luque[1], R. Leguia[1], T. Palacios[1], P. León[1], L. Briongos[1], B. Herrero[1], M. González-Sagrado[2], D. De Luis[2]

[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Unidad de Investigación. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

A-05 RETRASO DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN EL ÁREA OESTE DE VALLADOLID, PERIODO 2004-2009

P. Bachiller Luque[1], R. Leguia[1], T. Palacios[1], P. León[1], S. Navarro[1], F. Fernández Rodríguez[1], T. Gómez Traveso[1], M. González-Sagrado[2]
[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Unidad de Investigación. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

A-16 EMPIEMAS PLEURALES EN EL ÁREA SOCALMI: CARACTERÍSTICAS GENERALES

M. Fernández García[1], M. León Téllez[2], J. Quispe González[3], P. Dios Díez[4], J. Oblanca García[5], P. Álvarez Álvarez[6], J. Barragán Casas[7]
[1]Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria)
[2]Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Soria. Soria
[3]Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid
[4]Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de León. León
[5]Servicio de Medicina Interna. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León)
[6]Servicio de Medicina Interna. Hospital Santos Reyes. Aranda de Duero (Burgos)
[7]Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Ávila. Ávila

A-18 TRES AÑOS DE ESPONDILODISCITIS EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL DE PALENCIA

C. Ferrer Perales, F. Sánchez-Barranco Vallejo, J. Da Cruz Soares, J. Gómez Barquero, M. Aliaga y Montilla, Y. Bombin Molinero, R. Carbajal Martínez, J. Sánchez Navarro
Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Palencia. Palencia

RV-02 VALORACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

B. Adalia Martín, C. Teijo Núñez, C. Buelta González, M. Alonso Fernández, C. Prada González, M. García
Servicio de Medicina Interna. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León)

RV-03 ¿CONTROLAMOS CORRECTAMENTE LA TENSIÓN ARTERIAL Y OTROS FACTORES DE RIESGO VASCULAR?

B. Adalia Martín, C. Teijo Núñez, J. Oblanca García, M. Alonso Fernández, M. Prieto, A. Castañón López
Servicio de Medicina Interna. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León)

Libro de Pósters

ÍNDICE PÓSTERS

Enfermedades Infecciosas (A)

A-01 MENINGITIS POSTRRAQUIANESTESIA 16
A-02 LEUCOENCEFALOPATIA MULTIFOCAL PROGRESIVA 17
A-03 ROMBOENCEFALITIS POR LISTERIA MONOCYTOGENES EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE 18
A-04 NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR VIH EN EL ÁREA OESTE DE VALLADOLID, PERIODO 2004-2009: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS 20
A-05 RETRASO DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN EL ÁREA OESTE DE VALLADOLID, PERIODO 2004-2009 21
A-06 PRESENCIA DEL ALELO HLA-B*57:01 EN PACIENTES INFECTADOS POR VIH EN CASTILLA Y LEÓN. ESTUDIO ACYLEI 03.2010. DATOS PRELIMINARES 23
A-07 EL CORREO ELECTRÓNICO: EXPERIENCIA EN UNA CONSULTA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS 24
A-08 ABSCESO HEPÁTICO Y NEUMONÍA ASOCIADA: UN CASO DE NOCARDIA 25
A-09 NEUMONÍA DE LENTA RESOLUCIÓN. UN CASO DE CARCINOMA BRONCOGÉNICO 26
A-10 ESOFAGITIS HERPÉTICA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE 28
A-11 TOXOPLASMOSIS EN LA PROVINCIA DE PALENCIA ENTRE LOS AÑOS 1995 Y 2010 29
A-12 NO TODA HEMIPARESIA BRUSCA ES UN ICTUS 31
A-13 INFECCIÓN POR S. AGALACTIAE 32
A-14 ASPECTOS CLÍNICOS, MICROBIOLÓGICOS Y EVOLUCIÓN INTRAHOSPITALARIA DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA 33
A-15 MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA. ESTUDIO DE LOS FACTORES ASOCIADOS A MAL PRONÓSTICO 35
A-16 EMPIEMAS PLEURALES EN EL ÁREA SOCALMI: CARACTERÍSTICAS GENERALES 36
A-17 EOSINOFILIA Y BOSSA NOVA 37
A-18 TRES AÑOS DE ESPONDILODISCITIS EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL DE PALENCIA 38
A-19 EMPIEMAS PLEURALES EN ÁREA SOCALMI: ETIOLOGÍA Y TRATAMIENTOS 40
A-20 HOSPITALIZACIÓN POR INFECCIONES VÍRICAS 41
A-21 DOLOR INGUINAL DE CAUSA INFRECUENTE 42

Paciente Pluripatológico/ Edad Avanzada (EA)

EA-01 DIMENSIÓN SOCIOFAMILIAR DE UNA MUESTRA MULTICÉNTRICA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADÍO AVANZADO. PROYECTO PALIAR 44
EA-02 VALORACIÓN FUNCIONAL DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADÍO AVANZADO. ¿INDICE DE BARTHEL, ECOG-PS Ó PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE? 45
EA-03 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FUNCIONALES DE UNA MUESTRA MULTICÉNTRICA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADIO AVANZADO. PROYECTO PALIAR 46
EA-04 PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA 48
EA-05 CATEGORIZACIÓN CLÍNICA Y PRONÓSTICA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADÍO AVANZADO. RESULTADOS PRELIMINARES DEL PROYECTO PALIAR 49
EA-06 PERFIL DE PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADÍO AVANZADO DE 41 HOSPITALES ESPAÑOLES 50
EA-07 ¿DEPENDENCIA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA REVERSIBLE? 51

Insuficiencia Cardiaca (IC)

IC-01 LA ARRITMIA CARDIACA POR FIBRILACIÓN AURICULAR EN MEDICINA INTERNA 53
IC-02 INSUFICIENCIA CARDIACA EN UN PACIENTE CON HEMOCROMATOSIS....54

Riesgo Vascular (RV)

RV-01 CRISIS HIPERTENSIVAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS 55
RV-02 VALORACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA 57
RV-03 ¿CONTROLAMOS CORRECTAMENTE LA TENSIÓN ARTERIAL Y OTROS FACTORES DE RIESGO VASCULAR? 58
RV-04 PACIENTE HIPERTENSA QUE CONSULTA POR MAL CONTROL TENSIONAL..59

Varios (V)

V-01 SÍNDROME DE MEIGS 61

V-02 ALERGIAS MEDICAMENTOSAS EN LOS SERVICIOS DE MEDICNA INTERNA Y NEUMOLOGÍA EN ZAMORA 62
V-03 CUIDADOS PALIATIVOS NO ONCOLÓGICOS EN MEDICINA INTERNA 63
V-04 COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE 64
V-05 TUMOR PANCREÁTICO NEUROENDOCRINO 65
V-06 SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO 67
V-07 MESOTELIOMA PLEURAL NO RELACIONADO CON EL ASBESTO 68
V-08 NEUMONÍA ORGANIZATIVA POSTRADIOTERAPIA 69
V-09 FIBROSIS QUÍSTICA DE RECIENTE DIAGNÓSTICO EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA 71
V-10 SÍNDROME DE GUILLAIN BARRE: DOS CASOS A ESTUDIO 72
V-11 VALORACIÓN DEL RIESGO NUTRICIONAL EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA 73
V-12 HIPOTENSIÓN ARTERIAL Y SÍNDROME CONSTITUCIONAL EN PACIENTE CON TRICOLEUCEMIA 75
V-13 MASA ABDOMINAL: METÁSTASIS DE MELANOMA SIN PRIMARIO APARENTE 73
V-14 SACROILEITIS COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE SARCOIDOSIS ...78
V-15 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS ALTERACIONES PLEURO-PULMONARES CAUSADAS POR LA EXPOSICION A ASBESTO EN UN HOSPITAL DE 2º NIVEL 79
V-16 HIPERPARATIROIDISMO NORMOCALCÉMICO EN PACIENTE CON DISPLASIA FIBRÓTICA MONOSTÓTICA 80
V-17 MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL....81
V-18 HEPATITIS AUTOINMUNE. SERIE DE CASOS....83
V-19 HEPATITIS TÓXICA MEDICAMENTOSA EN UNA CONSULTA DE MEDICINAINTERNA....84
V-20 “DOCTOR, EL EJERCICIO ME MATA…” 86
V-21 “ME HA PASADO LO QUE EN EL CAPÍTULO 9 DE SAN JUAN ¡ESTABA CIEGO, Y AHORA VEO!” 87
V-22 “LO QUE SABEMOS ES UNA GOTA DE AGUA; LO QUE IGNORAMOS ES EL OCÉANO” 88
V-23 EFICACIA, SEGURIDAD Y TOLERABILIDAD DE ZONISAMIDA EN MIGRAÑA 89
V-24 DOLOR ABDOMINAL DE ETIOLOGÍA INFRECUENTE 90
V-25 CLÍNICA NEUROLÓGICA EN PACIENTE JOVEN DE ETIOLOGÍA INFRECUENTE 91
V-26 ETIOLOGÍA DE LA HIPERTRANSAMINASEMIA EN UNA CONSULTA DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL DE NIVEL 2, DURANTE EL AÑO 2010 92

Pósters

Enfermedades Infecciosas (A)

A-01 MENINGITIS POSTRRAQUIANESTESIA

S. García Escudero, E. Castelar, P. Dios, S. Aguilar, J. Carro, M. Pérez Simón
Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de León. León

OBJETIVOS

La Raquianestesia es una técnica ampliamente utilizada y no se encuentra libre de complicaciones. La MENINGITIS BACTERIANA es una complicación con baja incidencia pero con alto porcentaje de mortalidad y secuelas graves. Puede ocurrir por tres mecanismos: DISEMINACIÓN HEMATOGENA, CONTAMINACIÓN DE LOS FÁRMACOS O AGUJAS Y FALLOS EN LAS TÉCNICAS DE ASEPSIA. Se han descrito periodos de latencia de 8 horas a 30 días. Clínicamente se caracteriza por fiebre, cefalea, signos meníngeos. Pueden existir convulsiones en el 30% y déficits neurológicos focales en el 20-30%. Tiene una presentación aguda (habitualmente 12-24 primeras horas).

MATERIAL Y MÉTODO

CASO CLINICO: Varón de 49 años que ingresa por CEFALEA, DOLOR LUMBAR y FIEBRE. NAMC. Técnico de medio ambiente. Soltero y sin hábitos tóxicos. Meningitis aséptica secundaria a Rikettsiosis en 2006 e Intervenido de peritonitis con perforación gástrica en 1989. Intervenido 2 días antes del ingreso de hernia inguinal derecha con raquianestesia. En las 24 horas siguientes refiere dolor lumbar intenso y pocas horas después comienza con rigidez de nuca y espalda, vómitos y fiebre. A la exploración física Tº 39.1 y TA 90/40. Delgado. COC. Buena coloración piel y mucosas. PC normales. No focalidad neurológica. Rigidez de nuca+++ y signo de Kernig y Bruzinsky +. No adenopatías. No bocio. No aumento PVY. ACP: rítmico a 80 lxm. No soplos. Mcv. ABD: blando, depresible, no doloroso, no masas ni megalias. EEII: no edemas ni signos TVP. Pulsos normales. Cicatriz de intervención a nivel inguinal dcho. Analíticamente presenta 14500 leucos con 84% N. PCR 180 y resto de parámetros normales. ECG, Rx. Tórax y TAC craneal normales.

RESULTADOS

Punción LCR: ASPECTO TURBIO, Leucocitos 1300, PMN 80%, Consumo de glucosa y Proteínas 149. Finalmente se realiza cultivo de LCR con crecimiento de FLAVOBACTERIUM LINDANITOLERANS.

DISCUSIÓN

Las MENINGITIS NOSOCOMIALES están causadas en su mayoría por BACILOS GRAM -, S. AUREUS Y S. COAGULASA NEGATIVOS. La MENINGITIS BACTERIANA POSTRRAQUIANESTESIA es un tipo de meningitis nosocomial y comparte características con las mismas, pero los gérmenes causantes son distintos. El germen más frecuentemente encontrado en este tipo de meningitis es el STREPTOCOCO

VIRIDANS: anaerobio facultativo que forma parte de la flora habitual de orofaringe, tracto genital femenino y tracto gastrointestinal y posee baja virulencia. Otros gérmenes que se pueden encontrar pero menos frecuentes son S. AUREUS, PSEUDOMONA AURIGINOSA Y ENTEROCOCUS FECALIS, con mayor virulencia y secuelas más graves. En un alto porcentaje de casos (30-35% en algunas series) no se consigue identificar el germen. Respecto al pronóstico, si bien la meningitis bacteriana comunitaria continua presentando una elevada mortalidad, la meningitis postraquianestesia, siempre que se realice un buen diagnostico y tratamiento precoz, tiene buen pronostico. Las RECOMENDACIONES para evitar este tipo de infección son: el uso de mascarilla, gorro, bata estéril, lavado de manos, guantes, soluciones antisépticas, bandejas con materiales estériles y cubrir zona con campo estéril.

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA -Up to Date -Complicaciones del bloqueo neuroaxial. Ben- David B y Rawa R, Clínicas de Anestesiología de Norteamérica (2003) -Kane RE. Neurolodic deficits following epidural or spinal anesthesia. Anesth Analg (1981)

A-02 LEUCOENCEFALOPATÍA MULTIFOCAL PROGRESIVA

S. García Escudero, P. Dios, E. Castelar, M. Vázquez, S. Rodríguez García, M. Pérez Simón, J. Carro
Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de León. León

OBJETIVOS

La LEUCOENCEFALOPATIA MULTIFOCAL PROGRESIVA se caracteriza por la afección de la sustancia blanca por reactivación del virus JC que infecta selectivamente a los oligodendrocitos. Afecta principalmente a pacientes inmunodeprimidos. Es un proceso difuso, asimétrico que afecta preferentemente los hemisferios cerebrales, sobretodo parieto-occipital, aunque también el cerebelo, tronco y médula espinal.

MATERIAL Y MÉTODO

CASO CLINICO: Varón de 42 años sin alergias conocidas, fumador activo y diagnosticado de VIH en 1992, que acude por cefalea, nauseas y vómitos. Comenzó tratamiento antirretroviral en 1994 con adherencia intermitente y múltiples cambios. Actualmente con tenofovir, DDI y efavirenz, y quimioprofilaxis con COTRIMOXAZOL. Refiere cefalea de pocas horas de duración con nauseas y vómitos, sin fiebre. Sus familiares refieren comportamiento extraño en los últimos meses con ansiedad, nerviosismo y pérdidas de memoria. A la exploración: COC, bradipsiquico. TA 120/70, PIN. PC normales, no focalidad neurológica ni signos meníngeos. Eupneico. No lesiones cutáneas. No adenopatías periféricas ni bocio. Cor rítmico a 80/m sin soplos y mvc. Abdomen blando, depresible, no doloroso, no masas ni megalias y extremidades sin edemas ni signos de TVP y pulsos (+).Analíticamente destaca un VCM de 110, FA 316 y GGT 189. CD4: 156. Carga viral: 22.449 copias/ml. Resto de parámetros normales. Proteinograma, ECG y RX. Tórax normales.

RESULTADOS

ELECTROENCEFALOGRAMA: Electro génesis cerebral globalmente lentificada. TAC CEREBRAL: Hipodensidad de morfología digitiforme temporo-parieto-occipital izquierda compatible con edema vasogénico encontrándose el sistema ventricular y la línea media en posición medial. Tras la administración del contraste se identifican captaciones patológicas. RESONANCIA MAGNETICA CEREBRAL: En la región pariteto-occipital izquierda se aprecia alteración de señal con moderado efecto de masa comprimiendo el asta occipital del ventrículo lateral. Por encima de esta lesión de gran tamaño se diferencia otra muy próxima de similares características. Existen otros focos en centro semioval derecho y en el lóbulo occipital derecho. La lesión de mayor tamaño muestra captaciones lineales y micronodulares de distribución perivascular y una captación de morfología anular localizada adyacente al ventrículo. Las otras lesiones de menor tamaño no muestran captación de gadolinio. Se produce empeoramiento clínico del paciente, siendo exitus. Se procede a la autopsia siendo diagnosticado mediante PCR de Virus JC + de LEUCOENCEFALOPATIA MULTIFOCAL PROGRESIVA

DISCUSIÓN

La LMP se caracteriza por diferentes formas clínicas: hemianopsia homónima, mono o hemiparesia y cambios conductuales y demencia. En una minoría se observan síntomas cerebelosos, afectación de tronco o convulsiones. En general no hay fiebre ni otros signos de afectación general En la Neuroimagen se aprecian lesiones multifocales en sustancia blanca sin o con mínima captación periférica y sin efecto masa en región subcortical y periventricular. En el EEG aparece una reducción de la velocidad de las ondas delta. Los Acs anti- virus JC no son útiles para el diagnostico. La PCR en LCR del DNA viral JC puede alcanzar una S 60 - 80% y E del 100%. La confirmación se obtiene por biopsia cerebral. Se están utilizando diferentes antivirales en ensayos clínicos, sin éxito. El 80% han fallecido a los 6m del diagnostico.

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA: Up to date COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS DEL VIH/SIDA. Por G. Said, A. G. Saimot, M. Tardieu, C. Lacroix. 1997. W. B. Saunders, Curtis Center, Independence Square West, Philadelphia, PA 19106-3399. 202p., ilus., bibliog., índice ISBN 0-7020-1836-8.

A-03 ROMBOENCEFALITIS POR LISTERIA MONOCYTOGENES EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

C. Sánchez Sánchez[1], O. Abdallaoui[1], E. Rodríguez Beltrán[1], L. Andreu Urioste[1], C. Rodríguez Blanco[1], C. Grande Sáez[1], F. Bartolomé[2], J. Barragán Casas[1]

[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Servicio de Neurología. Complejo Asistencial de Ávila. Ávila

OBJETIVOS

Comentar los aspectos clínicos de la romboencefalitis por Listeria monocytogenes a propósito de la observación de un caso sin evidencia de enfermedad de base que condicionase un estado de inmunodepresión.

MATERIAL Y MÉTODO

Presentación de caso clínico de Romboencefalitis por Listeria monocytogenes en paciente joven inmunocompetente ingresada en nuestro hospital en 2010, revisando presentación clínica, claves diagnósticas, hallazgos característicos en las pruebas de imagen y tratamiento.

RESULTADOS

Mujer de 47 años sin antecedentes de interés, que presenta cuadro subagudo de cefalea frontal opresiva, astenia, nauseas y vómitos con progresión del cuadro durante el ingreso añadiendo parestesias en territorio de V1 y V2 de trigémino derecho, parálisis facial periférica derecha, disartria, disfagia y ataxia sin signos meníngeos ni fiebre con tórpida evolución hasta confusión y letargia. La RM cerebral mostró afectación unilateral derecha del tronco del encéfalo con lesiones periféricas con realce en anillo en bulbo y protuberancia y afectación más difusa en mesencéfalo, produciendo efecto masa con abombamiento sobre la pared anterior del 4º ventrículo. Analítica: hemograma, transaminasas, creatinina, proteinograma, CEA, Ca 19.9, Ca 125, alfa-fetoproteína y PCR normales. Las serologías para VIH, VHS 1 y 2, Toxoplasma, Borrelia y Treponema: negativas para infección aguda. LCR: líquido claro, 40 leucocitos/mm3 (100% mononucleares), proteínas: 0,51g/l y glucosa: 71mg/dl, Gram negativo. Cultivo de LCR: L. monocytogenes. Se inició tratamiento con ampicilina con excelente evolución clínica.

DISCUSIÓN

La meningitis por Listeria monocytogenes representa cerca del 1% de todos los casos de meningitis y suele afectar a niños, embarazadas y/o inmunocomprometidos, y es excepcional el compromiso de adultos sanos. La afectación troncoencefálica se denomina romboencefalitis y en general, afecta a adultos inmunocompetentes en el 70% de los casos. Es una patología grave, con una mortalidad del 50% en algunas series. Los síntomas iniciales son inespecíficos al igual que los estudios del LCR. La afectación suele ser bifásica, inicialmente con fiebre, malestar, cefalea y vómitos, con o sin síndrome meníngeo y en una segunda fase se desarrolla afectación bulbar y protuberancial con síntomas cerebelosos, y compromiso de pares craneales regionales. En 1993, Amstrong y Fung, sugirieron los siguientes criterios diagnósticos: a) evidencia clínica y por imagen de una infección aguda del tronco del encéfalo; b) ausencia de compromiso clínico o radiológico de la corteza cerebral, y c) demostración de L. monocytogenes en sangre, LCR o biopsia cerebral. El caso que comunicamos cumple los criterios diagnósticos propuestos y puede considerarse caso definitivo.

CONCLUSIONES

Ante un paciente febril con signos de compromiso del tronco del encéfalo, sobre todo en

paciente inmunocompetente, debe sospecharse neurolisteriosis. Dada su gravedad y alta mortalidad, creemos que una adecuada sospecha clínica inicial y un estudio de LCR y RM con imágenes características (fundamentalmente microabscesos) son esenciales para el diagnóstico correcto e inicio de un tratamiento empírico precoz.

A-04 NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR VIH EN EL ÁREA OESTE DE VALLADOLID, PERIODO 2004-2009: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS

P. Bachiller Luque[1], R. Leguia[1], T. Palacios[1], P. León[1], L. Briongos[1], B. Herrero[1], M. González-Sagrado[2], D. De Luis[2]

[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Unidad de Investigación. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

OBJETIVOS

Conocer el número de nuevos diagnósticos de infección VIH en el periodo 2004-2009, en el área sanitaria de Valladolid-oeste; las características sociodemográficas (edad, género, país de origen) y epidemiológicas (práctica de riesgo de adquisición de la infección); y sus tendencias cronológicas.

MATERIAL Y MÉTODO

Se recogieron los datos de los pacientes infectados por VIH seguidos en consulta de medicina interna, así como los registrados en ingresos hospitalarios. Sesgos declarados: hasta 2010 no existe ningún registro normalizado de nueva infección por VIH en nuestra área; se excluyeron aquellos pacientes que habían sido diagnosticados en otras áreas, así como aquellos en los que no se contaba con los datos necesarios para el estudio.

RESULTADOS

(Nomenclatura empleada: periodo 2004-2006 = p1; periodo 2007-2009 = p2) Cumplieron los requisitos para ser incluidos 58 pacientes: p1 = 24 (41%); p2 = 34 (59%). La EDAD media coincide con la mediana, 41 años (+/- 10, 22-77 años). En p1: 45 años (+/- 10, 27-77 años). En p2: 38 años (+/10, 22-58 años). En cuanto al GÉNERO 49 (84%) hombres, 9 (16%) mujeres. En p1: 22 (92%) hombres; 2 (8%) mujeres. En p2: 27 (79%) hombres; 7 (21%) mujeres. Con respecto al PAÍS DE ORIGEN 47 (81%) españoles, frente a 11 (19%) nacidos fuera de España. En p1 22 españoles (92%) y en p2 25 (74%). La distribución de la PRÁCTICA DE RIESGO fue: Usuarios de Drogas Inyectadas 8 (14%), p1 4 (17%), p2 4 (12%); Relaciones Heterosexuales 19 (33%), p1 7 (29%), p2 12 (35%); Relaciones Homosexuales 27 (46%), p1 11 (46%), p2 16 (47%).

DISCUSIÓN

En España existe un registro de nuevas infecciones de VIH desde 2010, pero desde 2003 ya 8 comunidades autónomas registraban sus nuevas infecciones, agregándose a este registro otras comunidades a lo largo de los años. Los datos que presentamos son referidos al Informe de Nuevos Diagnósticos de VIH en España; Periodo 2004-2009.

El 77% de los nuevos diagnósticos en España fueron hombres, teniendo menos peso que en nuestra serie. El grupo de edad más representado en España fue entre 30 y 39 años, más jóvenes que nuestros enfermos. Un 62% nacidos en España, registrándose una fuerte tendencia al incremento de los pacientes de origen extranjero, coincidente con la tendencia de nuestros pacientes pero con menor peso de extranjeros en nuestros enfermos. En España la práctica de riesgo más frecuente fue las Relaciones Heterosexuales (42%) y en segundo lugar las Homosexuales (37%), estando invertidas en nuestros pacientes aunque coincide el dato de estar implicadas las relaciones sexuales en un 80% de las transmisiones. La transmisión por consumo de drogas inyectadas disminuye a lo largo de los años siendo una vía minoritaria en nuestra área en el último periodo, 12%.

CONCLUSIONES

Los nuevos diagnósticos de infección por VIH no sólo no disminuyen sino que están AUMENTANDO en nuestra área. La EDAD ha aumentado con respecto a épocas precedentes, pero ha disminuido en los dos periodos estudiados, de 45 a 38 años. El VARÓN sigue siendo el que mayoritariamente se infecta (84%) aunque hay una tendencia al aumento de la infección en la mujer, del 8% al 21 %. En nuestra área ha aumentado de forma significativa la infección entre personas NACIDAS FUERA DE ESPAÑA, del 8 al 26 % en los periodos estudiados. La VÍA SEXUAL es el mecanismos de transmisión del 79% de los pacientes; el 46% del global con prácticas homosexuales.

A-05 RETRASO DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN EL ÁREA OESTE DE VALLADOLID, PERIODO 2004-2009

P. Bachiller Luque[1], R. Leguia[1], T. Palacios[1], P. León[1], S. Navarro[1], F. Fernández Rodríguez[1], T. Gómez Traveso[1], M. González-Sagrado[2]
[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Unidad de Investigación. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

OBJETIVOS

Analizar el porcentaje de retraso diagnóstico (RD) de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), definido como aquellos pacientes que en el momento de su diagnóstico tenían menos de 350 CD4 o eran categoría C de la clasificación de infección por VIH de los CDC; su tendencia y factores asociados en el periodo 2004-2009 en el área oeste de Valladolid.

MATERIAL Y MÉTODO

Se recogieron los datos de los pacientes infectados por VIH seguidos en consulta de medicina interna, así como los registrados en ingresos hospitalarios. Sesgos declarados: hasta 2010 no existe ningún registro normalizado de nueva infección por VIH en nuestra área; se excluyeron aquellos pacientes que habían sido diagnosticados en otras áreas, así como aquellos en los que no se contaba con los datos necesarios para el estudio.

RESULTADOS

(nomenclatura empleada: periodo 2004-2006 = p1; periodo 2007-2009 = p2) Cumplieron los requisitos para ser incluidos 58 pacientes: p1 = 24 (41%); p2 = 34 (59%). Los principales resultados se muestras en la TABLA. Entre homosexuales un 14,8% tuvieron <200 CD4, frente a un 50% de los heterosexuales y 40% de los UDI. El 35% de los heterosexuales debutaron en categoría C.

DISCUSIÓN

Los pacientes se diagnostican en estadios muy avanzados, más de la mitad con <350 CD4. Con inmunodepresión profunda (<200 CD4) casi una tercera parte. Siguiendo las últimas recomendaciones de tratamiento antirretrovírico (TAR), (iniciar con <500 CD4), un 67,2% precisarían TAR en el momento del diagnóstico. Hemos empeorado en el diagnóstico de VIH con mayor RD en el periodo más reciente, sobretodo en enfermos con prácticas heterosexuales.

CONCLUSIONES

El RETRASO DIAGNÓSTICO (CD4< 350) afecta a más de la mitad de los pacientes diagnosticados en nuestra área en el periodo estudiado 2004-2009. Este dato ha empeorado en el periodo más reciente, pasando de 46% (p1) a 56% (p2). Afecta de manera más importante a pacientes con prácticas heterosexuales. En el diagnóstico de VIH es importante aumentar la autopercepción de las conductas de riesgo en los pacientes, aumentar la sospecha en la práctica sanitaria y, para disminuir el RD, habría que implementar estudios serológicos de manera habitual en la población. Son necesario correctos registros de pacientes diagnosticados de infección por VIH.

Situación inmuno-clínica de los pacientes en el momento del diagnóstico de infección por VIH (A-05)

	TOTAL (%)	2004-2006 (%)	2007-2009 (%)
CD4 < 200	29,3	29,2	29,4
CD4 < 350	51,7	45,8	55,9
CD4 < 500	67,2	58,3	73,5
Categoría C	17,2	12,5	20,6

A-06 PRESENCIA DEL ALELO HLA-B*57:01 EN PACIENTES INFECTADOS POR VIH EN CASTILLA Y LEÓN. ESTUDIO ACYLEI 03.2010. DATOS PRELIMINARES

P. Bachiller Luque[1], C. Dueñas Gutiérrez[2], A. Bahamonde[3], T. Palacios[1], I. González Guilabert[4], C. Hinojosa[4], M. Sánchez Ledesma[5], L. Marín Rubio[6]
[1]*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid*
[2]*Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial Universitario. Burgos*
[3]*Servicio de Medicina Interna. H. El Bierzo. Ponferrada*
[4]*Sección Enfermedades Infecciosas. H. Clínico Universitario. Valladolid*
[5]*Sección Enfermedades Infecciosas,* [6]*Servicio Hematología. Complejo Asistencial. Salamanca*

OBJETIVOS

El Abacavir (ABC) es un inhibidor de la retrotranscriptasa análogo de nucleósido aprobado para el tratamiento del VIH. Se han descrito un 5-8% de reacciones de hipersensibilidad (RHS) en tratados con ABC. Existe un riesgo de RHS potencialmente mortal tras la reexposición a ABC. El ensayo PREDICT-1 confirmó la utilidad clínica de la determinación del HLA-B*57:01 para reducir la incidencia de RHS. El objetivo de este trabajo es analizar la presencia del alelo HLA-B*57:01 en una población de pacientes infectados por VIH de Castilla y León.

MATERIAL Y MÉTODO

Se estudio la existencia del alelo HLA-B*57:01 en 628 pacientes infectados por VIH. El test se realizó por técnicas de biología molecular (PCR-SSOr) utilizando la plataforma Luminex XYP. Se recogió el lugar de nacimiento y grupo étnico al que pertenecía el paciente.

RESULTADOS

(Ver tabla)

DISCUSIÓN

En Europa se estima una positividad para HLA-B*57:01 entre 5-7%. En Francia, es 5,2% en población general, 6,8% en raza blanca y 0,1% en raza negra; En Reino Unido, 4,7% positivos, 7,9% en raza blanca, 0,2% en raza negra. Nuestros resultados presentan una prevalencia coincidente con estos datos, entre los nacidos en España (6,4%); entre etnia gitana (8,8%) y europeos (10,5%); en raza negra, no se encontró ningún positivo, coincidente con la literatura. En nuestra comunidad sería necesario el estudio de 16 pacientes para encontrar el polimorfismo HLA B5701.

CONCLUSIONES

La prevalencia de positividad al alelo HLA-B*57:01 de manera global en nuestra muestra coincide con los datos de nuestro entorno, 6,4%. Aunque son pocos pacientes, la prevalencia entre los pacientes españoles de etnia gitana y europeos-no españoles esta prevalencia es más elevada. Consideramos la determinación del HLA-B*57:01 se muestra costo-efectiva en nuestro entorno.

Resultados (A-06)

	n	%	POSITIVOS	%
TOTAL	628	100	40	6,4
ESPAÑOLES	560	89,2	36	6,4
- No gitanos	526	83,8	33	6,3
- Gitanos	34	5,4	3	8,8
NORTEAFRICANOS	3	0,5	0	0,0
SUBSAHARIANOS	9	1,4	0	0,0
SUDAMERICANOS	36	5,8	2	5,5
EUROPEOS	19	3,1	2	10,5

A-07 EL CORREO ELECTRÓNICO: EXPERIENCIA EN UNA CONSULTA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

P. Bachiller Luque, T. Palacios Martín
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

OBJETIVOS

Conocer el uso del correo electrónico en una consulta de medicina interna con dedicación especial a enfermedades infecciosas: procedencia y motivos del mismo.

MATERIAL Y MÉTODO

El 3 de diciembre de 2009 se registró la primera dirección de correo electrónico de la consulta VIH del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid. Se ofreció a los pacientes cuando visitaban la consulta; a las ONGs con las que se mantiene un importante y constante contacto; laboratorios externos que realizan determinaciones analíticas a nuestros pacientes; y a médicos que se interesaban por algún paciente o alguna situación. Todos los correos quedan registrados y guardados. Se ha analizado el registro de estos correos.

RESULTADOS

Se han establecido 308 “conversaciones” desde el 17 de diciembre de 2009 hasta el 30 de abril de 2011. Según su Procedencia: A) Pacientes: 48 enfermos se han puesto en contacto a través del correo en alguna ocasión. B) Laboratorios de Referencia: 2 laboratorios externos han usado este medio para remitir sus resultados. C) Médicos, residentes, servicio de urgencias, centros de salud, farmacéutico: 9 facultativos diferentes. D) ONGs: casa de acogida de enfermos de SIDA, Comité anti-SIDA, Cruz Roja. Los MOTIVOS de la comunicación los podemos dividir en: 1) Administrativos: buscar cita para paciente nuevo, cambio o dudas con respecto a alguna cita, petición o envío de informes, envió o recepción de resultado de análisis. 2) Consultas: efectos

secundarios, interacciones de fármacos, signos o síntomas de patologías agudas o de control ambulatorio, envío de fotografías de lesiones cutáneas, comentarios sobre evolución, embarazo, profilaxis post-exposición en accidente de riesgo de personal sanitario y no sanitario. El 90% de los correos se respondieron en menos de 24 horas. Se recibieron 46 "correos basura".

DISCUSIÓN

La infección por VIH se considera una de las patologías médicas que más revisiones ambulatorias precisan. La complejidad del manejo de estos pacientes provoca dos formas de afrontamiento: consulta "exclusivamente" de manejo del tratamiento antirretrovírico y derivación para el seguimiento del resto de comorbilidades; o manejo global desde la consulta de enfermedades infecciosas/medicina interna. Tanto por eficiencia económica como social la segunda alternativa de manejo parece la más apropiada. Facilitar el acceso del paciente a la sanidad y al responsable de su/sus patología/s repercute en la mejora de los resultados en salud. Este trabajo se ha realizado en una consulta de medicina interna, mayoritariamente de enfermedades infecciosas, con una importantísima presión asistencial, donde durante el periodo estudiado se atendieron a unos 320 pacientes infectados por VIH. El uso del teléfono se propone como otro instrumento "facilitador" del manejo de incidencias en enfermedades crónicas. Tiene la ventaja de la inmediatez, pero el inconveniente en la dificultad de la localización del interlocutor o de la no idoneidad del momento. La accesibilidad al correo electrónico es muy importante en nuestro medio, esto permite tanto al paciente como al facultativo la facilidad de emitir y recibir correos; la elaboración de comentarios y respuestas; y la resolución de incidencias. Una debilidad que pudiese tener es la privacidad.

CONCLUSIONES

El correo electrónico se perfila como otra herramienta en la mejora del manejo del enfermo y de la relación médico/paciente.

A-08 ABSCESO HEPÁTICO Y NEUMONÍA ASOCIADA: UN CASO DE NOCARDIA

P. Dios Díez, E. Castelar Delgado, S. García Escudero, S. Rodríguez García, M. Prieto García, Á. Martínez González
Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de León. León

OBJETIVOS

Introducción: La infección por nocardia es poco habitual, y se caracteriza por afectación multisistémica, generalmente en forma de abscesos. Con frecuencia se diagnostica en pacientes con alteraciones de la inmunidad, y es menos frecuente hacerlo en pacientes inmunocompetentes, como es el caso que presentamos.

MATERIAL Y MÉTODO

Caso clínico: Mujer de 46 años que ingresa por dolor en hombro izquierdo. Fumadora de 1 cigarro al día, con cólicos nefríticos de repetición y apendicetomizada. Fractura

de miembro superior derecho post-traumático. Vive en medio rural y está en contacto con gallinas, conejos, perros y palomas. La paciente cuenta desde los 5 meses previos del ingreso un dolor de características mecánicas en hombro izquierdo, realizando rehabilitación sin mejoría, y empeoramiento en las últimas semanas. Se acompaña los últimos días de fiebre y escalofríos, sin otra clínica. En la exploración destaca un abdomen doloroso a la palpación profunda en epigastrio e hipocondrio derecho. El resto es normal. En las pruebas complementarias se objetiva una anemia normocítica normocrómica, con leucocitosis y desviación izquierda. En la bioquímica aumento de transaminasas con una PCR de 324. En la ecografía abdominal no hay hallazgos patológicos. Se realiza una TAC toraco- abdominal en el que se ve un aumento de densidad con broncograma aéreo en la base izquierda, que afecta a LI y língula, con derrame pleural asociado. A nivel abdominal, hay dos lesiones hepáticas, hipodensas sugestivas de abscesos hepáticos. El análisis de líquido pleural es compatible con un exudado, de predominio linfocítico, con una tinción sugestiva de infección por nocardia. Ante el hallazgo de enfermedad diseminada por nocardia, se realiza Ecocardiograma que es normal y una TC craneal por la asociación con abscesos cerebrales, que también es normal. Con el diagnóstico de absceso hepático y neumonía por nocardia se instaura tratamiento con trimetropin-sulfametoxazol, con mejoría clínica y radiológica, por lo que la paciente es alta.

DISCUSIÓN

Discusión: La nocardiosis es una infección que aparece sobre todo en pacientes con alteraciones de la inmunidad celular, aunque, como es el caso de nuestra paciente, puede aparecer en pacientes inmunocompetentes. La clínica suele ser inespecífica, pero habitualmente implica afectación pulmonar y cutánea, aunque no siempre de manera simultánea. En cualquier caso es siempre obligado excluir afectación del sistema nervioso central, y hacer diagnóstico diferencial con metástasis. El diagnóstico se hace por confirmación microbiológica de bacilos ácido alcohol resistentes en medios modificados. Los métodos invasivos tienen una rentabilidad de hasta el 90%. El tratamiento se basa en trimetoprim- sulfametoxazol, asociado a ceftriaxona. Se puede añadir amikacina en caso de afectación multiorgánica. Después de 3- 6 semanas se pasa el tratamiento a vía oral, y se mantiene un mínimo de tres meses, prolongándolo hasta un año después, en inmunocomprometidos.

A-09 NEUMONÍA DE LENTA RESOLUCIÓN. UN CASO DE CARCINOMA BRONCOGÉNICO

P. Dios Díez[1], S. García Escudero[1], E. Castelar Delgado[1], B. Cartón Sánchez[2], I. Quintana[2]

[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Servicio de Neumología. Complejo Asistencial de León. León

OBJETIVOS

Introducción: el cáncer de pulmón es una enfermedad cada vez más frecuente, y la primera causa de muerte por neoplasias en nuestro país. Clásicamente se divide en dos grandes grupos, microcíticos y no microcíticos. Dentro de estos últimos, el carcinoma broncogénico es una entidad poco común, con una forma de presentación, y una historia natural diferente al resto de los tumores pulmonares. Por este motivo presentamos este caso.

MATERIAL Y MÉTODO

Caso clínico: Mujer de 50 años sin antecedentes de interés, que ingresa por un cuadro de fiebre, disnea de 1 semana de evolución, que no ha mejorado con claritromicina. En la exploración física destaca: crepitantes en campo superior izquierdo, siendo el resto normal. Respecto a las pruebas complementarias, el hemograma y la bioquímica son normales, así como los reactantes de fase aguda. Las pruebas de laboratorio de microbiología, Legionella, Neumococo, Influenza A y cultivo negativos. En la radiografía de tórax se observa una condensación en región anterior de LSI. Ante la sospecha clínica de neumonía se inicia antibioterapia empírica con Levofloxacino y Ceftriaxona iv durante 10 días. En el control no se objetiva mejoría, aunque parecen definirse los límites de la condensación. Ante estos hallazgos, se solicita una TC tórax, que se informa como una consolidación LSI, con un área de menor atenuación y con bronquios permeables. Todo ello compatible con neumonía del LSI, menos probable con proceso tumoral. Se solicitan marcadores tumorales y espirometría, que resultan normales. Debido a estos hallazgos y ante la mejoría clínica de la paciente se le da el alta, programándose broncoscopia ambulatoria, que también resulta normal. En una tercera radiografía de tórax persisten los hallazgos radiológicos, por lo que se repite la TAC, siendo en este momento compatible con carcinoma bronquioloalveolar, como primera posibilidad. La biopsia trucut es positiva para adenocarcinoma con un patrón de crecimiento lipídico bronquioloalveolar de tipo mucinoso. Con este diagnóstico, y PET compatible con enfermedad localizada (T3 N0 M0) se remite para intervención quirúrgica al servicio de cirugía torácica del Hospital Universitario de Salamanca, donde se realiza lobectomía sin incidencias, encontrándose la paciente actualmente en tratamiento quimioterápico.

DISCUSIÓN

El carcinoma bronquioalveolar es un tipo de adenocarcinoma, con una presentación clínica, evolución y pronóstico diferentes al resto de los tumores no microcíticos. Su frecuencia es baja, en torno a un 4% de las neoplasias de pulmón, aunque parece que la incidencia está en aumento. También puede aparecer como forma mixta. De manera característica afecta a mujeres, no fumadoras y es más frecuente en pacientes asiáticos. Tiene un crecimiento alveolar, habitualmente sin invadir pleura o estructuras vasculares. Es más frecuente diagnosticar este tipo de tumor en pacientes en los que se encuentra como hallazgo casual un nódulo o masa en la radiografía de tórax. Hasta en un 12% de los caso debuta como una neumonía lobar, que es el caso de nuestra paciente, y ante

la no resolución radiológica, se deben iniciar otros procesos diagnósticos. El tratamiento curativo, al igual que en el resto de tumores es la cirugía, pero además en este caso responden con frecuencia a inhibidores de los receptores del EGFR, como el erlotinib. El pronóstico a largo plazo es ligeramente mejor que el de otras neoplasias pulmonares, pero con una tasa de recurrencias más alta.

CONCLUSIONES

El carcinoma bronquioloalveolar es un tipo poco frecuente de adenocarcinoma. Tiene unas características clínicas especiales, debiendo sospecharse ente una neumonía de lenta resolución. La evolución y pronóstico también son diferentes, y más favorables que el resto de neoplasias de pulmón.

A-10 ESOFAGITIS HERPÉTICA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

L. Briongos Figuero[1], P. Bachiller Luque[1], T. Gómez Traveso[1], M. Herranz Bachiller[2], J. Barrio Andrés[2], J. Oñate Cuchet[3], T. Palacios Martín[1]

[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Servicio de Digestivo, [3]Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

OBJETIVOS

La esofagitis herpética es común en pacientes inmunodeprimidos (sobre todo VIH) pero rara en inmunocompetentes. Otras enfermedades predisponentes son neoplasias, fármacos, insuficiencia suprarrenal e insuficiencia renal.

RESULTADOS

Desarrollo: Varón de 26 años sin antecedente médicos de interés que ingresa en nuestro servicio por cuadro de 4 días de evolución de fiebre de hasta 40º, odinofagia importante, otalgia y malestar general acompañado de epigastralgia relacionada con la ingesta. A la exploración destaca la presencia de adenopatías cervicales de pequeño tamaño de características inflamatorias. Las pruebas iniciales de laboratorio resultaron anodinas con serología negativa para VIH, VEB, VHB, CMV y VHS y se decidió realizar gastroscopia con el resultado de esofagitis necrotizante aguda en relación con probable infección viral. Dados estos resultados se inicia tratamiento con aciclovir intravenoso, reintroduciéndose la ingesta con buena tolerancia, interrumpiéndose el tratamiento antiviral por resultado de biopsia negativo. 10 días después el paciente se encuentra asintomático y es dado de alta. 3 días después acude de nuevo al Servicio Urgencias de nuestro hospital por reaparición de la clínica febril. Se practicó una nueva gastroscopia que mostró buena evolución de su patología previa. 2 meses después el paciente es ingresado de nuevo por dolor retroesternal en relación con la ingesta y odinofagia importante. La exploración física y las pruebas analíticas de rutina no arrojaron datos significativos (ANA negativo, serología para VHB, VHC, VIH, CMV, toxoplasma e IgM VHS negativos). Se realiza nueva gastroscopia donde se aprecia una mucosa esofágica eritematosa de manera difusa con erosiones circunferenciales cubiertas de exudado

fibrinoso sin disminución del calibre de la luz, siendo el resto de la exploración normal. Se toman muestras para biopsia, que junto con el cultivo de muestras esofágicas confirman la existencia de esofagitis por virus herpes simple tipo 1. El paciente recibió tratamiento completo con aciclovir oral a altas dosis asociado a ranitidina con remisión de la sintomatología. Actualmente sigue revisiones periódicas en la consulta de Medicina Interna permaneciendo asintomático.

DISCUSIÓN

Las causas más comunes de esofagitis infecciosa son candidiasis, herpes simple tipo (VHS) 1 y citomegalovirus. La mayoría afecta a pacientes inmunodeprimidos pero la esofagitis por VHS puede afectar a huéspedes inmunocompetentes. El cuadro se inicia generalmente con odinofagia y pirosis siendo raras la hemorragia digestiva alta, la estenosis y la formación de fístulas, consideradas una complicación. Existen pocos casos recogidos en la literatura de individuos sanos con esofagitis por VHS, la mayoría autolimitados y con resolución espontánea. En nuestro caso la clínica del paciente podía orientar hacia una infección sistémica del tipo mononucleósico y dado que, inicialmente el paciente presentaba esofagitis necrotizante, como fase evolucionada de su patología, y no se apreciaron vesículas herpéticas asociadas en el área ORL, el diagnóstico definitivo fue tardío y fueron necesarios dos ciclos de tratamiento antiviral para lograr la resolución del cuadro.

CONCLUSIONES

La esofagitis herpética es una causa infrecuente de esofagitis en pacientes inmunocompetentes, como es nuestro caso, pero debe incluirla en el diagnóstico diferencial de todo paciente con dolor torácico, odinofagia y/o pirosis para poder realizar un enfoque médico correcto.

A-11 TOXOPLASMOSIS EN LA PROVINCIA DE PALENCIA ENTRE LOS AÑOS 1995 Y 2010

J. Gómez Barquero, J. San José Alonso, A. Morán Bécares, C. Ferrer Perales, J. Da Cruz Soares, R. Carbajal Martínez, Y. Bombín Molinero, J. Sánchez Navarro
Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Palencia. Palencia

OBJETIVOS

Analizar los casos de Toxoplasmosis (TX) diagnosticados en el Complejo Asistencial de Palencia entre los años 1995 y 2010.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional retrospectivo evaluando los historiales clínicos de los pacientes diagnosticados de TX en Palencia en los últimos 15 años: se recogen 13 casos (8 varones y 5 mujeres). Edad de los pacientes entre 24 y 73 años (39,85 ± 12.35). 8 casos fueron en inmunodeprimidos (ID) (61,5%), 4 inmunocompetentes (IC) (30,8%) y 1 gestacional (7,7%). Se recogen clínica, estado inmunitario, serologías, profilaxis, evolución y tratamiento.

RESULTADOS

En el grupo de IC: 3 varones (V) y 1 mujer (M), con edad entre los 28 y 73 años (50 ± 18,92). 2 pacientes debutaron con fiebre, 1 con adenopatías generalizadas y 1 con ictericia. En cuanto a la serología, 4 presentaron positividad a TX IgG, 3 a IgM y 1 a IgG de CMV, siendo negativos todos para VHS, VEB, VHB, VHC y VIH. 1 de ellos recibió tratamiento estándar (Pirimetamina+Sulfadiazina+Ácido fólico). La curación fue del 100%. El caso de TX gestacional tenía 40 años y serología positiva a IgG e IgM, se trató con Espiramicina y la evolución fue a aborto (feto muerto). De los 8 pacientes ID, 7 tenían infección VIH y 1 era post-trasplantado renal. El paciente trasplantado renal, fue un varón que debutó con malestar general y serología IgG e IgM TX positivas. Recibió tratamiento estándar y evolucionó a la curación. Los pacientes con VIH presentaban una edad entre 24 y 49 años (34,43 ± 4,89). 4 fueron varones y 3 mujeres. 5 debutaron con sintomatología neurológica focal y 2 con fiebre. 2 casos presentaron lesión cerebral única (ambas en troncoencéfalo) y 3 múltiples (1 en troncoencéfalo y 2 parenquimatosas). La carga viral media del VIH era de 314.209 copias/mm3 con una media de CD4 de 84 cél/mm3. 2 pacientes realizaban profilaxis 1ª y 5 tratamiento antirretroviral (TARGA). La serología fue positiva para TX IgG en 7 casos e IgM en 2. También presentaron positividad para IgG CMV (3 casos), IgG VHS (2), VHB (1 caso) y VHC (3). 5 realizaron tratamiento estándar, y posterior profilaxis 2ª y en 4 persistió la lesión cerebral. Fallecieron 2 mujeres, 1 debutó con fiebre y otra con clínica neurológica focal (lesión en troncoencéfalo). Las 2 tenían 37 años, una media de CD4 de 39,5/mm3 y de carga viral de 855.455 copias/mm3; ninguna de ellas realizaba profilaxis 1ª y 1 realizaba TARGA. Las 2 presentaron positividad IgG de TX y 1 para IgM. Los 5 que sobrevivieron (4V y 1M), tenían una media de edad de 33,4 años, 4 debutaron con sintomatología neurológica focal y 1 con fiebre. Los 5 presentaban lesión cerebral. La media de CD4 era de 101.8/mm3, y de carga viral 43.586 copias/mm3. En 2 casos realizaban profilaxis 1ª y 4 TARGA.

DISCUSIÓN

La edad media en IC fue de 50 años, y en ID de 34,75 (p=0,048). Ningún IC presentó TX cerebral y todos evolucionaron a la curación. Dentro de los ID por VIH: la media de los CD4 fue menor en los fallecidos: 39,5/mm3 respecto a 101,8/mm3 de los que sobrevivieron. La carga viral media de los fallecidos fue de 855.455 respecto de 43.586 que presentaban los que sobrevivieron, y aunque es un resultado estadísticamente no significativo, destaca una mayor ID y elevada carga viral en el grupo que falleció. De los que fallecieron, el 50% realizaba profilaxis 1ª y ninguno TARGA. De los que curaron, el 80% seguía profilaxis 1ª y el 40% realizaba TARGA, no siendo estadísticamente significativo, pero parece que se puede concluir que hay mayor riesgo de muerte sin profilaxis 1ª ni TARGA.

CONCLUSIONES

La TX se comporta como una enfermedad banal, el único riesgo grave es para el feto en

embarazadas. En ID tiene una mayor gravedad y riesgo de muerte cuanto mayor sea el grado de ID. Aparece en casos con infección VIH no controlada (carga viral elevada) y ausencia de profilaxis y tratamiento antirretroviral.

A-12 NO TODA HEMIPARESIA BRUSCA ES UN ICTUS

A. Corredoira Corrás[1], A. Fernández Díaz[2], D. Pérez Ruiz[2], C. Buelta González[1], R. Muñumer Blázquez[1], C. Prada González[1]
[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Servicio de Neurología. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León)

OBJETIVOS

Varón de 61 años que acude por cuadro de 7 días de evolución de torpeza hemicorporal izquierda con rápido empeoramiento en las ultimas horas. Ingresado hace 1 mes por síndrome febril persistente, sospechoso de infección respiratoria que se trato con levofloxacino. En la exploración destaca Tª 38 º C. AP: disminución de murmullo vesicular. Neurológicamente: hemiparesia izquierda de predominio crural, con discreto facial izquierdo central y cuadantanopsia inferior izquierda. En las pruebas de imagen realizadas Tac craneal y RNM con difusión aparece lesión sugestiva de absceso cerebral de 2 cms. Se han realizado otras pruebas para buscar foco de origen del absceso encontrándose como único hallazgo TAC toraco-abdomino-pélvico compatible con tuberculosis en reactivación.

MATERIAL Y MÉTODO

Con el diagnóstico de proceso expansivo parietal derecho de presentación aguda, compatible con absceso bilobulado como primera posibilidad y adenopatías hiliares con posibilidad de reactivación TBC pulmonar, se inicio tratamiento medico con Ceftriaxona. Metronidazol, Vancomicina, Keppra y Dexametasona. Inicialmente presenta buena evolución clínica y de acuerdo con neurocirugía se decidió seguimiento evolutivo, pero coincidiendo con reducción de dexametasona presenta inestabilidad, hemiparesia izquierda y bradipsiquia que se estabilizo nuevamente con antiedematosos.

RESULTADOS

Se traslado a neurocirugía donde se realizo craneotomía paramedial derecha y evacuación del absceso cerebral. La anatomía patológica fue compatible con absceso y los cultivos de drenaje para bacterias, hongos y micobacterias fueron negativos. Recibió tratamiento con linezolid, metronidazol y ceftriaxona que continuo en domicilio hasta completar 3 meses. Se inicio tratamiento con tuberculostáticos con pauta rifampicina, isoniacida, piracinamida 2 meses que completo con 4 meses de rifampicina, isoniacida.

DISCUSIÓN

Absceso cerebral Definición: Infección intracerebral iniciada como foco de cerebritis, tras 2-3 semanas desarrolla necrosis y licuefacción, convirtiéndose en colección de

pus rodeada por cápsula bien vascularizada. Etiología: por extensión de contigüidad, por propagación hematógena. Clínica suele ser inespecífica. Síntoma más frecuente: cefalea; tb fiebre, déficit neurológico focal y otros. Diagnostico: cultivos, TAC RNM. Tratamiento: antibioterapia asociada al drenaje quirúrgico.

CONCLUSIONES

El tratamiento del absceso cerebral esta basado en antibiótico más drenaje quirúrgico. En caso de abscesos pequeños se puede realizar de inicio tratamiento medico solo con antibiótico empírico que precisara drenaje en caso de mala evolución. El rendimiento del cultivo de aspiración tomado correctamente es muy alto, aunque en este caso ha sido negativo probablemente por haberse iniciado el tratamiento empírico inicial. Se trata además de un absceso de localización parietal que es una localización poco frecuente. La coexistencia de posible reactivación tuberculosa podría sugerir que este haya sido el foco pero no se ha podido confirmar.

A-13 INFECCIÓN POR S. AGALACTIAE

R. Muñumer Blázquez[1], A. Corredoira Corrás[1], C. Prada González[1], C. Teijo Núñez[1]
M. Fernández Rivas[2], E. Ruiz Vílchez[3]
[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Servicio de Urgencias. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León)
[3]Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Atención Primaria Ponferrada II. (León)

OBJETIVOS

INTRODUCCIÓN: El S. agalactiae Beta hemolítico grupo B. Coloniza el tracto gastrointestinal y genital. Neonatos. Mujeres embarazadas. Adultos: Bacteriemia sin foco. Sepsis. Infección de tejidos blandos. Factores de riesgo: Diabetes Mellitus. Infección VIH. Neoplasias. Enfermedades hepáticas avanzadas. Enfermedades renales avanzadas.

MATERIAL Y MÉTODO

Enfermedad actual: mujer de 73 años que consulta por cuadro de 5 días de evolución de fiebre elevada con escalofríos y tiritona, malestar general y artralgias generalizadas. A los 2 días del comienzo de los síntomas nota discreta disminución de visión del ojo izquierdo, sin dolor ni hiperemia ni aumento de secreciones. Posteriormente refiere pérdida de visión total de dicho ojo por lo que acude al Servicio de Urgencias. Antecedentes personales: Alérgica a beta lactámicos y estreptomicina. Ex-fumadora desde hace 15 años de 6 cigarrillos/día. Glaucoma bilateral. Ingresó en Cirugía Vascular 8 meses antes por TVP iliaca en MII. Estudio de trombofilia hereditaria normal. Exploración física: Mal estado general, COC, mal perfundida. TA 123/83, FC: 85 lpm. Sat basal: 96%. Tª 39ºC. Dolores osteomusculares generalizados a la palpación y movilización. CyC: LsCsRs. No soplos. No IY. Ojo izquierdo con intenso enrojecimiento conjuntival. AC: arrítmica,

sin soplos. AP: MVC. No ruidos añadidos. Abdomen blando, depresible, molestias generalizadas a la palpación. No masas ni megalias. RHA presentes. EEII: pulsos pedios presentes y simétricos. No signos TVP. Edemas bilaterales hasta rodilla dejando fóvea en EII. En tercio inferior dorsal de la pierna izquierda presenta placa eritematosa de bordes mal definidos, con discreta hipertermia local e hiperemia. Analítica de ingreso: BIOQUÍMICA: Glucosa 141, urea 41, creatinina 1.3, sodio 136, potasio 3.2, calcio 8.4, proteínas totales 6.7, GOT 64, GPT 62, bilirrubina total 0.77. HEMOGRAMA: Hb 10.5, hematocrito 32.3%, VCM 89, leucocitos 4480 (N 83%, L 14.1%, M 2.62%), plaquetas 160000. HEMOSTASIA: INR 3.3, Tº Cefalina 62.2 seg., fibrinógeno 907.6. GASOMETRÍA VENOSA: pH 7.38, pCO2 47, pO2 26, bicarbonato 27.8. PCR: 291 mg/L. ORINA: moderada bacteriuria. 5-7 leucos/campo, 3-5 hematíes/campo. Rx Tórax: ICT normal. Sin condensaciones. ECG: ritmo sinusal a 90 lpm.

RESULTADOS

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Hemocultivos al ingreso 2/2: S. agalactiae. Cultivo humor acuoso al ingreso: S. agalactiae. Urocultivo al ingreso: > 100.000. S. agalactiae. TAC toraco-abdomino-pélvico: No se demuestran lesiones líticas o blásticas en el esqueleto axial. Frotis sanguíneo: sin alteraciones morfológicas. Electroforesis de proteínas séricas: Ig G Kappa monoclonal 1810 (75% de Ig G total).Serie ósea: pequeñas imágenes líticas en calota. Citometría de flujo: Resultados compatibles con mieloma múltiple. Biopsia MO: sugestiva de mieloma múltiple.

DISCUSIÓN

Se inició tratamiento con vancomicina iv e intraocular desapareciendo fiebre y el mal estado general. Se realizó vitrectomía del ojo izquierdo, perdiendo la visión de dicho ojo. Ante la sospecha de neoplasia, que favorezca la infección por S. agalactiae y la TVP meses antes, se inicia estudio siendo diagnosticada de mieloma múltiple.

CONCLUSIONES

Está aumentando la frecuencia de infecciones por S. agalactiae en adultos, particularmente en pacientes con enfermedades crónicas subyacentes como diabetes, cáncer, disfunción renal y hepática. Estas infecciones están asociadas a una alta morbilidad y mortalidad a pesar del tratamiento adecuado con antibióticos.

A-14 ASPECTOS CLÍNICOS, MICROBIOLÓGICOS Y EVOLUCIÓN INTRAHOSPITALARIA DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA

S. Raposo García[1], A. García del Egido[2], E. Tundidor Sanz[2], C. Barinaga Martín[2], V. Alonso Fernández[2], I. Blanco Martínez[2], N. Carracedo Falagán[1], I. Iglesias Garriz[2]
[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Servicio de Cardiología. Complejo Asistencial de León. León

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio fue analizar las características clínicas, microbiológicas y la evolución intrahospitalaria de la Endocarditis Infecciosa (EI) en el momento actual.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo incluyendo 117 casos de nuestro hospital con diagnóstico definitivo de EI según los criterios de Duke modificados, entre los años 2004 y 2010, evaluando la evolución intrahospitalaria de los pacientes.

RESULTADOS

El 64,1% eran varones, con una edad significativamente inferior a la del grupo de mujeres (67±15 años vs 75±11 años, p=0,002). Setenta y ocho pacientes (66,7%) presentaban cardiopatía subyacente, siendo las más prevalentes la degenerativa (18,8%) y la prótesis valvular (18%); el resto de cardiopatías eran, por orden de frecuencia, portador de marcapasos, isquémica, reumática, congénita e hipertensiva. El microorganismo más prevalente, fue el Staphylococcus aureus, con treinta y seis casos (30,7%), siendo el 66,7% de ellos sensibles a meticilina. El segundo grupo en frecuencia fue Staphylococcus coagulasa negativo (SCN), con veintiocho pacientes (23,9%). El resto de gérmenes causantes, por frecuencia de aparición, fueron Streptococcus (bovis el 39% y viridans el 17,4%), Enterococcus, bacilos Gram negativos, hongos, polimicrobianas y grupo HACEK. Ocho pacientes (6,8%) cursaron con hemocultivos negativos. Respecto a la localización, cuarenta (34,2%) presentaban la EI sobre válvula mitral nativa, treinta y cuatro (29%) sobre la aórtica nativa y veinte (17,1%) sobre válvula protésica. Dieciocho casos (15,4%) fueron EI derechas (sobre válvula tricúspide o electrodo de marcapasos/DAI). La estancia media hospitalaria de los pacientes con EI fue de 44±24 días (rango 5 – 127), sin diferencias significativas en función del microorganismo causante. Cincuenta y tres pacientes (45,3%) precisaron cirugía cardiaca. Treinta y dos casos (27,4%) fallecieron durante el ingreso.

DISCUSIÓN

La Endocarditis Infecciosa es una patología cuyo perfil clínico y microbiológico varía con el tiempo y su conocimiento es fundamental a la hora de realizar un diagnóstico y tratamiento adecuados. Los resultados de nuestro estudio concuerdan con los de las últimas Guías de Práctica Clínica de EI, que distan de las publicaciones previas en las que los Streptococcus englobaban la gran mayoría de los casos. La elevada estancia hospitalaria sólo podría reducirse con un diagnóstico precoz, puesto que se requieren varias semanas de antibioterapia para su tratamiento.

CONCLUSIONES

En el momento actual, la cardiopatía valvular predisponente más frecuente para el desarrollo de EI es la degenerativa, siendo el germen causal más habitual el S. aureus. La válvula más frecuentemente afectada es la mitral nativa. Un elevado porcentaje de pacientes requieren tratamiento quirúrgico, a pesar de lo cual, la mortalidad intrahospitalaria sigue siendo muy elevada.

A-15 MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA. ESTUDIO DE LOS FACTORES ASOCIADOS A MAL PRONÓSTICO

S. Raposo García[1], A. García del Egido[2], C. Barinaga Martín[2], E. Tundidor Sanz[2], I. Blanco Martínez[2], V. Alonso Fernández[2], N. Carracedo Falagán[1], I. Iglesias Garriz[2]
[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Servicio de Cardiología. Complejo Asistencial de León. León

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio fue analizar posibles condicionantes de mortalidad en la Endocarditis Infecciosa (EI).

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo, incluyendo 117 casos de nuestro hospital con diagnóstico definitivo de EI según los criterios de Duke modificados, entre los años 2004 y 2010, en los que se evaluó la distribución de diversas variables entre los pacientes fallecidos durante el ingreso (F) y los supervivientes (NF).

RESULTADOS

Treinta y dos pacientes (27,4%) fallecieron durante el ingreso. La distribución por sexos en ambos grupos fue similar (65,9% de varones en F y 59,4% en NF; $p = 0,66$). La edad media de F fue significativamente mayor (75 ± 7 años vs 68 ± 15 años; $p < 0.001$). Dieciocho pacientes de los fallecidos (56,3%) presentaron Insuficiencia Cardiaca al ingreso, frente al 32,9% de los supervivientes ($p = 0,037$). La cifra media de hemoglobina al ingreso fue inferior en el grupo F (10,4 ± 2,4 g/dl vs 11,7 ± 2,3 g/dl; $p = 0,010$). No hubo diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos en cuanto a antecedentes de anemia crónica, diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, cifras de creatinina al ingreso, porcentaje de pacientes en hemodiálisis, alcoholismo crónico, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neoplasias, leucocitosis al ingreso ni velocidad de sedimentación globular, tal y como se muestra en la tabla.

DISCUSIÓN

La EI es una patología con una alta mortalidad intrahospitalaria. La identificación precoz de factores determinantes de mortalidad podría favorecer la optimización del tratamiento, con la finalidad de mejorar el pronóstico de los pacientes, que podrían beneficiarse de una intensificación del tratamiento antibiótico empírico (hasta la obtención del antibiograma) o de una programación quirúrgica más temprana.

CONCLUSIONES

La EI es una patología con una alta mortalidad intrahospitalaria. A pesar de no existir diferencias en cuanto al antecedente de anemia crónica, la cifra de hemoglobina fue significativamente inferior en el grupo de fallecidos, por lo que el valor de hemoglobina al ingreso, junto con la presencia de Insuficiencia Cardiaca y la edad, constituyen factores asociados a mortalidad en la EI.

Tabla (A-15)

Variable	Fallecidos	Supervivientes	p valor
Edad (años ± DE)	75 ± 7	68 ± 15	p < 0,001
Sexo (porcentaje de varones)	65,9	59,4	p = 0,66
Anemia crónica (%)	21,9	13,1	p = 0,243
Hb al ingreso (g/dl ± DE)	10,4 ± 2,4	11,7 ± 2,3	p = 0,010
IC al ingreso (%)	56,3	32,9	p = 0,037
Leucocitos (unidades / mm3 ± DE)	12.025 ± 6.270	11.447 ± 5.577	p = 0,630
VSG (segundos ± DE)	60,2 ± 29,3	49,7 ± 32,2	p = 0,240

A-16 EMPIEMAS PLEURALES EN EL ÁREA SOCALMI: CARACTERÍSTICAS GENERALES

M. Fernández García[1], M. León Téllez[2], J. Quispe González[3], P. Dios Díez[4], J. Oblanca García[5], P. Álvarez Álvarez[6], J. Barragán Casas[7]

[1]*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria)*
[2]*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Soria. Soria*
[3]*Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid*
[4]*Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de León. León*
[5]*Servicio de Medicina Interna. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León)*
[6]*Servicio de Medicina Interna. Hospital Santos Reyes. Aranda de Duero (Burgos)*
[7]*Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Ávila. Ávila*

OBJETIVOS

Conocer las características generales de los pacientes diagnosticados de empiema pleural en la Comunidad de Castilla y León y Cantabria durante los años 2005-2009.

MATERIAL Y MÉTODO

Se analizaron los casos desde los datos de codificación hospitalarios. Finalmente se incluyeron los que cumplían los criterios de empiema según: tinción o cultivo positivo, aspecto purulento del líquido pleural o bioquímica compatible.

RESULTADOS

Se analizan 503 casos de los 600 codificados. El período de estudio fue de 2005 a 2009.

La distribución por años fue la siguiente: 2005 -114 casos, 2006 -116 casos, 2007 -97 casos, 2008 -98 casos y 2009 -78 casos. Por sexos: varones 392 (77,9%) y mujeres 111 (22,1%). La edad, presentada por décadas, fue: de 0-10 años: 6 casos, de 11-20: 16, de 21-30: 25, de 31-40: 36, de 41-50: 86, de 51-60: 104, de 61-70: 75, de 71-80: 89, de 81-90: 62, y >90: 4. Los servicios que atendieron los casos fueron: Neumología: 48,7%, Medicina Interna: 31%, Cirugía torácica: 7.7%, UCI: 4,6%, resto: 8%. La estancia media varío entre 8 y 21 días predominantemente. Los datos clínicos fueron: fiebre 64,8%, tos (57,5%), dolor costado (54,2%), disnea (54,1%). Los factores favorecedores más relevantes fueron: tabaquismo (33%), ex-fumador (27), EPOC (16,2%), alcoholismo (15,8%), Neoplasia no pulmonar (14,2%), neoplasia pulmonar (13,2%). Los datos analíticos más destacados fueron: neutropenia 2 (0,4%), leucocitosis 61,8%, Anemia 50,7%, trombopenia 6,7%, VSG elevada 90,5%. El estudio del líquido pleural muestra: aspecto purulento: 87,7%, pH<7,20: 75,4%, LDH>1000: 80,1%, Gram positivo en 62/289 (21,4%), Ziehl positivo: 2/264 (0,7%). Cultivo del líquido pleural realizado en 421 casos, siendo positivo en 226 (53,7%) y negativo en 195 (46,3%). Los hemocultivos se realizaron en 240 casos siendo positivos en 36 de ellos (15%), de éstos, el 52,8% coincidentes con el aislamiento del líquido pleural. Se colocó tubo de tórax en el 77,7%. Las complicaciones fueron: neumotórax 11,1% y fístulas 5,1%. La mortalidad global fue de 62 casos (12,3%), estando relacionada directamente con el empiema en 25 pacientes (5%).

CONCLUSIONES

El empiema pleural predomina en varones, entre los 40-70 años, son atendidos principalmente por neumólogos e internistas. La mortalidad relacionada con el proceso es del 5%. En la analítica predomina el aumento de VSG. El líquido pleural es purulento con una rentabilidad de la tinción de Gram del 21,4% y una positividad para el cultivo del 53,7%. Los hemocultivos fueron positivos en el 15%, cuando esto sucede más del 50% coinciden con los microorganismos pleurales.

A-17 EOSINOFILIA Y BOSSA NOVA

V. Portillo Tuñón, C. Dueñas Gutiérrez, R. Bejarano Espejo, M. Cuesta Lasso, S. Molinero Abad, A. Blanco Martínez de Morentín
Servicio de Medicina Interna. Hospital General Yagüe. Burgos

OBJETIVOS

Se remite al paciente a la consulta de Medicina Interna desde la consulta de Digestivo, con el fin de esclarecer el origen de una eosinofilia persistente en la analítica, aparentemente sin clínica asociada.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un varón de 78 años. Presenta antecedentes personales de carcinoma urotelial, colelitiasis, gastritis crónica atrófica, quiste hidatídico renal y asma bronquial. Es

ex-fumador y ha vivido veinte años en Brasil, de donde regresó en 1971. La exploración física resulta anodina, destacando únicamente una lesión ulcerada en región pretibial de pierna derecha, de tiempo de evolución no establecido. Se inicia estudio de eosinofilia, al parecer de años de evolución. Se solicita hemograma, bioquímica, perfil hepático, ANCA, ANA, antiDNA; extensión de sangre periférica y eosinófilos en orina, resultando todo negativo. Pese a que en la consulta de Digestivo ya se habían solicitado repetidas determinaciones de huevos y parásitos en heces, se repitió de nuevo esta prueba.

RESULTADOS

La determinación de huevos y parásitos en heces fue positiva para Strongyloides stercolaris versus Ancylostoma duodenalis. La serología solicitada posteriormente fue positiva para Strongyloides stercolaris.

DISCUSIÓN

La estrongyloidasis es endémica en regiones tropicales y subtropicales y aparece de manera esporádica en zonas templadas. El ciclo infectivo se inicia cuando la forma infectiva de la larva (filariforme) contacta con la piel y migra por la sangre hasta el pulmón, donde penetra en los alvéolos y asciende por el árbol bronquial, hasta ser deglutida. La larva madura a gusanos adultos en la mucosa del duodeno y yeyuno. La hembra produce huevos de los que procede la forma no infectiva de la larva, que se elimina por las heces. La clínica es muy variable, desde eosinofilia asintomática hasta shock séptico por enfermedad diseminada en el paciente inmunocomprometido; incluyendo manifestaciones cutáneas, digestivas y manifestaciones respiratoria, como tos seca o disnea. Los pacientes con infección crónica por Strongyloides pueden desarrollar asma bronquial.

CONCLUSIONES

El paciente fue tratado con Albendazol durante tres días. Las nuevas determinaciones de huevos y parásitos en heces fueron negativas. Las técnicas habituales de detección de parásitos en heces son muy poco sensibles, porque las larvas se eliminan de forma intermitente por las heces y porque algunos pacientes presentan muy bajos niveles de parásitos. En estos casos, la repetición de la prueba o la serología pueden resultar útiles.

A-18 TRES AÑOS DE ESPONDILODISCITIS EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL DE PALENCIA

C. Ferrer Perales, F. Sánchez-Barranco Vallejo, J. Da Cruz Soares, J. Gómez Barquero, M. Aliaga y Montilla, Y. Bombin Molinero, R. Carbajal Martínez, J. Sánchez Navarro
Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Palencia. Palencia

OBJETIVOS

Definir las causas desencadenantes de la espondilodiscitis en nuestro hospital, los microorganismos y los antibióticos empleados. Además se estudian distintos

antecedentes de los pacientes, características clínicas y datos de laboratorio que permitan una correcta descripción de la enfermedad en nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza un estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes ingresados en el Complejo Asistencial de Palencia en los últimos 3 años, que presentan al alta el diagnóstico de espondilodiscitis. Se analizan las variables de edad, sexo, diabetes, exposición TBC-Brucella, corticoides, antecedentes de cirugía de columna, osteoporosis, neoplasia, infección o cirugía abdominal reciente, dolor, fiebre, clínica neurológica, síndrome constitucional, demora diagnóstica, cifra de leucocitos, creatinina, VSG y PCR, si se realizaron hemocultivos, cultivo de orina u otros, y el germen encontrado en dichos cultivos. También se recogió el antibiótico empleado, la duración de la antibioterapia, la localización de la lesión y si fue necesaria la neurocirugía.

RESULTADOS

Se recogen un total de 12 pacientes, con una edad media de 64 años, siendo el 83% hombres. La localización más frecuente es columna lumbar (66,4%) seguida de columna dorsal (25%). De los 12 pacientes, 3 eran diabéticos, un paciente había estado expuesto a TBC y dos a Brucella. Sólo un paciente había recibido tratamiento esteroideo (8,3%) y 3 tenían antecedentes de cirugía de columna (25%). Un 75 % presentaban espondiloartrosis, un 16,7% osteoporosis, un 33,3% tenían una neoplasia conocida y un 83,3% habían presentado una infección o cirugía abdominal reciente. Presentaron dolor 11 pacientes (91,7%), 4 (33,3%) dificultad para deambular, 2 (16,7%) paraparesia y 4 pacientes (33,3%) síndrome constitucional. La media de temperatura es de 38,2º, de leucocitos de 12358, de creatinina de 1,5 mg/dl, de VSG de 79,5 y de PCR de 135. Se realizaron hemocultivos en 8 pacientes (4 positivos 33,2%), urocultivo en 6 pacientes, (2 positivos 16,7%), un cultivo de exudado de herida (8,3%) y punción guiada por TAC en uno (cultivo negativo). En cuanto a los agentes causales, encontramos E. coli (25%), S. viridans (8,3%), S. aureus (8,3%) y Proteus mirabilis (8,3%). En cuanto al tratamiento, la familia de elección fueron las cefalosporinas (75%), asociadas siempre a un segundo fármaco. La media de ATB usados es de 3,5 y la mediana de duración del tratamiento de 45 días. La neurocirugía fue necesaria en dos pacientes (16,7%).

DISCUSIÓN

Se observa un aumento de incidencia en las formas piógenas, frente a las formas brucelares y tuberculosas. En nuestra serie encontramos la existencia de un factor causal, infección previa o procedimiento endoscópico o quirúrgico reciente en un alto porcentaje de pacientes, mayor predominio del sexo masculino, edad media más avanzada, ningún paciente con VIH o ADVP, espondiloartrosis y dificultad para la marcha en un porcentaje mayor de casos y la VSG alcanza cifras más elevadas. Nuestra serie no coincide con la literatura al ser E. coli el germen más frecuente. En la mayoría de los casos se disponía de un cultivo con antibiograma, pero se prefirió el tratamiento con más de un antibiótico. Se mantuvieron una media de 45 días lo que coincide con las guías.

CONCLUSIONES

La espondilodiscitis es una enfermedad que afecta predominantemente a pacientes de edad avanzada, con un claro predominio del sexo masculino y cuya localización más habitual es en columna lumbar. Ocasiona largos periodos de hospitalización debido a la necesidad de antibioterapia endovenosa prolongada. La PCR es un parámetro analítico útil para la sospecha diagnóstica y para la valoración de la respuesta al tratamiento. La obtención de cultivos de sangre o del foco de la infección debe convertirse en nuestro primer objetivo y la coordinación entre servicios es fundamental para la buena evolución del paciente.

A-19 EMPIEMAS PLEURALES EN ÁREA SOCALMI: ETIOLOGÍA Y TRATAMIENTOS

J. Da Cruz Soares[1], P. García Carbo[2], A. Antolí Royo[3], S. Miranda Riaño[4], J. Moreno Palomares[5], E. Rodríguez Beltrán[6], N. Prieto Gascón[7], J. Barragán Casas[6]

[1]Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Palencia. Palencia
[2]Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora
[3]Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Salamanca. Salamanca
[4]Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid
[5]Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Segovia. Segovia
[6]Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Ávila. Ávila
[7]Servicio de Medicina Interna. Hospital Medina del Campo. Medina del Campo (Valladolid)

OBJETIVOS

Conocer la etiología y tratamientos, en práctica clínica real, de los pacientes diagnosticados de empiema pleural en la Comunidad de Castilla y León y Cantabria.

MATERIAL Y MÉTODO

Se analizaron los casos desde los datos de codificación hospitalarios que cumplían los criterios de empiema: tinción o cultivo positivo, aspecto purulento del líquido pleural o bioquímica compatible. <el período de estudio fue de 2005 a 2009.

RESULTADOS

Se analizan 503 casos de los 600 codificados. El período de estudio fue de 2005 a 2009. El Gram fue positivo en 62/289 (21,4%) y el Ziehl en 2/264 (0,7%). El cultivo del líquido pleural se realizó en 421 casos, siendo positivo en 226 (53,7%) y negativo en 195 (38,8%). Los hemocultivos se realizaron en 240 casos siendo positivos en 36 (15%) de éstos, el 52,8% coincide con el aislamiento del líquido pleural. Los gérmenes más habituales fueron: Streptococcus spp o Staphylococcus spp (no aureus) (80 casos), Staphyloccus aureus: 35 casos (10 Meticilin resistente y otros 25 sensibles a meticilina), Streptococcus pneumoniae (25 casos), Escherichia coli (21 casos), Gemella spp (18 casos), Mycobacterium tuberculosis (12 casos) y Pseudomonas spp (11 casos),

Klebsiella pneumoniae (10 casos), Bacteroides spp (8 casos), Prevotella spp (7 casos), Corynebacterium spp (5 casos), Enterococcus spp (5 casos), Fusobacterium spp (4 casos), el resto tuvieron una incidencia menor. Los tratamientos antibióticos empíricos inicialmente pautados más habituales fueron: cefalosporinas de tercera generación (158 casos, solas 21, el resto en asociación con otros antibióticos), quinolonas (152, solas 21), Amoxicilina-clavulánico (92, sola 45), Clindamicina (89 casos), Carbapenems (82, solos 20), Piperacilina-tazobactam (69 casos, sola 30), Tuberculostáticos (50 casos), Glicopéptidos o Linezolid (57 casos), Antifúngicos (8 casos). Las combinaciones iniciales y los cambios posteriores durante el proceso clínico fueron múltiples y variables según la evolución y resultados microbiológicos.

CONCLUSIONES

El Gram tuvo una rentabilidad del 21,4%, el Ziehl del 0,7%. Los hemocultivos fueron positivos en el 53,7% de los casos, más del 50% coincidentes con el aislamiento del líquido pleural. Los principales gérmenes aislados fueron Staphylococcus spp, Streptococcus spp seguidos de S. aureus, S. pneumoniae y Gemella spp. Entre los Gram negativos los más frecuentes fueron E. coli, Pseudomonas spp y Klebsiella pneumoniae. Los tratamientos empíricos más frecuentes fueron cefalosporinas de tercera generación, quinolonas, amoxicilina-clavulánico, clindamicina, carbapenems y piperacilina-tazobactam. Hubo una gran variabilidad en los antibióticos empleados y en sus combinaciones.

A-20 HOSPITALIZACIÓN POR INFECCIONES VÍRICAS

B. Adalia Martín[1], A. Bahamonde Carrasco[1], C. Raya[3], M. Fernández Pérez[2], C. Buelta González[1], C. Prada González[1]
[1]Servicio de Medicina Interna, [3]Servicio de Microbiologia, [2]Servicio de Medicina Preventiva. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León)

OBJETIVOS

Conocer la prevalencia de las enfermedades infecciosas virales en los pacientes hospitalizados.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo de los pacientes adultos que requirieron hospitalización por infecciones víricas comunitarias no VIH en el periodo comprendido entre el 1 de Enero del 2008 y el 1 de Enero del 2011. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, motivo del ingreso, estado inmunitario, antecedentes patológicos, estudio microbiológico, motivo del alta, días de estancia. Los datos fueron analizados mediante el sistema estadístico SPSS.

RESULTADOS

Se analizaron 197 historias pero en el estudio se incluyeron 110 pacientes (cumplían el requisito de confirmación microbiológica). El 62,72% fueron varones. La edad media fue de 55 años. 49,09% eran inmunodeprimidos y 62,72 % inmunocompetentes.

DISCUSIÓN

Los progresos en el diagnóstico virológico se ha traducido en mejoras en el rendimiento y rapidez de los medios de cultivo, ganancia de sensibilidad y especificidad en las técnicas de detección de antígenos virales. Limitaciones: han podido existir sesgos de selección y de información.

CONCLUSIONES

No hay tratamiento específico para la mayoría de las infecciones víricas (el tratamiento básico será el de soporte según las necesidades de cada cuadro clínico). Las infecciones más frecuentes fueron por virus influenza, virus de las hepatitis y herpes virus. Las infecciones virales con mayor mortalidad y morbilidad fueron las del sistema nervioso central.

INFECCIONES VÍRICAS (A-20)

AGENTE	INMUNOSUPRESION	INMINOCOMPETENTE
VIRUS HERPES SIMPLE	7	5
VIRUS VARICELA ZOSTER	9	2
CITOMEGALOVIRUS	7	0
VEB	4	1
VIRUS JC	2	0
PARVOVIRUS B19	0	2
ADENOVIRUS	4	2
ROTAVIRUS	5	2
VIRUS HEPATITIS A	4	9
VIRUS HEPATITIS B	2	5
VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL	4	2
VIRUS INFLUENZA	3	21
COXSACKIE B	0	3
COXSACKIE A	3	1
VIRUS DE LA RABIA	0	1

A-21 DOLOR INGUINAL DE CAUSA INFRECUENTE

S. Rodríguez García, S. García Martínez, C. Ruiz Bayón, P. Dios Díez
Servicio de Medicina interna. Complejo Asistencial de León. León

OBJETIVOS

Revisión de las artritis infecciosas a propósito de un caso.

MATERIAL Y MÉTODO

Caso clínico de un ingreso en el Hospital Monte San Isidro, perteneciente al Complejo Hospitalario Universitario de León. Se trata de una paciente de 81 años que ingresa por dolor inguinal, mecánico, no claramente irradiado, de 6 semanas de evolución. Como antecedentes personales destaca: ca. Epidermoide de cervix tratado con cirugía y radioterapia-cobaltoterapia adyuvante, diversas complicaciones de la radioterapia (enteritis actínica, radiodermitis, cistitis), cardiopatía isquémica, infecciones pulmonares (NAC, bronquiectasias) y artrosis generalizadas. La exploración física resultó anodina, salvo el hallazgo de febrícula (Tª 37.5) Realizamos diversas pruebas complementarias: hemograma, donde destacaba la presencia de anemia normocítica y aumento de la VSG, del metabolismo del hierro se deducía la presencia de un trastorno crónica. El resto de las pruebas elementales (bioquímica, proteinograma, serologías, autoinmunidad, radiografía de tórax) resultaron no mostraban alteraciones. La realización de pruebas de imagen aportó luz al diagnóstico, la RMN con gadolinio mostró hipercaptación en la sínfisis del pubis sugerente de artritis infecciosa. La realización de la PAAF y el cultivo del líquido confirmaron los hallazgos.

RESULTADOS

Se realizó PAAF de la sínfisis del pubis, obteniendo líquido purulento. El cultivo mostró abundante crecimiento de S. agalactiae. Tras antibioteparia con vancomicina (paciente alérgica a beta-lactámicos) y, tras recibir resultados de antibioterapia, cambio a levofloxacino, la paciente mejoró clínica y radiológicamente.

DISCUSIÓN

Ante el hallazgo de una monoartritis, lo primero que debemos hacer es descartar la causa infecciosa, debido a las posibles secuelas. El microorganismo más prevalente en artritis infecciosa es S. aureus, seguido por S. pneumoniae y S. b-hemolíticos. Las vías de infección son diversas, destacando la diseminación hematógena y la inoculación directa durante cirugía o tras mordeduras. La presentación clínica consiste en fiebre, mal estado general y dolor e impotencia funcional de la articulación afecta, aunque hemos de tener en cuenta que en articulaciones profundas, las manifestaciones son mucho menos evidentes. La prueba imprescindible para el diagnóstico se basa en el análisis del líquido sinovial, mediante determinaciones bioquímicas y celulares, y cultivo, tanto en medio aerobio como anaerobio.

CONCLUSIONES

Ante el hallazgo de monoartritis, lo primero que debemos descartar es la existencia de una infección intraarticular. Para ello, el cultivo de una muestra de líquido sinovial constituye el gold standard del diagnóstico. El S. agalactiae es un microorganismo que infecta principalmente a neonatos, a través del canal del parto. Desde la instauración del screening de infección en gestantes a término, la prevalencia de esta infección a

disminuido de forma notable. En adultos, la infección por S. agalactiae se manifiesta en forma de infección de partes blandas, celulitis, neumonía, meningitis, y en casos poco frecuentes, artritis infecciosas. El diagnóstico de obtiene con cultivo del líquido sinovial. En cuanto al tratamiento, la penicilina es el antibiótico de elección, utilizando la vancomicina como alternativa.

Paciente Pluripatológico/ Edad Avanzada (EA)

EA-01 DIMENSIÓN SOCIOFAMILIAR DE UNA MUESTRA MULTICÉNTRICA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADÍO AVANZADO. PROYECTO PALIAR

H. Ternavasio de la Vega, S. Gómez Lesmes, I. Novo Veleiro, H. Llorente Cancho, M. Polvorosa Gómez, L. Alvela Suárez, en representación de los investigadores del proyecto PALIAR
Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Salamanca. Salamanca

OBJETIVOS
Conocer las características del entorno sociofamiliar de los pacientes con enfermedades crónicas no neoplásicas en estadio avanzado incluidos en el proyecto PALIAR.
MATERIAL Y MÉTODO
Estudio transversal multicéntrico de 41 hospitales españoles, con inclusión de pacientes identificados durante la hospitalización, en seguimiento en consultas o en seguimiento domiciliario durante los meses de febrero de 2009 a septiembre de 2010. Se incluyeron pacientes con una o más de las siguientes condiciones clínicas: Insuficiencia cardíaca con disnea basal grado >= III de la NYHA; insuficiencia respiratoria crónica con disnea basal >= III de la Medical Research Council y/o saturación de oxígeno <90% y/o oxigenoterapia domiciliaria; insuficiencia renal crónica en estadio 4 o 5 (Tasa de Filtrado Glomerular calculada <30mL/min, o bien creatininemias basales >= 3mg/dL); hepatopatía crónica con datos clínicos ± analíticos ± endoscópicos ± ecográficos de hipertensión portal y/o insuficiencia hepatocelular (puntuación en la escala Child-Pugh >7), enfermedad neurológica crónica con deterioro cognitivo establecido (Escala de Pfeiffer con 7 o más errores y/o MEC con <= 18 puntos) y/o deterioro funcional para las ABVD establecido (Índice de Barthel <60 puntos). Se analizaron las características sociales (domicilio, presencia de cuidador, ayudas recibidas en programas de salud específicos, apoyo por la Ley de la Dependencia), y los factores asociados a la ausencia de cuidador y a la ausencia de ayudas.
RESULTADOS
Se incluyeron un total de 1847 pacientes procedentes de 46 hospitales. La edad media de los pacientes fue de 78,7 ± 10 años, siendo el 51% de ellos varones. El

lugar de residencia más frecuente fue el domicilio particular en 1611 (87,2%), seguido de instituciones sanitarias en 227 (12,3%). El 86,95% de los pacientes tenían un cuidador principal aunque sólo lo requerían 1448 (78,4%); de estos 1448, el 96% lo tenía. Respecto a las características del cuidador, en el 84% de los casos eran mujeres, fundamentalmente hijos (35,4%) y cónyuges (23,3%). De ellos el 60% se dedicaba al cuidado del paciente a tiempo completo. Del total de cuidadoras/es 755 (el 68%) necesitaba ayuda suplementaria; para esta ayuda 400 (el 53%) se apoyaban en familiares y 211 (28%) en personal contratado. Sólo 150 pacientes (8,1%) estaban incluidos en programas de cuidados paliativos; 52 (2.8%) recibía apoyo psicológico especializado, y 194 de ellos (10,5%) recibían apoyo espiritual. Un total de 211 familias (11.4%) estaban incluidos en programas de ayuda al cuidador, y 408 (el 22.1%) recibían apoyo efectivo por parte de la Ley de Dependencia. Los factores asociados de forma independiente a la ausencia de cuidador fueron una mayor edad (OR=1.033 [1.01-1.56]; p=0.004), padecer insuficiencia cardíaca (OR=1.61 [1.06-2.45]; p=0.026), insuficiencia respiratoria (OR=1.9 [1.17-3.08]; p=0.01), insuficiencia renal crónica (OR=1.7 [1.01-2.8]; p=0.047), y mayor dependencia para las ABVD definida por un índice de Barthel más bajo (OR=1.1 [1.06-1.04]; p< 0.0001). Aquellos asociados a tener apoyo por la Ley de la Dependencia fueron la enfermedad cerebrovascular (OR=1.5 [1.3-2.0]; p=0.006), el deterioro cognitivo moderado-severo (OR=1.8 [1.2-2.5]; p=0.002), la poliartrosis (OR=1.5 [1.1-2.1]; p=0.01), el presentar disnea avanzada de la NYHA y/o MRC (OR=2.5 [1.4-4.2]; p=0.0001), y la mayor dependencia para las ABVD definida por un Índice de Barthel más bajo (OR=1.013 [1.001-1.02]; p<0.0001).

CONCLUSIONES

En esta muestra de pacientes con enfermedades médicas avanzadas el cuidado queda fundamentalmente a expensas de sus propios recursos, siendo administrado por hijas/os y esposas/os, fundamentalmente en el propio domicilio familiar, y con un escaso apoyo institucional y social a cuidadoras/es y pacientes.

EA-02 VALORACIÓN FUNCIONAL DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADÍO AVANZADO. ¿INDICE DE BARTHEL, ECOG-PS O PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE?

I. Novo Veleiro, H. Llorente Cancho, M. Polvorosa Gómez, M. Alvela Suárez, H. Ternavasio de la Vega, S. Gómez Lesmes, en representación de los investigadores del proyecto PALIAR

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

OBJETIVOS

Determinar la situación funcional para el desarrollo de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) mediante el I. Barthel (IB), el performance status mediante el ECOG-PS,

y el PPS, y explorar la concordancia entre estos tres instrumentos, de los pacientes con enfermedades crónicas no neoplásicas en estadio avanzado incluidos en el proyecto PALIAR.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio transversal multicéntrico de 41 hospitales españoles, con inclusión de pacientes identificados durante la hospitalización, consultas, ú hospitalización domiciliaria entre Febr2009-Sept2010. Se incluyeron pacientes con >= 1: Insuficiencia cardíaca con disnea basal >= III de la NYHA (ICC); insuficiencia respiratoria con disnea basal >= III MRC y/o satO2<90% y/o O2domiciliaria (IR); insuficiencia renal crónica estadio 4-5 de NKF (ERC); hepatopatía crónica escala Child-Pugh >7; y/o enfermedad neurológica con deterioro cognitivo/funcional establecidos (Pfeiffer>6 y/o MEC < = 18 y/o Barthel<60) (EN). Se consignó el IB, ECOG-PS y PPS, así como la concordancia entre estas tres escalas mediante el coeficiente de correlación intraclase (IB y PPS), y el índice kappa (categorizando el IB<35, el PPS<50, y ECOG-PS?3).

RESULTADOS

La mediana del IB y PPS de los 1847 pacientes incluidos fue 35 [RIC=70], y 50 [RIC=30], respectivamente. Un 49% de ellos presentaba dependencia grave ó total (IB<35), y un 46.8% pasaba la mayor parte del tiempo en la cama (PPS<50). Con respecto al ECOG-PS sólo un 23% estaba en situación clínica 0-1, mientras que un 40% estaba en situación 3-4 (más del 50% del día en la cama ó completamente encamado). El coeficiente de correlación intraclase entre el IB y el PPS fue 0.685 (0.635-0.727; p<.0001) para medidas individuales y 0.813 (0.777-0.842; p<.0001). El índice de concordancia kappa categorizando las escalas fue 0.681 (0.647-0.715; p<.0001) entre el IB y el PPS, 0.653 (0.617-0.689; p<.0001) entre el IB y el ECOG-PS, y 0.745 (0.713-0.777; p<.0001) entre el PPS y el ECOG-PS.

CONCLUSIONES

Aproximadamente la mitad de los pacientes con enfermedades médicas avanzadas incluidos en el proyecto PALIAR presentaban dependencia grave-total y/o precisaban encamamiento la mayor parte del tiempo. La concordancia entre los tres instrumentos fue aceptable-buena.

EA-03 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FUNCIONALES DE UNA MUESTRA MULTICÉNTRICA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADIO AVANZADO. PROYECTO PALIAR

M. Polvorosa Gómez[1], M. Fernández Zubiaga[2], N. Castro Iglesias[1], H. Ternavasio de la Vega[1], S. Gómez Lesmes[1], I. Novo Veleiro[1], H. Llorente Cancho[1], en representación de los investigadores del proyecto PALIAR

[1]Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Salamanca. Salamanca

[2]Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Burgos. Burgos

OBJETIVOS

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

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio transversal multicéntrico de 41 hospitales españoles, con inclusión de pacientes identificados durante la hospitalización, consultas, u hospitalización domiciliaria entre Febr2009-Sept2010. Se incluyeron pacientes con una ó más de las siguientes condiciones: Insuficiencia cardíaca con disnea basal >= III de la NYHA (ICC); insuficiencia respiratoria con disnea basal >= III MRC y/o satO2 < 90% y/o O2domiciliaria (IR); insuficiencia renal crónica estadio 4 ó 5 de NKF (ERC); hepatopatía crónica en la escala Child-Pugh >7; y/o enfermedad neurológica crónica con deterioro cognitivo/ funcional establecidos (Pfeiffer >6 y/o MEC <= 18 y/o Barthel < 60)(EN). Se analizaron las características clínicas y funcionales, y los factores asociados a una dependencia grave-total (IB < 35), y a un performance peor (ECOG de 3 ó 4).

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 1847 pacientes (78,7±10 años, 51% varones). La media de condiciones de inclusión fue 1.35 ± 0.6/paciente, siendo las más frecuentes las EN (814 pacientes, 44.1%) seguidas de la ICC (718, 38.9%), la IR (615, 33.3%), la IRC (225, 12.2%), y la hepatopatía (115, 6.2%). La carga de comorbilidades fue de 2,53 (D.E. 1,7)/ paciente, siendo las más frecuentes HTA (1273 pacientes, 68,9%), fibrilación auricular (663(35,9%)), dislipemia (601, 32,5%), EPOC (560, 30,3%) y DM sin LOD (525, 28,4%). Cumplían criterios de Paciente Pluripatológico 1285 (70%), con una carga de categorías >= 3 en 665 (54.3%). La mediana del índice de Charlson fue de 3 (RIC=3). Los síntomas más prevalentes fueron la disnea grave (3-4 de la NYHA y/o MRC) en 952 (51.5%), la astenia en 423 (23%), el delirium y/o encefalopatía en 403 (22%), la anorexia en 363 (20%), el dolor crónico (356, 19%, con una mediana en EVA= 6 sobre 10), el insomnio (en 332, 18%), y menos frecuentemente las náuseas-vómitos (80, 4.3%), y la diarrea (41, 2.2%). La media de ingresos en el año previo fue 2 ± 1,5 y en los tres meses previos de 4 ± 0,4. La mediana del IB fue 35 (RIC=70), y un 49% presentaba dependencia grave ó total; asimismo 745 pacientes (un 40%) permanecía encamado más del 50% del día o estaba postrado en ella. Los factores asociados de forma independiente a la dependencia grave-total fueron el sexo femenino (OR=1.6 [1.14-2.2]; p=0.006), una mayor edad (OR=1.03 [1.01-1.05]; p=0.0001), disponer de cuidador (OR=7.7 [3.3-18]; p<0.0001), padecer EN (OR=9.7 [6.6-14]; p<0.0001), la disnea III-IV (OR=1.6 [1.1-2.4]; p<0.02), y la anorexia (OR=2.3 [1.6-3.5]; p<0.0001). Aquéllos asociados a un ECOG 3-4 fueron un mayor número de condiciones cínicas de inclusión (OR=4.7 [1.4-16]; p=0.01), y una mayor carga de comorbilidad en la escala de Charlson (OR=1.5 [1.1-2.1]; p=0.011).

CONCLUSIONES

Las enfermedades más prevalentes de esta muestra de pacientes con condiciones médicas avanzadas fueron las neurológicas, cardiovasculares y las respiratorias,

ocupando un espacio protagonista la carga de comorbilidad asociada, y el deterioro funcional y del performance. La sintomatología predominante difiere notablemente de poblaciones con enfermedades neoplásicas avanzadas, por lo que el manejo requiere abordaje clínico específico.

EA-04 PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

B. Adalia Martín, M. Alonso Fernández, C. Buelta González, F. Vega Rollán, L. Corral Gudino, J. Hernando
Servicio de Medicina Interna. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León)

OBJETIVOS

Valorar la proporción de pacientes pluripatológicos hospitalizados en el servicio de medicina interna. Conocer las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes pluripatológicos.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio trasversal descriptivo de los pacientes adultos hospitalizados en el servicio de medicina interna del hospital El Bierzo en el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de Octubre del 2010 y el 1 de Abril del 2011. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, causa del ingreso, numero de diagnósticos al alta, días de estancia, criterios propuestos para la inclusión de pacientes en el proceso asistencial de atención al paciente pluripatológico, índice de Barthel. Los datos fueron analizados mediante el sistema estadístico SPSS.

RESULTADOS

Se recogieron datos de 502 pacientes, de los cuales 60,75% eran varones y 39,24% mujeres. La edad media fue de 72 años. El 75% eran mayores de 65 años. Las patologías más frecuentes de ingreso hospitalario fueron: infección respiratoria 20,31%, neumonía 19,12%, insuficiencia cardiaca congestiva 12%, infección de orina 12,54%, ACVA 14,14%, anemia 5,77%, infección del SNC 2,58%, angina inestable 2,19%, IAM 1,39%, sepsis grave 3,78%. El 57,56% fueron clasificados como pluripatológicos. La distribución por categorías: categoría A 23,52%; categoría B 15,22%; categoría C 25,60%; categoría D 3,11%; categoría E 7,26%; categoría F 19,03%; categoría G 6,22%. Los enfermos pluripatológicos fueron de edad superior, su estancia hospitalaria fue mas prolongada, mayor mortalidad y la estación del año en la que se produjeron mas ingresos fue en invierno.

DISCUSIÓN

Se identifico a un subgrupo de población con alta incidencia en la asistencia sanitaria, mayor necesidad de asistencia urgente e ingreso hospitalario, elevada mortalidad y discapacidad progresiva. El indicador valido para la evaluación de la comorbilidad es el índice de Charlson, que se utiliza sobre todo para estimar el pronóstico vital. Los

errores mas frecuentes a la hora de abordar a estos pacientes son la aceptación de la irreversibilidad del deterioro y la tendencia a infratratarlos.

CONCLUSIONES

Los pacientes pluripatológicos pueden beneficiarse de un modelo de atención integral y de continuidad asistencial. Los pacientes pluripatológicos presentan mayor necesidad de asistencia sanitaria, mayor mortalidad y mayor deterioro al ingreso y al alta. La prevalencia de patología crónica cardiovascular y pulmonar es elevada, además de ser las principales causas de mortalidad hospitalaria.

EA-05 CATEGORIZACIÓN CLÍNICA Y PRONÓSTICA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADÍO AVANZADO. RESULTADOS PRELIMINARES DEL PROYECTO PALIAR

H. Llorente Cancho[1], N. Castro Iglesias[1], M. Polvorosa Gómez[1], M. Fernández Zubiaga[2], G. Ternavasio de La Vega[1], S. Gómez Lesmes[1], I. Novo Veleiro[1], en representación de los investigadores del proyecto PALIAR

[1]*Servicio de Medicina Interna II. Hospital Universitario de Salamanca. H. Clínico. Salamanca*

[2]*Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Burgos. Burgos*

OBJETIVOS

Conocer la prevalencia de situación terminal catalogada por el clínico a cargo, así como los factores asociados, de los pacientes con enfermedades crónicas no neoplásicas en estadio avanzado incluidos en el proyecto PALIAR.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio transversal multicéntrico de 41 hospitales españoles, con inclusión de pacientes identificados durante la hospitalización, consultas, ú hospitalización domiciliaria entre Febr2009-Sept2010. Se incluyeron pacientes con una ó más de las siguientes condiciones: Insuficiencia cardíaca con disnea basal>=III de la NYHA (ICC); insuficiencia respiratoria con disnea basal>=III MRC y/o satO2<90% y/o O2domiciliaria (IR); insuficiencia renal crónica estadio 4-5 de NKF (ERC); hepatopatía crónica escala Child-Pugh >7; y/o enfermedad neurológica con deterioro cognitivo/funcional establecidos (Pfeiffer>6 y/o MEC<=18 y/o Barthel<60) (EN). Se analizó la prevalencia de pacientes en situaciones catalogadas como de terminalidad según los criterios de la National Hospice Foundation (NHO), y según el Palliative Prognostic Index (PPI) (>4 puntos; y un segundo punto de corte >6 puntos), su grado de concordancia para el mismo observador, así como los factores asociados a ser catalogado en estadio terminal por los criterios NHO.

RESULTADOS

De los 1847 pacientes incluidos 899 (49%) presentaba criterios de terminalidad de la NHO. La mediana de la puntuación en la escala PPI fue 4.5 (rango intercuartil=4.5);

El 50.3%/44.4% de los pacientes presentaron criterios de terminalidad para el punto de corte >4/>6 puntos, respectivamente. La concordancia entre los dos instrumentos para un mismo observador obtuvo un índice kappa=0.446 (0.40-0.48) para un punto de corte del PPI>4puntos y un valor de 0.385 (0.34-0.43) para un punto de corte del PPI >6puntos. Los factores asociados de forma independiente a la catalogación de terminalidad por NHO fueron la edad (OR=1.05 [1.02-1.06]; p<.0001), la hepatopatía como condición de inclusión (OR=3 [1.5-6.3]; p=.003), la diabetes (OR=1.4 [1.02-1.9]; p=.035), la presencia de delirium (OR=1.9 [1.2-2.9]; p=.004), astenia (OR=1.6 [1.03-2.5]; p=.037), anorexia (OR=1.8 [1.1-2.9]; p=.023), la disnea severa (OR=1.8 [1.2-2.7]; p=.002), y una pobre situación funcional por el I.Barthel (OR=1.04 [1.02-1.05]; p<.0001).

CONCLUSIONES

Aproximadamente la mitad de los pacientes con enfermedades médicas avanzadas incluidos en el proyecto PALIAR se catalogaron por su clínico en estadio terminal. Los dos instrumentos de catalogación analizados obtuvieron una concordancia intraobservador pobre.

EA-06 PERFIL DE PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADÍO AVANZADO DE 41 HOSPITALES ESPAÑOLES

S. Gómez Lesmes[1], I. Novo Veleiro[1], H. Llorente Cancho[1], H. Ternavasio de La Vega[1], M. Polvorosa Gómez[1], L. Alvela Suárez[1], M. Pérez Gutiérrez[2], en representación de los investigadores del proyecto PALIAR

[1]Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. H. Clínico. Salamanca, [2]Servicio de Medicina Interna. Hospital de León. León

OBJETIVOS

Analizar el perfil de prescripción farmacológica y los factores asociados a la polifarmacia de los pacientes con enfermedades crónicas no neoplásicas en estadio avanzado incluidos en el proyecto PALIAR.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio transversal multicéntrico de 41 hospitales españoles, con inclusión de pacientes identificados durante la hospitalización, consultas, ú hospitalización domiciliaria entre Febr2009-Sept2010. Se incluyeron pacientes con una ó más de las siguientes condiciones: Insuficiencia cardíaca con disnea basal>=III de la NYHA (ICC); insuficiencia respiratoria con disnea basal>=III MRC y/o satO2<90% y/o O2domiciliaria (IR); insuficiencia renal crónica estadio 4-5 de NKF (ERC); hepatopatía crónica escala Child-Pugh >7; y/o enfermedad neurológica con deterioro cognitivo/funcional establecidos (Pfeiffer>6 y/o MEC<=18 y/o Barthel<60) (EN). Se analizaron las características de prescripción farmacológica y los factores asociados a la polifarmacia (?5 fármacos), y a la presencia de errores autoreferidos en las tomas.

RESULTADOS

La prevalencia de polifarmacia en los 1847 pacientes incluidos fue 86%(8.1±3.5 fármacos y 9.1±5 comprimidos por paciente). El 31,3% tomaba?10 fármacos. Por grupo, los fármacos más prescritos fueron antihipertensivos (1514 pacientes (82,6%)), gastroprotectores (1363(73,8%)), antiagregantes/anticoagulantes (1298(70,3%)), fármacos psicótropos (956(51,8%)), broncodilatadores inhalados (775(42%)) y analgésicos (674(36,5%)). Individualmente, los más prescritos fueron omeprazol (73,8%), diuréticos (70,3%), IECAS/ARAII (58,7%), AAS (44%), anticolinérgicos inhalados (39,4%), beta 2 adrenérgicos inhalados (36,5%), y analgésicos de primer escalón (35,7%). Destacar por su escasa prescripción los analgésicos de 2º (5,7%) y 3er escalón (8,1%), antidepresivos (16,2%), anticolinesterásicos (5,7%), neurolépticos (21,2%) y betabloqueantes (26,69%). El 45,6% había recibido un ciclo de antibioterapia en los 3 meses previos, siendo los más utilizados las quinolonas (450 pacientes (24,4%), seguidos de penicilinas (365(19,8%) y cefalosporinas (260(14,1%)). Respecto a la adherencia al tratamiento el 51,8% de los pacientes no cometía ningún error en la toma, el 38,6% lo cometían ocasionalmente y el 9,6% casi diariamente o siempre. Los factores asociados de forma independiente a la polifarmacia fueron la pluripatología (OR=1.6 [1.1-2.4]; p=.01), la hipertensión (OR=2 [1.4-3]; p<.0001), la diabetes (OR=1.8 [1.2-2.6]; p=.004), la disnea severa (OR=2.1 [1.3-3.6]; p=.004), el dolor crónico (OR=2.7 [1.4-5.1]; p<.003), un pobre performance de la ECOG (OR=3.9 [1.2-12.6]; p=.026), y la ausencia de EN (OR=2 [1.2-3.4]; p=.006). Aquéllos asociados de forma independiente a la presencia de errores en la toma fueron requerir cuidador (OR=1.6 [1.2-2.2]; p=.006), una mayor carga de comorbilidad por el índice Charlson ((OR=1.14 [1.07-1.22]; p<.0001), la anorexia (OR=1.36 [1.001-1.8]; p=.046), y la ausencia de EN (OR=1.84 [1.4-2.4]; p<.0001).

CONCLUSIONES

La prevalencia de polifarmacia en estos pacientes con enfermedades médicas avanzadas es elevada, así como los errores autorreferidos en la toma de la medicación. El perfil prescriptor en general sigue centrado en un abordaje etiopatogénico y en menor medida en un abordaje sintomático.

EA-07 ¿DEPENDENCIA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA REVERSIBLE?

B. Adalia Martín[1], L. Corral Gudino[1], J. Álvarez[2], A. Fernández Díaz[2], C. Buelta González[1], J. Hernando[1]
[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Servicio de Neurología. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León)

OBJETIVOS

Presentar el caso de una paciente con deterioro progresivo de de su estado basal hasta convertirse en una persona totalmente dependiente con resolución del cuadro de etiología poco frecuente.

MATERIAL Y MÉTODO

Mujer de 83 años, alergia a la penicilina, Katz A, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, cardiopatía hipertensiva, prótesis aórtica mecánica, fibrilación auricular permanente y anemia ferropénica. Intoxicación por monóxido de carbono hace 6 semanas que preciso tratamiento con oxigeno en cámara hiperbárica. En tratamiento con acenocumarol, digoxina, ramipril y repaglinida. Es traída a urgencias por dificultad para la marcha desde hace dos semanas, convirtiéndose progresivamente en dependiente para todas las actividades de la vida cotidiana. A la exploración física destaca: bradicinesia, debilidad simétrica en ambas extremidades III/V y rigidez. Resto de la exploración normal. Pruebas complementarias: 1. Analítica: hemoglobina 10 gramos/dl, INR 1,27. ECG: fibrilación auricular a 70 lpm. 3. Radiografía de tórax: cardiomegalia. Prótesis valvular. 4. TC craneal: atrofia córtico-subcortical difusa. Dilatación ventricular congruente con el grado de atrofia.5. Resonancia magnética: imágenes compatibles con síndrome neurológico tardío por intoxicación por monóxido de carbono.

RESULTADOS

La paciente ingresa por deterioro marcado de la movilidad que progresa hasta debilidad generalizada grave, que mejora parcialmente con rehabilitación. Catorce meses después, el examen neurológico, las pruebas cognitivas y su capacidad funcional eran normales.

DISCUSIÓN

Aproximadamente, el 30% de los pacientes sometidos a la exposición de niveles tóxicos de monóxido de carbono presentan un síndrome neuroléptico tardío que consiste en varias formas de defectos motores y cognitivos, que aparecen entre 3 semanas y 6 meses después del envenenamiento agudo. La región cerebral más comprometida es la sustancia blanca hemisférica, cuyo compromiso histológico varia desde leve palidez difusa en la tinción de las vainas de mielina con respecto a axonal, hasta graves placas necróticas concluyentes. La severidad de las lesiones no se correlaciona con el nivel sanguíneo de carboxihemoglobina en el periodo agudo y la incidencia de leucoencefalopatía asintomática es desconocida. 50-75% de los pacientes se recuperan espontáneamente durante los dos primeros años. Las secuelas pueden incluir cefaleas, dificultad para la concentración, letargia, labilidad emocional, síndrome amnésico, demencia, psicosis, apraxia, agnosia, neuropatía periférica, incontinencia urinaria, etc. Las secuelas mas graves son parkinsonismo, parálisis o ceguera cortical.

CONCLUSIONES

No existen datos predictivos para saber quién va a desarrollar el síndrome, siendo más frecuente en intoxicaciones graves y en ancianos Estos pacientes no suelen ser revisados, no se les realiza seguimiento post-alta y en un 30% de los casos, según distintas casuísticas, presentan un Síndrome Neurológico Tardío.

Insuficiencia Cardiaca (IC)

IC-01 LA ARRITMIA CARDIACA POR FIBRILACIÓN AURICULAR EN MEDICINA INTERNA

E. Castelar Delgado, S. García Escudero, P. Dios Díez, S. Castellanos Viñas, M. Ledo Laso, R. De Castro Losa
Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de León. León

OBJETIVOS

Estudio que analiza el perfil del paciente con arritmia cardiaca por fibrilación auricular que requiere atención urgente e incluso pase de Servicio a Cardiología durante su estancia en Medicina Interna. Se analizan la morbimortalidad, los factores de riesgo cardiovascular asociados, las técnicas que precisan dichos pacientes por parte del Servicio de Cardiología y el tratamiento al alta desde el punto de vista de la anticoagulación.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo, retrospectivo, observacional y no controlado en el que se han tomado como caso aquellos pacientes con arritmia cardiaca por fibrilación auricular que, ingresando inicialmente en el Servicio de Medicina Interna, son dados de alta por el Servicio de Cardiología en el Complejo Asistencial de León durante el año 2007.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 23 pacientes de los cuales 16 eran hombres (69.6%) con una edad media de 74.17 años. Como antecedentes personales de interés destaca patología cardíaca previa al ingreso en el 78.3% (excluyendo la arritmia cardiaca por fibrilación auricular) y patología pulmonar en el 43.5%, principalmente EPOC. HTA 78.3%, DM 30.4%, DL 21.7%. IRC diagnosticada en el 30.4% de los pacientes; sin embargo no se objetivó hiperpotasemia severa en ningún caso. En su mayoría eran pacientes polimedicados; como medicación habitual se prestó especial atención a la toma de dicumarínicos (69.6%). El motivo principal de ingreso, en el Servicio de Medicina Interna, fue la disnea secundaria a insuficiencia cardiaca (14 pacientes, 60.9%) y el motivo principal de traslado al Servicio de Cardiología fueron síntomas refractarios al tratamiento convencional de la insuficiencia cardiaca (39.1%). Se realizó ecocardiograma en el 69.6% de los pacientes, siendo patológico en todos ellos. El electrocardiograma y la radiografía de tórax constaban en la historia de todos los pacientes. De todos los pacientes estudiados el 69.6% tomaban dicumarínicos al ingreso y al alta ese % disminuye al 43.5%, teniendo en cuenta, que los restantes fueron tratados con heparinas de bajo peso molecular a dosis de anticoagulación, con la finalidad de reintroducir anticoagulantes orales posteriormente.

DISCUSIÓN

Es manifiesto el predominio de pacientes del sexo masculino con AC x FA y acorde con la literatura internacional, en donde se determina que el varón tiene 1.5 más riesgo que la mujer de desarrollar dicha arritmia cardiaca. Al igual que el sexo, la edad es otro factor condicionante para la aparición de fibrilación auricular debido a que el envejecimiento provoca cambios histológicos en la conducción auricular, lo que predispone el desarrollo de la arritmia, estableciéndose que la prevalencia de dicha arritmia se duplica con cada década de la vida. La decisión de anticoagular a un paciente mayor de 85 años con fibrilación auricular debe individualizarse en cada caso. Se mantiene el perfil del paciente ingresado en Medicina Interna con características de avanzada edad, con comorbilidad y elevado riesgo cardiovascular y polimedicados, que de forma excepcional, requieren de técnicas invasivas por parte de Cardiología. El desarrollo de Unidades de Insuficiencia Cardíaca con carácter multidisciplinar y el objetivo de disminuir reingresos y mejorar la calidad de vida de los pacientes es ya una realidad.

CONCLUSIONES

El sexo y la edad son factores relacionados con una mayor prevalencia de fibrilación auricular, consideración fundamental para el abordaje terapéutico. En la historia clínica de estos pacientes debemos dejar constancia de este diagnóstico y el tiempo de evolución, así como el informe ecocardiográfico sobre su cardiopatía estructural. En situaciones de refractariedad es idóneo el abordaje desde la Unidades multidisciplinares de Insuficiencia Cardíaca con objetivos de mejorar el nivel educativo y autocuidado, identificar factores de descompensación y mejorar la calidad de vida de los pacientes, evitando reingresos.

IC-02 INSUFICIENCIA CARDIACA EN UN PACIENTE CON HEMOCROMATOSIS

P. Dios Díez, E. Castelar Delgado, S. García Escudero, C. Ruiz Bayón, S. Aguilar Huergo, Á. Martínez González

Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de León. León

OBJETIVOS

Introducción: La miocardiopatía por sobrecarga de hierro aparece con frecuencia en pacientes con múltiples trasfusiones o enfermedades sanguíneas, y de manera menos habitual, como parte de una hemocromatosis hereditaria. Este es el caso que presentamos.

MATERIAL Y MÉTODO

Caso clínico: varón de 81 años que ingresa por disnea. Hipertensión de larga evolución. Hemocromatosis en seguimiento por Digestivo, con sangrías de repetición (gen de la hemocromatosis positivo). Prótesis de cadera bilateral. Tratamiento habitual con losartán, pravastatina, pentoxifilina y ácido acetilsalicílico. Cuenta cuadro de 1 semana de evolución de disnea sin otra clínica. En la exploración física objetivamos semiología de

edema derrame pleural derecho. Sin otros hallazgos. En las pruebas complementarias tiene una creatinina de 1.24 y un pro- BNP de 2405. El resto de la bioquímica y el hemograma son normales. Está en insuficiencia respiratoria parcial por la gasometría. El líquido pleural es compatible con un exudado. En la radiografía de tórax y el escáner torácico se confirma el derrame pleural basal derecho, con atelectasia pasiva pulmonar basal derecha. Se realiza ecocardio ante el cuadro de insuficiencia cardiaca, que se informa como engrosamiento severo de miocardio con función sistólica conservada, disfunción diastólica severa, con datos de miocardiopatía restrictiva, compatible con cardiopatía hipertensiva evolucionada y miocardiopatía hipertrófica o enfermedad de depósito, sugiriendo la realización de una resonancia cardiaca. Ésta es compatible con enfermedad de depósito. Por el cuadro clínico y los hallazgos radiológicos, se inicia tratamiento diurético y con antagonistas del receptor de angiotensina. Debido a la estabilidad de las cifras de ferritina, no se volvieron a plantear sangrías.

DISCUSIÓN

Discusión: la hemocromatosis es una enfermedad de depósito, con una incidencia del 0.2-0.3% de homocigotos. Suele manifestarse a partir de los 40 años, y su expresión depende de varios factores. La clínica es variada, pero la hepatomegalia, artropatía y afectación cardiaca son indicios de enfermedad avanzada. En el caso de patología cardiaca, suele aparecer como insuficiencia, como es el caso del que hablamos, o arritmias (extrasístoles supraventriculares, taquiarritmias, fibrilación auricular o flutter y diferentes bloqueos auriculoventriculares). El tratamiento se basa fundamentalmente en las flebotomías semanales al inicio de la enfermedad, hasta mejorar las cifras de ferritina y la saturación de transferrina, ya que es un tratamiento seguro y eficaz, y mejora los síntomas, incluida la insuficiencia cardiaca. Existen quelantes de hierro (desferoxamina, deferasirox) también eficaces aunque menos seguros y utilizados. El pronóstico depende fundamentalmente del retraso en el diagnóstico, ya que con normalización de los parámetros bioquímicos, la supervivencia de estos pacientes es igual al resto de individuos.

Riesgo Vascular (RV)

RV-01 CRISIS HIPERTENSIVAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

B. Adalia Martín[1], C. Teijo Núñez[1], J. Paniagua de la Riva[2], C. Pérez Nieto[2], C. Buelta González[1], A. Fernández Díaz[3]
[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Servicio de Nefrología, [3]Servicio de Neurología. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León)

OBJETIVOS

Diferenciar las diferentes situaciones que podemos encontrar en la practica clínica diaria, ya que una presión arterial elevada, por si sola, en ausencia de síntomas nuevos o progresivos de lesión de órganos diana, rara vez requieren una terapia de emergencia.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo realizado entre los pacientes hospitalizados en el Hospital el bierzo entre el 1 de enero y el 1 de abril 2011, adultos, que presentaron crisis hipertensivas (presión arterial sistólica >210 mmHg y presión arterial diastólica >120 mmHg); se excluyeron las mujeres embarazadas. Se considera emergencia hipertensiva la presencia de una cifra de presión arterial compatible con crisis y una de las siguientes situaciones clínicas: hemorragia o infarto cerebral, encefalopatía hipertensiva, insuficiencia cardíaca o edema agudo de pulmón, disección aórtica, angina inestable o infarto agudo de miocardio y eclampsia. Se realizó anamnesis y exploración física completa, electrocardiograma, radiografía de tórax y analítica con cifra de iones, glucemia y creatinin, ecocardiograma y fondo de ojo. Se analizaron los datos mediante el sistema estadístico SPSS.

RESULTADOS

Se incluyeron 158 pacientes, de los cuales 55,06% fueron mujeres, urgencias 53,79%, emergencias 18,35% y 27,84% falsas crisis hipertensivas. La edad media fue de 63,5 años, todos ellos de raza blanca, en el 31% de los casos padecían diabetes y en el 26,7% dislipemia. Dentro de las emergencias hipertensivas, las principales patologías fueron: angor inestable 31,03%, infarto cerebral 27,58%, insuficiencia cardiaca 20,68%, infarto agudo de miocardio 10,34%, hemorragia cerebral 6,89%, encefalopatía hipertensiva 3,44%. Los síntomas que referían los pacientes fueron los siguientes: cefalea 41,13%, sensación de inestabilidad 32,27%, dolor torácico 12,65%, disnea 6,96%, focalidad neurológica 3,16%, asintomáticos 7,59%, alteraciones visuales 3,16%. Se evidencio hipertrofia del ventrículo izquierdo en el 39,24% y retinopatía en el 13,92%.La cifra media de creatinina de los pacientes con urgencia hipertensiva fue de 1,32mg/dl y en los pacientes con emergencia hipertensiva 2,85mg/dl. Fallecieron 1,89%. El 10,75% desconocía que padeciera hipertensión arterial. Las principales causas de falsa crisis hipertensiva fueron la ansiedad y el dolor.

DISCUSIÓN

La prevalencia es variable según la bibliografía consultada, aunque todos los autores coinciden en que esta prevalencia está en descenso gracias al diagnostico temprano y la instauración precoz del tratamiento. Respecto a la sintomatología, lo mas frecuente es la cefalea, acompañada de focalidad neurológica en los casos de emergencia hipertensiva. Al igual que en otros estudios existe mayor prevalencia en las mujeres. Los pacientes con emergencia hipertensiva presentan mayor frecuencia de afectación de órganos diana.

CONCLUSIONES

Los pacientes con emergencia hipertensiva presentan con mayor frecuencia afectación de órganos diana y otros factores cardiovasculares asociados. Es importante diferenciar la emergencia de la urgencia hipertensiva ya que la rapidez de actuación es diferente en ambos casos. Tener en cuenta la presencia de falsas crisis hipertensivas, que no precisan en la mayoría de los casos tratamiento hipotensor. El 21,3 % de las urgencias hipertensivas no requirieron tratamiento farmacológico.

RV-02 VALORACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

B. Adalia Martín, C. Teijo Núñez, C. Buelta González, M. Alonso Fernández, C. Prada González, M. García
Servicio de Medicina Interna. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León)

OBJETIVOS

Valorar el riesgo cardiovascular global para tomar decisiones terapéuticas. Fomentar la continuidad de cuidados, entre niveles asistenciales, dirigidos a disminuir el riesgo cardiovascular.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional de los pacientes adultos ingresados en la unidad de medicina interna del 1 al 30 de Marzo del 2011. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, historia familiar de enfermedad cardiovascular, tabaquismo, dislipemia, obesidad abdominal, microalbuminuria e insuficiencia renal. Se emplearon las tablas del SCORE para la estratificación del riesgo cardiovascular.

RESULTADOS

Se analizaron 196 pacientes, 31,63% varones y 68,36% mujeres Distribución global de la clasificación de riesgo: bajo 12,36%, moderado 16,85%, alto 38,26% y muy alto 32,14%. La Prevalencia de fumadores fue de 16,32% para el total, 22,95% sexo masculino y 12,75% para el femenino. Colesterol total mayor de 200 mg/dl 55,10%, con mayor prevalencia en varones y solo el 13,77% recibía tratamiento. Colesterol HDL bajo con una prevalencia global del 56,12%. La prevalencia de hipertensión arterial fue de 42,85%. La diabetes presentó una prevalencia global de 56,63% población, con mayor prevalencia en el sexo masculino. Mas del 70% presenta mas de un factor de riesgo cardiovascular. El factor de riesgo cardiovascular peor controlado fue la dislipemia.

DISCUSIÓN

La valoración del riesgo vascular tiene un interés pronóstico y terapéutico, pues permite adecuar la intensidad de las medidas de tratamiento a las necesidades del paciente. Los factores de riesgo cardiovascular son un elemento o una característica mensurable que tiene una relación causal con un aumento de la frecuencia de una enfermedad y constituye un factor predictivo independiente y significativo del riesgo de presentar la enfermedad de interés. Tanto en prevención primaria como secundaria el principal objetivo en la aplicación de las guías de práctica clínica es la modificación de los factores de riesgo cardiovascular con el fin de alcanzar los objetivos terapéuticos propuestos por las distintas guías. Los factores de riesgo pueden ser divididos en modificables y no modificables. Es necesario tener en cuenta los factores emergentes (su valor real independiente es cuestionado, su determinación no está estandarizada, no existe tratamiento específico para éstos o no existe evidencia de beneficio con su control).

CONCLUSIONES

Si queremos prevenir el incremento de casos y muertes por estas patologías tenemos que comenzar en forma inmediata las intervenciones preventivas. El diagnostico precoz de uno de los factores de riesgo cardiovascular debería desencadenar una valoración integral del riesgo cardiovascular del paciente para controlar y reducir el impacto de la asociación de varios factores en una misma persona. Este trabajo sugiere la necesidad de profundizar en las actividades destinadas a la prevención del riesgo de enfermedad cardiovascular.

RV-03 ¿CONTROLAMOS CORRECTAMENTE LA TENSIÓN ARTERIAL Y OTROS FACTORES DE RIESGO VASCULAR?

B. Adalia Martín, C. Teijo Núñez, J. Oblanca García, M. Alonso Fernández, M. Prieto, A. Castañón López

Servicio de Medicina Interna. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León)

OBJETIVOS

Conocer el grado de control de la presión arterial de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna. Identificar los factores de riesgo cardiovascular y las patologías cardiovasculares asociadas al mal control de la presión arterial.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional realizado entre los pacientes mayores de 18 años que precisaron ingreso en la unidad de medicina interna del hospital el Bierzo de Ponferrada, en el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de Febrero del 2011 y el 31 de Marzo del 2011. La PA se midió mediante manómetros digitales y se considero que existía un buen control si la TA <140/90 (en pacientes diabéticos tendencia a < 130/80). Las variables recogidas para cada paciente fueron: edad, sexo, tiempo de ingreso, cifras de tensión arterial, existencia de otros factores de riesgo cardiovascular, presencia de patología cardiovascular y tratamiento farmacológico.

RESULTADOS

Se registraron 302 pacientes de los cuales, 132 eran hipertensos, lo que supone una prevalencia de 43,7%. Las mujeres presentaron mayor edad y mayor prevalencia de HTA; Los hombres mayor prevalencia de tabaquismo y enolismo. Con respecto al control de la tensión arterial, el 51% ingresaron con un control tensional optimo. Al momento del alta, el 89% presentaban un control adecuado de la tensión arterial. Si analizamos otros factores de riesgo cardiovascular, los pacientes diabéticos presentaban peor control tensional. 87,12% presentaban al menos otro factor de riesgo cardiovascular. Se observó relación entre cifras de mal control arterial y mayor número de fármacos antihipertensivos. Las combinaciones de fármacos mas empleadas fueron: diuréticos del asa, IECA, calcio-antagonistas y ARA-II.

DISCUSIÓN

El hecho de presentar buenos controles de tensión arterial puede estar influenciado por tratarse de pacientes hospitalizados en los que las condiciones de reposo, el cumplimiento terapéutico y las medidas higiénico dietéticas son mas favorables que en el entorno de atención primaria. Respecto al tratamiento farmacológico, los datos son similares a los estudios publicados, el 50% mantiene un buen control con un solo antihipertensivo y el 42% precisa la asociación de dos antihipertensivos. Limitaciones: no se recogieron variables como peso, talla, perímetro abdominal ni ejercicio físico, lo que condiciona una incorrecta valoración del riesgo cardiovascular, lo que influye en el tratamiento farmacológico.

CONCLUSIONES

El control de la tensión arterial no se limita al ámbito hospitalario, sino que es preciso controles posteriores a nivel de atención primaria, que permitan comprobar el adecuado control de la TA domiciliaria.

RV-04 PACIENTE HIPERTENSA QUE CONSULTA POR MAL CONTROL TENSIONAL

P. Dios Díez, S. García Escudero, E. Castelar Delgado, E. Magaz García, E. Fernández Pérez
Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de León. León

OBJETIVOS

Introducción: Los tumores neuroendocrinos (NET) son una entidad poco frecuente, caracterizada por tener un lento crecimiento y secretar péptidos y neuroaminas, que en ocasiones provocan cuadros clínicos característicos, como la descompensación de tensión arterial, en pacientes previamente bien controlados. Este es el caso que presentamos.

MATERIAL Y MÉTODO

Caso clínico: Mujer de 69 años, que consulta por hipertensión. Como antecedentes personales no tiene hábitos tóxicos, tiene una hipertensión de 20 años de evolución con buen control hasta hace un año, dislipemia, hernia de hiato, gastritis crónica y una histerectomía por un prolapso genital. En tratamiento habitual con alprazolam, omeprazol, manidipino, delapril, aliskiren y simvastatina. La paciente refiere buen control de cifras tensionales hasta hace 1 año. Por este motivo cambia su tratamiento antihipertensivo sin mejoría. Además refiere episodios de flushing. A la exploración destaca una tensión arterial de 175/ 97, frecuencia cardiaca de 90 lpm. El resto de la exploración sistémica no presenta otros hallazgos de interés. Se ajusta tratamiento antihipertensivo con: telmisartán 80, hidroclorotiazida 12,5, lecarnidipino 20, espironolactona A y carvedilol 6,25. Se solicita estudio de hipertensión secundaria con ecocardiograma, ecografía, MAPA y analítica de orina de 24 horas y sangre. Durante la realización del ecocardiograma se objetivan LOES hepáticas siendo el resto de

la prueba normal. Ante estos hallazgos, se ingresa a la paciente para completar el estudio. En el resto de las pruebas, el hemograma es normal. En la bioquímica tiene un colesterol de 229, una gastrina en suero de 120 y una cromogranina A de 1089. El resto de los parámetros, incluidos los marcadores tumorales, están dentro de la normalidad. En la ecografía abdominal se ven LOES hepáticas múltiples y un nódulo suprarrenal derecho de 1,6x 1,9 cm. La tomografía tóraco-abdominal confirma los hallazgos. En la resonancia magnética hepática, las lesiones hepáticas múltiples son sugestivas de tumor carcinoide, que se confirma con la biopsia hepática, diagnóstica para neoplasia neuroendocrina: tumor epitelial con estroma fibroso muy vascularizado. Cromogranina A positiva, intensa, difusa. Sinactofisina positiva. Las pruebas endoscópicas, así como la gammagrafía ósea y el octreoscan son normales. Se remite al paciente a consulta de oncología, donde inicia tratamiento con "análogos de la somatostatina". En este momento las cifras de tensión arterial se han controlado con el tratamiento actual (MAPA con cifras tensionales dentro de la normalidad, patrón dipper) y la paciente está pendiente de realizar reevaluación para ver respuesta al tratamiento con quimioterapia.

DISCUSIÓN

Los NET son tumores poco frecuentes e infradiagnosticados, debido a que en muchos de ellos son no funcionantes. Pueden presentar elevación de sustancias en plasma u orina, que no están asociados a síndromes o síntomas específicos. En este caso no se puede relacionar una sustancia concreta con la elevación de las cifras tensionales. No existe un marcador específico de los NET, y la sensibilidad y especificidad de las sustancias que se miden varía mucho en función de la presentación clínica. La cromogranina A aparece frecuentemente elevada, como en el caso de nuestra paciente, hasta en el 100% de los casos. Los niveles se correlacionan con el volumen del tumor, y sirven para el seguimiento durante el tratamiento, pero no para establecer el diagnóstico. En ocasiones, los hallazgos radiológicos y anatomopatológicos pueden ser confusos, y retrasar el diagnóstico o incluso no llegar a él. El tratamiento se basa en "análogos de la somatostatina", y tratamiento compasivo con Sunitinib, inhibidor tirosin kinasa que interviene en la angiogénesis tumoral, que ha demostrado beneficio en estudios de fase III. La supervivencia en estos pacientes es superior a otros tumores por su lento crecimiento.

CONCLUSIONES

1. Los NET secretores pueden asociarse a sintomatología típica, aunque muchos no lo son y esto puede retrasar el diagnóstico. 2. Ante un paciente hipertenso bien controlado, que comienza con dificultad para manejar cifras de tensión arterial, se deben descartar causas de hipertensión arterial secundaria, como pueden ser los NET.

Varios (V)

V-01 SÍNDROME DE MEIGS

S. García Escudero[1], E. Castelar[1], P. Dios[1], S. Aguilar[1], C. Pérez Bayón[1], A. Martínez[2]
[1]Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de León. León
[2]Servicio de Medicina Interna. Hospital Monte San Isidro. León

OBJETIVOS

Se define como SINDROME DE MEIGS a la asociación de ASCITIS, DERRAME PLEURAL Y NEOPLASIA OVARICA. El cáncer de ovario ocupa el 3º lugar dentro de los tumores del tracto reproductivo femenino, siendo, el más mortal. Supone la 4º causa de muerte por cáncer en la mujer después del cáncer de pulmón, mama y colorrectal. La principal razón de esa mortalidad es el diagnóstico tardío que más del 70% de las pacientes se diagnostiquen en etapas avanzadas de la enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODO

Mujer de 88 años que consulta por disnea de mínimos esfuerzos, ortopnea y DPN. Sin fiebre, dolor torácico ni palpitaciones. Presento los 7 días previos al ingreso, tos irritativa intensa con postración por lo que estuvo en tratamiento con levofloxacino. No tiene alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos. Hipercolesterolemia. Hiperuricemia. Cólicos nefríticos de repetición. Vértigos periféricos. Episodios de insuficiencia cardiaca. Espondiloartrosis. Intervenida de prolapso vejiga y en tratamiento actual con orfidal, omeprazol, furosemida, digoxina, BoiK y Adiro100. A la exploración: COC con TA 130/80. SAT. BASAL O2 84%. Afebril. Normocoloreada. Bien perfundida. No adenopatías periféricas. Cor rítmico, sin soplos y semiología de derrame pleural derecho. Abdomen normal y en extremidades inferiores presenta mínimos edemas bimaleolares sin signos de TVP y Pulsos (+). Analíticamente destaca: urea 91.7; creatinina 1.28, Ac. Úrico 9.2, VSG 54. Proteinograma normal. Ca 12.5 4274.En Rx. Tórax se aprecia importante derrame pleural dcho y mínimo izquierdo y en Ecocardiograma: HVI con FE conservada.

RESULTADOS

LIQUIDO PLEURAL: Leucos 350 (90%MN y 10% PMN); hematíes 4000; proteínas 3.1; glucosa 138; PH 7.58; LDH143; ADA 12. TAC ABDOMINOPELVICO: Masa anexial derecha sugestiva de neoplasia tipo cistoadenocarcinoma. Probable implante metastático anexial izquierdo. Metástasis hepáticas. Carcinomatosis peritoneal. Abundante derrame pleural bilateral y ascitis. Con estos datos y la posterior obtención de una citología en liquido pleural positiva para adenocarcinoma, la paciente es diagnosticada de SINDROME DE MEIGS. Dada la edad y comorbilidad de la paciente se decide tratamiento paliativo, realizándose paracentesis evacuadora.

DISCUSIÓN

Existen tres tipos fundamentales de tumores que pueden originarse en el ovario: EPITELIALES, ESTROMALES: y GERMINALES Dentro de los tumores de origen

epitelial existen varios subtipos histológicos (clasificación de la Organización Mundial de la Salud [OMS]): BORDERLINE, SEROSO, MUCINOSO, ENDOMETROIDEy OTROS: células claras, de Brenner, mixto e indiferenciado. El estadio tumoral supone el principal factor pronóstico y para decidir el tratamiento complementario tras la cirugía. La estadificación se basa en la clasificación internacional de la FIGO, que se desarrolló en 1988 y ha sido revisada posteriormente La supervivencia global actual a 5 años se sitúa alrededor del 30-40% (varían según estadio)

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA Up to date Medicine: enfermedades oncológicas (unidades temáticas de la 24 a la 27).

V-02 ALERGIAS MEDICAMENTOSAS EN LOS SERVICIOS DE MEDICNA INTERNA Y NEUMOLOGÍA EN ZAMORA

P. García Carbo[1], A. De la Vega Lanciego[1], C. Martín Carbajo[2], M. Chimeno Viñas[1], E. Martínez Velado[1], P. Sánchez Junquera[1], J. Soto Delgado[1], M. Polo Martín[3]

[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Servicio de Neumología, [3]Servicio de Neurología. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora

OBJETIVOS

Conocer la prevalencia y describir el perfil de alergias medicamentosas en pacientes ingresados en un servicio de medicina interna y neumología de un hospital de segundo nivel.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional descriptivo. Se tomaron los pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna y Neumología en el Hospital Virgen de la Concha de Zamora en un momento puntual, el 12 de abril de 2011. De ellos se recogieron datos de edad, sexo, presencia o no de alergias medicamentosas y a qué fármacos, y recogida de los mismos en nota de ingreso y hoja de tratamiento.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 50 pacientes ingresados, 30 de ellos varones, con una edad media de 70.68 años (rango 17-100). Se observaron en seis pacientes reacciones adversas a diferentes grupos farmacológicos, lo que representa una prevalencia del 12%: dos a antibióticos (uno penicilina y estreptomicina, y uno levofloxacino), uno alérgico a aines, dos intolerancias farmacológicas (aines y pantoprazol) y uno alérgico a contrastes yodados. Un paciente mostró alergia a esparadrapo. En el total de los pacientes el dato de alergias estaba recogido en la nota de ingreso, estando presente en la hoja de tratamiento solo en el 17% de los pacientes.

DISCUSIÓN

Hay que registrar de manera correcta las alergias medicamentosas en los pacientes ingresados. En nuestra muestra encontramos que la prevalencia de alergias en la

población ingresada es del 12%, no pudiendo comparar estos datos con estudios de prevalencia similares en otros centros por la escasa literatura existente al respecto. Las alergias fueron registradas de manera correcta al realizar el ingreso del paciente perdiendo importancia a la hora de señalarlas en la hoja de tratamiento. Las alergias más frecuentes fueron a aines y antibióticos, no siendo esto significativo debido al reducido tamaño muestral.

CONCLUSIONES

1. La prevalencia de alergia medicamentosa en pacientes ingresados en nuestros servicios fue en la muestra obtenida del 12%. 2. La recogida a nivel de hoja de tratamiento es deficiente. 3. Las alergias registradas fueron a AINES, quinolonas y penicilinas.

V-03 CUIDADOS PALIATIVOS NO ONCOLÓGICOS EN MEDICINA INTERNA

B. Adalia Martín, A. Paredes Mogoño, C. Buelta González, J. Oblanca García, M. Alonso Fernández, F. Vega Rollán
Servicio de Medicina Interna. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León)

OBJETIVOS

Evaluar las características clínico asistenciales de los pacientes terminales ingresados en la unidad de medicina interna.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo de los pacientes ingresados en la unidad de medicina interna del hospital El Bierzo en el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de Diciembre del 2010 y el 31 de Marzo del 2011. criterio de inclusión: pacientes mayores de 18 años con enfermedad avanzada, progresiva e irreversible, con gran impacto emocional en la familia, paciente y equipo terapéutico, expectativa de vida inferior a 6 meses y agotamiento de los tratamientos curativos. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, días de estancia, motivo del ingreso, motivo del alta, destino al alta, diagnostico, Charlson, Pfeiffer, PPI. Los resultados fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS.

RESULTADOS

Los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión fueron 73, de los cuales 60,27% eran varones y 39,72% mujeres. La edad media fue de 81,75 años. De medio rural procedían 64,38%. La estancia media fue de 6,60 días. 23,28% de los pacientes fallecieron, 50,68% fueron dados de alta a sus domicilios y 26,02 fueron derivados a residencias. Causas del ingreso: claudicación familiar 1,36%, accidente cerebrovascular agudo 2,73%, mal control del dolor 1,36%, insuficiencia cardiaca 16,43%, infección respiratoria 42,46%, tromboembolismo pulmonar 4,10%. Causas de enfermedad terminal: enfermedad pulmonar avanzada 31,50%, enfermedad cardiológica avanzada 26,02%, enfermedad hepática avanzada 9,58%, VIH 2,73%, Demencia 75,34%, enfermedad renal crónica avanzada 16,43%. En el 61% de los pacientes coincidían al menos dos enfermedades terminales. Barthel: dependencia total 34,24%, dependencia moderada

9,58%, dependencia severa 39,72%, dependencia leve 20,54%, independiente 20,54%. Charlson: Mayor o igual de 5 80,82%.Palliative prognostic index >4 56,16% y >6 puntos 27,39%. Estado cognitivo: normal 28,76%, deterioro leve 8,21%, deterioro moderado 12,32%, deterioro severo 50,68%. Sin apoyo familiar 21,91%.

DISCUSIÓN

El sufrimiento no es exclusivo de los pacientes con enfermedad terminal oncológica, por lo tanto, las probabilidades de tener una "buena muerte" deben de ser iguales entre los pacientes terminales oncológicos y no oncológicos. Es necesario por parte de los profesionales diagnosticar y aceptar la enfermedad terminal para no incurrir en errores terapéuticos.

CONCLUSIONES

Los pacientes con enfermedad terminal suponen un grupo significativo en la asistencia diaria, lo cual obliga al internista a adquirir las competencias especificas adecuadas para su manejo integral. Preservar la dignidad de la persona a través de la atención a los componentes físico, emocional, espiritual, familiar y social.

V-04 COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE

B. Adalia Martín, C. Buelta González, A. Castañón López, L. Corral Gudino, A. Bahamonde Carrasco, S. López Nicolás

Servicio de Medicina Interna. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León)

OBJETIVOS

Conocer si la comunicación medico paciente es efectiva, es decir, el paciente comprende los puntos fundamentales del mensaje: motivo del ingreso y tratamiento que debe continuar al alta.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo de tipo trasversal, llevado a cabo entre los pacientes adultos ingresados en la unidad de medicina interna del hospital El Bierzo, en el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de Febrero y el 15 de Marzo. Criterios de inclusión: mayores de 18 años, hospitalizados en la unidad de medicina interna, sin deterioro cognitivo o con deterioro cognitivo leve, que aceptaron cumplimentar la realización del cuestionario. Los datos recogidos fueron los siguientes: fecha de la encuesta, sexo, edad, nivel cultural, nacionalidad, nivel socioeconómico, problemas con el lenguaje, problemas de audición, tiempo dedicado, motivo del ingreso, nombre del médico, tiempo empleado, aspectos negativos de la relación medico-paciente. Los datos fueron analizados mediante el sistema estadístico SPSS.

RESULTADOS

De los 197 pacientes ingresados en el servicio de medicina interna, 99 cumplían los criterios de inclusión, de los cuales 5,05% no aceptaron participar en el estudio. La edad media fue de 78 años. 61,70% mujeres y 38,29% varones. Con respecto al nivel de estudios: ninguno 20,21%, primaria 57,44%, secundaria 18,08%, superiores 4,25%.

Nivel socioeconómico: bajo 26,59%, medio 67,02%, alto 6,38%. Nacionalidad: española 94,68. El 60% de los extranjeros tuvieron problemas con el idioma. ¿Conoce el nombre del doctor?: si 61,7%, no 18,08% y no recuerda 20,21%. El 90% considera como médico responsable la persona que pasa visita diaria. ¿Conoce el motivo de la hospitalización? Si 70,21%, no 29,78%. ¿Cree que el médico a respondido a todas sus dudas? No 60,63%. Tiempo en la visita: insuficiente 52,12%.Problemas de audición 35,10%. Con respecto al nombre de su medico los aciertos fueron del 89,65% y con respecto al motivo de la hospitalización fue de 88%. No existieron diferencias significativas entre el sexo y los aciertos. Comportamientos negativos de los médicos: pone nerviosos a los pacientes, usa palabras que no se entienden, ignora los sentimientos de los pacientes.

DISCUSIÓN

Los resultados del estudio reflejan que el 88% de los pacientes comprendieron la causa de su hospitalización aunque un 10% no comprendió el motivo, dato relevante. Los problemas de audición y el nivel cultural no empeoraron la transmisión y correcta recepción de la información, lo que puede ser motivado por un mayor esfuerzo por ambas partes para adaptarse a las carencias. Dentro de las limitaciones del estudio cabe destacar que se empleo como población diana pacientes hospitalizados pluripatológicos. Puede que estuvieran influenciados por el grado de conocimiento previo de la enfermedad al haber requerido otros ingresos hospitalarios o bien al tratarse de enfermedades crónicas de años de evolución. Uno de los errores que se han detectado sistemáticamente en este estudio es que los pacientes no conocen la figura del médico interno residente.

CONCLUSIONES

El estudio revela casi un 10% de pacientes desinformados, siendo la situación ideal disminuir esta cifra lo mas próxima al cero posible. Los pacientes desinformados correspondían con edades superiores por lo que se debe tener en cuenta la limitaciones de la transmisión de la información a los pacientes mas añosos. Los problemas de audición y el nivel cultural no plantearon dificultades para la transmisión de la información, lo que hace pensar que los sanitarios están concienciados de la importancia de la transmisión de la información.

V-05 TUMOR PANCREÁTICO NEUROENDOCRINO

P. Dios Díez, S. García Escudero, E. Castelar Delgado, S. García Martínez, M. Ledo Laso, E. Fernández Pérez
Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de León. León

OBJETIVOS

Introducción: Los tumores neuroendocrinos (NET) son una entidad poco frecuente, caracterizada por tener un lento crecimiento y secretar péptidos y neuroaminas, que en ocasiones provocan cuadros clínicos característicos. Presentamos un caso de NET no secretor.

MATERIAL Y MÉTODO

Caso clínico: Varón de 58 años que ingresa por pérdida de 18 Kg. de peso. Ex fumador hasta hace 17 años, sin otros antecedentes de interés, salvo eritema facial máculo-papuloso en relación con la ingesta de alcohol. En la exploración física se objetiva una coloración pajiza y una hepatomegalia blanda, no dolorosa, sin otros hallazgos. En las pruebas complementarias: Hemograma es normal, Bioquímica: patrón de colestasis disociada, FA 544, GGT 602 y bilirrubina normal, con elevación del Ca 19.9 (63.3). Rx tórax: Sin hallazgos. Ecografía de abdomen: múltiples nódulos por la totalidad del parénquima hepático, isoecóicos, con halo hiperecóico, compatibles con metástasis. TAC tóraco- abdominal: adenopatías hiliares bilaterales y subcarinales patológicas, nodulillos milimétricos en LII, en cola de páncreas existe un área en la que no se identifica tejido granular, hepatomegalia con ocupación del parénquima hepático por múltiples masas hipodensas de distinto tamaño, mal delimitadas, todo ello sugestivo de neoplasia de cola de páncreas metastásica en hígado y pulmón. La anatomía patológica de la PAAF hepática se informa como metástasis de carcinoma poco diferenciado. Ante los hallazgos radiológicos, el buen estado general y la clínica del paciente, se solicitan hormonas por la sospecha de posible tumor neuroendocrino, con una cromogranina a de 12660. El resto del estudio hormonal y la orina de 24 horas eran normales. Se remite al paciente a consulta de oncología, donde realiza tratamiento con “análogos de la somatostatina”, con buena respuesta inicial y estabilización de la enfermedad. Tras varios meses de tratamiento, ante progresión de la enfermedad, se inicia tratamiento con “Sunitinib” de manera compasiva con respuesta durante el primer ciclo y progresión masiva posterior, estando el paciente actualmente en tratamiento paliativo, tras dos años del diagnóstico.

DISCUSIÓN

Discusión: Los NET son tumores poco frecuentes e infradiagnosticados, debido a que en muchos de ellos son no funcionantes. Pueden presentar elevación de sustancias en plasma u orina, que no están asociados a síndromes o síntomas específicos. Sin embargo, no existe un marcador específico de los NET, y la sensibilidad y especificidad de las sustancias que se miden varía mucho en función de la presentación clínica. La cromogranina A aparece frecuentemente elevada, como en el caso de nuestro paciente, hasta en el 100% de los casos según las series. Sus niveles se correlacionan con el volumen del tumor, y sirven para el seguimiento durante el tratamiento, pero no para establecer el diagnóstico de NET. En ocasiones, tanto los hallazgos radiológicos como anatomopatológicos pueden ser confusos, y retrasar el diagnóstico o incluso no llegar a él. El tratamiento se basa en “análogos de la somatostatina”, y tratamiento compasivo con “Sunitinib, inhibidor tirosin kinasa que interviene en la angiogénesis tumoral, que ha demostrado beneficio en estudios de fase III. La supervivencia en estos pacientes es superior a otros tumores pancreáticos por su lento crecimiento.

CONCLUSIONES

1- Los NET son poco frecuentes, y habitualmente infradiagnosticados. 2- Los tumores secretores pueden asociarse a sintomatología típica, aunque muchos no lo son, y puede retrasar el diagnóstico. 3- El pronóstico es superior a otros tumores pancreáticos, y habitualmente tienen una supervivencia media de unos 2-5 años. Bibliografía: Vinik AI, A. Woltering EA, Warner RP, Caplin M, O'Dorisio TM, Gregory A. NANETS Consensos Guidelines for the Diagnosis of Neuroendocrine Tumor. Pancreas 2010; 39:713-34.

V-06 SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO

E. Castelar Delgado[1], S. García Escudero[1], P. Dios Díez[1], N. Carracedo Falagán[1], M. López Veloso[1], S. Raposo García[1], D. Pastor Marcos[2], J. Herrera Rubio[1]
[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Servicio de Medicina Intensiva. Complejo Asistencial de León. León

OBJETIVOS

El síndrome hemofagocítico (SHF) o linfohistiocitosis hemofagocítica (LHH) se caracteriza por la proliferación sistemática de macrófagos benignos con prominente actividad hemofagocitaria.

MATERIAL Y MÉTODO

Se presenta el caso de una mujer de 67 años, que ingresa en UCI por fiebre e hipotensión. Como antecedentes médicos de interés destaca HTA, neuropatía axonal autoinmune (en tratamiento con plasmaféresis y poliglobin) e hipotiroidismo primario autoinmune.

RESULTADOS

La paciente ingresa en el Servicio de Medicina Interna por fiebre e ictericia de una semana de evolución. Durante dicho ingreso mantiene picos febriles que ceden con antitérmicos. A la exploración física destaca ictericia de piel y mucosas, y hepatomegalia dolorosa de unos 3 cm., resto normal. En analítica: leucopenia, trombopenia y coagulopatía progresiva. Rx de tórax: infiltrado difuso bilateral. ECG normal. TAC cérvico-tóraco-abdomino-pélvico: hepatoesplenomegalia como único hallazgo. Serología positiva para VHB (anti HBs y anti HBc). Beta 2 microglobulina 7.45 y CA 19.9: 41.2. Mantoux y estudios microbiológicos negativos excepto un hemocultivo positivo para Staphylococcus hominis hominis. Biopsia de medula ósea: citopenias en relación con proceso tóxico-medicamentoso-infeccioso. Tratada desde el inicio con antibióticos de amplio espectro. A los 15 días del ingreso comienza con alteración paulatina de la pruebas de función hepática, a expensas de colestasis. En ecografía abdominal se observa hepatoesplenomegalia homogénea, con vía biliar intra y extrahepática de calibre normal; vesícula biliar de pared ligeramente edematosa, con mínima cantidad de líquido perivesicular. En ecocardiograma transtorácico no se encuentran hallazgos de interés. Ante el deterioro paulatino se decide ingreso en UCI, donde desarrolla pancitopenia severa y fracaso respiratorio progresivo que obliga a IOT y conexión a VM. Ante la sospecha de linfohistiocitosis hemofagocítica (elevación de

ferritina, pancitopenia, hipertrigliceridemia, hipertransaminemia, VSG normal) se realiza nueva biopsia de médula ósea que confirma el diagnóstico y se inicia tratamiento, según protocolo HLH-2004, con dexametasona, ciclosporina A y etopósido. En las 24 horas siguientes la paciente evoluciona desfavorablemente y desarrolla insuficiencia hepática coagulopatía, fallo renal y SDRA, falleciendo.

DISCUSIÓN

El SHF incluye un amplio grupo de entidades, caracterizados por hemofagocitosis con citopenia de al menos dos de las tres series en el examen de sangre periférica, aumento de los niveles de citoquinas y de la ferritina sérica. Puede presentarse asociada a enfermedades infecciosas, neoplasias y enfermedades autoinmunes, en cuyo caso se denomina síndrome de activación macrofágica. Su escasa incidencia y que su presentación sea inespecífica dificulta el diagnóstico Tiene una mortalidad de hasta un 60% en alguna de sus formas. Se clasifica en primaria, genéticamente determinada y adquirida. Su presentación puede ser similar a la sepsis, fiebre, esplenomegalia, disfunción hepática, linfoadenomegalia, rash, alteraciones neurológicas, anemia y citopenia. Desde el punto de vista histopatológico, la existencia de hematofagocitosis en la médula ósea, en el bazo y/o en los ganglios linfáticos y la ausencia de hallazgos malignos son suficientes para confirmar el diagnóstico. Los objetivos del tratamiento son excluir otras causas y/o agentes infecciosos que puedan requerir manejo específico y establecer la extensión de la enfermedad. Para el tratamiento se utiliza corticoesteroides, etopósido y ciclosporina A. Algunos trabajos han mostrado resultados prometedores con el uso de gammaglobulina endovenosa, sobre todo en el SHF secundario a infecciones, aunque la administración de ésta ha tenido poco impacto en pacientes sépticos no seleccionados.

V-07 MESOTELIOMA PLEURAL NO RELACIONADO CON EL ASBESTO

E. Castelar Delgado, P. Dios Díez, S. García Escudero, S. García Martínez, S. Rodríguez García, C. Ruiz Bayón, J. Herrera Rubio
Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de León. León

OBJETIVOS

El mesotelioma es una rara neoplasia caracterizada por la infiltración del mesotelio, cubierta protectora de la mayor parte de los órganos.

MATERIAL Y MÉTODO

Mujer de 62 años ingresada por dolor en hemitórax derecho. Entre sus antecedentes destacan, varios ingresos, en los últimos 5 años, por derrame pleural derecho etiquetado como secundario a patología reumática (polimialgia reumática-artritis reumatoide).

RESULTADOS

La exploración física fue anodina con la excepción de abolición de ruidos en mitad inferior de hemitórax derecho. La Rx de tórax confirmó la presencia de derrame pleural.

Pruebas complementarias: Factor reumatoide 128, PCR 59 y LDH 498, resto de bioquímica, hemograma, coagulación y gasometría normales. Toracocentesis proteínas 4.3 gr/dl, glucosa 188mg/dl, LDH 628, ADA 25 y amilasa 37; marcadores tumorales, citología y micobacterias en líquido pleural negativos. Marcadores tumorales séricos normales salvo CA 12.5 de 41.1. Autoinmunidad, mantoux, hemocultivos y microbiología en esputo y orina fueron negativos. TAC torácico: abundante derrame pleural circunferencial derecho, de contorno lobulado, afectación cisural y zonas sólidas en su tercio inferior que provocaba discreto desplazamiento mediastínico hacia la izquierda. Broncoscopia: en ABD estenosis de bronquios basales del LID, sugestiva de compresión extrínseca; la citología, micobacterias y cultivo de broncoaspirado fueron negativas. Ecocardiograma: estructura extracardíaca que comprime la aurícula izquierda, que se confirma mediante ecografía torácica, viéndose un notable engrosamiento pleural de ecogenicidad heterogénea y lobulada. En la PAAF, la masa pleural estaba constituida por células mesoteliales de aspecto reactivo; finalmente se realiza biopsia quirúrgica que confirmó el diagnóstico de mesotelioma maligno.

DISCUSIÓN

El mesotelioma supone el 3% de las neoplasias malignas de la pleura. Afecta más a hombres, entre los 50-70 años. Se relaciona estrechamente con la exposición al asbesto (período de latencia de entre 20 y 40 años) aunque también puede tener relación con el virus SV40, la radioterapia o componente genético (nuestra paciente no presentaba ningún antecedente personal). La clínica clásica es disnea, dolor torácico y síndrome general. El diagnóstico es histológico. El diagnóstico diferencial se hace con infiltración metastásica de adenocarcinoma, sarcoma, histiocitoma fibroso maligno o reacciones inflamatorias como el empiema crónico organizado. El tratamiento, es una combinación de cirugía, quimioterapia y radioterapia. La mediana de supervivencia varía entre 6 y 18 meses, según histología y estadio al diagnóstico.

V-08 NEUMONÍA ORGANIZATIVA POSTRADIOTERAPIA

S. Ragozzino[1], R. Díez Bandera[1], C. Rosado Rubio[2], G. Spalter Glicberg[1], J. Torres Triana[1], C. Lorenzo Mateos[1], F. Domínguez Moronta[1], E. Pérez Rodríguez[1]
[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Servicio de Nefrología. Hospital Universitario de Salamanca. H. Clínico. Salamanca

OBJETIVOS

Revisión de la literatura a propósito de un caso de neumonía organizativa postradioterapia y diagnóstico diferencial con neumonitis rádica.

MATERIAL Y MÉTODO

Búsqueda bibliográfica en PubMed introduciendo las palabras clave: Organizing pneumonia, radiation, breast cáncer. CASO CLÍNICO: Mujer de 63 años con antecedentes de carcinoma ductal infiltrante de alto grado en mama derecha (T2N0M0), por el que recibió

tratamiento con cirugía conservadora, quimioterapia con taxanos y radioterapia. 6 meses después comenzó con tos seca, fiebre e infiltrados pulmonares algodonosos multilobares. Se realizó tratamiento antibiótico de amplio espectro con mala respuesta, por lo que se completó el estudio con TAC-AR, broncoscopia con BAL, y biopsia transbronquial. Los cultivos microbiológicos fueron negativos, en el BAL hubo una disminución del cociente CD4/CD8, y la anatomía patológica reveló una neumonía organizativa.

RESULTADOS

-La mayor parte de la evidencia en cuanto a neumonía organizativa secundaria a radioterapia fueron series de casos. -La serie más larga encontrada fue un estudio japonés que incluyó 413 pacientes que recibieron radioterapia por neoplasia de mama, de los cuales 12 desarrollaron neumonía organizativa.

DISCUSIÓN

-Hay casos descritos de neumonía organizativa postradioterapia desde el año 1995. -La mayor parte de ellos ocurren a los 5-6 meses después de la finalización de la radioterapia con una frecuencia en torno a 2,3-2,9% según las series. -Las manifestaciones radiológicas más características son infiltrados alveolares migratorios parcheados y bilaterales. -Buena respuesta al tratamiento corticoideo con curación en 2/3 de los casos. -La diferencia fundamental con la neumonitis rádica es que, ésta suele aparecer sobre pulmón irradiado, en los primeros 3 meses post irradiación, y puede evolucionar a fibrosis a pesar del tratamiento.

CONCLUSIONES

-Se debe sospechar neumonía organizativa en aquellos pacientes con clínica y radiología similar a neumonía adquirida en la comunidad, que no responden a tratamiento antibiótico, y en especial, en aquellos que hayan recibido radioterapia en el tórax en los 6 meses previos. -Es importante hacer el diagnóstico diferencial con neumonitis rádica, puesto que el pronóstico es muy diferente.

Diagnóstico diferencial entre neumonía organizada y neumonitis rádica (V-08)

Neumonía organizada	Neumonitis rádica
Aparece al 5-6 mes después de finalizar la radioterapia	Aparece durante los 3 primeros post irradiación
Afectación bilateral migratoria	Limitada a zonas irradiadas
Tejido de granulación en bronquiolos y alvéolos	Inflamación intersticial con exudado alveolar
Buena respuesta a corticoides	Puede evolucionar a fibrosis

V-09 FIBROSIS QUÍSTICA DE RECIENTE DIAGNÓSTICO EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA

A. De la Vega Lanciego[1], C. Martín Carbajo[2], M. Chimeno Viñas[1], P. García Carbó[1], P. Sánchez Junquera[1], E. Martínez Velado[1], J. Soto Delgado[1], G. Hernández Pérez[1]
[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Servicio de Neumología. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora

OBJETIVOS

Revisión y recordatorio clínico de la fibrosis quística a propósito de un caso recientemente diagnosticado en el Complejo Asistencial de Zamora.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un varón de 14 años con antecedentes de meningitis a los 5 meses por H. Influenzae, amigdalitis al año de edad, varios ingresos por infecciones respiratorias y cuadros de GEA. No sinusitis. Acude a Consulta por cuadro de tos con expectoración verdosa de unos 2 años de evolución, sin relación con la época estacional. Infecciones respiratorias de repetición. No disnea, no dolor torácico, no alteración del tránsito intestinal. A la exploración física presenta auscultación pulmonar normal, con saturación de O2 de 98%, sin otras alteraciones destacables. En la analítica llama la atención descenso de IgM de 266 sin descenso de las otras inmunoglobulinas, con el resto de parámetros sin alteraciones. Pruebas de función Respiratoria sin alteraciones (FVC: 99%, FEV1: 116%, FEV1/FVC: 96%. MMEF 75/25: 144%). La Rx tórax sin hallazgos específicos. Ante la sospecha de fibrosis quística se realiza Test del Sudor (68 mmol). En esputo se encuentra S. aureus sensible, se comienza tratamiento con Salmeterol-Fluticasona, Amoxicilina-Clavulánico y Azitromicina. Actualmente asintomático pendiente de revisión.

RESULTADOS

Se presenta un caso de paciente varón joven que acude por infecciones de vías altas de repetición. Tanto la clínica como el resultado de test del sudor nos indican alta probabilidad de fibrosis quística, por lo que solicita cultivo de esputo para completar el diagnóstico. Nuestro paciente no presentaba aún signos de bronquiectasias ni ninguna complicación asociada a dicha enfermedad.

DISCUSIÓN

La fibrosis quística es una enfermedad crónica de las vías respiratorias que en sus estadios más avanzados conduce a bronquiectasias, insuficiencia pancreática exocrina y disfunción intestinal, de las glándulas sudoríparas y urogenitales. Se produce por mutaciones del gen que codifica la CFRT que condiciona una alteración en la permeabilidad de los canales de Cloro. La mayoría de los pacientes se diagnostican en la infancia. El diagnóstico se basa en la clínica y la función anormal de CFTR mediante pruebas de sudor. Se complementa con cultivo de esputo en que se observa el crecimiento de microorganismos potencialmente patógenos (H. inluenzae, P.

aeruginosa, S. aureus), pruebas de función respiratoria y analítica. El tratamiento de la patología pulmonar asociada va desde antibioticoterapia específica, beta adrenérgicos hasta transplante de pulmón.

CONCLUSIONES

- La fibrosis quística requiere un alto grado de sospecha clínica a fin de un diagnóstico precoz. - La esperanza de vida de unos 40 años hace que no se trate ya de una enfermedad pediátrica, exigiendo al internista estar preparado para diagnosticar y tratar sus complicaciones. - Los tratamientos se basan en favorecer eliminación de secreciones y control de la infección. Sin embargo el único tratamiento curativo de la enfermedad es el trasplante pulmonar.

V-10 SÍNDROME DE GUILLAIN BARRE: DOS CASOS A ESTUDIO

A. De la Vega Lanciego[1], P. García Carbó[1], M. Chimeno Viñas[1], S. Borja Andrés[2], E. Martínez Velado[1], P. Sánchez Junquera[1], J. Soto Delgado[1], M. Polo Martín[2]
[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Servicio de Neurología. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora

OBJETIVOS

Conocimiento del Sd. de Guillain Barre (SGB) en cuanto a manejo diagnóstico y terapéutico.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional descriptivo. Revisión de historias clínicas de pacientes ingresados durante el último trimestre en S. Neurología del Complejo Asistencial de Zamora, encontrándose dos casos de Guillain Barre. No se tuvieron en cuenta los casos no confirmados. Se consideraron las siguientes variables para comparación de los dos casos: sexo, edad, clínica, antecedente de infección previa, resultado en la PL, juicio clínico y evolución. Los pacientes fueron vistos posteriormente en Consulta al mes.

RESULTADOS

Ver tabla adjunta.

DISCUSIÓN

El SGB es una polirradiculoneuropatía sensitivo motora, teniendo una incidencia de 1-2/100000 hab. Se caracteriza por presentar una parálisis ascendente progresiva simétrica, arreflexia y trastornos sensitivos. En algunas variedades axonales los reflejos están exaltados. Suele existir antecedente de infección viral respiratoria o gastrointestinal previa pero también vacunaciones, etc. El diagnóstico se basa en la clínica, el examen de LCR, donde se demuestra hiperproteinorraquia; el estudio NF (lentificación de las velocidades de conducción) y biopsia del nervio. En nuestros casos no se realizó biopsia, pero si ENF. El tratamiento consiste en inmunoglobulinas humanas. Llama la atención el caso diagnosticado de AMSAN un tipo de polirradiculopatía poco frecuente y de evolución favorable siendo el tipo que más relación tiene con infecciones por C. jejunii.

CONCLUSIONES

- El SGB es la neuropatía aguda más común en nuestro medio. - Presenta un pico de incidencia en pacientes jóvenes y a partir de los 50 años. - Un diagnóstico y tratamiento precoz consigue la recuperación del enfermo.

RESULTADOS (V-10)

	CASO 1	CASO 2
EDAD Y SEXO	Masculino 18	Masculino 19
CLINICA	Pérdida de fuerza en los 4 miembros. Parálisis facial	Debilidad progresiva en miembros inferiores
ANTECEDENTE GEA	No, resfriado 15 días antes	Sí, diez días antes
RESULTADO PUNCIÓN LUMBAR	Disociación albúmino-cit (Prots: 155)	Disociación albúmino-cit (Prots: 71)
JUICIO CLÍNICO	Polirradiculopatía desmielinizante aguda	Polirradiculopatía axonal sensitivo motora (AMSAN)
TRATAMIENTO	IG 0,4mg/kg peso 5 días	IG 0,4mg/kg peso 5 días
EVOLUCIÓN	Favorable. Desaparición parálisis facial. Elevación transitoria de Enz hepáticas a estudio	Favorable, recuperación lenta

V-11 VALORACIÓN DEL RIESGO NUTRICIONAL EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

B. Adalia Martín, C. Buelta González, A. Castañón López, C. Teijo Núñez, M. Cimas Valencia
Servicio de Medicina Interna. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León)

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de las alteraciones de la nutrición en pacientes ingresados en un servicio de medicina interna.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional de los pacientes adultos ingresados en el servicio de medicina interna en el periodo comprendido entre el 1 de Noviembre del 2010 y el 1 de Abril

2011. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, patología que condiciona el ingreso, parámetros antropométricos, bioquímicos e inmunológicos. Los pacientes fueron valorados nutricionalmente al ingreso y semanalmente.

RESULTADOS

Se evaluaron 492 pacientes, 58,13% eran mujeres. La prevalencia de desnutrición es del 31,70%, mayor riesgo en paciente con bajo IMC y obesos. Al alta el 80,9% había mejorado su perfil nutricional, el 32% preciso intervención nutricional. El 18% tenia reflejado en su informe de alta el estado nutricional, el 9,14% se le adjunto un plan para la mejora del estado nutricional.

DISCUSIÓN

Para conocer el grado de desnutrición hospitalaria es disponer de métodos sencillos que puedan ser aplicables, capaces de producir datos comparables con la población sana, reproducibles y significativos y capaces de predecir con fiabilidad los resultados de otros métodos más sofisticados de valoración. Todas las técnicas actuales de valoración nutricional se ven afectadas por el tipo de enfermedad y el grado de agresión metabólica. A su vez, la validez de un parámetro aislado como medida de riesgo nutricional y de seguimiento clínico tiene dificultades de comprobación. No existe uniformidad de criterios respecto a qué parámetros son los más útiles para valorar a nivel individual el estado nutritivo.

CONCLUSIONES

La aplicación de un protocolo estructurado de recogida de parámetros antropométricos y bioquímicos, con implicación de un equipo hospitalario multidisciplinar, es capaz de Identificar pacientes en los que un soporte nutricional adecuado puede mejorar el pronóstico durante su estancia hospitalaria. El IMC <25 fue la alteración mas prevalente del estado nutricional. La desnutrición se relaciona con la edad avanzada (problemas para la masticación y deglución, pérdida de habilidades instrumentales, pluripatología y politerapia, carencia de medios económicos), hábitos dietéticos, estado de salud, apoyo social, estado cognitivo, recursos socioeconómicos. Durante la hospitalización el estado nutricional tiende a deteriorarse por múltiples motivos: ayunos “terapéuticos” o exploraciones, síntomas derivados de la enfermedad, dietas mal prescritas o insuficientes, efectos de los fármacos.

RIESGO DE DESNUTRICIÓN SEGÚN PATOLOGÍA (V-11)

RIESGO DE DESNUTRICIÓN	SIN RIESGO	BAJO	MEDIO	ALTO
INFECCIONES RESPIRATORIAS/NEUMONIAS	13,04%	30,43%	18,84%	37,68%
ACVA	5,17%	15,51%	53,44%	25,86%
DEMENCIA	1,12%	7,86%	38,20%	52,80%
SEPSIS GRAVE	0	0	25,92%	74,02%
NEOPLASIAS	0	5,19%	36,36%	58,44%
ICC	0	14,58%	45,83%	33,3%
ANEMIA	6,25%	40%	20%	26,66%

V-12 HIPOTENSIÓN ARTERIAL Y SÍNDROME CONSTITUCIONAL EN PACIENTE CON TRICOLEUCEMIA

S. García Martínez, I. Muinelo Voces, E. Fernández Pérez, M. López Veloso, S. Rodríguez García, C. Ruiz Bayón, P. Dios Díez, E. Castelar Delgado
Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de León. León

OBJETIVOS

Presentar un caso de insuficiencia suprarrenal (IS) aguda secundaria a tuberculosis (TB) en paciente con tricoleucemia. A partir del mismo, se realiza una revisión bibliográfica de la IS.

MATERIAL Y MÉTODO

Presenta un caso clínico cuyos datos descriptivos más relevantes se exponen a continuación: Varón de 69 años con síndrome constitucional (predominantemente astenia y pérdida de peso no cuantificada) de cuatro meses de evolución e hipotensión arterial en las últimas semanas. Antecedentes personales: tricoleucemia a seguimiento por Hematología. Psoriasis. Ingreso previo por síndrome general realizando Ecografía-TC abdominal objetivando nódulos suprarrenales con estudio analítico que demuestra normofunción. Exploración física: TA 90/50. Afebril. Delgado, palidez cutánea, signos de deshidratación y mal estado general. No se palpan adenopatías periféricas. Resto de la exploración, normal. Ante este enfoque clínico, se realizan las pruebas complementarias pertinentes que conducirán al diagnóstico.

RESULTADOS

Analítica: Na 128 K 5,05 Cr 1,6. Aldosterona normal. Marcadores autoinmunes negativos. Catecolaminas, metanefrinas y ácido vanilmandélico en orina de 24 horas normales. Cortisol basal 1,78 microg/100 y ACTH >1250 picog/ml. Microbiología para el Bacilo de Koch negativa en orina y esputo. TAC toracoabdominal: engrosamiento

pleural derecho. Masas hipodensas en ambas glándulas suprarrenales (de 3,5 y 4,5cm respectivamente). Biopsia de glándula suprarrenal: no datos sugestivos de tricoleucemia. Presencia de granulomas. Mantoux: 20 mm (Tres años atrás: 9mm). Con el diagnóstico analítico - clínico de IS, se inicia tratamiento inmediato con hidrocortisona a altas dosis, presentando evolución favorable del cuadro. Los hallazgos radiológicos obtenidos y la alta sospecha clínica de TB como origen de IS, conducen al inicio de tratamiento antituberculostático con isoniazida, rifampicina y piracinamida. Dada la estabilidad del paciente, se decide alta, tras 15 días de hospitalización, con el diagnóstico de IS aguda secundaria a TB, añadiendo al tratamiento corticoideo, mineralocorticoides.

DISCUSIÓN

Cuando Thomas Addison describió la IS primaria, la TB era la causa principal. Hoy en día, la etiología autoinmune constituye el 70 - 90% de los casos; siendo el bacilo de Koch responsable, tan sólo, de un 7 - 20 %. Es necesaria, una destrucción progresiva de más del 90% de la glándula suprarrenal para que la enfermedad se manifieste. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son: astenia o debilidad, pérdida de peso, anorexia, náuseas, vómitos, hipotensión y dolor abdominal. Aunque el diagnóstico se realiza ante la sospecha clínica y posterior confirmación analítica, en nuestro caso dado el antecedente de tricoleucemia y la presencia de nódulos suprarrenales se realiza biopsia de los mismos diagnosticándose de IS secundaria a TB.

CONCLUSIONES

1. La presencia de hipotensión arterial, astenia, pérdida de peso y alteraciones hidroelectrolíticas (hiponatremia e hiperpotasemia) deben hacernos sospechar una IS. 2. La causa más frecuente de IS primaria en la actualidad es la autoinmune aunque en nuestro medio siempre debe pensarse en la TB. 3. En un paciente con alta sospecha de IS, independientemente de la etiología, debe iniciarse tratamiento sustitutivo inmediato dada la potencial mortalidad del cuadro.

V-13 MASA ABDOMINAL: METÁSTASIS DE MELANOMA SIN PRIMARIO APARENTE

C. Ruiz Bayón

Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de León. León

OBJETIVOS

Descripción de un caso de metástasis de melanoma a nivel intestinal como causa de masa abdominal y anemia sin primario aparente.

MATERIAL Y MÉTODO

Presentación de un caso y revisión bibliográfica

RESULTADOS

Varón de 81 años que ingresa en febrero de 2011 por astenia intensa y anemia con Hb 7,1 y VCM de 79,6. Entre sus antecedentes personales destaca hemorragia digestiva

alta en el 2003 por ulcus duodenal; ingreso en julio 2010 por anemia ferropénica diagnosticándose de divertículos colónicos en colonoscopia; la ecografía abdominal, gastroscopia, gammagrafía con hematíes marcados fueron normales. En el ingreso actual en febrero de 2011, ocho meses más tarde, presenta un estado general deteriorado y en la exploración física se palpa una masa a nivel de vacío izquierdo, dolorosa. Se hace una ecografía abdominal presentando a nivel de la porción flexura esplénica del colon una masa superior a 12 cm y adenopatías. Se hace un TAC de tórax-abdomen-pelvis presentando en vacío izquierdo gran masa de 12 cm englobando un asa de intestino delgado y adenopatías mesentéricas y retroperitoneales paraaórticas; hígado homogéneo sin lesiones ocupantes de espacio. Se realiza una biopsia tru-cut siendo el diagnóstico de anatomía patológica melanoma. El estado general del paciente empeora decidiéndose operar con intención paliativa, se le realiza un TAC craneal por presentar clínica neurológica hallándose un infarto agudo de ACM sin encontrar presencia de metástasis cerebrales. Tiene una evolución tórpida y fallece al octavo día del postoperatorio. El resultado anatomopatológico de la pieza quirúrgica fue infiltración tumoral con imágenes de embolización vásculo-linfática por melanoma epitelioide.

DISCUSIÓN

El melanoma cutáneo tiene una incidencia del 3%, representando un 1-3% total neoplasias. Los sitios más comunes de metastatización del melanoma descritos en series de casos son: otros sitios de la piel o ganglios (42-59%), pulmón (18-36%), cerebro (12-20%) y hueso (11-17); la metastatización tracto gastrointestinal se encuentra más raramente, en 1-7%, siendo la localización más frecuente a nivel del tracto yeyunoileal (58%). Sin embargo, al analizar series de autopsias la metastatización en el tracto gastrointestinal asciende hasta el 26-58%. El melanoma puede metastatizar tanto por vía linfática como por vía hematógena, y se cree que es por ésta última por lo que tiene predilección por el tracto yeyunoileal debido a su gran vascularización. La clínica de presentación de melanoma intestinal es muy inespecífica siendo más raro que se presente como masa abdominal. La mucosa intestino delgado presenta ausencia de melanoblastos, por lo que si encontramos células a este nivel serán siempre metastásicas. En nuestro paciente no se encontró lesiones compatibles con melanoma a nivel cutáneo ni tenía antecedentes de dicha patología. Se sabe que el melanoma puede regresar espontáneamente dejando en un 4% metástasis; a pesar de esto no podemos asegurar con plena certeza que en nuestro paciente nos encontremos ante esta situación ya que debido a su mala situación clínica no se realizó un fondo de ojo para descartar un posible tumor primario del melanoma en la coroides, si bien es cierto no presentaba ninguna clínica a nivel ocular.

CONCLUSIONES

La metástasis de melanoma a nivel intestinal es una entidad poco frecuente en el diagnóstico diferencial de una anemia microcítica y una masa abdominal, pero que hay que tenerla en cuenta debido a su gran agresividad.

V-14 SACROILEITIS COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE SARCOIDOSIS

L. Briongos Figuero, Á. Ruiz de Temiño de la Peña, T. Gómez Traveso, J. Gil Domínguez, A. Beltrán Sánchez, L. Hernanz Román, D. Morchón Simón, J. Pérez Castrillón
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario del Río Hortega. Valladolid

OBJETIVOS

La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa multisistémica de etiología desconocida que afecta a adultos jóvenes siendo el órgano más afectado el tracto respiratorio y apareciendo afectación articular en el 15 al 25% de los pacientes. La asociación de sacroileitis y sarcoidosis es muy infrecuente habiéndose descrito pocos casos.

RESULTADOS

Varón de 23 años sin antecedentes médicos de interés. Ingresa por cuadro de una semana de evolución de dolor simétrico en articulaciones sacroiliacas y en tobillos, con tumefacción y dificultad a la deambulación. Además, el paciente refiere dolor de tipo pleurítico en hemitórax derecho, tos y expectoración blanquecina los días previos. A la exploración destacan adenopatías laterocervicales dolorosas y tumefacción en ambos tobillos. En la analítica: leucocitos 14100/ml (neutrófilos 74% y linfocitos 15%) y PCR 99. Las serologías para hepatitis A, B y C, VIH, citomegalovirus, toxoplasma, brucella, chlamydia pneumoniae, coxiella burnetti, legionella pneumophila y lues fueron negativas. La radiología torácica muestra hilios prominentes con patrón intersticial bilateral. Se completa el estudio con: enzima convertidota de angiotensina (ECA) de 64,6 con calcio en orina de 24 horas elevado, HLA B27 negativo e interferón gamma negativo. El TC torácico muestra adenopatías paratraqueales derechas en celda tímica, hiliares bilaterales y subcarinales y afectación parenquimatosa con opacidades nodulares confluentes de distribución parcheada. En el TC de articulación sacroiliaca destaca la existencia de esclerosis interarticular en ambas articulaciones sacroiliacas compatible con espondilitis bilateral. Se realiza lavabo bronquialveolar que muestra un cociente CD4/CD8 de 80/20 compatible con sarcoidosis. La biopsia transbronquial muestra granulomatosis no caseificante compatible con sarcoidosis. Con el diagnóstico de sarcoidosis con afectación pulmonar y sacroiletitis asociada se inicia tratamiento con antiinflamatorios y corticoides a dosis de 1 mg/Kg de peso presentando buena respuesta clínica y posterior seguimiento en consulta externa.

DISCUSIÓN

La sarcoidosis puede simular enfermedades reumatológicas e incluso coexistir con alguna de ellas. La forma más común de afectación articular en la sarcoidosis es aguda, migratoria, simétrica y poliarticular. La forma crónica es menos frecuente y afecta a múltiples articulaciones de forma recurrente y erosiva. La sacroileitis es una artropatía inflamatoria y se comporta como una rara manifestación de la sarcoidosis habiéndose detectado un prevalencia entorno al 6%, mayor que en la población general que es del

1,9% Existen pocos casos en la literatura de sacroileitis asociada a sarcoidosis, siendo aún más rara la afectación sacroiliaca como manifestación inicial de la enfermedad. El diagnóstico se establece con la clínica y la radiología y puede apoyarse en la detección de granulomas no caseificantes en una muestra sinoval y el tratamiento se realiza con corticoterapia.

CONCLUSIONES

El diagnóstico de sarcoidosis en los pacientes con afectación sacroiliaca supone un reto e implica un alto grado de sospecha para detectar la coexistencia de ambas patologías. En nuestro caso destaca la afectación del esqueleto axial bilateral como primera manifestación, descartándose otras etiologías como causa del cuadro.

V-15 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS ALTERACIONES PLEURO-PULMONARES CAUSADAS POR LA EXPOSICION A ASBESTO EN UN HOSPITAL DE 2º NIVEL

Y. Bombín Molinero, J. Pardo Illeras, F. Sánchez Barranco Vallejo, J. Gómez Barquero, C. Ferrer Perales, J. Da Cruz Soares, J. Carbajal Martínez, J. Sánchez Navarro
Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Palencia. Palencia

OBJETIVOS

Valorar la incidencia acumulada de aparición de alteraciones pleuro-pulmonares relacionados con la exposición al asbesto en la población de Palencia. Describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes diagnosticados de trastornos pleuro-pulmonares relacionados con la exposición al asbesto en un hospital de 2º nivel.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza un estudio descriptivo, retrospectivo, de los pacientes con antecedentes de exposición ambiental a amianto, atendidos en un hospital de 2º nivel, el complejo Hospitalario de Palencia en los últimos 10 años. Se realizó búsqueda activa de casos codificados como asbestosis como diagnóstico principal y secundario, según la CIE 10, en el servicio de documentación y archivos del complejo Asistencial de Palencia y además se recogieron los casos con exposición al asbesto a través del programa "Informa" con las palabras clave "asbesto" y "amianto". Se recogieron de las historias clínicas, datos demográficos, clínicos, radiológicos y espirométricos de los pacientes con exposición al asbesto. Se definieron como alteraciones pleuro-pulmonares relacionadas con el asbesto y asbestosis según los criterios diagnósticos de la SEPAR y la American Thoracic Society.

RESULTADOS

Se encontraron 88 pacientes con antecedentes de exposición a asbesto (IA exposición Asbesto Palencia=88/172510= 51/100000), de los cuales sólo 40 presentaron manifestaciones pleuro-pulmonares sugestivas de exposición, que fueron los que finalmente fueron incluidos en el estudio. La edad media fue 70,65 años. 40 (100%)

eran varones. 40 (100%) presentaron exposición laboral, siendo la actividad laboral más frecuente el trabajo en fábricas de cemento (5/40, 12,5%). La radiografía de tórax demostró alteraciones pleuro-pulmonares en 40/40 (100%) de los pacientes, y hallazgos de afectación parenquimatosa en 3/40 (7,5%). La TAC se realizó en 38/40 (95%) de los casos, encontrándose placas pleurales asociadas a un patrón intersticial, hallazgos compatibles con Asbestosis, en 11/40 (27,5%) (Incidencia Acumulada Asbestosis Palencia 2000-2010= 7/172510 = 4/100000) y lesiones tumorales pulmonares en 7/40 (17,5%) de los casos [5/6 (83,4%) fueron mesoteliomas, 1/6 (16,6%) fue un carcinoma epidermoide de pulmón). La espirometría se realizó en 28/40 (70%) de los casos, encontrándose un patrón restrictivo en 10/28 (35,7%) de los casos.

CONCLUSIONES

La exposición al Asbesto es relativamente frecuente y siempre vinculada a exposición laboral. Se encuentran afectaciones pleuro-pulmonares en un elevado porcentaje de pacientes expuestos. La asbestosis es una complicación frecuente entre los expuestos a Asbesto. La TAC permite detectar casos de Asbestosis no diagnosticadas en la radiografía simple.

V-16 HIPERPARATIROIDISMO NORMOCALCÉMICO EN PACIENTE CON DISPLASIA FIBRÓTICA MONOSTÓTICA

T. Gómez Traveso, L. Briongos Figuero, J. Soler González, M. Andrés Calvo, E. Izquierdo Delgado, G. Vega Tejedor, M. Pineda Alonso, J. Pérez Castrillón
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

OBJETIVOS

La displasia fibrótica ósea es una enfermedad rara con manifestaciones clínicas severas como dolor óseo, deformidad ósea y fracturas. Describimos el caso de un paciente que presenta hiperparatiroidismo asociado a displasia fibrótica monostótica.

RESULTADOS

Paciente varón, de 68 años de edad, con antecedentes personales de EPOC, fibrilación auricular en tratamiento con Sintrom y ulcus gástrico. El paciente acudió a consulta de Medicina Interna por presentar cuadro de dolor mecánico de 2 meses de evolución en extremidad inferior izquierda. Refería dolor irradiado desde la rodilla hasta la cadera que se exacerbaba al caminar y desaparecía con el reposo. No presentaba síndrome general asociado. La exploración física fue normal excepto por la presencia de dolor a la movilización pasiva de la extremidad sin signos de derrame ni flogosis. Se inició el estudio con la realización de una radiografía de cadera que reveló la existencia de una lesión en la rama ileo-pubiana derecha de tipo osteoblástico con zonas osteolíticas en su interior. Para confirmar e identificar esta lesión se realizó un TAC de pelvis que la describió como una lesión compatible con displasia fibrosa. En el estudio analítico no se encontraron alteraciones significativas. Al tratarse de una displasia fibrosa monostótica

se decidió no iniciar tratamiento específico por el momento, pautándose analgesia para control del dolor y seguimiento en consultas externas de Medicina Interna. El paciente evolucionó satisfactoriamente sin presentar limitación para realizar su actividad física habitual. Sin embargo, durante su los controles periódicos en consulta, se observó una PTH de 163 (valores normales entre 12 - 72) siendo el calcio y la vitamina D normales y no encontrándose otras causas de elevación de la parathormona. Para completar el estudio, se realizó gammagrafía de paratiroides con 99mTc-MIBI y SPECT-TAC encontrándose captación en polo inferior de lóbulo tiroideo derecho en relación con probable adenoma. En base a estos resultados se realizó el diagnóstico de hiperparatiroidismo normocalcémico en paciente con displasia fibrosa monostótica.

DISCUSIÓN

La displasia fibrótica es una enfermedad ósea en la que existen áreas de tejido óseo fibroso inmaduro debido a una mutación en el gen GNAS1. Clásicamente se distinguen la forma poliostótica (más frecuente y comúnmente asociada a manchas café con leche y endocrinopatías – síndrome de McCune Albright -) y la monostótica, dependiendo del número de huesos afectados. Se han descrito casos en los que pacientes con displasia fibrótica presentan bajos niveles de vitamina D y lesiones óseas que semejan hiperparatiroidismo secundario pero también se han descrito algunos casos raros de displasia fibrótica asociada a hiperparatiroidismo primario. Estos pacientes se benefician de tratamiento con bifosfonatos y suplementos de calcio y vitamina D, incluso algunos pacientes precisan cirugía, aunque en los pacientes asintomáticos el tratamiento no está claramente establecido.

CONCLUSIONES

Nuestro caso representa una asociación muy infrecuente de hiperparatiroidismo normocalcémico y displasia fibrótica monostótica sin enfermedad de McCune Albright asociada que no precisa tratamiento para su control. Este caso implica con alto grado de alerta para sospechar dicha asociación y poder establecer un correcto tratamiento.

V-17 MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

F. Sánchez-Barranco Vallejo[1], S. Maestro Antolín[2], J. Da Cruz Soares[1], R. Carbajal Martínez[1], Y. Bombin Molinero[1], C. Ferrer Perales[1], I. García Martínez[2], J. Sánchez Navarro[1]

[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Servicio de Digestivo. Complejo Asistencial de Palencia. Palencia

OBJETIVOS

Estudiar las manifestaciones neurológicas en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en un hospital de 2 nivel.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes diagnosticados de Enfermedad Inflamatoria Intestinal que han presentado en los últimos 4 años patología neurológica requiriendo ingreso en nuestro hospital. Se recogen variables demográficas, tipo de EII, clínica presente, años de evolución de la EII, manifestaciones extraintestinales de la EII, si presentaron exitus y tratamiento en el momento del ictus para la EII.

RESULTADOS

Se revisan 121 pacientes diagnosticados de Enfermedad Inflamatoria intestinal. Presentaron manifestaciones neurológicas 17 pacientes, 13 varones y 4 mujeres. La edad media fue de 64.3 años. El 41.1% (7 pacientes) era enfermedad de Crohn, y el 58.8% (10 pacientes) Colitis Ulcerosa. 8 pacientes presentaron Ictus isquémicos, 5 pacientes presentaban crisis comicial, 2 pacientes paresia radial, 2 cefalea tensional, 2 ACVA hemorrágica, 1 TVC, 1 Neuralgia del trigémino, 1 miopatía CC y 1 síndrome depresivo. En el momento del diagnóstico, 7 pacientes estaban en tratamiento (Claversal 4 pacientes, CC 2 pacientes, Inmurel 1 paciente y Adalimumab 1 paciente), y presentaron exitus letalis 3 pacientes.

DISCUSIÓN

Aunque la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn se han considerado tradicionalmente como enfermedades limitadas a la mucosa del tubo digestivo, se ha demostrado que frecuentemente se acompañan de diferentes trastornos extraintestinales. Entre éstos, hay una evidencia creciente de que también se manifiestan en el sistema nervioso, tanto central como periférico. Se han descrito 6 mecanismos diferentes según los cuales la EII puede afectar al sistema nervioso central o periférico. Estos mecanismos podrían actuar solos o en combinación. Son los siguientes: a) malabsorción y deficiencia de vitaminas y minerales; b) formación de agentes tóxicos metabólicos; c) infecciones como complicación de la inmunodepresión; d) efectos secundarios del tratamiento; e) tromboembolia asociada, y f) alteraciones inmunológicas. En nuestra serie, la mayoría de los pacientes sufrieron accidentes cerebrovasculares isquémicos, siendo la mayoría enfermos de colitis ulcerosa de avanzada edad.

CONCLUSIONES

El espectro de trastornos neurológicos en pacientes con EII es mucho mayor de lo que se pensaba hace años, e incluye desde síntomas que pueden pasar desapercibidos, como la cefalea o la depresión, hasta alteraciones muy graves que pueden poner en peligro la vida del paciente. Esto indica un posible infradiagnóstico de EII en pacientes que presentan estas alteraciones, especialmente en los que los síntomas neurológicos son la primera manifestación de la enfermedad o cuando la sintomatología gastrointestinal es escasa. Respecto a la EII, con excepción de algunas alteraciones neurológicas asociadas, la bibliografía disponible consiste en casos clínicos aislados o estudios de series de casos. Los estudios sistemáticos escasean y apenas hay datos respecto a la incidencia y la prevalencia. El hecho de poder ser la manifestación inicial de la

enfermedad intestinal obliga a un conocimiento adecuado de las distintas alteraciones neurológicas para poder establecer un diagnóstico temprano y un tratamiento eficaz y no comenzarlo cuando la recuperación puede ser nula o escasa. Se debería insistir en incluir el diagnóstico diferencial de CU y EC, así como de otras enfermedades sistémicas, en un gran número de síntomas neurológicos e intentar que los especialistas tengan un mayor conocimiento de las complicaciones neurológicas de esta entidad.

V-18 HEPATITIS AUTOINMUNE. SERIE DE CASOS

F. Sánchez-Barranco Vallejo[1], S. Maestro Antolín[2], C. Ferrer Perales[1], J. Da Cruz Soares[1], R. Carbajal Martínez[1], Y. Bombín Molinero[1], I. García Martínez[2], J. Sánchez Navarro[1]
[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Servicio de Digestivo. Complejo Asistencial de Palencia. Palencia

OBJETIVOS

Estudiar las características clínico evolutivas de pacientes con hepatitis autoinmune (HAI) en un hospital de 2 nivel.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes diagnosticados de hepatitis autoinmunes en los últimos 4 años diagnosticados en el servicio de Medicina interna, y se analizan las características epidemiológicas, manifestaciones clínicas, realización de biopsia, marcadores inmunológicos, manifestaciones extrahepáticas y coinfección por VHC, pruebas diagnósticas, evolución a cirrosis y tratamiento implantado.

RESULTADOS

Se revisan 10 pacientes, de los cuales 6 eran varones y 4 mujeres. Sus edades estaban comprendidas entre los 32 años y los 80 años, no constatando formas de presentación aguda, de fallo hepático fulminante ni manifestaciones extrahepáticas. 1 paciente presentaba coinfección con el VHC. El 50% (5 pacientes) se presentaron asintomáticos en la Consulta; el 30% (3 pacientes) presentaban ictericia, y el resto dolor en hipocondrio derecho (2 pacientes). En todos se realizó biopsia hepática. 9 pacientes presentaban AML +, y 3 pacientes presentaron ANA a títulos positivos (>1:80), siendo diagnosticados todos los pacientes de hepatitis autoinmune tipo I. A todos los pacientes se les realizó Ecografía abdominal, y a 3 de ellos TAC. En todos los pacientes se inicio tratamiento con Corticoides (30-60 mg/día) y Azatioprina (50-100 mg día), y posteriormente se retiró los corticoides en 7 pacientes, permaneciendo en la actualidad con Azatioprina. 3 de los pacientes evolucionaron a cirrosis, y ninguno de ellos ha resultado exitus letalis.

DISCUSIÓN

La hepatitis autoinmune (HAI) es una enfermedad crónica de etiología desconocida, caracterizada por una destrucción progresiva del parénquima hepático, causada por el propio sistema inmune del paciente 1-10. Su reconocimiento puede hacerse con relativa

facilidad mediante el hallazgo de títulos elevados de anticuerpos antinucleares (ANA), antimúsculo liso (AML) o anticuerpos antimicrosomas de hígado y riñón (anti-LKM) en presencia de una lesión histológica compatible. El diagnóstico requiere la exclusión de otras enfermedades hepáticas crónicas con manifestaciones similares. En nuestra serie, todos los pacientes presentaban marcadores inmunológicos sugestivos de hepatitis autoinmune, realizándose biopsia hepática a todos ellos, pese a las recientes evidencias que dudan de la utilidad de la misma. 3 de los pacientes evolucionaron a cirrosis, lo que coincide con lo recogido en las series nacionales (30%).

CONCLUSIONES

La hepatitis autoinmune (HAI) es una patología cuyo reconocimiento temprano es fundamental para el clínico, para evitar complicaciones derivadas de una hepatopatía no diagnosticada y potencialmente agresiva, así como las que se producen por el tratamiento inmunosupresor. Actualmente se recomienda en las guías clínicas la realización de biopsia hepática ante su sospecha, pero en publicaciones recientes se duda de su aportación en pacientes con inmunología positiva, pues la biopsia no cambiará el manejo ni la respuesta a la terapia.

V-19 HEPATITIS TÓXICA MEDICAMENTOSA EN UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA

F. Sánchez-Barranco Vallejo[1], J. Da Cruz Soares[1], S. Maestro Antolín[2], R. Carbajal Martínez[1], Y. Bombín Molinero[1], C. Ferrer Perales[1], J. Martín Serradilla[1], J. Sánchez Navarro[1]

[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Servicio de Digestivo. Complejo Asistencial de Palencia. Palencia

OBJETIVOS

Revisar las características clínicas y epidemiológicas de la hepatitis tóxica medicamentosa en una consulta de alta resolución.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes diagnosticados de hepatitis tóxica medicamentosa en una consulta de alta resolución de nuestro hospital durante el año 2010, revisando su historia clínica y analizando las variables demográficas, clínica presentada, pruebas realizadas, alteraciones analíticas, fármaco implicado y evolución clínica.

RESULTADOS

De un total de 7700 historias vistas en Medicina Interna durante el año 2010, se revisan 21 historias diagnosticadas de hepatitis tóxica. 12 fueron mujeres (edad media: 66.5 años) y 9 hombres (edad media 65 años). La clínica predominante en el momento del diagnóstico fue asintomático (7 pacientes), ictericia (6 pacientes), abdominalgia (3 pacientes), síndrome constitucional (4 pacientes), diarrea (1 paciente). Se realizaron

Ecografía abdominal en 17 pacientes, TAC abdominal en 2 pacientes, no realizándose ninguna Ecoendoscopia ni CPRE. En 18 pacientes hubo predominio de citolisis, y en 3 pacientes colostasis. La causa de la hepatitis tóxica fue de antibióticos en 5 pacientes (Amoxicilina en 3 pacientes, Minociclina y Moxifloxacino en 1 paciente respectivamente), estatinas en 4 paciente (3 Atorvastatinas y 1 Simvastatina), Paracetamol en 4 pacientes, Ibuprofeno en 3 pacientes, AAs en 2 pacientes y 3 pacientes de otras causas (1 Metformina, 1 Enalapril/HCTZ y 1 Condroitín sulfato). En todos los casos, la evolución fue buena, con total resolución del cuadro tras la retirada del fármaco causante, no necesitando en ningún caso hospitalización.

DISCUSIÓN

La hepatitis tóxica puede suponer entre un 2 y un 5% de pacientes hospitalizados por afectación hepática según las series, pero es mucho más frecuente en individuos de la tercera edad con polimedicación, en los que puede llegar a ser la causa de hasta un 25% de fallos hepáticos agudos o hepatitis crónicas. La expresión clínica de la hepatotoxicidad es extraordinariamente variable, comprendiendo desde alteraciones asintomáticas y reversibles de las transaminasas, hasta enfermedad hepática fulminante. Aunque tiende a existir una asociación entre grupo farmacológico y tipo de daño hepático producido, un mismo fármaco puede ocasionar distintos síndromes. En nuestra serie, la mayoría de los pacientes fueron pacientes de edad en torno a los 65 años, y de predominio femenino. Todos fueron estudiados con Ecografía, presentando la mayoría citolisis. Decir que no hay una prueba específica que nos dé el diagnóstico definitivo y esta es una de las peculiaridades de la hepatitis tóxica, por lo que hay que realizar toda una batería de pruebas para asegurarnos de que no se trata de una hepatitis por virus u otras causas demostrables. De este modo, el diagnóstico de hepatitis tóxica se basa en la demostración de que no hay otra causa específica y en la relación temporal de los síntomas con el consumo de un fármaco, drogas, productos de herboristería o la exposición a un tóxico.

CONCLUSIONES

La hepatitis tóxica es una entidad a tener en cuenta en la población de pacientes que se estudia en Medicina Interna, dado que suele ser una población anciana polimedicada. Es preciso realizar una adecuada historia clínica y continuarse con las pruebas complementarias pertinentes para descartar otras causas de hepatitis. La mayoría de nuestros pacientes se encontraban asintomáticos, por lo que se hace necesario un control analítico en aquellos pacientes que estén tomando medicación que pueda desarrollar potencialmente hepatotoxicidad, para suspender dichos fármacos y actuar de forma eficiente.

V-20 "DOCTOR, EL EJERCICIO ME MATA…"

V. Portillo Tuñón, C. Dueñas Gutiérrez, R. Bejarano Espejo, M. Cuesta Lasso, S. Molinero Abad, A. Blanco Martínez de Morentín
Servicio de Medicina Interna. Hospital General Yagüe. Burgos

OBJETIVOS

El paciente fue remitido a la consulta de Medicina Interna para estudio de elevación de enzimas hepáticas de años de evolución. Además, el paciente refería dolores musculares de predominio en miembros inferiores y agotamiento tras realizar ejercicio físico moderado.

MATERIAL Y MÉTODO

Varón de 45 años. Ex fumador, no bebedor; con antecedentes personales de fracturas costales y metacarpianas traumáticas y feocromocitoma intervenido quirúrgicamente. Sin tratamiento médico habitual. Se realizó analítica que confirmó la elevación de enzimas hepáticas: bilirrubina total 1.32 mg/dl, GOT 104 UI/l, GPT 93 UI/l, GGT 22 UI/l, LDH 719 UI/l, FA 58 UI/l, CK 10318 UI/l. Se llevó a cabo un estudio de hepatopatía incluyendo ecografía abdominal, que fue normal y determinaciones analíticas con sistemático de orina, Inmunoglobulinas A, G, M, Alfa 1 Antitripsina, Ceruloplasmina, hormonas tiroideas, Anticuerpos Anti-nucleares, Anticuerpos Anti-mitocondriales, Anticuerpos Anti-músculo liso y estudio del hierro; que fueron negativos Las serologías para VHC, VHB, VIH también fueron negativas. El estudio de autoinmunidad con ANA y Anticuerpos anti-DNA no mostró alteraciones. El EMG mostró signos compatibles con afectación miopática en ambos tibiales anteriores, junto con leve afectación neurógena crónica en vasto lateral izquierdo. Patrones de reclutamiento de amplitud grande de forma difusa.

RESULTADOS

Finalmente, se realizó biopsia de músculo esquelético con diagnóstico histopatológico de Glucogenosis tipo V, enfermedad de McArdle.

DISCUSIÓN

La Glucogenosis tipo V o enfermedad de McArdle es un trastorno del músculo esquelético, consecuencia del déficit hereditario de un importante enzima del metabolismo de carbohidratos llamado miofosforilasa. La miofosforilasa cataliza el paso de glucógeno a glucosa-1-fosfato siendo por tanto esencial en la obtención de energía de los depósitos musculares de glucógeno durante el ejercicio. La clínica puede ser muy variada, aunque habitualmente los pacientes refieren una historia de intolerancia al ejercicio y contracturas; que en ocasiones se acompañan de mioglobinuria. Se trata de la alteración más frecuente del metabolismo de carbohidratos en el músculo esquelético y una de las miopatías más frecuentes.

CONCLUSIONES

Además de la sospecha clínica y alteraciones compatibles en la analítica, el diagnóstico de la enfermedad de McArdle se puede establecer de forma definitiva mediante la biopsia muscular y el estudio genético. Se recomienda a estos pacientes la práctica de ejercicio aeróbico de baja a moderada intensidad sin que actualmente existan otros tratamientos que hayan probado su eficacia. Este déficit enzimático debe su nombre al investigador británico Brian McArdle que fue el primero en describirlo en 1951.

V-21 "ME HA PASADO LO QUE EN EL CAPÍTULO 9 DE SAN JUAN ¡ESTABA CIEGO, Y AHORA VEO!"

N. Ramos Vicente[1], A. Fernández Díaz[2], C. Buelta González[1], R. S. Medina[3], D. Alexis[1], C. Prada González[1]
[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Servicio de Neurología, [3]Servicio de Medicina Intensiva. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León)

OBJETIVOS

Describimos el caso de un varón de 61 años con drástica reducción del campo y de la agudeza visuales tras neuropatía óptica bilateral hace 20 años no filiada; que en los últimos 6 meses presenta alucinosis visual.

MATERIAL Y MÉTODO

-Estudio analítico amplio incluyendo: hemograma, bioquímica, hemostasia, dosificación de hormonas tiroideas, Proteinograma, Vitamina B12, Ácido Fólico, perfil de autoinmunidad, serología frente a Treponema. -RMN craneal: atrofia córtico-subcortical proporcionada a la edad. Isquemia periventricular en ambas astas frontales de los ventrículos laterales. -EEG: lentificación dispersa del trazado, con múltiples artefactos musculares. -EcoDoppler de TSA: discreta ateromatosis sin efecto estenosante en ambos ejes bicarotídeos. -Examen MMSE: 26/28 (se suprimen ítems de lectura y escritura). -Examen genético para Enfermedad de Leber: negativo.

RESULTADOS

Se diagnosticó al paciente de Alucinosis visual, en el contexto de déficit visual severo, compatible con Síndrome de Charles Bonnet.

DISCUSIÓN

El síndrome de Charles-Bonnet es una entidad no infrecuente en la práctica diaria. A pesar de ello, muchas veces se infradiagnostica, o simplemente no se contempla la posibilidad, con las consiguientes repercusiones diagnósticas y terapéuticas que ello conlleva.

CONCLUSIONES

1. El síndrome de Charles Bonnet puede alcanzar cifras de prevalencia considerables entre pacientes con afectación visual. 2. Los criterios diagnósticos comprenden: alucinaciones complejas vívidas, repetitivas y estereotipadas, con preservación total

o parcial del insight en torno a la irrealidad de la percepción, en ausencia de psicosis, o procesos metabólicos-farmacológicos, que puedan explicar el cuadro. 3. Su etiopatogenia es poco conocida, propugnándose un modelo de desaferenciación de las áreas de asociación visual del córtex, dando una hiperexcitabilidad del córtex como resultado. 4. En su diagnóstico diferencial deben incluirse psicopatías, demencias, crisis parciales complejas, alucinosis pedunculares o hipnagógicas, y el Síndrome de "Alicia en el País de las Maravillas".Un diagnóstico diferencial necesario se establece con las alucinaciones de origen comicial. La coexistencia de otros síntomas o signos comiciales, así como la presencia de otras modalidades alucinatorias y las anomalías EEG, apoyan el origen comicial. 5. Reseñar que, además, se han descrito casos en pacientes con buena visión.

V-22 "LO QUE SABEMOS ES UNA GOTA DE AGUA; LO QUE IGNORAMOS ES EL OCÉANO"

E. Magaz García, N. Caracedo Falagán, S. Raposo García, M. López Veloso, A. Morán Blanco
Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de León. León

OBJETIVOS

Partiendo de una célebre frase de Isaac Newton podríamos decir que en medicina las cosas cada vez más no son lo que parecen.

MATERIAL Y MÉTODO

Varón de 52 años de edad con antecedentes de etilismo crónico (180 gr. etanol al día), colecistectomizado, apendicectomizado y esplenectomia a los 18 años tras un traumatismo. Es remitido de otro centro donde se iba a intervenir de forma programada de una hernia inguinoescrotal izquierda por coagulopatía y presencia en ecografía y TAC abdominales de un hígado cirrótico con un nódulo hipodenso e implantes peritoneales. El paciente permanece asintomático. La exploración muestra estigmas de etilismo y hepatomegalia de dos traveses firme y no dolorosa a la palpación. En los estudios complementarios destaca un hemograma normal con VCM de 104, actividad de protrombina del 54%, GOT 68, GGT 476, PT 8.1, BT 1.6, hipergammaglobulinemia policlonal y alfafetoproteína negativa. Revisando el TAC que portaba el paciente los nódulos peritoneales se interpretan como una esplenosis que se confirma tras la realización de una gammagrafía con hematíes marcados. El estudio se completa con la realización de una resonancia hepática que no muestra ningún nódulo sospechoso de hepatoma y sí visualiza un angioma. El diagnóstico final es el de una cirrosis hepática estadio A y una esplenosis secundaria a la esplenectomía previa.

DISCUSIÓN

La esplenosis es el implante de tejido esplénico en localizaciones anormales, habitualmente en la cavidad abdominal (serosas) pero también en otros lugares como

el tórax. Se observa tras la rotura del bazo y su extirpación. Suele ser asintomática y de hallazgo casual. Es importante para su diagnóstico tenerla presente en el contexto adecuado. En el caso que referimos se confundía fácilmente con una carcinomatosis peritoneal. Puede ocurrir entre el 16 y 67% de los pacientes que sufren una rotura esplénica. La gammagrafía con hematíes marcados es útil para su diagnóstico al mostrar una intensa captación. No requiere tratamiento y si es necesario será quirúrgico.

V-23 EFICACIA, SEGURIDAD Y TOLERABILIDAD DE ZONISAMIDA EN MIGRAÑA

N. Ramos Vicente[1], Á. Fernández Díaz[2], R. S. Medina[3], C. Buelta González[1], C. Prada González[1], M. Borao Cengotita-Bengoa[1]
[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Servicio de Neurología, [3]Servicio de Medicina Intensiva. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León)

OBJETIVOS

Plantear eficacia y tolerabilidad de Zonisamida en pacientes migrañosos.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio longitudinal, prospectivo y no aleatorizado de pacientes de ambos sexos con diagnóstico de migraña sin aura(criterios IHS) en seguimiento en consultas de Neurología, con frecuencia de crisis superior a 4 mensuales. Edad comprendida entre 18-50 años; con consentimiento informado. Se toman datos clínicos de la enfermedad (filiación, antecedentes familiares de cefalea, edad de inicio, frecuencia, severidad, Escala Midas, tratamientos sintomáticos empleados y frecuencia de tratamientos preventivos) y se explica al paciente. Se evaluará frecuencia de crisis, tolerabilidad del fármaco, índice de satisfacción de los pacientes y efectos adversos con el tratamiento al mes, a los 3 meses y a los 6 meses de seguimiento.

RESULTADOS

De una muestra de 6 pacientes, tuvieron seguimiento durante todo el estudio un 83%, ya que uno de ellos abandonó por problemas familiares. Se observó una buena tolerancia a Zonisamida con dosis de 100-200mg disminuyendo a la mitad el número de crisis en el 83% de los paciente. Los resultados de los efectos adversos concluyeron que el 50% estaban asintomáticos; el 16% presentaban astenia; otro 16 % trastornos del sueño y el restante 16% perdida de peso (estimulante para alguno de los pacientes). Según el grado de satisfacción: el 33% estaban bastante satisfechos, el 16% muy satisfechos; mientras que el resto estaban poco satisfechos o indiferentes.

DISCUSIÓN

1. La migraña es una entidad altamente frecuente. 2. Supone una gran repercusión en la vida diaria de los pacientes. 3. Existe alta tasa de costes directos y aún mayor de indirectos. 4. Los tratamientos preventivos “clásicos” no son eficaces en el 100% de los casos. Por ello, Zonisamida con su amplio mecanismo de acción permite, a priori, inferir

una posible acción beneficiosa en los pacientes con migraña. 5. Su escasa interacción con otros fármacos y con Anticonceptivos orales suponen una ventaja a tener en cuenta. 6. Algún efecto colateral (pérdida de peso) puede ser un estímulo positivo para algunos enfermos.

CONCLUSIONES

Al igual que en otras series publicadas, la eficacia de Zonisamida debe tenerse en cuenta en migrañosos refractarios. Ya que: 1. Disminuye en un alto porcentaje de pacientes el número de crisis. 2. Se describen pocos efectos adversos y alguno de ellos, como la pérdida de peso, puede ser un efecto positivo para continuar con el tratamiento.

V-24 DOLOR ABDOMINAL DE ETIOLOGÍA INFRECUENTE

B. Adalia Martín, C. Buelta González, J. Oblanca García, A. Castañón López, M. Prieto, A. Paredes Mogollo

Servicio de Medicina Interna. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León)

OBJETIVOS

Presentar una patología biliar de clínica frecuente y etiología infrecuente.

MATERIAL Y MÉTODO

Mujer de 53 años, sin alergias medicamentosas, cólicos biliares de repetición. Sin tratamientos actuales. Acude a urgencias por dolor en hipocondrio derecho de presentación aguda acompañado de fiebre y vómitos, sin alteraciones en el ritmo intestinal. En la analítica destaca leucocitosis con desviación izquierda, hiperbilirrubinemia y elevación de GGT, GOT, GPT y FA. Con la sospecha de colangitis se realiza ecografía abdominal obteniéndose como resultado imágenes intrahepáticas sugerentes de quistes.

RESULTADOS

La paciente es hospitalizada y se inicia tratamiento antibiótico empírico intravenoso con cefalosporina de tercera generación y amino glucósido. Sin embargo, no evoluciona favorablemente y se decide la realización de colangiorresonancia y resonancia magnética que confirma la existencia de un absceso intrahepático y dilatación sacular de la vía biliar intrahepática. A pesar del tratamiento tiene un fallo multiorgánico y fallece. Diagnóstico: enfermedad de Caroli.

DISCUSIÓN

Rara malformación congénita de la vía biliar intrahepática caracterizada por dilataciones saculares, segmentarías, múltiples, quísticas y no obstructivas de los conductos biliares intrahepáticos, conservando la histología normal del parénquima hepático. Existen dos formas: no hereditaria (tipo I), y la forma hereditaria recesiva (tipo II).Mas frecuente en mujeres. Las manifestaciones clínicas son variables, lo mas frecuente son episodios de fiebre por crisis colangiticas. Puede estar relacionada con la mutación del gen MDR3. Presenta asociación con quistes coledocales y enfermedad quística renal. El tratamiento viene determinado por su presentación anatómica y la severidad y frecuencia de los

episodios de colangitis; El seguimiento de por vida es obligado a fin de diagnosticar precozmente una degeneración neoplásica (sobre todo colangiocarcinoma).

CONCLUSIONES

El diagnóstico es radiológico: ecografía abdominal o tomografía computarizada en los casos sospechosos y confirmación mediante colangirresonancia magnética. Una vez establecida la colangitis, es difícil la curación con tratamiento antibiótico; el tratamiento definitivo será lobectomía o trasplante hepático. En cualquier caso, el tratamiento debe ser individualizado. Complicaciones: colangitis, abscesos hepáticos, abscesos subfrénicos, septicemia y pancreatitis aguda. Parece por tanto, de mucha importancia, sospechar la presencia de una enfermedad de Caroli ante estas condiciones, cuando se han descartado otras etiologías más frecuentes.

V-25 CLÍNICA NEUROLÓGICA EN PACIENTE JOVEN DE ETIOLOGÍA INFRECUENTE

B. Adalia Martín[1], M. Corullon Fernández[2], R. Vélez Silva[2], A. Fernández Díaz[3], C. Buelta González[1], L. Corral Gudino[1]

[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Servicio de Urgencias, [3]Servicio de Neurología. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León)

OBJETIVOS

Presentar el caso de una paciente joven con una enfermedad rara

MATERIAL Y MÉTODO

Mujer de 27 años, sin alergias medicamentosas y con antecedentes de episodios recurrentes de angioedema facial que mejora con tratamiento sintomático (prednisona y adrenalina). Acude a urgencias por cuadro de hemiparesia izquierda de 4 días de evolución tras episodio de angioedema con cefalea de características vasculares de predominio frontal izquierdo. En la exploración física destaca hipoestesia comparativa hemicorporal izquierda. Las pruebas complementarias realizadas en urgencias (analítica, radiografía de tórax, tomografía computarizada y electrocardiograma son normales). Se decide ingreso en neurología siendo diagnosticada de hemihipoestesia izquierda reversible de causa incierta y cefalea vascular.

RESULTADOS

Dada la recurrencia de los episodios es estudiada en el hospital de referencia donde es diagnosticada de angioedema idiopático, portadora homocigota de la mutación C677T del gen de la MTHFR. Acude a urgencias por episodio de angioedema facial izquierdo y desviación de la comisura bucal a la izquierda, anestesia y paresia de hemicuerpo izquierdo y amnesia de dos horas de evolución. La clínica cede en dos minutos con la administración de adrenalina.

DISCUSIÓN

El angioedema hereditario se caracteriza por la ausencia o mal funcionamiento del C1 inhibidor así como episodios recurrentes y autolimitados de angioedema que afecta a la piel y las mucosas del tracto respiratorio superior y gastrointestinal. El angioedema idiopático cursa con brotes recurrentes sin ningún factor casual ni historia familiar. Características diferenciales: su edad de presentación es en adultos, la afectación predominante es la cara, no suele existir un factor precipitante, su duración es 2-48 horas y tiene buena respuesta a fármacos como antihistamínicos, adrenalina o corticosteroides. El diagnostico diferencial debe realizarse con la urticaria y con las reacciones alérgicas: afectación de varios órganos, aparición rápidamente progresiva y existe evento precipitante. Los niveles elevados de hocisteina pueden empeorar el cuadro.

CONCLUSIONES

La existencia de angioedema con antecedentes familiares nos debe hacer sospechar refractariedad al tratamiento habitual. Las inflamaciones que tienen lugar en la cara son las más impactantes por la deformidad que conllevan. Pero las crisis más graves son las que comprometen la vía aérea. Se precisa de conocimiento y formación por parte de los facultativos para reconocer y tratar de forma adecuada esta entidad.

V-26 ETIOLOGÍA DE LA HIPERTRANSAMINASEMIA EN UNA CONSULTA DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL DE NIVEL 2, DURANTE EL AÑO 2010

J. Da Cruz Soares, F. Sanchez Barranco, J. Gomes Barquero, C. Ferrer Perales, I. Bonbim Molinero, Y. Moran Becares, J. Martin Serradilla, J. Sanchez Navarro
Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Palencia. Palencia

OBJETIVOS

Definir cuales son las causas de hipertransaminasemia en los pacientes que acudieron el la consulta de diagnostico rápido de medicina interna durante el año 2010.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio longitudinal retrospectivo de los paciente que acudieron a la consulta de diagnostico rápido de medicina interna por Hipertransaminasemia durante el año 2010. Revisamos las historias clínicas facilitadas por el Servicio de Documentación clínica del Centro. Analizamos las siguientes variables: edad, sexo, manifestaciones clínicas, patrón bioquímico, pruebas realizadas y diagnostico.

RESULTADOS

Se detectaron 62 casos, con una edad media de 63.2 años (Desv.tip de 17.9 años), con predominio del sexo femenino (59,7%). Las manifestaciones clínicas mas frecuentes fueron: el 30% de los pacientes eran asintomáticos y el 19.4% presentaban ictericia. El 61% de los pacientes presentan un patrón bioquímico de citolisis y el 39% de colestasis.

Entre las pruebas de imágenes realizadas la más frecuente fue la Ecografía abdominal en el 91% de los pacientes. La hepatitis farmacológica fue la etiología mas frecuente con un 33,9% de los casos, seguido de hepatocarcinoma con un 16,1%.

CONCLUSIONES

La etiología de la hipertransaminasemia en nuestra consulta es muy diversa, siendo la Hepatitis farmacológica la causa más frecuente, pero el Hepatocarcinoma nos sorprende con una porción considerable. Predomina el sexo femenino en nuestra serie.

SEDE DEL CONGRESO

Parador de Tordesillas
Ctra. de Salamanca, 5.
47100 Tordesillas (Valladolid)
Telf.: + 34 983 77 00 51 Fax: + 34 983 77 10 13
Email: tordesillas@parador.es

FECHA: 4 de Junio de 2011

ORGANIZA: Sociedad Castellano –Leonesa Cántabra de Medicina Interna

PRESIDENTE COMITÉ ORGANIZADOR: Dr. José Antonio Santos Calderón
Servicio de Medicina Interna
Complejo Asistencial de León
Ctra. de Asturias, s/n. 24008. León
Telf. 987 22 72 50 ext. 422 Fax. 987 24 32 52
Email: jascalderon@ono.com

SECRETARÍA TÉCNICA:

S&H MEDICAL SCIENCE CONGRESS

S&H Medical Science Congress
C/ Espronceda 27, Entreplanta. 28003 Madrid
tfno:91 535 71 83 - fax:91 181 76 16
e-mail: congresos@shmedical.es
Página web: www.shmedical.es

HOTELES Y VIAJES

Viajes Yacaré
C/ Ríos Rosas, 54. 28003 Madrid
Tel: 91 534 08 03 Fax.: 91 536 00 01
e-mail: viajesyacare@e-savia.net

4 de Junio de 2011
Parador de Tordesillas. Valladolid

INSCRIPCIONES

Para una mejor organización, rogamos formalicen la inscripción con antelación a la celebración del Congreso. La inscripción se entenderá formalizada una vez se hayan satisfecho los derechos de la misma. Vamos a hacer un homenaje al socio y para ello la inscripción para el Congreso, este año, excepcionalmente, será GRATUITA.
(Fecha límite de inscripción hasta el día 23 de Mayo)

DOCUMENTACIÓN

El sábado 4 de junio de 2011 se entregará la documentación del Congreso a partir de las 09:00 horas.

IDENTIFICACIÓN

Cada inscrito al Congreso dispondrá de una tarjeta de identificación individual e intransferible. Es imprescindible su presentación para tener acceso a la sede del Congreso y permanecer en la misma.

PÓSTERS

Para la presentación de los pósters seleccionados es imprescindible que el primer firmante esté inscrito en el Congreso.

CERTIFICADOS DE ASISTENCIA

Los certificados de asistencia se estregarán el Sábado 4 de junio a partir de las 17:00 horas.

IDIOMA

El idioma oficial del Congreso será en castellano.

PAUSA-CAFÉ

Los cafés se servirán en el hall del salón de la Vega.

ALMUERZOS DE TRABAJO

Se realizarán en la Sede del Congreso, siendo imprescindible la presentación de la acreditación correspondiente.

RECEPCIÓN DE PONENCIAS

Las ponencias han de ser entregadas en la Secretaría Técnica, como mínimo 2 horas antes de que comience las sesiones científicas.

INSCRIPCIÓN Y RESERVAS HOTELERAS

El Comité Organizador ruega encarecidamente a los miembros de la Sociedad una rápida respuesta.

INSCRIPCIONES

Se pueden inscribir directamente por tres vías diferentes:

1. A través de las siguientes páginas Web:
   www.fesemi.org www.shmedical.es dentro de la sección Inscripciones

2. Por fax (91 181 76 16), enviando el boletín de inscripción adjunto, con el justificante de la transferencia realizada.

3. Enviando por correo postal a la Secretaría Técnica el boletín de inscripción adjunto, además del talón o copia del resguardo de la transferencia realizada.

- Recomendamos realizar las inscripciones a través de la página Web, ya que facilita la gestión de la información

- Si se inscribe a través de la página Web, automáticamente aparecerá como preinscrito. Vamos a hacer un homenaje al socio y para ello la inscripción para el Congreso, este año, excepcionalmente, será GRATUITA.

Para dar validez a la inscripción no debe olvidar imprimir el formulario y enviarlo por correo postal a la Secretaría Técnica junto con el talón o copia del resguardo de la transferencia realizada.

4 de Junio de 2011
Parador de Tordesillas. Valladolid

La inscripción da derecho a:

- Documentación oficial
- Participar en las sesiones científicas del programa
- Presentar Comunicaciones
- Almuerzo de trabajo, cafés y Vino Español
- Circular libremente por las dependencias de la sede del Congreso
- Certificado de asistencia

FORMA DE PAGO

Cheque Nominativo a S&H Medical Science Congress
Transferencia Nº de cuenta: 0182-0190-84-0201557716

Enviar éste boletín junto al talón/ copia de la transferencia a:
Secretaría Técnica: S&H Medical Science Congress
C/ Espronceda 27, Entreplanta. 28003 Madrid
Tel: 91 535 71 83 Fax: 91 181 76 16

CANCELACIONES

Hasta el 30 de abril de 2011 se reembolsará el 50%. A partir de esta fecha no se realizarán devoluciones.

RECORDAR: se recomienda hacer las inscripciones a través de las páginas Web.

NOTA: no se permitirá el acceso al Congreso a las personas que no hayan abonado previamente la correspondiente cuota de inscripción.

Cumpliendo la Ley Orgánica 15/1999, de 23 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, usted podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante notificación a sh@shmedical.es

BOLETÍN DE ALOJAMIENTO

Parador de Tordesillas (Valladolid)

Precios
Habitación Uso Individual: 110,00 €
Habitación Doble Uso Doble: 134,00 €

(Desayuno e IVA incluidos)

Si desea realizar reserva de alojamiento para su asistencia al Congreso, debe dirigirse a:

Viajes Yacaré:
C/ Ríos Rosas, 54 – 28003 Madrid
Tfno: 91 534 08 03
Fax: 91 536 00 01
E-mail: viajesyacare@e-savia.net

ENTIDADES COLABORADORAS

Nuestro agradecimiento a:

AMGEN
ALMIRALL
ASTRAZENECA
BAYER
BOEHRINGER INGELHEIM
GLAXOSMITHKLINE
MENARINI
MSD/NYCOMED
NOVARTIS
NOVO NORDISK

© Obra: Sociedad Castellano-Leonesa Cantabra de Medicina Interna (SOCALMI)
Editado por: S&H Medical Science Service

Todos los derechos reservados. Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio mecánico o electrónico sin la debida autorización por escrito del editor.

ISBN: 978-84-694-4074-2

FEMI

FUNDACIÓN CLÍNICA DE MEDICINA INTERNA

S&H MEDICAL SCIENCE CONGRESS

S&H Medical Science Congress
C/ Espronceda 27, Entreplanta. 28003 Madrid
Telf.: 91 535 71 83 - Fax:91 181 76 16
Email:**congresos@shmedical.es**
Página Web : **www.shmedical.es**