SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA
DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

# VII Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de la Comunidad Valenciana

Organizado por el Servicio de Medicina Interna, Hospital General de Elda, Alicante

## LIBRO DE COMUNICACIONES Y PÓSTERS

# Presentación

En nombre del Comité Científico, es un placer daros la bienvenida a la ciudad de Alicante, que acoge este año la celebración del VII Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de la Comunidad Valenciana (SMICV). Este acontecimiento nos brinda una excelente ocasión para conocer mediante los pósters y comunicaciones la actividad de los distintos grupos de trabajo.

El presente libro de resúmenes recoge las 69 comunicaciones y pósters que han sido seleccionados para ser presentados durante este Congreso.

Os invitamos a compartir estos trabajos, que son fruto de la experiencia y el esfuerzo tanto de los internistas como de compañeros de otras especialidades que han colaborado en su elaboración. Es de esperar que la exposición y discusión de los trabajos sea útil para todos, aunque ya desde ahora podemos felicitar a los autores por la calidad de los mismos.

Muchas gracias por vuestra participación.

Dr. Francisco Cabadés O'Callaghan
*Presidente del Comité Científico*

**A:** ENFERMEDADES INFECCIOSAS
**EA:** PACIENTE PLURIPATOLÓGICO / EDAD AVANZADA
**G:** GESTIÓN CLÍNICA
**IC:** INSUFICIENCIA CARDIACA
**IF:** INFLAMACIÓN / ENFERMEDADES AUTOINMUNES
**O:** OSTEOPOROSIS
**RV:** RIESGO VASCULAR
**T:** ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA
**V:** VARIOS

**Depósito Legal:**

# SUMARIO

## COMUNICACIONES ORALES

**A-3** Variaciones clínico-epidemiológicas en las endocarditis diagnosticadas en un hospital comarcal. Comparación del periodo 1986-2000 con el 2001-2006 ..... 1
*R. Bravo, M. Romero, J. Colomina, C. Delibes, R. Vidal, R. Pascual*

**A-4** ¿Existen diferencias en las sensibilidades de *E. coli* en los urocultivos procedentes del hospital y Atención Primaria y los aislados en pielonefritis aguda? ... 2
*M. Romero, M. Díaz, R. Bravo, R. Vidal, C. Delibes, R. Pascual*

**A-12** Infecciones graves en pacientes reumatológicos con tratamiento biológico ..... 3
*J. Colomina Avilés, R. Vidal Chalver, V. Jovaní Casano, C. Fernández Carballido, I. Ibero Díaz*

**A-26** Características del inmigrante con infección por VIH en Alicante ..... 4
*S. Ezsol, D. Torrús, C. Navarro, R.M. Goñi, S. Reus, J. Portilla*

**EA-2** Pacientes pluripatológicos hospitalizados en Medicina Interna del Hospital General Universitario de Elche ..... 5
*A. Mora Rufete, R. Hurtado, N. Ahmad Sánchez, C. Galván Moro, J. López Escudero, V. Cánovas, M. Piedecausa Selfa, A. Martín Hidalgo*

**EA-4** Características del paciente pluripatológico hospitalizado en un servicio de Medicina Interna de un hospital de larga estancia ..... 6
*J. Blázquez Encinar, A. García Herola, B. Escrivá Cerrudo, M. Priego Valladares, T. Aparicio Salvia, S. Fuentes Luri, E. Linares Albert, L. de Teresa Parreño*

**EA-5** Características del paciente pluripatológico en las consultas externas de un servicio de Medicina Interna de un hospital de crónicos y larga estancia ..... 7
*A. García Herola, J. Blázquez Encinar, B. Escrivá Cerrudo, M. Priego Valladares, M. Maciá Soler, F. Camarasa, M. Baghdoyan Agopian, M. Serrano Mateo*

**IC-4** Tratamiento con betabloqueantes de la insuficiencia cardiaca en un servicio de Medicina Interna ..... 8
*J. Tamarit García, M. Candel Romero, B. Roig Semper, A. Atienza García, J. Carmena Carmena, R. Vicente Ull, A. Artero Mora*

**RV-1** Análisis de las pericarditis y derrames pericárdicos de ingresados en el hospital de La Ribera del 2002 al 2005 ..... 9
*M. Fernández Garcés, M. Mengua, J. Mota, Z. Pla, C. Clep*

**RV-8** Lupus eritematoso sistémico en un grupo de pacientes de edad avanzada ..... 10
*L. Micó, R. Ríos, S. Jiménez, J. Rodríguez, R. García, M. Fernández, M. de Haro, A. Fernández*

**V-2** Intoxicaciones por carbamacepina ..... 11
*B. Climent Díaz, D. García Escrivá, R. Sanz Vila, M. García Fabra, P. Herrera de Pablo, A. Herrera Ballester*

**V-4** Hipersensibilidad química múltiple. Revisión de casos ..... 12
*J. Pérez Silvestre, B. Climent Díaz, D. García Escrivá, E. Sánchez Ballester, P. Sorní Moreno, R. Oropesa Juanes, A. Herrera Ballester*

## PÓSTERS

**A-1** Neumonías por virus varicela-zóster. Descripción de 12 casos ..... 13
*R. Oropesa Juanes, V. Abril López de Medrano, I. Rodríguez, J. Pérez Silvestre, M. Espert, E. Ballester, E. Ortega, A. Herrera*

**A-2** Infecciones por *Acinetobacter* resistente a imipenem en un hospital terciario ..... 14
*R. Oropesa Juanes, J. Pérez Silvestre, I. Rodríguez, V. Abril López de Medrano, M. Espert, A. Zapater García, E. Ortega, A. Herrera*

**A-5** Validez de las tiras reactivas en el diagnóstico de la bacteriuria asintomática del embarazo ..... 15
*A. Estébanez, R. Pascual, V. Gil, F. Ortiz, M. Santibáñez, C. Pérez Barba*

**A-6** Infección de herida quirúrgica por SARM con parestesias y debilidad en piernas ..... 16
*R. Serrano, M. Romero, R. Bravo, R. Vidal, C. Pérez Barba, R. Pascual*

**A-7** Endocarditis bacteriana en mayores de 65 años ..... 17
*A. Belso, M. Romero, R. Bravo, C. Delibes, J. Colomina, R. Pascual*

**A-8** Meningitis posquirúrgica: estudio descriptivo de 19 casos ..... 18
*V. Abril López de Medrano, J. Pérez Silvestre, M. Espert Roig, R. Oropesa Juanes, I. Rodríguez, E. Ortega González*

**A-9** Neumonía por *Rhodococcus* ..... 19
*J. Pérez Silvestre, V. Abril López de Medrano, R. Oropesa Juanes, E. Ortega González*

**A-10** Neumonía por *Klebsiella pneumoniae*. BLEA de la comunidad ..... 20
*M. Peris Sifre, S. Sabater, M. Cubedo Bort, R. Moreno, O. Domingo Tomas, M. Agulló Colat, P. Oria Martínez, C. Forcada Castelló*

**A-11** Bacteriemia y ectima gangrenoso. A propósito de dos casos clínicos ..... 21
*M. Peris Sifre, M. Benasar, R. de las Peñas, M. Cubedo Bort, M. Pérez Adelantado, P. Pons Valls, J. Borras Climent, X. Muñoz Rodríguez*

**A-13** Fístulas ganglio-esofágicas en mujer de 71 años ..... 22
*V. Chabrera Gaya, I. Sanz Acevedo, T. López Buades, C. Gómez Torrijos, G. Gascón Ramón, F. Bertomeu i Blanch*

**A-14** Meningitis neumocócica: estudio clínico-epidemiológico de 19 casos ..... 23
*J. Pérez Silvestre, M. Espert Roig, V. Abril López de Medrano, R. Oropesa Juanes, L. Deus de la Bernardina, I. Rodríguez, E. Ortega González*

**A-15** Revisión de casos de espondilodiscitis infecciosa durante 15 años en un hospital comarcal ..... 24
*I. Jiménez, I. Amorós, A. Belda, L. Castellano, B. Calvo, A. Roldán, A. Gómez Belda, J. Pascual*

**A-16** Colinesterasa plasmática como indicador de gravedad en las neumonías adquiridas en la comunidad ..... 25
*L. Castellano, A. Belda, I. Amorós, A. Gómez Belda, L. López, I. Jiménez, A. Roldán, J. Pascual*

**A-17** Afectación ocular en el sarcoma de Kaposi en pacientes con infección por VIH ..... 26
*J. Peris, F. Jover, J. Cuadrado, E. Mengual, P. Roig, P. Wikman*

**A-18** Utilidad de los hemocultivos en el manejo clínico de las pielonefritis agudas en adultos en el ámbito hospitalario ..... 27
*J. Peris, F. Jover, J. Cuadrado, C. Martín, E. López Calleja, J. Seguí, M. Díaz*

**A-19** Causa inesperada e inhabitual de síndrome febril ..... 28
*S. Ezsol, C. Navarro, J. Coloma, V. Maqueda, C. Delibes, C. Pérez Barba*

**A-20** Absceso hepático y fístula biliar por *Klebsiella pneumoniae* en paciente inmunodeprimido ..... 29
*F. Puchades Gimeno, A. Gil Brusola, I. Calatayud Marín, J. Sahuquillo, M. Salavert Lletí*

**A-21** Endocarditis sobre válvula aórtica nativa por *Staphylococcus simulans* ..... 30
*P. Safont, A. Martínez, J. Seguí, E. Calabuig, M. Matarranz, J. Merino*

**A-22** Anemia hemolítica autoinmune por anticuerpos calientes como forma de presentación de carcinoma epidermoide de pulmón ..... 31
*M. Gracia Ruiz de Alda, M. Botas Velasco, F. Jover Díaz, E. Calabuig Barbero, J. Robert, R. Cañizares Navarro*

**A-23** Síndrome de reconstitución inmune en paciente con tuberculosis y VIH negativo ..... 32
*P. Wikman, F. Jover, J. Peris, M. Botas, M. Díaz, M. Gracia, J. Cuadrado*

**A-24** Síndrome de Stevens-Johnson secundario a neumonía por *Mycoplasma pneumoniae* e ibuprofeno..... 33
*M. Gracia Ruiz de Alda, M. Botas Velasco, F. Jover Díaz, M. Díaz Cuevas, J. Peris, J. Merino Sánchez*

**A-25** El botulismo en nuestro medio. revisión de tres casos ..... 34
*P. Safont Gasó, M. Botas Velasco, P. Wikman Jorgensen, M. Gracia Ruiz de Alda, E. Calabuig Barbero, M. Matarranz del Amo, J. Merino Sánchez*

**EA-1** Estudio descriptivo de los pacientes hospitalizados por motivos médicos en un hospital universitario ..... 35
*A. Mora Rufete, C. Soler, R. López Buitrago, M. Piedecausa Selfa, I. Pérez Soto, M. Molina Garrido, O. Torregreosa Suau, A. Martín Hidalgo*

**EA-3** Consumo de medicación de los pacientes hospitalizados en el área médica de un hospital universitario ..... 36
*R. Hurtado, A. Mora, E. Ascuña, M. Orozco, A. Maestre, C. Escolano, M. Piedecausa, A. Martín Hidalgo*

**G-1** Prescripción de especialidades farmacéuticas genéricas en un servicio de Medicina Interna ..... 37
*M. Stupinean, O. Redwan, J. Grueso, M. Rodríguez, C. Amorós, A. Robles, P. Román*

**G-2** Dos años de consulta de alta resolución ..... 38
*G. Gascón, V. Chabrera, J. Puig, V. Martí, P. Cortés, I. Sanz, C. Gómez*

**G-3** Análisis de la calidad de las historias en un servicio de Medicina Interna ..... 39
*P. Wikman Jorgensen, P. Safont, A. Martínez Baltanás, M. Rugero, J. Robert Gates, J. Merino Sánchez*

**G-4** Experiencia de una consulta de Medicina Interna en un centro penitenciario ..... 40
*C. Delibes, C. Pelegrín, J. Colomina, J. del Pino, C. Pérez Barba, R. Pascual Pérez*

**IC-1** Cribado de los trastornos de ansiedad y depresión en pacientes ambulatorios con insuficiencia cardiaca de un hospital HACLE ..... 41
*F. Camarasa García, M. Maciá Soler, E. Linares Albert, B. Escrivá Cerrudo, A. García Herola, J. Blázquez Encinar, M. Serrano Mateo, L. de Teresa Parreño*

**IC-2** Marcadores inflamatorios en pacientes con insuficiencia cardiaca crónica con y sin anemia ..... 42
*M. Cherner, I. Sánchez Lázaro, L. Almenar, E. Reganón, V. Vila, C. Núñez, J. Moro*

**IC-3** Características clínico-epidemiológicas de pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca en un servicio de Medicina Interna ..... 43
*A. Atienza García, J. Tamarit García, M. Candel Romero, B. Roig Espert, C. Ricart Olmos, A. Artero Mora*

**IC-5** Marcadores inflamatorios en pacientes con insuficiencia cardiaca crónica con y sin insuficiencia renal ..... 44
*M. Cherner, I. Sánchez Lázaro, L. Almenar, E. Reganón, V. Vila, J. Moro*

**IC-6** Amiloidosis cardiaca ..... 45
*J.M. Cepeda Rodrigo, H. Gómez, C. Mirete, O. Viana, Y. Calero, C. Serrano*

**IF-1** Pancreatitis aguda complicada con *shock* hipovolémico ..... 46
*S. Belloch, M. Fernández Garcés*

**O-1** ¿Aumentan la paratohormona los bifosfonatos? ..... 47
*J. Pérez Silvestre, J. Valero Sanz, C. Sánchez Juan, J. Calvo Catalá, J. García Borrás, C. Campos Fernández, A. Baixauli Rubio, M. Muñoz Guillem*

**RV-2** Consumo de antidiabéticos orales en el Departamento de Salud Siete de la Comunidad Valenciana durante el año 2006 ..... 48
*O. Redwan, J. Grueso, D. Camposano, M. Stupinean, C. Amorós, A. Robles, L. Quiles, P. Román*

**RV-3** Análisis de la utilización de insulina en el Departamento de Salud Siete de la Comunidad Valenciana en el año 2006 ..... 49
*J. Grueso, O. Redwan, D. Camposano, M. Stupinean, C. Amorós, A. Robles, L. Quiles, P. Román*

**RV-4** Hacia la elaboración de un censo de diabéticos del Departamento de Salud Siete de la Comunidad Valenciana: datos de implantación del programa ..... 50
*A. Robles, O. Redwan, J. Grueso, E. Carrascosa, C. Amorós, L. Quiles, M. Stupinean, P. Román*

**RV-5** Hacia la elaboración del censo de diabéticos del Departamento de Salud Siete de la Comunidad Valenciana: datos descriptivos ..... 51
*O. Redwan, J. Grueso, M. Stupinean, E. Carrascosa, D. Camposano, L. Quiles, A. Robles, P. Román*

**RV-6** Cardiopatía isquémica y factores de riesgo vascular: análisis de los pacientes portadores de cardiopatía isquémica que ingresan en el Servicio de Medicina Interna del Hospital de Requena y su estado respecto de los factores de riesgo vascular clásicos ..... 52
*C. Amorós, M. Stupinean, D. Camposanto, J. Grueso, A. Robles, O. Redwan, P. Román*

**RV-7** Impacto de la enfermedad vascular cerebral en el lupus eritematoso sistémico ..... 53
*P. Moral Moral, I. Moreno Muñoz, L. Micó Giner, J. Calabuig Alborch*

**T-1** Recurrencia en el ictus criptogénico asociado a pacientes con *shunt* derecha-izquierda positivo ..... 54
*R. Serrano Barroso, V. Medrano Martínez, L. Piqueras Rodríguez, S. Fernández Izquierdo, J. Mallada Frechín*

**V-1** Valor predictivo de malignidad de la TSH en el nódulo tiroideo ..... 55
*R. Sanz, C. Sánchez, C. García, E. Sánchez, P. Sorní, R. Oropesa, J. Pérez, A. Herrera*

**V-3** Síndrome serotoninérgico. a propósito de tres casos ..... 56
*F. García González, B. Climent Díaz, D. García Escrivá, V. González Valles, L. Deus de la Bernardina, P. Herrera de Pablo, A. Herrera Ballester*

**V-5** Encefalopatía de Wernicke. Revisión de casos ..... 57
*V. González Valles, M. Guijarro Sánchez, F. García González, P. Herrera de Pablo, B. Climent Díaz, D. García Escrivá, A. Herrera Ballester*

**V-6** Hemorragia cerebral secundaria de causa no habitual ..... 58
*F. Boluda García, G. Fortea Cabo, M. Roca Castelló*

**V-7** Diagnóstico de neoplasia en el Servicio de Medicina Interna ..... 59
*P. Sorní Moreno, E. Sánchez Ballester, C. García Fabra, R. Oropesa Juanes, V. González Valles, L. Deus de la Bernardina, R. Sanz Vila, A. Herrera Ballester*

**V-8** Aumento de transaminasas en paciente de 26 años ..... 60
*C. Clep, J. Mota Santiago, E. Sanjurjo Golpe, M. Fernández Garcés, Z. Pla Espinosa*

**V-9** Varón con hipertransaminasemia y lesiones cutáneas ..... 61
*P. Wikman Jorgensen, A. Martínez Egea, G. García del Castillo, F. Ruiz, J. Álvarez, M. Gaubert, M. Coronas*

**V-10** Síndrome de Tako-Tsubo ..... 62
*Z. Pla Espinosa*

**V-11** Marcadores tumorales: ¿sólo son útiles en el seguimiento? ..... 63
*R. Lescano, C. Pérez Barba, S. Serrano, A. Santo, N. Pérez, R. Pascual*

**V-12** Análisis de enzimas hepáticos en sujetos con diabetes mellitus de tipo 2 ..... 64
*M. García Fabra, J. Ferrer Gracia, C. Sánchez Juan, R. Albalat Galera, P. Sánchez López, R. Sanz Vila, A. Herrera Ballester*

**V-13** Recidiva de un pseudomixoma peritoneal de origen apendicular ..... 65
*M. Santaolalla González, F. López García, F. Mauri Barberá, J. Ruiz Maciá, I. González Cuello, V. Rosa Salazar, J. García García, J. Custardoy Olavarrieta*

**V-14** ¿Supone una sobrecarga la cefalea en una consulta de Atención Primaria? ..... 66
*A. Genovés, V. Medrano, R. Esquembre*

**V-15** Insuficiencia renal oculta en pacientes tratados con estatinas ..... 67
*A. Genovés Esplugues, M. Ribera Montes, V. Gil Guillén, D. Orozco Beltrán, A. Ruiz González*

**V-16** Una complicación poco frecuente de la bomba de insulina ..... 68
*A. Martínez Baltanás, L. López Penabad, J. Domínguez Escribano, M. Botas Velasco, J. Merino Sánchez*

**V-17** Polineuropatía del paciente crítico: a propósito de dos casos ..... 69
*M. Botas Velasco, M. Gracia Ruiz de Alda, J. Seguí Ripoll, J. Peris García, C. Dolera Moreno, A. Martínez Baltanás, F. Jover Díaz, J. Merino Sánchez*

**ÍNDICE DE AUTORES ..... 71**

# Comunicaciones Orales

## A-3

## VARIACIONES CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS EN LAS ENDOCARDITIS DIAGNOSTICADAS EN UN HOSPITAL COMARCAL. COMPARACIÓN DEL PERIODO 1986-2000 CON EL 2001-2006

R. Bravo, M. Romero, J. Colomina, C. Delibes, R. Vidal, R. Pascual.

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Salud. Elda (Alicante).*

### OBJETIVOS

Analizar las características clínico-epidemiológicas de los pacientes diagnosticados de endocarditis bacteriana (EB) durante el periodo 2001-2006 y compararlas con las diagnosticadas en el periodo 1986-2000. Determinar si existen diferencias en la incidencia, epidemiología, clínica y diagnóstico.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo basado en el análisis de las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de EB durante los años 2001 a 2006, comparando los datos obtenidos con los observados previamente en el análisis del periodo 1986-2000. Se registraron datos epidemiológicos, clínicos, microbiológicos, ecocardiografía transtorácica (ETT) y transesofágica (ETE), tratamiento recibido y evolución clínica. Las endocarditis se clasificaron en definitivas o posibles siguiendo los criterios de Dukes.

### RESULTADOS

En el periodo 1986-2000 se registraron 45 EB, 26 hombres y 15 mujeres. 1 varón y 1 mujer tuvieron 2 episodios, y otro varón, 3. En el periodo 2001-2006 se registraron 37 EB, 20 hombres y 17 mujeres. La incidencia por cada 100.000 habitantes/año en el 1.er y 2.º periodo fue de 1,4 y 3,09 respectivamente. La media de edad fue de 47,67 años en el 1.er periodo y 63,41 en el 2.º. Las principales características de los dos grupos se resumen en la **Tabla 1**. Los gérmenes aislados en los hemocultivos se distribuyeron (periodo 1986-2000/2001-2006): *S. viridans* 17/10, *S. epidemidis*: 4/7, *S. aureus* 13/3, *S.* coagulasa negativo 0/4, *S. agalactiae* 1/2, enterococo 1/6, hemocultivo –:2/3, otros 6/3. Presentaron insuficiencia cardiaca (1º/2º periodo) 12 (26,6%)/6 (16,2%) y la mortalidad fue de 9 (20%)/4 (10,8%).

### DISCUSIÓN

En los últimos años ha aumentado la incidencia de EB y la edad de los pacientes que además con más frecuencia son portadores de prótesis y marcapasos constituyendo entre los dos el 70% de las EB del segundo periodo. Por el contrario, han disminuido los casos asociados a UDVP, VIH y sida. Aunque el ETE es de elección para el diagnóstico, en el último periodo ha aumentado la rentabilidad del ETT, lo que puede estar asociado con una mejora de los aparatos y una mayor destreza técnica. La mortalidad ha disminuido probablemente por un diagnóstico más precoz y un mejor manejo médico-quirúrgico.

### CONCLUSIONES

El patrón clínico epidemiológico de las EB ha variado en los últimos años. A pesar de que los pacientes son de edad más avanzada y portadores de prótesis o marcapasos, ha mejorado el diagnóstico y ha disminuido la mortalidad.

Tabla 1
Diferencias entre las principales características de los dos periodos analizados

| | 1986-2000 | 2001-2006 |
|---|---|---|
| UDVP | 12 (26,6%) | 5 (13,5%) |
| VIH | 10 (22,2%) | 1 (2,7%) |
| Sida | 9 (20%) | 0 |
| Prótesis | 11 (24,4%) | 18 (48,6%) |
| Valvulopatía reumática | 7 (15,5%) | 8 (21,6%) |
| Valvulopatía congénita | 1 (2,2%) | 0 |
| Miocardiopatía hipertrófica | 3 (6,6%) | 1 (2,7%) |
| Marcapasos | 1 (2,2%) | 8 (21,6%) |
| ETT patológico | 59% | 85% |
| ETE patológico | 100% | 83,4% |

# A-4

# ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN LAS SENSIBILIDADES DE *E. COLI* EN LOS UROCULTIVOS PROCEDENTES DEL HOSPITAL Y ATENCIÓN PRIMARIA Y LOS AISLADOS EN PIELONEFRITIS AGUDA?

M. Romero, M. Díaz, R. Bravo, R. Vidal, C. Delibes, R. Pascual.

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Salud. Elda (Alicante).*

## OBJETIVOS

Comparar las sensibilidades de *E. coli* aislado en todos los urocultivos y de los aislados en los urocultivos de los pacientes con pielonefritis aguda (PNA). Establecer pautas de tratamiento antibiótico empírico en base a los resultados anteriores.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo de todos los urocultivos y antibiogramas del año 2006 procedentes del hospital y de las consultas de Atención Primaria del Departamento 18 de la Agencia Valenciana de Salud y de los de los pacientes ingresados por PNA aguda durante el mismo periodo.

## RESULTADOS

De un total de 2631 urocultivos se aislaron *E. coli* 62%, *K. pneumoniae* 9%, *E. faecalis* 8%, *P. mirabilis* 5%, *P. aeruginosa* 3%, *E. cloacae* 2%, (*K., oxitoca, M. morgani, S. saprophyticus, S. epidermidis*) 1%, (*C. freundi, E. aerogenes, C. Koseri, S. aureus,* SARM) De 76 urocultivos de pacientes con PNA se aislaron *E. coli* en el 88,2%, *K. pneumoniae* 2,6%, *P. mirabilis* 2,6%, otras bacterias y hongos 3,9%, polimicrobiana 2,6%. Las sensibilidades de *E. coli* se reflejan en la **Tabla 1**.

## DISCUSIÓN

El porcentaje de aislamientos de *E. coli* fue superior en las PNA. Las sensibilidades a los diferentes antibióticos testados son similares excepto en el caso de ciprofloxacino, con un porcentaje mayor de sensibilidades en los aislados procedentes de PNA que es del 100% para los varones. Aunque en base a ello podríamos considerar a ciprofloxacino entre los antibióticos de elección para el tratamiento de la PNA en el varón, debemos ser cautos pues el número de la muestra es escaso y el 47% de los varones eran niños menores de 3 años.

## CONCLUSIONES

Las PNA en nuestro medio están causadas fundamentalmente por *E. coli,* que presenta un perfil de sensibilidad más favorable que el de la totalidad de los aislados. Para los varones adultos ciprofloxacino podría ser uno de los antibióticos empíricos de elección junto con amoxicilina-claculánico y cefalosporinas. En la mujer debería reservarse para los casos de alergia a betalactámicos o hasta disponer de los resultados del antibiograma. Se necesita una muestra más amplia antes de establecer conclusiones definitivas.

Tabla 1

Sensibilidades de *E. coli* en todos los aislados y en los de PNA

| Antibiótico | Total | PNA | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Total | Mujeres | Varones |
| Ampicilina | 62% | 41,9% | 41% | 42,10% |
| Amoxi/clav | 94% | 94,6% | 97,9% | 100% |
| Cefazolina/ cefalexina | 90% | 95,9% | 93,6% | 100% |
| Cefuroxima | 92% | 93,3% | 95,7% | 94,7% |
| Cefotaxima | 95% | 97,3% | 97,8% | 100% |
| Cotrimoxazol | 70% | 70% | 56,52% | 94,7% |
| Fosfomicina | 99% | 97,3% | 97,9% | 100% |
| Ciprofloxacino | 76% | 90,7% | 85,1% | 100% |
| Nitrofurantoina | 98% | 93,3% | 95,83 | 100% |

# A-12
# INFECCIONES GRAVES EN PACIENTES REUMATOLÓGICOS CON TRATAMIENTO BIOLÓGICO

J. Colomina Avilés[1], R. Vidal Chalver[1], V. Jovaní Casano[2], C. Fernández Carballido[2], I. Ibero Díaz[2].

*[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Servicio de Reumatología.*
*Hospital Virgen de la Salud. Elda (Alicante).*

## OBJETIVOS

Evaluar los acontecimientos adversos infecciosos graves que presentan los pacientes con enfermedades inflamatorias crónicas reumatológicas que reciben tratamiento biológico.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha definido como infección grave la que requerió hospitalización, tratamiento antimicrobiano endovenoso o causó fallecimiento. La población consta de 169 pacientes, cuyos diagnósticos son: 101 artritis reumatoide (60%), 33 espondilitis anquilosante (20%), 19 artritis psoriásica (11%) y 16 con otros diagnósticos, que han recibido tratamiento con 1 o más fármacos biológicos (anti-TNF o anti-CD20): 128 pacientes: 1 biológico, 30 pacientes: 2 biológicos, 10 pacientes 3 y 1 paciente 4 fármacos. Han recibido infliximab 98 pacientes, etanercept 55 pacientes, adalimumab 61 pacientes y rituximab 8 pacientes. Edad media 56 años (rango: 12-86 años; DE: 15,2 años). Periodo de estudio: desde enero 2000 hasta marzo 2007, lo que supone 463 pacientes-año de seguimiento y un tiempo medio en tratamiento biológico de 2,74 años (DE: 1,5 años) y mediana 2,72 años (p25: 1,36-p75: 3,67). Se ha empleado el programa OpenEpi para calcular la chi-cuadrado y el intervalo de confianza (IC) al 95%.

## RESULTADOS

Se han observado 14 episodios infecciosos graves en 8 pacientes (5% del total de pacientes tratados; incidencia: 8%). Tasa de 30,2 infecciones/1.000 pacientes-año (IC 95%: 16,5-50,7); 2 de las pacientes fallecieron durante el ingreso por la infección. A continuación se describen los casos: **1:** Mujer, 70 años, AR, con artritis y tenosinovitis por *Mycobacterium marinum*. **2:** Mujer, 73 años, AR, con peritonitis tuberculosa. **3:** Varón, 30 años, con EA, y tuberculosis pleural. **4:** Mujer, 73 años, con AR y amiloidosis, con neumonía y sepsis. **5:** Mujer, 59 años, con AR, con artritis séptica poliarticular por *Stafilococcus aureus* y sepsis polimicrobiana secundaria. **6:** Varón, 46 años, con AR y bronquiectasias sobreinfectadas por *Pseudomonas*. **7:** Mujer, 46, con AR y DM con 7 ingresos por acontecimientos infecciosos (5 por infecciones urinarias). **8:** Mujer, 68, con AR y amiloidosis, con sepsis secundaria a fascitis necrotizante de los MMII. Analizando por subgrupos, los pacientes con AR tienen mayor riesgo de infecciones graves frente al resto de los pacientes ($p < 0,0001$).

## DISCUSIÓN

Los tratamientos biológicos son eficaces en la reducción de la actividad inflamatoria así como en la inhibición de la destrucción articular de los pacientes con enfermedades inflamatorias crónicas. Se sabe que los pacientes con AR presentan una susceptibilidad incrementada para el desarrollo de infecciones, incluso antes del inicio de un tratamiento biológico. Por otra parte, existe evidencia de mayor riesgo de infecciones en pacientes que reciben tratamientos biológicos. Nuestro estudio muestra una tasa de infecciones graves similar a las descritas en los registros nacionales de pacientes en tratamiento biológico (RABBIT, BSRBR y BIOBADASER).

## CONCLUSIONES

Las complicaciones infecciosas graves en pacientes reumatológicos que siguen tratamientos biológicos son relativamente infrecuentes en nuestra población. Mayoritariamente se producen en enfermos que sufren artritis reumatoide. Hasta un 20% de las infecciones son producidas por micobacterias.

# A-26
# CARACTERÍSTICAS DEL INMIGRANTE CON INFECCIÓN POR VIH EN ALICANTE

S. Ezsol, D. Torrús, C. Navarro, R.M. Goñi, S. Reus, J. Portilla.

*Servicio de Medicina Interna. Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital General Universitario. Alicante.*

## OBJETIVOS

Describir las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes inmigrantes infectados por VIH en un hospital de referencia.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional realizado en la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital General Universitario de Alicante. Criterios de inclusión: pacientes inmigrantes con infección por VIH atendidos entre enero 2000 y febrero 2007 con historia clínica disponible. Análisis descriptivo y bivariante de los resultados.

## RESULTADOS

Se revisaron un total de 52 historias clínicas. El 55,8% fueron varones y la edad media de 37 años. La mayoría procedían de Latinoamérica (44,2%) y de África subsahariana (42,3%) y la estancia media en España fue de 32,8 meses. Once casos tenían diagnóstico previo de infección por VIH y siete estaban en tratamiento antirretroviral. En los 45 casos sin tratamiento la media del recuento de CD4 basal fue de 275/µL sin diferencias entre el país de procedencia. 15% tenían 'eventos B' y 15% 'eventos C'. Al diagnóstico el 40% presentaba estadio A2 y el 31,1% estadio C3. La vía de transmisión fue sexual en más del 90% de los casos (67,3% heterosexual y 25% homosexual). Se encontró coinfección con VHB en 5 casos, todos procedentes de África subsahariana, y coinfección con VHC en 6 casos. Los pacientes africanos tuvieron más riesgo de tener hepatitis B crónica (p0,032; RR: 4,6; IC 95%: 1,06-20,13). El 51% empezó tratamiento al diagnóstico y otro 23% durante el seguimiento (2 casos por gestación y 10 casos por deterioro inmunológico). La principal pauta de tratamiento antirretroviral se basó en 2 ITIAN con 1 ITINAN (42,3%). El tiempo medio de seguimiento fue de 21,94 meses, y el recuento medio de CD4 en el último control fue de 449/µL; en el 50% (26 casos) la carga viral era indetectable. En el 16,74% se observó fracaso terapéutico y más del 70% tuvieron un cumplimiento óptimo. 7 casos abandonaron el seguimiento (13,5%), principalmente pacientes de África subsahariana (85,7%) (p = 0,018; RR: 9,9; IC 95%: 1,1-89,3).

## DISCUSIÓN

Los resultados encontrados en nuestro estudio podrían reflejar la situación de los inmigrantes infectados por VIH en la provincia de Alicante, aunque es de destacar que actualmente no disponemos de datos comparativos sobre este tema en otros centros de la provincia que atienden a la población inmigrante.

## CONCLUSIONES

1. En los inmigrantes la vía principal de transmisión de VIH es la sexual. 2. No se encontraron diferencias significativas entre el estadio clínico y el país de procedencia. 3. La hepatitis crónica y el abandono del seguimiento es más frecuente en pacientes procedentes de África subsahariana.

# EA-2
# PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS HOSPITALIZADOS EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

A. Mora Rufete, R. Hurtado, N. Ahmad Sánchez, C. Galván Moro, J. López Escudero, V. Cánovas, M. Piedecausa Selfa, A. Martín Hidalgo.

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

## OBJETIVOS

Estimar la prevalencia de pacientes pluripatológicos (PP) en medicina interna (MI) y especialidades médicas. Analizar sus características epidemiológicas, clínicas, sociales, funcionales y asistenciales.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal (corte 1 día, 28 de febrero de 2007). A todos los pacientes ingresados en MI y especialidades médicas se les realizó una recogida de datos estructurada y registramos las variables epidemiológicas (edad, sexo), clínicas, funcionales (índice de Barthel, índice de Lawton), cognitivas (test de Pfeiffer), sociales (escala social de Gijon) y asistenciales (ingresos del año anterior). Definición de PP si padecía 2 o más categorías clínicas definidas. Análisis descriptivo de las variables.

## RESULTADOS

De 201 pacientes hospitalizados, 43% eran pluripatológico. Las categorías clínicas fueron EPOC (17%), ICC (16%), cardiopatía isquémica (13%), insuficiencia renal crónica (11%); enfermedad neurológica con déficit motor o cognitivo (11%), diabetes con repercusión visceral (8%), arteriopatía periférica (7,5%), neoplasias (6%), enfermedad hematológica crónica (5,5%), hepatopatía crónica (3,5%), conectivopatía o vasculitis (2%). La mediana de categorías clínicas fue de 2. En el análisis univariante, las variables que mostraron significación estadística se muestran esquemáticamente en la **Tabla 1**.

## CONCLUSIONES

Casi la mitad de los pacientes hospitalizados en especialidades médicas son pluripatológicos. Estos pacientes son mayoritariamente ancianos, con deterioro funcional, cognitivo y social y, además, reingresan más. La pluripatología identifica un grupo de pacientes ancianos con una especial fragilidad clínica y dependencia, así como una mayor necesidad de asistencia sanitaria.

Tabla 1
Análisis univariante: variables con significación estadística

| | Pluripatológico | No pluripatológico | p |
|---|---|---|---|
| Edad (media) | 75 | 63,4 | < 0,001 |
| Índice de Barthel (media) | 60,19 | 81,4 | < 0,001 |
| Índice de Lawton (media) | 2,53 | 6,05 | < 0,001 |
| Índice de Pfeiffer (media) | 3,29 | 1,57 | 0,001 |
| V. sociofamiliar (media) | 10,39 | 9,17 | 0,035 |
| N.º ingresos/a. (media) | 2,06 | 1,31 | 0,002 |

# EA-4

# CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO HOSPITALIZADO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL DE LARGA ESTANCIA

J. Blázquez Encinar, A. García Herola, B. Escrivá Cerrudo, M. Priego Valladares, T. Aparicio Salvia, S. Fuentes Luri, E. Linares Albert, L. de Teresa Parreño.

*Servicio de Medicina Interna. Hospital San Vicente. San Vicente del Raspeig (Alicante).*

## OBJETIVOS

Estudiar la incidencia y características clínicas y sociales del paciente pluripatológico (PP) según los criterios de inclusión propuestos en el Proceso de Atención al Paciente Pluripatológico de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo observacional realizado durante un día del mes de febrero de 2007 en el área de hospitalización en el Servicio de Medicina Interna del Hospital San Vicente (hospital sociosanitario). Se estratificó a los pacientes en pacientes pluripatológicos (PP) y no pluripatológicos (NP). Se analizó la incidencia, características clínicas, situación funcional mediante el índice de Barthel y escala de Lawton Brody, y situación nutricional mediante el Mini Nutritional Assessment (MNA).

## RESULTADOS

Se incluyó a 76 pacientes (41 varones y 35 mujeres), siendo la cohorte de PP 49 y NP 27. La incidencia global del PP fue del 64,47%. La edad media fue mayor en el grupo de PP (77,12 años) que en el de NP (70,96%). Sólo 4 PP tenían menos de 65 años (8,16%). 21 PP tenían al menos 2 categorías (51,02%) y 4 PP tenían 4 o más categorías (8,16%); siendo las categorías E, A y C las más frecuentes en ambos sexos. El índice de Barthel confirmó dependencia total o severa en 20 PP (40,82%). La realización de la escala de Lawton Brody demostró independencia total en 5 PP (10,2%). La escala de Zarit se pudo practicar en 27 PP, documentándose sobrecarga del cuidador de 5 PP (18,51%). El cuestionario mental de Pfeiffer evidenció deterioro cognitivo en el 55,10% (siendo especialmente elevado en el grupo de las mujeres). El grupo de PP tomó más número de medicamentos y comprimidos/día que el de los NP. Por otra parte, el número de ingresos superior a 2/año fue superior en el grupo del PP (32,65% frente al 7,4% de los NP). MNA con riesgo de malnutrición se observó en 19 PP (38,78%) y 24 con evidencia de malnutrición (48,98%).

## DISCUSIÓN

En nuestro hospital se atienden a pacientes de larga estancia, y pacientes crónicos en fase de agudización preferentemente; aunque no de una manera exclusiva, ya que en ocasiones observamos a pacientes con enfermedades en fase aguda. La incidencia global es francamente elevada (64%), mayor que el de otros grupos de trabajo para pacientes hospitalizados. En nuestro grupo destaca, por un lado, la mayor edad del grupo de mujeres respecto a los varones y su mayor deterioro cognitivo, mientras que, por otro, no existen grandes diferencias con el grupo de paciente NP respecto al nivel de dependencia funcional y situación nutricional; pero lo que sí observamos es que el grupo de PP está mas polimedicado y es más proclive a reingresos.

## CONCLUSIONES

1. La prevalencia de PP en el área hospitalaria es elevada en los servicios de Medicina y especialmente alta en los hospitales sociosanitarios. 2. En el nuestro, el deterioro funcional y nutricional es elevado. 3. Se confirma el importante papel de polimedicación y del multiingresador como características primordiales del PP. 4. Se debería continuar con estudios prospectivos no sólo para conocer las características sino para dar soluciones a los muchos apartados de este grupo tan complejo.

# EA-5

# CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL DE CRÓNICOS Y LARGA ESTANCIA

A. García Herola, J. Blázquez Encinar, B. Escrivá Cerrudo, M. Priego Valladares, M. Maciá Soler, F. Camarasa, M. Baghdoyan Agopian, M. Serrano Mateo.

*Servicio de Medicina Interna. Hospital San Vicente. San Vicente del Raspeig (Alicante).*

## OBJETIVOS

Describir las características clínicas, y funcionales del paciente pluripatológico (PP) en las consultas externas de Medicina Interna de nuestro Hospital, siguiendo la definición propuesta por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (*Atención al paciente pluripatológico: Plan Asistencial Integrado*).

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo observacional realizado en las consultas externas del Servicio de Medicina Interna de nuestro Hospital desde el 5 al 9 de marzo de 2007, ambos inclusive. Se estratitificó a los pacientes en pluripatológicos (PP) y no pluripatológicos (NP), según la definición propuesta (2 o más categorías de enfermedades crónicas de las 7 referidas). Se analizó la incidencia, características clínicas y funcionales utilizando el índice de Barthel y la escala de Lawton Brody. Mediante el Mini Nutritional Assessment se valoró la situación nutricional de los pacientes.

## RESULTADOS

Durante el periodo arriba mencionado se incluyeron a 68 pacientes atendidos en nuestras consultas externas, de los cuales 18 reunían los criterios de PP (26,47%). 8 eran hombres (44,44%) y 10 mujeres (66,66%), de edades comprendidas entre 48-91 años, con una media de 71,06 años. Sólo 3 pacientes tenían una edad inferior a 65 años (16,67%) y 4 sobrepasaban los 75 años de edad (22,22%). Los 50 pacientes NP se distribuían en 22 hombres y 28 mujeres de edades comprendidas entre 19-87 años con una media 63,79 años. 23 pacientes NP tenían menos de 65 años (46%) y sólo 7 sobrepasaban los 75 años (14%). 13 pacientes PP presentaban enfermedades crónicas de dos categorías diferentes (72,22%); siendo las categorías A, C y F las más frecuentes (72,22%, 55,56% y 38,89%, respectivamente). Entre otras enfermedades crónicas no definitorias de categoría PP, la HTA, obesidad y DM fueron las más frecuentes. Solamente 2 pacientes tenían un índice Barthel de dependencia moderada (11,11%) mientras que sólo un paciente NP presentaba dependencia moderada. En la escala de Lawton Brody sólo 4 pacientes presentaban dependencia severa-moderada, mientras que de los NP 2 pacientes presentaban dependencia moderada. En cuanto al cuidador principal, no había datos de sobrecarga en aquellos que lo precisaban. 8 pacientes PP habían ingresado al menos en una ocasión en el último año (44,44%); mientras que sólo un paciente NP requirió ingreso hospitalario en este periodo. En cuanto al MNA 4 pacientes PP tenían riesgo de malnutrición y 2 pacientes en el grupo de NP.

## DISCUSIÓN

Nuestro trabajo revela que casi una cuarta parte de los pacientes atendidos en nuestras consultas externas son pluripatológicos, y que éstos presentan, a su vez, más edad, polimedicación e ingresos hospitalarios que los NP. Por otra parte, las enfermedades crónicas cardiacas, respiratorias y factores de riesgo vascular son las entidades más prevalentes en el grupo de PP y las que condicionan la polimedicación. El grado de dependencia tanto para actividades básicas como instrumentales de la vida diaria es moderado, pero más frecuente que en el grupo NP. Todos estos datos coinciden con las distintas series publicadas en la literatura española, generalmente provenientes de las comunidades autónomas andaluza y catalana.

## CONCLUSIONES

1. La prevalencia de pacientes pluripatológicos en las consultas de Medicina Interna (26,47%) es elevada, lo que señala la importancia que desempeña el internista tanto en consultas externas como en el medio hospitalario. 2. Las categorías A, B y F son las más frecuentes. 3. El número de pacientes con dependencia, observados en las consultas externas es del 11,11%. 4. Estudios multicéntricos, y en colaboración con Atención Primaria serían necesarios no sólo para conocer las características de los PP sino para llevar a cabo de un abordaje integral y multidisciplinar en este tipo de pacientes.

# IC-4
# TRATAMIENTO CON BETABLOQUEANTES DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

J. Tamarit García, M. Candel Romero, B. Roig Semper, A. Atienza García, J. Carmena Carmena, R. Vicente Ull, A. Artero Mora.

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia.*

## OBJETIVOS

Los betabloqueantes (BB) reducen la mortalidad y los ingresos hospitalarios y mejoran la situación funcional de los pacientes con insuficiencia cardiaca. A pesar de su eficacia demostrada, continúan infrautilizándose en la práctica clínica. Nos proponemos analizar el uso de BB al ingreso y en el alta de los pacientes con insuficiencia cardiaca ingresados en nuestro Servicio y analizar la idoneidad de la prescripción de acuerdo con las guías clínicas actuales.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal retrospectivo de los pacientes ingresados en un Servicio de Medicina Interna con diagnóstico principal al alta de insuficiencia cardiaca. Revisión de los informes de alta del primer trimestre del año 2007 y recogida de datos del tratamiento farmacológico previo al ingreso y posteriormente al alta. Análisis de la frecuencia de uso e idoneidad de BB, según las guías clínicas de la European Society of Cardiology (ECS: http://www.escardio.org), y del American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA: http://www.circulationaha.org).

## RESULTADOS

Se analizaron un total de 70 pacientes, 27,1% varones, con edad media de 74 ± 17,5 años. La función sistólica del VI estaba conservada en el 80% de los 25 casos en los que se pudo evaluar mediante ecocardiografía. Cuarenta y nueve pacientes (70%) tenían un diagnóstico previamente establecido de insuficiencia cardiaca, y de ellos 16 (32,6%) recibían tratamiento con BB en el momento del ingreso en el hospital. Al alta se consideró indicado el uso de BB en 54 casos (77,1%) y contraindicado su uso en 16 (22,9%). La EPOC fue la causa de la contraindicación en todos los casos. Se prescribieron BB en 20 de los 54 casos en los que estaba indicado su uso (37%).

## DISCUSIÓN

En nuestro estudio hemos evidenciado que la prescripción de BB en pacientes con insuficiencia cardiaca no mejora significativamente tras el ingreso hospitalario, si bien la frecuencia de prescripción fue superior a la referida en otros estudios (Di Lenarda *et al*. Am Heart J. 2003). Se ha demostrado recientemente que la prescripción de BB durante el ingreso hospitalario por descompensación de insuficiencia cardiaca es segura, no aumenta el riesgo de reingreso, ni la estancia hospitalaria y aumenta el número de pacientes tratados con BB a los 60 días del alta (Gattis WA *et al*. JACC 2004; 43: 1534). A pesar de esta evidencia científica, estos fármacos continúan siendo infrautilizados al alta en nuestro Servicio.

## CONCLUSIONES

A casi dos tercios de los pacientes hospitalizados por descompensación de insuficiencia cardiaca en este estudio no se les prescribió BB, pese a considerarse indicado su uso. Estos resultados nos llevaron a instaurar un Plan de Calidad en el Servicio de Medicina Interna para mejorar la prescripción farmacológica en los pacientes con insuficiencia cardiaca.

# RV-1
# ANÁLISIS DE LAS PERICARDITIS Y DERRAMES PERICÁRDICOS DE INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE LA RIBERA DEL 2002 AL 2005

M. Fernández Garcés, M. Mengua, J. Mota, Z. Pla, C. Clep.

*Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Ribera. Alzira (Valencia).*

## OBJETIVOS

La importancia de las pericarditis y derrames pericárdicos viene condicionada por su morbilidad y mortalidad. El objetivo del estudio fue analizar las características de las pericarditis y derrames pericárdicos que ingresaron en el Hospital de La Ribera durante el periodo comprendido entre 2002-2005, así como intentar determinar qué aspectos se relacionan con el reingreso y de *exitus*.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de los pacientes ingresados entre los años 2002-2005 cuyo diagnóstico principal a su alta hospitalaria fue codificado, de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 9-MC), como pericarditis o derrame pericárdico en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). Se seleccionaron 6 códigos que hacen referencia a las pericarditis y derrames pericárdicos. La población diana fue la correspondiente al Área de Salud 11 de la Comunidad Valenciana, y la fuente de información, la historia clínica informatizada de atención. Las variables incluidas en el estudio fueron edad, sexo, etiología, taponamiento, pericardiocentesis, ventana pericárdica, ingreso en Urgencias, reingreso, ingreso en Cuidados Intensivos (UCI), ingreso en Medicina Interna, ingreso en Cirugía Cardiaca, varios ingresos, tratamiento farmacológico, presencia de derrame pericárdico, espesor del derrame pericárdico y *exitus*. Posteriormente se utilizó prueba de la $\chi^2$ para detectar diferencias de las proporciones según la existencia o no de reingreso o *exitus*.

## RESULTADOS

Se detectaron 90 pacientes que cumplían los criterios de inclusión descritos. La media de edad fue de 53,6 años (DE: 18,7) con un rango comprendido entre 16 y 87 años. Predominó el ingreso de varones (72,2%) sobre el de mujeres (27,8%). La tasa de incidencia de ingresos por pericarditis o derrame pericárdico fue de 8,3 casos por cada 100.000 habitantes y año. La etiología más frecuente fue la idiopática (26,7%), seguida de la urémica (14,4%) y de, con el mismo porcentaje (12,2%), la vírica, la secundaria a IAM y la poscirugía cardiaca. El 14,4% presentaron taponamiento cardiaco, precisando el 8,9% pericardiocentesis y el 12,2% ventana pericárdica. Únicamente el 2,2% ingresó en Urgencias, reingresando hasta el 13,3%. Precisaron de ingreso en UCI el 40% de los pacientes, 18,9% ingresaron en cirugía cardiaca y el 74,4% ingresaron en Medicina Interna. Los tratamientos más utilizados fueron el ácido acetilsalicílico (AAS) (39,3%), seguido de antiinflamatorios no esteroideos (13,1%) y posteriormente corticoides (9,8%). El 62,2% de los casos presentaron derrame pericárdico, siendo más frecuente el severo (25,6%) seguido del ligero (21,1%) y, por último, del moderado (15,6%). La mortalidad fue del 7,8% de los casos. El porcentaje de paciente con derrame pericárdico fue estadísticamente superior en el grupo de paciente con reingreso ($\chi^2$ = 5,1; p = 0,024), sin existir diferencias estadísticas en cuanto al espesor del mismo. Respecto a la mortalidad de estos pacientes, destacar que era más frecuente en los pacientes con etiología de neoplasia de pulmón ($\chi^2$ = 36,7; p= 0,004), existencia de taponamiento cardiaco ($\chi^2$ = 11,2; p = 0,001), haber tenido al menos un ingreso en Urgencias ($\chi^2$ = 5,1; p = 0,024), reingresar ($\chi^2$ = 5,7; p = 0,017) y tener derrame asociado ($\chi^2$ = 4,6; p = 0,032). Se creó un modelo de regresión múltiple de tipo logístico para determinar cuál de estos aspectos era el mayor predictor de *exitus*, que resultó ser el taponamiento cardiaco (OR = 0,09; p = 0,004).

## DISCUSIÓN

La etiología más frecuente es idiopática, con claro predominio en varones, coincidiendo con los resultados descritos en otras series. Además, ésta es la causa de mejor pronóstico[4]. Los tratamientos encontrados en este estudio coinciden con los recomendados por la literatura científica más reciente, siendo el AAS el de elección si la causa es idiopática. Se ha relacionado con mayor mortalidad las pericarditis de origen neoplásico, así como la aparición de taponamiento cardiaco tal y como se ha encontrado en este estudio.

## CONCLUSIONES

La pericarditis y el derrame pericárdico son más prevalentes en varones y la etiología más frecuente es la idiopática. Aquellos pacientes que asocian derrame pericárdico reingresan con más frecuencia, y el taponamiento cardiaco constituye la complicación que más predice la mortalidad de estos pacientes.

# RV-8
# LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN UN GRUPO DE PACIENTES DE EDAD AVANZADA

L. Micó[1], R. Ríos[2], S. Jiménez[3], J. Rodríguez[4], R. García[5], M. Fernández[6], M. de Haro[4], A. Fernández[7].

*[1]Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Fe. Valencia.*
*[2]Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.*
*[3]Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínic i Provincial. Barcelona.*
*[4]Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria. Málaga.*
*[5]Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.*
*[6]Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Ribera. Alzira (Valencia).*
*[7]Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.*

## OBJETIVOS

La supervivencia en el lupus eritematoso sistémico (LES) ha mejorado espectacularmente, pero la comorbilidad que aparece en fases más tardías de la enfermedad puede complicar su evolución. Investigamos la situación clínica de un grupo de pacientes diagnosticados de LES, de edad superior a 50 años, y la prevalencia de enfermedad cardiovascular (ECV) y de osteoporosis.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudiamos un grupo de 94 pacientes de raza caucásica, registrados en la base de datos sobre RCV del lupus en España, desde junio de 2003 hasta abril de 2007. Los parámetros evaluados fueron: sexo, edad, duración de la enfermedad, ingresos, brotes, SLEDAI, SLICC, factores clásicos de RCV, antecedente de ECV precoz en familiares de primer grado, ECV clínica y subclínica, índice de Framingham. Medicaciones autoinmunes y cardiovasculares. Realización de ecocardiograma, eco-Doppler carotídea, y densitometría ósea.

## RESULTADOS

El grupo investigado (93,6% mujeres) representa el 23,5% de todos los pacientes registrados. Su edad media es de 60 ± 8, y la edad de menopausia 47 ± 5,4 años. La duración media de la enfermedad 159 ± 113 meses. SLEDAI 6,7 ± 6,2, SLICC 1,79 ± 1,4. El n.º de brotes 3,3 y el de ingresos 1,3. El 84,4% llevaban algún tipo de medicación para el LES. Pulsos de corticoides el 6,5% y de ciclofosfamida el 11,5%. La asociación de medicaciones cardiovasculares era muy elevada (85%). En cuanto a los factores clásicos de RCV: hipertensión arterial (HTA) 55,8%, diabetes mellitus 10,4%, tabaquismo 15,5%, dislipidemia 50,5%, sedentarismo 59% e hipertrofia ventricular izquierda (HVI) 12,3%. Soplos cardiacos 19%, carotídeos 2,8%. ECV 17,8% y ECV precoz en familiares de primer grado 17,5%. Insuficiencia cardiaca 1,3%. Índice de Framingham de más del 20%, en el 45% de los pacientes. El ecocardiograma era patológico en el 50% de los pacientes, el Doppler carotídeo en el 62,5% y la densitometría ósea en el 61%.

## DISCUSIÓN

Casi la cuarta parte de todos los pacientes registrados en la base de datos RCV/HISPALES tienen una edad superior a 50 años y la mayor parte de ellos una larga evolución de la enfermedad, con un índice de actividad moderado. Se trata mayoritariamente de mujeres, en edad menopáusica, con frecuencia precoz y con elevada prevalencia de factores clásicos de RCV, sobre todo dislipidemia, sedentarismo e HTA, siendo el índice de Framingham superior al 20% en el 45% de los casos. Un porcentaje elevado ya habían padecido un evento cardiovascular al momento del protocolo y el 50% presentaban alteraciones ecocardiográficas. Las alteraciones en la ecografía Doppler carotídea y en la densitometria ósea se encontraban en más del 60% de los pacientes.

## CONCLUSIONES

1. Los pacientes con LES de edad superior a 50 años representan un grupo con importante comorbilidad y prevalencia considerable de ECV y de osteoporosis. 2. La elevada frecuencia de factores clásicos de RCV y el índice de Framingham superior al 20% pueden desencadenar la aparición de eventos cardiovasculares en los siguientes 10 años. 3. La detección de ECV subclínica y el desarrollo de una estrategia terapéutica consecuente resultan imprescindibles en el manejo clínico de este grupo de pacientes.

# V-2
# INTOXICACIONES POR CARBAMACEPINA

B. Climent Díaz, D. García Escrivá, R. Sanz Vila, M. García Fabra,
P. Herrera de Pablo, A. Herrera Ballester.

*Servicio de Medicina Interna. Unidad de Toxicología Clínica.*
*Consorcio Hospital General Universitario. Valencia.*

## OBJETIVOS

Estudio descriptivo de 25 casos documentados (correspondientes a 16 pacientes) de intentos de autolisis por ingesta masiva de carbamacepina.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron las historias clínicas de 16 pacientes que fueron atendidos en el Servicio de Urgencias de un hospital general tras haber realizado un intento de autolisis por ingesta masiva de carbamacepina. Las determinaciones en suero se realizaron mediante inmunoensayo de fluorescencia polarizada (Abbott AxSYM System). Se establecieron 3 categorías en función de las concentraciones plasmáticas al ingreso: A: entre 12 y 15 µg/mL; B: 15,1-25 µg/mL; y C: más de 25,1 µg/mL. Asimismo, se establecen 3 categorías clínicas: 1: somnolencia, vértigo, desorientación, ataxia, parestesias peribucales, náuseas y vómitos, mareos, diplopía, nistagmus, cefalea o sensación de ahogo; 2: hipotonía generalizada, estupor y disartria; 3: pérdida de conciencia sin respuesta a estímulos verbales.

## RESULTADOS

Las dosis ingeridas oscilaron entre 1,2 g a 8 g. En 11 casos se asoció a otros fármacos (en general, benzodiacepinas y antidepresivos tricíclicos) o etanol. Las concentraciones plasmáticas de carbamacepina al ingreso oscilaron de 11,6 a 40 µg/mL (normal 4-12). 13 pacientes estaban diagnosticados de algún trastorno psiquiátrico (6 de ellos en tratamiento con carbamacepina), y otro padecía epilepsia. De los 25 casos estudiados, 12 corresponden a 3 pacientes que registraron repetidos episodios. La distribución por edades fue: menor de 20 años 13%, 21-39 años 50%, 40-65 años 31%, y más de 65 años 6%. El 81% fueron hombres y el 19% mujeres. En cuanto a la gravedad, para la categoría A predominaron los casos de nivel de toxicidad 1, para la B predominaron los de toxicidad 2 y para la C los de nivel de toxicidad 3. Para la categoría B se observaron 2 casos con nivel de toxicidad 3 y para la A un caso de nivel de toxicidad 2. En estos tres casos el paciente había ingerido concomitantemente etanol. Para la categoría A hubo un caso con nivel de toxicidad 3, en el que el paciente dio positivo también para las benzodiacepinas, tricíclicos y cannabinoides. No se detectaron alteraciones en el ECG. Los pacientes con nivel de toxicidad 2 y 3 o con categorías B y C de niveles de carbamazepina requirieron ingreso hospitalario en Medicina Interna.

## DISCUSIÓN

La gravedad de las intoxicaciones por carbamacepina se correlaciona con la concentración plasmática y la coingesta de otros fármacos y tóxicos. El diagnóstico es clínico, con confirmación con los niveles plasmáticos. El tratamiento es sintomático, debiendo monitorizarse electrocardiográficamente por la posibilidad de prolongación QT y QRS o bloqueos AV, que podrían ser tratados con bicarbonato sódico. El lavado gástrico y carbón activado están indicados, preferiblemente en la primera hora tras la ingesta. En caso de agitación o convulsiones, el tratamiento de elección es el diazepam. La gravedad de este tipo de intoxicación debe valorarse a la hora de pautar este fármaco para el tratamiento de pacientes psiquiátricos, puesto que las ingestas han sido con intención autolítica.

# V-4
# HIPERSENSIBILIDAD QUÍMICA MÚLTIPLE. REVISIÓN DE CASOS

J. Pérez Silvestre, B. Climent Díaz, D. García Escrivá, E. Sánchez Ballester,
P. Sorní Moreno, R. Oropesa Juanes, A. Herrera Ballester.

*Servicio de Medicina Interna. Unidad de Toxicología Clínica.*
*Consorcio Hospital General Universitario. Valencia.*

## OBJETIVOS

La hipersensibilidad química múltiple es una entidad nosológica poco conocida, que se solapa con otras enfermedades como el síndrome de fatiga crónica, el síndrome del edificio enfermo, la fibromialgia, el síndrome de la guerra del Golfo o el síndrome secundario a solventes orgánicos. Consiste en un "desorden adquirido caracterizado por síntomas recurrentes que afectan a múltiples sistemas orgánicos, que ocurren como respuesta a una exposición demostrada a algunos compuestos químicos en dosis por debajo de las establecidas como inocuas para la población general". Para divulgar nuestra experiencia con esta enfermedad, presentamos tres casos atendidos en nuestra unidad.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se exponen las historias de los tres casos atendidos en nuestra unidad y se hace una breve revisión del síndrome de hipersensibilidad química múltiple.

## RESULTADOS

CASO 1: Varón de 45 años, fontanero, que presenta cuadro insidioso, de 8 años, de sensación de cansancio, pérdida de vitalidad, cefaleas, lumbalgia, palpitaciones nocturnas, dispepsia, etc., y que progresivamente empeora con tinnitus, calambres, contracturas musculares, sialorrea, rinitis, disgeusia y síndrome ansioso-depresivo, notando que en su trabajo le empieza a molestar la inhalación de gases y vapores de soldaduras, decapantes, siliconas y otros productos. La exploración física y los diferentes estudios por múltiples especialistas son normales. CASO 2: Mujer de 50 años, con poliartritis migratorias, algias osteomusculares, Raynaud, síndrome seco, síncopes vasovagales, dermografismo y prurito, odinofagia, aftas orales, dolores abdominales cólicos y astenia severa con fatiga física para el movimiento. Desde 2 años antes trabajaba como administrativa en una fábrica de cuadros y embalajes con inhalación indirecta de xileno, tolueno, metanol, poliuretanos, isocianatos, benzoatos. Otras trabajadoras han presentado problemas similares, y el cuadro empeora a lo largo de la semana laboral, mejorando el fin de semana. La sintomatología empeora en hospitales, peluquerías, y lugares con ventilación artificial. En las exploraciones se objetiva en biopsia cutánea vasculitis secundaria a fármacos. CASO 3: Mujer de 26 años, peona en una fábrica de pantallas para lámparas. A los 6 meses, y en relación con cambio en productos, comienza clínica de disnea, sequedad de mucosas, tos, cefalea, afonía, astenia, cacosmia, con afectación de varias trabajadoras. Se identificaron metanol, tolueno, diclorometano, ciclohexanona, metilcetilcetona y disocianatos. Empeora al entrar en contacto con productos de limpieza, pegamentos, colas, pinturas, barnices, perfumes, ambientadores, etc.

## DISCUSIÓN

El síndrome de hipersensibilidad química múltiple es una entidad nosológica reconocida como causa de incapacidad en Estados Unidos, con criterios diagnósticos definidos y que consiste en un trastorno adquirido caracterizado por síntomas recurrentes que afectan a múltiples sistemas orgánicos, y que se manifiestan como respuesta a una exposición demostrada a algunos compuestos químicos en dosis por debajo de las establecidas como inocuas para la población general. La clínica es inespecífica, y suele incluir un cuadro sistémico poco definido de fatiga, algias, cefalea, ansiedad, irritabilidad, apatía, alteración de la memoria y la concentración, tinnitus, rinitis, alteraciones digestivas, otorrinolaringológicas y olfativas. Se ha asociado a múltiples sustancias, entre las que destacan los plaguicidas, con brotes descritos tras fumigaciones. También se involucran con frecuencia perfumes, ambientadores, detergentes, colas y adhesivos, pinturas, barnices, amoniaco, hidrocarburos, solventes orgánicos, etc. El paciente desarrolla la clínica con la exposición a diferentes sustancias. Hasta el momento no hay pruebas diagnósticas y el diagnóstico se basa en criterios clínicos: cronicidad, manifestaciones reproducibles, que responden a exposiciones a concentraciones bajas de muchos compuestos químicos no relacionados entre sí, que mejora al eliminar estos incitadores y que afecta a muchos aparatos y sistemas del organismo. Se han invocado diversos mecanismos: alergia, hipersensibilización del sistema límbico, aumento de radicales libres y óxido nítrico, etc. El tratamiento es sintomático y se evitarán las exposiciones a productos químicos.

# PÓSTERS

## A-1
## NEUMONÍAS POR VIRUS VARICELA-ZÓSTER. DESCRIPCIÓN DE 12 CASOS

R. Oropesa Juanes, V. Abril López de Medrano, I. Rodríguez, J. Pérez Silvestre, M. Espert, E. Ballester, E. Ortega, A. Herrera.

*Servicio de Medicina Interna. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia.*

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La neumonía varicelosa es la complicación más frecuente en adultos jóvenes infectados por el virus varicela-zóster. La afectación pulmonar abarca un amplio espectro clínico: desde la presentación oligosintomática hasta formas con fracaso respiratorio y pronóstico fatal. Se describen factores de riesgo asociados como el tabaco, inmunosupresión, sexo masculino y embarazo. El tratamiento consiste fundamentalmente en la administración de antivirales aciclovir.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo de 12 casos de neumonía por varicela-zóster atendidos entre los años 2000 y 2006.

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Edad media de nuestra muestra: 41,67 ± 16,55 años, 58,3% hombres y 41,7% mujeres. El 41,7% de los pacientes eran fumadores. En un 33,3% se documentó contacto previo con un caso de varicela cutánea. Una paciente se encontraba gestante, 5 pacientes eran seropositivos (41,7%), 7 pacientes (58,3%) presentaban condiciones de inmunosupresión: VIH (5 pacientes), tratamiento crónico con corticoides o alcoholismo. El síntoma más frecuente fue la tos, hasta en un 83,3% de los pacientes, aunque la expectoración se documentó en un 50% de los mismos, siendo hemoptoica sólo en dos pacientes (16,7%). La fiebre se presentó hasta en un 58,3% de la muestra y la mitad de los pacientes refirieron disnea. Un 25% de los afectados refirió dolor torácico y la mayoría (75%) presentaron afectación cutánea los días previos. Radiografía de tórax patológica en 10 pacientes (83,33%), siendo el patrón radiológico más frecuente en vidrio deslustrado (4 pacientes). TAC torácico 5 pacientes, 41,7% de la muestra. Se administró aciclovir a todos los pacientes, sin administración concomitante de corticoterapia (91,7%). Tiempo medio de tratamiento: 10,58 ± 4,73 días. Fracaso respiratorio con necesidad de Unidad de Cuidados Críticos en tan sólo uno de nuestros pacientes, que falleció, sobreviviendo al episodio el 91,7% de la muestra (11 pacientes).

### CONCLUSIONES

La neumonía varicelosa en nuestra serie fue más frecuente en los hombres y afecta a pacientes de edad media. Casi la mitad eran fumadores. Más de la mitad de los pacientes se hallaron en condiciones de inmunosupresión. Tan sólo la tercera parte tuvo contacto previo con otro caso de varicela. El curso clínico fue de intensidad moderada (tos con expectoración no hemoptoica sin insuficiencia respiratoria), sobreviviendo la mayoría al evento. La fiebre predominó en más de la mitad. La media de duración del tratamiento con aciclovir fue de 10 días, no manteniéndose la administración de corticoides. Un buen número de pacientes presentaron radiografía torácica patológica realizada en todos los casos, siendo la afectación más frecuente la de predominio intersticial.

# A-2
# INFECCIONES POR *ACINETOBACTER* RESISTENTE A IMIPENEM EN UN HOSPITAL TERCIARIO

R. Oropesa Juanes, J. Pérez Silvestre, I. Rodríguez, V. Abril López de Medrano, M. Espert, A. Zapater García, E. Ortega, A. Herrera.

*Servicio de Medicina Interna. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia.*

## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El género *Acinetobacter* de presencia patógena frecuentemente hospitalaria ha aumentado su incidencia en los últimos años. La especie *Acinetobacter baumanii* es la más frecuente. Puede ser resistente a betalactámicos, incluidos *Carbapenemes*, y recientemente se han aislado cepas con perfil de sensibilidad exclusiva a polimixinas.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio analítico, retrospectivo y observacional de 37 pacientes con aislamientos microbiológicos de *Acinetobacter* resistente a imipenem en un hospital universitario con los principales servicios medicoquirúrgicos, a excepción de trasplante.

## RESULTADOS

Media de edad: 54 ± 19 años; distribución por sexos: 78,4% varones y 21,6% mujeres. Estancia media de ingreso hospitalario: 29 ± 19 días. La mayor parte ingresó por Urgencias (91,9%). En 21 pacientes (56,8%) se aisló el microorganismo a consecuencia de proceso séptico previo adquirido en la comunidad. La mitad (51,4%) presentaban estados de inmunosupresión. Un 64,9% presentaron criterios de intubación orotraqueal y traslado a Unidad de Críticos. Un 56,8% presentaron intervención quirúrgica previa y 31 (83,8%) fueron tratados por otras causas con antibioterapia previa al aislamiento microbiológico. Un 37,8% recibió como tratamiento antibiótico empírico imipenem en dosis altas y un 75,7% de los aislamientos fueron resistentes a este fármaco en antibiograma posterior. La especie más frecuentemente aislada *fue Acinetobacter baumanii* (89,2% de los aislamientos). Muestras recogidas: hemocultivos (43,2%), BAS (13,5%), exudado de herida quirúrgica (10,8%), esputo (8,1%). El lugar de estancia en nuestro hospital fue en su mayoría en la Unidad de Reanimación (64,9%). El tratamiento antibiótico empleado fue ampicilina/sulbactam y colistina E empleadas en monoterapia específica para *Acinetobacter* según antibiograma. Un 32,4% cada uno. Un 10,8% de los casos se trataron con Imipenem. El 48,6% (18 pacientes) fallecieron durante el ingreso por fallo multiorgánico.

## CONCLUSIONES

El aislamiento de *Acinetobacter* predominó en varones en nuestra muestra la mayoría ingresados en UCI. En más de la mitad el microorganismo se aisló como parte del proceso diagnóstico de sepsis comunitaria previamente presentada teniendo estos pacientes factores para la inmunosupresión. La mayoría requirieron ventilación mecánica o cirugía previa como factores predisponentes. En su mayor parte, fueron tratados por otros motivos, con antibiótico, previamente a la detección de *Acinetobacter*. Más de un tercio recibió empíricamente imipenem, documentándose un alto porcentaje de resistencia del microorganismo a este fármaco en antibiograma posterior. La especie más frecuente fue *A. baumanii*. El tratamiento más empleado fue ampicilina/sulbactam y colistina E. Casi la mitad fallecieron como resultado de fallo multiorgánico.

# A-5
# VALIDEZ DE LAS TIRAS REACTIVAS EN EL DIAGNÓSTICO DE LA BACTERIURIA ASINTOMÁTICA DEL EMBARAZO

A. Estébanez[1], R. Pascual[2], V. Gil[3], F. Ortiz[1], M. Santibáñez[4], C. Pérez Barba[2].

*[1]Centro de Salud. Villena (Alicante). [2]Servicio de Medicina Interna. Universidad Miguel Hernández. [3]Unidad de Investigación. Hospital Virgen de la Salud. Elda (Alicante). [4]Salud Pública. Centro de Salud Altabix. Elche (Alicante).*

## OBJETIVOS

Validar las tiras de orina y el sedimento frente al urocultivo en el diagnóstico de la bacteriuria asintomática (BA) del embarazo.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se definió BA como la presencia de 100.000 o más UFC/mm$^3$ de una misma especie bacteriana en dos urocultivos consecutivos. Criterios de inclusión: mujeres gestantes que presentaban BA procedentes de las consultas de gestación del Departamento 18 de la Agencia Valenciana de Salud. Método estadístico: Se calculó la sensibilidad, especificidad, VPP, VPN, índice de concordancia Kappa, para los diferentes parámetros analizados en las tiras reactivas de orina y sedimento urinario frente al urocultivo. Se diseñaron curvas ROC con cálculo de área bajo la curva.

## RESULTADOS

Se reclutaron 131 mujeres, de las cuales se excluyeron 22. Los resultados de la comparación de los nitritos de la tira de orina inicial frente a cultivo fueron sensibilidad: 0,387 (IC 95%: 0,057-0,163); especificidad: 0,950 (IC 95%: 0,779-0,091). Valor predictivo positivo: 0,970 (IC 95%: 0,900-0,996). Valor predictivo negativo: 0,210 (IC 95%: 0,179-0,228). Í. de Kappa: 0,140 (IC 95%: 0,057-0,163). CPP: 7,6. CPN: 0,65. Curva ROC, área bajo la curva: 0,727; leucocituria positiva o negativa en la tira de orina inicial: Sensibilidad: 0,640 (IC 95%: 0,605-0,672). Especificidad: 0,550 (IC 95%: 0,356-0,730). Valor predictivo positivo: 0,887 (IC 95%: 0,839-0,933). Valor predictivo negativo: 0,216 (IC 95%: 0,140-0,286). Í. de Kappa: 0,116 (IC 95%: −0,024-[−0,246]). CPP: 1,40. CPN: 0,67. Curva ROC, área bajo la curva: 0,592. Comparación de los leucocitos del sedimento frente al cultivo. Sensibilidad: 0,640 (IC 95%: 0,604-0,664). Especificidad: 0,750 (IC 95%: 0,550-0,885). Valor predictivo positivo: 0,934 (IC 95%: 0,882-0,970). Valor predictivo negativo: 0,273 (IC 95%: 0,200-0,322) Í. de Kappa de 0,227 (IC 95%: 0,089-0,319). CPP: 2,52. CPN: 0,49. Curva ROC: área bajo la curva: 0,555.

## DISCUSIÓN

En nuestro estudio hemos obtenido una sensibilidad intermedia, con una moderada especificidad y un alto valor predictivo positivo al comparar los nitritos y leucocitos de la tira y del sedimento frente al cultivo. La leucocituria está presente entre un 30-70% de las embarazadas. Sin embargo, puede haber leucocituria en otros procesos inflamatorios del tracto genitourinario con urocultivos negativos, por lo que la leucocituria no se considera suficiente para establecer el diagnóstico de bacteriuria, y la presencia o ausencia de leucocituria no diferencia entre BA o ITU. Un resultado positivo es útil, pero uno negativo no excluye infección. Los nitritos mostraron una buena especificidad y un alto VPP, pero la sensibilidad y el VPN fueron bajos. Si analizamos los leucocitos de la tira, la sensibilidad es algo mayor, pero la especificidad es más baja. En ambos casos (nitritos y leucocitos), el índice Kappa con el cultivo positivo fue bajo. Para una prevalencia de BA (3,5%), un sedimento patológico prácticamente confirma el diagnóstico pero su negatividad no excluye la BA. Por tanto, es una prueba poco sensible y bastante específica con un VPP elevado; sin embargo, el VPN es bajo, de forma que un sedimento normal no descarta el diagnóstico.

## CONCLUSIONES

Las tiras reactivas presentan baja sensibilidad y especificidad, por lo que no constituyen un método adecuado de cribado para la BA en el embarazo. El sedimento urinario presenta una baja sensibilidad y una especificidad intermedia, por lo que tampoco lo consideramos un método útil para el cribado. Las tiras reactivas y el sedimento urinario no se mostraron útiles para el diagnóstico frente al urocultivo, por su insuficiente sensibilidad y especificidad.

# A-6
# INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA POR SARM CON PARESTESIAS Y DEBILIDAD EN PIERNAS

R. Serrano, M. Romero, R. Bravo, R. Vidal, C. Pérez Barba, R. Pascual.
*Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Salud. Elda (Alicante).*

## OBJETIVOS

Comunicar un caso de polineuropatía aguda en relación con el tratamiento con linezolid. Revisar la toxicidad neurológica asociada a este fármaco.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión de historia clínica y revisión de literatura.

## RESULTADOS

Hombre, 70 años, alérgico a penicilina, diagnosticado de HTA, EPOC, SAOS, tumor vesical y urotelial de vías altas, practicándose RTU del tumor vesical y meato ureteral junto con nefroureterectomía derecha. Dos días después de la intervención se constata absceso de la herida quirúrgica aislándose en los cultivos *S. agalactiae* y SARM, presentando picos febriles a pesar del tratamiento antibiótico con ciprofloxacino, vancomicina y, posteriormente, teicoplanina. Exploración: regular estado general, roncus dispersos, cicatriz de nefrectomía abierta con abundante drenaje purulento. Analítica: Hb 10 mg/dL, Hto. 33%, leucocitos 8.900/mm$^3$ (53% S, 24% L, 7% M, 12% E, 1% B), plaquetas 665.000/mm$^3$, urea 48 mg/dL, creatinina 1,50 mg/dL, Fe 37 µg/dL, GPT 59 UI/L, FA 163 UI/L, GGT 96 UI/L, PCR 25 mg/L, coagulación normal, $C_{Cr}$ 42 mL/min. ECG: normal. Rx tórax: sin alteraciones. Ante la persistencia de la fiebre, cultivos persistentemente positivos e insuficiencia renal en paciente monorreno, se sustituyó teicoplanina por linezolid presentando mejoría inicial con disminución de la fiebre y del absceso en el TAC de control, aunque persistían cultivos positivos para SARM. Tras 5 días reaparecen picos febriles con hemocultivos negativos, aumento de eosinófilos y PCR. El día 12 de tratamiento se objetiva exantema en tronco, estomatitis, trombopenia y anemia que precisó transfusión. Se suspendió linezolid, que se sustituye por teicoplanina. Seis días después comienza a referir dolor en MMII y plantas de los pies junto con parestesias en ambos MMII y dificultad para la deambulación. En la exploración discreta disminución de la fuerza (4/5), disminución marcada de la sensibilidad, ataxia y abolición de reflejos rotulianos y aquíleos. En los días posteriores aparecen debilidad y parestesias en manos. Punción lumbar: 40 hematíes/mm$^3$, 18 leucocitos/mm$^3$, 48 mg/dL glucosa y 374 mg/dL proteínas, Gram y cultivos negativos. Se instauró tratamiento con gammaglobulina i.v. y rehabilitación sin respuesta. Serología luética, hormonas tiroideas, niveles de ác. fólico, vit. $B_{12}$ y VIH normales o negativos. Ac anti-HU y anti-CV2 negativos. EMG: poliradiculopatía-gangliopatía a nivel de la cola de caballo. Se inicia tratamiento con esteroides con mejoría del cuadro. Se recuperaron los parámetros hematológicos y se consiguió el cierre de la herida quirúrgica con esterilidad de los cultivos. El trastorno sensitivo de las piernas mejoró discretamente pudiendo deambular con la ayuda de un andador. Se repitió la punción lumbar objetivándose disminución del número de proteínas (106 mg/dL) y leucocitos (2/mm$^3$) sin hematíes. Ante la ausencia de datos de polineuropatía paraneoplásica se etiquetó el cuadro de toxicidad neurológica aguda por linezolid.

## DISCUSIÓN

La toxicidad neurológica por linezolid incluye la neuropatía periférica (NP) y neuropatía óptica. La etiología de la NP es desconocida aunque se cree debida a toxicidad mitocondrial. Afecta predominantemente a todas las modalidades de la sensibilidad, sobre todo la vibratoria y la propioceptiva, junto con dolor urente, hiporeflexia y ligera debilidad. En la mayoría de los pacientes los síntomas no cesan tras la interrupción del tratamiento. Aparece tras tratamientos prolongados (entre 4 y 6 meses), siendo muy infrecuente la neuropatía en tratamientos inferiores a 2 semanas. El EMG muestra daño axonal y ganglionar, con afectación predominante de las fibras nerviosas sensoriales. En ninguno de los artículos revisados hemos encontrado datos acerca de las características del LCR.

## CONCLUSIONES

Se presenta un caso de polineuropatía aguda asociada al tratamiento con linezolid. Debido al incremento de los patógenos resistentes, el uso de linezolid es cada día más frecuente. Es importante tener en mente sus potenciales efectos adversos, entre los que se incluye la afectación neurológica.

# A-7
# ENDOCARDITIS BACTERIANA EN MAYORES DE 65 AÑOS

A. Belso, M. Romero, R. Bravo, C. Delibes, J. Colomina, R. Pascual.
*Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Salud. Elda (Alicante).*

## OBJETIVOS

Analizar las características clínico epidemiológicas de las endocarditis bacterianas (EB) en los mayores de 65 años y determinar si presentan peculiaridades diferentes a las de la población más joven.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo basado en el análisis de las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de EB durante los años 2001 a 2006. Se comparan las características epidemiológicas, clínicas, microbiológicas, y exploraciones complementarias con las de los pacientes menores de 65 años. Las endocarditis se clasificaron en definitivas o posibles siguiendo los criterios de Duke.

## RESULTADOS

En la **Tabla 1** se muestran las principales características epidemiológicas, clínicas y resultados del ETT, de la EB en mayores y menores de 65 años. Los gérmenes aislados en los hemocultivos se distribuyeron (>65/<65): *S. viridans* 7 (30,4 %)/3 (21,4 %), *S. epidemidis*: 5 (21,7 %)/2 (14,3 %), *S. aureus* 1 (4,3 %)/2 (14,3 %), *S.* coagulasa negativo 4 (17,4 %)/2 (14,3 %), enterococo 4 (17,4 %)/2 (14,3 %), hemocultivo –: 0/3 (21,4 %), otros 2 (8,6 %)/2 (14,3 %).

## DISCUSIÓN

En el periodo analizado la EB predomina en los mayores de 65 años lo que difiere de los años previos. Los pacientes mayores presentan mayor comorbilidad excepto hepatopatía. Con más frecuencia tienen fiebre y válvulas degenerativas. Los pacientes más jóvenes presentan soplo con mayor frecuencia, 1/3 son UDVP, y también 1/3 presentan hepatopatía. Los embolismos y la IC fueron más frecuentes en los jóvenes mientras que la mortalidad y la cirugía lo fueron en los mayores de 65 años.

## CONCLUSIONES

Actualmente la EB es más frecuente en la población de edad avanzada, en su mayor parte son portadores de prótesis y marcapasos precisan cirugía con más frecuencia que los jóvenes y aunque baja, tienen una mayor mortalidad.

Tabla 1
Diferencias entre las EB de los pacientes mayores y menores de 65 años

| | > 65 | < 65 | | > 65 | < 65 |
|---|---|---|---|---|---|
| Número | 23 | 14 | HTA | 15 (65,2 %) | 5 (35,7 %) |
| Hombres | 12 (52,2 %) | 8 (57,1 %) | DM | 7 (30,4 %) | 1 (7,1 %) |
| Mujeres | 11 (47,8 %) | 6 (42,9 %) | Neumopatía | 3 (13 %) | 2 (14,3 %) |
| Media de edad | 73,57 | 46,71 | Hepatopatía | 3 (13 %) | 5 (35,7 %) |
| Fiebre | 21 (91,3 %) | 8 (57,1 %) | Días de clínica | 31,24 ± 55,49 | 33,17 ± 63,82 |
| Soplo | 15 (65,2 %) | 12 (85,7 %) | Embolismos | 4 (17,3 %) | 5 (35,7 %) |
| UDVP | 12 (85,7 %) | 5 (35,7 %) | Válvula afectada | | |
| VIH | 0 | 1 (7,1 %) | Mitral | 6 (26 %) | 4 (28,6 %) |
| Sida | 0 | 0 | Aórtica | 6 (26 %) | 4 (28,6 %) |
| Prótesis | 11 (47,8 %) | 7 (50 %) | Tricúspide | 1 (4,3 %) | 3 (21,4 %) |
| Valvulopatía reumática | 5 (21,7 %) | 3 (21,4 %) | Mitral y aórtica | 1 (4,3 %) | 0 |
| Válvula degenerativa | 10 (43,5 %) | 3 (21,4 %) | ETT patológico | 19 (87 %) | 12 (85,7 %) |
| Marcapasos | 5 (21,7 %) | 3 (21,4 %) | IC | 2 (8,6) | 4 (28,6 %) |
| Mortalidad | 3 (13 %) | 1 (7,1 %) | Cirugía | 6 (26 %) | 1 (7,1 %) |

# A-8
# MENINGITIS POSQUIRÚRGICA: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 19 CASOS

V. Abril López de Medrano[1], J. Pérez Silvestre[1], M. Espert Roig[2], R. Oropesa Juanes[1], I. Rodríguez[3], E. Ortega González[1].

*[1]Unidad de Enfermedades Infecciosas. [2]Farmacia. [3]Servicio Digestivo. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia.*

## OBJETIVOS

La meningitis posquirúrgica es una complicación rara y poco frecuente de la neurocirugía. Se asocia a gran morbimortalidad debido a la alta resistencia de las bacterias implicadas y la dificultad para alcanzar niveles antimicrobianos adecuados en líquido cefalorraquídeo.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional de las meningitis posquirúrgicas tratadas en el periodo 2003-2006, en colaboración de neurocirujanos y médicos de la Unidad de Enfermedades Infecciosas.

## RESULTADOS

De los 19 pacientes estudiados, 11 eran hombres y 8 mujeres. La mediana de edad es 40 ± 21,8 años. Tenían tumor cerebral 11 (57,84%), quistes cerebrales 2 (10,52%), malformación de Arnold Chiari 3 (15,78%) y fractura vertebral 3 (15,78%). Los síntomas más frecuentes son: fiebre en 16 casos (84,21%), meningismo en 8 (42,10%) y cefalea en 6 (31,57%). El líquido cefalorraquídeo fue obtenido por punción lumbar en 11 casos (57,84%), y por drenaje ventricular en 6 (31,57%). Los agentes etiológicos de las meningitis fueron: *Staphylococcus* coagulasa negativos (4), *Enterobacteriaceae* (7), bacilos gramnegativos (4), y cultivos estériles (4). Recibieron agentes antimicrobianos previamente 13 pacientes, la mayoría amoxicilina-clavulánico (10). La dosis inicial del tratamiento antibiótico fue corregida en 16 de los 19 pacientes por el médico de enfermedades infecciosas. La terapia empírica más usada fue ceftazidima más vancomicina (12). La terapia de consolidación más frecuente fue cefalosporinas más quinolonas (5) y rifampicina más vancomicina (4). La duración del tratamiento fue de 18,4 ± 3,2 días (14-21). Un paciente murió y otro recayó, siendo tratado con éxito.

## CONCLUSIONES

Diversos factores dificultan el manejo de los pacientes con meningitis posquirúrgica. La cooperación entre los neurocirujanos y los médicos de enfermedades infecciosas optimiza el tratamiento. Los médicos de enfermedades infecciosas inician el tratamiento antibiótico empírico, ajustan dosis y antibiótico según el crecimiento microbiológico posterior, y establecen la duración del tratamiento y los controles clínicos.

# A-9
# NEUMONÍA POR *RHODOCOCCUS*

J. Pérez Silvestre, V. Abril López de Medrano, R. Oropesa Juanes, E. Ortega González.
*Unidad Enfermedades Infecciosas. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia.*

## OBJETIVOS

*Rhodococcus equi* es un cocobacilo grampositivo pleomórfico, aerobio estricto y ácido-alcohol resistente. Es un patógeno ambiental con distribución universal, productor de zoonosis y causante de neumonía cavitada y abscesos de pulmón. Es un patógeno intracelular cuya incidencia ha aumentado asociada a la aparición de la infección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). La manifestación clínica más frecuente en pacientes inmunodeprimidos es la neumonía cavitada con afectación, sobre todo, en lóbulo superior del pulmón, asociada a bacteriemia por *Rhodococcus* en un 80%.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional de los casos de infección por *Rhodococcus equi*, diagnosticados y tratados en una Unidad de Enfermedades Infecciosas de un hospital terciario en los últimos 8 años.

## RESULTADOS

Han sido diagnosticados 4 casos de infección por *Rhodococcus equi* en los últimos 8 años, con una mediana de edad de 37,75 ± 9,94 años, con un rango 30-52 años, con predominio del sexo masculino (100%). Tenían infección VIH el 100% de los pacientes, con predominio del estadio C3 en el 75% de los casos; un 25% eran estadio B3. Las actividades de riesgo para la infección por el VIH eran: 75% adictos a drogas por vía parenteral –aunque en el momento de la infección eran ex adictos– y un 25% por vía sexual (homosexual). La mediana de CD4 en el momento del diagnóstico era 83 ± 55,16 mL, con un rango de 25-135 mL. El 50% de los pacientes llevaban y cumplían el tratamiento antirretroviral de gran actividad. El 100% de los pacientes eran portadores crónicos del VHC. Los síntomas más frecuentes son la clínica respiratoria (100% de los pacientes), seguida de la fiebre (75%) y síntomas generales (astenia, anorexia…) en el 50%. Dentro de la clínica respiratoria predomina la tos en un 100%, el dolor torácico de características pleuríticas, 75%, y la expectoración purulenta en un 50% de los casos. Los días de sintomatología hasta el diagnóstico clínico fueron 10,25 ± 13,2 días, con un rango 3-30 días. El microorganismo fue aislado en esputo y hemocultivos en el 100% de los pacientes y en ambas muestras a la vez, al igual que el 100% de las radiografías de tórax eran patológicas, con mayor afectación del lóbulo inferior izquierdo en el 50% de los casos, seguidas de las del lóbulo superior derecho e inferior derecho, con un 25%, respectivamente. La medida terapéutica más utilizada fue la combinación de macrólidos con quinolonas en el 75% de los pacientes, seguida de la asociación de macrólidos con carbapenem, con un 25%. En ningún caso se requirió drenaje percutáneo del absceso o cirugía. La evolución fue satisfactoria en el 50% de los pacientes; un 25% recayó en su enfermedad por dos veces en el mismo paciente por mal cumplimiento del tratamiento erradicador y mal cumplimiento de la terapia HAART. Un 25% falleció; no cumplían tratamiento antirretroviral.

## CONCLUSIONES

1. Se trata de una infección poco frecuente, que afecta, sobre todo, a pacientes muy inmunodeprimidos; en nuestra serie, todos los pacientes son VIH, con recuento de linfocitos CD4 muy bajos. 2. La afectación en todos los casos es pulmonar, como está descrito en otras series, donde ésta supera el 90%, asociada a fiebre en un alto porcentaje y seguida de cuadro constitucional. 3. Dentro de la clínica pulmonar, predomina la tos, con expectoración purulenta y dolor pleurítico. 4. Es recomendable realizar diagnóstico diferencial con *Rhodococcus equi* cuando aparezca un paciente con infección VIH y neumonía cavitada. 5. No existe tratamiento protocolizado, si bien se han de utilizar antibióticos con buena penetración intracelular y bactericidas, como son los macrólidos, rifampicina, carbapenem y glucopéptidos. 6. El pronóstico va ligado a factores tales como la inmunodepresión, que ha mejorado sustancialmente con los tratamientos de gran actividad de la actualidad y a la ausencia de tratamiento.

# A-10
# NEUMONÍA POR *KLEBSIELLA PNEUMONIAE*. BLEA DE LA COMUNIDAD

M. Peris Sifre[1], S. Sabater[2], M. Cubedo Bort[1], R. Moreno[2], O. Domingo Tomas[1], M. Agulló Colat[1], P. Oria Martínez[1], C. Forcada Castelló[1].

[1]*Unidad Hospitalaria Domiciliaria. Hospital General. Castellón.*

[2]*Servicio de Microbiología. Hospital General. Castellón.*

## OBJETIVOS

El objetivo de la descripción de este caso clínico es alertar al sistema sanitario del problema epidemiológico de extraordinaria magnitud que significa la existencia de microorganismos productores de BLEA y, a la vez, resaltar que se desconoce la prevalencia real de las mismas, siendo probablemente subestimadas las cifras que habitualmente se comunican. Asimismo, aunque los brotes nosocomiales son los más detectados, no hay que olvidar los casos de BLEA a nivel de la comunidad, ya que son los más frecuentes.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Informamos de caso clínico de neumonía por *Klebsiella pneumoniae* en un paciente atendido en la Unidad Hospitalaria Domiciliaria. Caso clínico: hombre de 80 años, con antecedentes de EPOC, prótesis cadera derecha, demencia senil. Consulta por presentar fiebre y deterioro respiratorio desde hace 24 horas. Se realiza analítica, hemocultivos, cultivo esputo y Rx de tórax y se inicia tratamiento antibiótico empírico con levofloxacino i.v. y soporte respiratorio. El paciente presenta buena evolución clínica inicial pero se deteriora a las 72 horas con reaparición de la fiebre. La identificación de BLEA y CMI de los microorganismos en microbiología se realiza con el sistema VITEK.

## RESULTADOS

En Rx de tórax se objetiva neumonía basal derecha. Tras recibir resultado del cultivo de esputo con *Kl. pneumoniae*, según antibiograma (amikacina (S), amox + clav (R), ampicilina (R), cefalotina (R), cefepina (S), cefotaxima (S)***, cefoxitina (R), ceftacidina (R), cefuroxina (R), ciprofloxacino (R), cotrimoxazol (S), furantoina (R), gentamicina (S), meropenem (S), norfloxacino (R), piperacilina (R), piper./tazobactam (I), tobramicina ®), se cambia el tratamiento a cefotaxima i.v. El paciente presenta buena evolución clínica y finaliza el tratamiento, recogiéndose esputo control. A las 72 horas nuevamente muestra deterioro clínico progresivo, insuficiencia respiratoria, anuria e hipotensión arterial. Tras recibir el resultado del esputo de control según antibiograma (amikacina (S), amox + clav (R), ampicilina (R), cefalotina (R), cefepina (S), cefotaxima (R)***, cefoxitina (R), ceftacidina (R), cefuroxina (R), ciprofloxacino (R), cotrimoxazol (S), furantoina (R), gentamicina (S), meropenem (S), norfloxacino (R), piperacilina (R), piper./tazobactam (I), tobramicina ®); se inicia tratamiento con carbapenem i.v., siendo *exitus* pasadas 48 h.

## DISCUSIÓN

Existen diferencias cuantitativas en la actividad hidrolítica de determinadas BLEA sobre los sustratos. Esto hace que determinadas cepas productoras de BLEA puedan parecer sensibles a los oximino betalactámidos, siendo en realidad resistentes. No es infrecuente que preliminarmente se registre un aislamiento de una enterobacteria como sensible a cefalosporina de 3.ª G y aztreonam, y posteriormente, por pruebas adicionales o ante un fracaso clínico, se constate que se trata de una cepa BLEA (+). Estos falsos negativos iniciales se han comunicado con cierta frecuencia. Por eso, ante una cepa de un gramnegativo con unas CMI de cefalosporina de 3.ª elevadas con respecto a lo esperado para dicha cepa en ausencia de BLEA, o ante el hallazgo de multirresistencia en las pruebas de sensibilidad, es prioritario descartar la presencia de BLEA. Aunque el microorganismo más frecuentemente detectado en los brotes nosocomiales es la *K. pneumoniae,* siendo el *E. coli* el más frecuente en la comunidad; en nuestro caso, ha sido una *Klebsiella pneumoniae* productora de BLEA en la comunidad.

## CONCLUSIONES

Aislamiento de un caso de *K. pneumoniae* productora de BLEA en la comunidad. Señalar la importancia de la lectura interpretada del antibiograma. La no detección de BLEA lleva al fracaso terapéutico. A pesar de que el VITEK tiene un buen sistema experto de detección de BLEAS, a veces puede dar falsos negativos.

# A-11
# BACTERIEMIA Y ECTIMA GANGRENOSO. A PROPÓSITO DE DOS CASOS CLÍNICOS

M. Peris Sifre[1], M. Benasar[2], R. de las Peñas[2], M. Cubedo Bort[1], M. Pérez Adelantado[1], P. Pons Valls[1], J. Borras Climent[1], X. Muñoz Rodríguez[1].

[1]*Unidad Hospitalaria Domiciliaria. Hospital General. Castellón.*

[2]*Servicio Oncología. Consorcio Hospitalario Provincial. Castellón.*

## INTRODUCCIÓN

*Pseudomona aeruginosa* es uno de los microorganismos más frecuentes aislados en los pacientes inmunodeprimidos. El ectima gangrenoso (EC) es una lesión muy indicativa de infección por *P. aeruginosa*, aunque no patognomónica. No obstante, su aparición es infrecuente incluso en pacientes con sepsis por *Pseudomona* y ocurre sólo en 1-6% de las bacteriemias con cultivos positivos. Objetivos: El objetivo de la descripción de estos casos clínicos es demostrar que parece razonable que la indicación de tratamiento antibiótico empírico hasta conocer el resultado microbiológico en pacientes con riesgo de infección para este patógeno debería ser con dos antibióticos de acción sinérgica conocida.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se consideran dos casos clínicos de ectima gangrenoso por *P. aeruginosa* en pacientes inmunodeprimidos durante la fase de toxicidad posquimioterapia con neutropenia marcada. Estudio clínico: Caso 1: Mujer de 60 años con LLC-B de larga evolución, se diagnostica síndrome de Richter por transformación a LNH-B difuso de células grandes, se inicia tratamiento QT según esquema CHOP-R, presentando aplasia durante el primer ciclo QT, y fiebre y lesión en MID sugestiva de EC. Caso 2: Hombre de 24 años diagnosticado de sarcoma de Ewing extaóseo de alto riesgo y en el que, tras recibir 6 ciclos de QT según esquema EVAIA, se inicia QT coadyuvante. A los 2 ciclos de ésta, presenta fiebre y lesiones cutáneas generalizadas sugestivas de EC.

## RESULTADOS

Hemocultivos positivos para *P. aeruginosa*. Cultivos de lesiones cutáneas positivos para *P. aeruginosa*. Tratamiento: En ambos casos se inicia tratamiento antibiótico empírico con cefalosporina de 3.ª generación y quinolonas. Los pacientes presentan inicialmente buena evolución clínica con desaparición de la fiebre y mejoría de las lesiones cutáneas. En ambos casos, tras finalizar el tratamiento antibiótico y coincidiendo con el siguiente ciclo de QT reaparecen la fiebre y las lesiones, aunque menos marcadas. Se repiten las pruebas microbiológicas, siendo positivas para *P. aeruginosa.* Se inicia tratamiento antibiótico con cefalosporinas 3.ª G y carbapenem en el caso 1, y con cefalosporinas 3.ª G y aminoglicósidos en el caso 2, presentando buena evolución clínica y curación completa de lesiones cutáneas, con microbiología negativa. No reaparecen las lesiones en los siguientes ciclos de QT.

## DISCUSIÓN

Debido a la elevada morbilidad y mortalidad de las infecciones por *P. aeruginosa* y el beneficio esperado con tratamiento antibiótico adecuado, la conveniencia de tratamiento antibiótico combinado sobre monoterapia en las infecciones por *P. aeruginosa* ha sido ampliamente debatida, no existiendo consenso al respecto, como ventajas del tratamiento combinado con incremento de la posibilidad de que el patógeno sea sensible, prevención del desarrollo de resistencias, el efecto aditivo o sinérgico de la combinación. Es bien conocido el sinergismo *in vitro* de determinados antibióticos en combinación frente a *P. aeruginosa*, sobre todo entre betalactámicos y aminoglicósidos.

## CONCLUSIONES

El tratamiento antibiótico inapropiado o el retraso en el inicio de éste se asocia a peor pronóstico. Aunque existe controversia en el tratamiento combinado en la infección por *P. aeruginosa*, sobre todo en la bacteriemia y en la neumonía, parece razonable la indicación de tratamiento antibiótico combinado incluso en pacientes neutropénicos. La elevada prevalencia de resistencias de este patógeno, unida a la reducción de la mortalidad asociada al tratamiento antibiótico adecuado y precoz, sobre todo en el paciente grave, justifica el inicio con terapia combinada durante los primeros 3-5 días y, si la evolución es favorable, el paso a monoterapia tras conocerse el patrón de resistencias con uno de los antibióticos a los que sea sensible. Si la evolución clínica no es favorable, parece razonable seguir con terapia combinada.

# A-13
# FÍSTULAS GANGLIO-ESOFÁGICAS EN MUJER DE 71 AÑOS

V. Chabrera Gaya, I. Sanz Acevedo, T. López Buades, C. Gómez Torrijos, G. Gascón Ramón, F. Bertomeu i Blanch.

*Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Plana. Villarreal (Castellón).*

## OBJETIVOS

Mostrar la aparición de formas clínicas atípicas de TBC en relación con el aumento de la incidencia de ésta en los últimos años.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso clínico de una mujer de 71 años ingresada por cuadro constitucional de un mes de evolución acompañado de disfagia esofágica alta. Exploración física: MEG, tóxica y febril; dos abscesos fríos, fluctuantes, de bordes eritematosos a nivel latero-cervical bilateral, junto con adenopatías blandas satélites. Analítica: 14.000 leucocitos con desviación izquierda y VSG 121. Hipoalbuminemia con aumento de globulinas alfa 2. VHB, VHC y VIH negativas. Cultivo del exudado (absceso latero-cervical derecho) y de las biopsias practicadas mediante esofagoscopia positivas para *Mycobacterium sp*. Exploraciones complementarias: 1) Esofagoscopia: intensa esofagitis con mucosa de aspecto deslustrado y presencia de dos orificios fistulosos. 2) Esofagograma: 2 trayectos fistulosos esofágicos con parte distal ganglionar. 3) TAC torácico: múltiples adenopatías paraesofágicas con imágenes aéreas en relación con los trayectos fistulosos esofágicos.

## RESULTADOS

Juicio diagnóstico: adenitis tuberculosa paraesofágicas con desarrollo de trayectos fistulosos a esófago. Evolución: Con tratamiento específico para la tuberculosis los trayectos fistuloso cerraron por completo.

## CONCLUSIONES

Linfoadenopatía tuberculosa primaria con o sin lesiones escrofulodérmicas cervicales, una patología muy frecuente en el pasado y cuya incidencia ha aumentado en la actualidad en relación con el mayor número de pacientes inmunodeprimidos.

# A-14
# MENINGITIS NEUMOCÓCICA: ESTUDIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE 19 CASOS

J. Pérez Silvestre[1], M. Espert Roig[2], V. Abril López de Medrano[1], R. Oropesa Juanes[1], L. Deus de la Bernardina[1], I. Rodríguez[3], E. Ortega González[1].

*[1]Servicio de Enfermedades Infecciosas. [2]Farmacia. [3]Servicio de Digestivo. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia.*

## OBJETIVOS

La causa más frecuente de meningitis en el adulto es el *Streptococcus pneumoniae*. Es el agente más aislado en meningitis secundarias a fracturas de base de cráneo o fístulas de LCR.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de los pacientes diagnosticados de meningitis neumocócica en la Unidad de Enfermedades Infecciosas en el periodo 2000-2006.

## RESULTADOS

Se diagnosticaron 19 episodios de meningitis neumocócica, 9 hombres (47,4%) y 10 mujeres (52,6%), con una edad media de 54,58 ± 15,86. Tenían infección por VIH el 31,6%; sin tratamiento de gran actividad se encontraban el 84,2%; en el momento del diagnóstico, la media de CD4 era de 201,20 ± 168,62, y un porcentaje medio de 15,5 ± 8,06. El 15,8% se encontraba esplenectomizado, y sólo estaban vacunados un 10,5%. La clínica predominante fue: fiebre en el 94,7% de los pacientes, seguida de cefalea y vómitos 78,9%, rigidez de nuca 73,7%, disminución del nivel de conciencia 68,4%, signos meníngeos 31,6%; y sólo en un 5,3%, alteración del comportamiento y epilepsia, respectivamente. Media de días de síntomas hasta el diagnóstico: 3,12 ± 3,04. El líquido cefalorraquídeo fue patológico en el 100% de los pacientes con una media de proteínas 446,91 ± 339,37, glucosa 16,68 ± 31,04, leucocitos 2.052,82 ± 3.456,64, y media de porcentaje de polimorfonucleares 79,12 ± 20. El cultivo del LCR fue positivo para *S. pneumoniae* en el 100%. La resonancia magnética nuclear cerebral fue patológica en 36,8%, y el TAC otosinusal en 42,1%. El 73,7% se resolvieron sin incidencias, 15,8% fallecieron y el 10,5% quedaron con secuelas. Media de días de estancia: 15,79 ± 7,64. El tratamiento más utilizado fue: cefalosporinas de 3.ª generación asociadas a corticoides, 57,9%; cefalosporinas de 3.ª G sin corticoides, 26,3%; y vancomicina, 15,8%. Se vacunó al 31,6% de los pacientes.

## CONCLUSIONES

La clínica predominante es cefalea, vómitos, fiebre, disminución del nivel de alerta y rigidez de nuca. Un alto porcentaje tienen asociado enfermedad otológica de base. Un alto porcentaje evolucionaron favorablemente con cefalosporinas de 3.ª generación durante quince días. Se debería vacunar a todos los grupos de riesgo para disminuir la incidencia de meningitis por *S. pneumoniae*.

# A-15
# REVISIÓN DE CASOS DE ESPONDILODISCITIS INFECCIOSA DURANTE 15 AÑOS EN UN HOSPITAL COMARCAL

I. Jiménez, I. Amorós, A. Belda, L. Castellano, B. Calvo, A. Roldán, A. Gómez Belda, J. Pascual.
*Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sagunto (Valencia).*

## OBJETIVOS

Conocer las características clínicas y analíticas así como el manejo y evolución de los casos de espondilodiscitis infecciosa (EI) diagnosticados en nuestro hospital en los últimos 15 años.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con diagnóstico al alta de EI en los últimos 15 años. Se recogieron un total de 14 casos.

## RESULTADOS

El 57 % eran varones con edad media de 54 años. Como factor de riesgo predisponente, un 35 % presentó un episodio de bacteriemia previa y en un 14 % no se pudo recoger ningún factor especial de riesgo. En cuanto a la clínica, el 100 % presentó dolor, el 65 % fiebre y un 57 % no tenía ningún déficit neurológico. La localización más frecuente fue la lumbar con un 50 %, seguida de la afectación de varios niveles con un 35 %. De las alteraciones analíticas destacan valores de VSG y PCR elevados, así como ligera anemia normocítica-normocrómica. El diagnóstico se realizó en un 57 % por la combinación de pruebas de imagen y clínica compatible, y en un 35 %, sólo por la clínica compatible. En cuanto al agente etiológico, sólo se aisló en un 36 % con dos casos por *S. aureus* y un caso por *S. viridans,* así como otros dos de etiología polimicrobiana. La duración del tratamiento, así como la vía de administración del fármacos, fue variable: en un 35 % se pautó tratamiento por vía oral más de 4 semanas, en un 28 % tratamiento secuencial más de 4 semanas y en un 21 % tratamiento secuencial menos de 4 semanas. La evolución de los pacientes fue favorable en un 64 %m un 21 % presentó secuelas residuales y un 7 % (1 paciente) falleció **(Tabla 1)**.

## DISCUSIÓN

De los resultados obtenidos llama la atención el bajo porcentaje de diagnóstico etiológico (36 %), atribuible a los escasos medios diagnósticos disponibles. Además, destaca también que en los primeros años de la revisión, en un 35 % de los pacientes, el diagnóstico se realizó sólo mediante la clínica, hecho atribuible también a la falta de disponibilidad de RM o TC. Y, por último, destacar la falta de homogeneidad del tratamiento con distintas pautas de duración y administración.

## CONCLUSIONES

La EI es un cuadro poco frecuente en nuestro medio que deb emos sospechar ante fiebre y dolor dorsolumbar y, por tanto, solicitar pruebas pertinentes de imagen y microbiología para su diagnóstico. La duración del tratamiento debe ser de, al menos, cuatro semanas, y suele ser efectivo.

Tabla 1
Espondilodiscitis infecciosa.
Características de la muestra

| | |
|---|---|
| **Edad** | **54,28 ± 24,91** |
| Cirugía espinal previa | 14,3 % |
| Bacteriemias | 35,7 % |
| Loc. lumbar | 50 % |
| Loc. varios niveles | 35,7 % |
| Fiebre | 64,3 % |
| Dolor inflamatorio | 100 % |
| Síntoma neurológico | 42,9 % |
| *S. aureus* | 14,3 % |
| *S. viridans* | 7,1 % |
| Polimicrobiano | 14,3 % |

# A-16
# COLINESTERASA PLASMÁTICA COMO INDICADOR DE GRAVEDAD EN LAS NEUMONÍAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD

L. Castellano, A. Belda, I. Amorós, A. Gómez Belda, L. López, I. Jiménez, A. Roldán, J. Pascual.
*Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sagunto (Valencia).*

## OBJETIVOS

Valorar la relación entre los niveles de colinesterasa plasmática en pacientes con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad y el índice de severidad de la neumonía (PSI).

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo observacional realizado durante 4 meses en el Servicio de Medicina Interna de nuestro hospital en el que se analizan los valores de colinesterasa plasmática en los pacientes adultos ingresados con diagnóstico de neumonía comunitaria y su relación entre los niveles de la misma y el índice de severidad de neumonía (PSI). Para el análisis estadístico se ha utilizado el test de Levene para homogeneidad de varianzas y *t* de Student para diferencias entre grupos.

## RESULTADOS

Se incluyeron 32 pacientes con una edad media de 77 años; el 40,5% eran hombres, y el 13,5% provenían de Residencia. En un 16,2% la etiología fue neumocócica. Se clasificó a los pacientes en cinco grupos según valores de PSI: el 6,24% pertenecía a la categoría II, el 18,75% a la III, el 53,1% a la IV y el 21,87% a la V. En cuanto a la relación entre los niveles plasmáticos de colinesterasa plasmática y PSI se observa una tendencia a valores menores de la misma en categorías mayores de PSI. Cuando se compararon los valores plasmáticos de colinesterasa de forma individual con la presencia o ausencia de las características incluidas en la escala PSI, también se observa un mayor consumo a la misma en presencia del factor analizado, aunque ninguna alcanza significación estadística.

## DISCUSIÓN

La colinesterasa plasmática es una enzima soluble de síntesis hepática cuya función fisiológica se desconoce. Dado que participa en el metabolismo de los relajantes musculares, algunos anestesistas incluyen su determinación en el preoperatorio, lo que ha permitido observar su asociación entre sepsis grave y disminución de la colinesterasa plasmática. Los valores normales en mayores de 40 años son de 5.320-12.290 UI. Dado que la síntesis es hepática, se ha excluido del estudio a pacientes con enfermedad hepática conocida, que pueden presentar ya de por sí cifras plasmáticas disminuidas. Aunque nuestro estudio está limitado por el reducido tamaño de la muestra, se intuye la tendencia a niveles más bajos de colinesterasa plasmática en los casos con PSI más alto, por lo que la determinación de aquélla podría utilizarse en la práctica como un parámetro más de indicador de gravedad en pacientes con diagnóstico de neumonía comunitaria.

Tabla 1
Relación del valor de colinesterasa plasmática y PSI

| GRUPO PSI | N | Media ± desviación |
|---|---|---|
| II | 6,25 % | 6.262,00 ± 337,99 |
| III | 18,75 % | 5.021,67 ± 1.150,72 |
| IV | 53 % | 4.779,59 ± 1.500,28 |
| V | 21 % | 4.751,13 ± 1.383,45 |

# A-17
# AFECTACIÓN OCULAR EN EL SARCOMA DE KAPOSI EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH

J. Peris[1], F. Jover[1], J. Cuadrado[1], E. Mengual[2], P. Roig[1], P. Wikman[1].

*[1]Servicio de Medicina Interna. [2]Servicio de Oftalmología.*
*Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant (Alicante).*

## OBJETIVOS

Comunicar los casos diagnosticados de sarcoma de Kaposi ocular en los últimos 5 años.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos realizado una revisión de los pacientes diagnosticados de sarcoma de Kaposi ocular e infección VIH. A partir de estos casos hemos recogido las principales características respecto a la aparición de esta entidad, su tratamiento y evolución.

## RESULTADOS

(Ver **Tabla 1**.)

## CONCLUSIONES

1. El sarcoma de Kaposi ocular constituye una entidad patológica poco frecuente en nuestro medio.

2. Esta entidad clínica definitoria de sida fue la primera manifestación de la enfermedad en nuestros pacientes.

3. En 2 de los 3 casos se trataba de pacientes inmigrantes.

4. Aunque habitualmente el sarcoma de Kaposi se presenta en pacientes homosexuales, sólo uno de nuestros pacientes se incluía en esa práctica de riesgo.

Tabla 1
Casos

| CASO | Sexo/edad País de origen | Estadio sida | Debut sida | C. viral VIH/ Cifras CD4 | Comorbilidad | Tratamiento | Evolución |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Hombre/36 Cuba | C3 | Sí | 17.600/104 | No | Doxorrubicina-Liposomal TARGA | Favorable |
| 2 | Hombre/28 Senegal | C3 | Sí | 85.900/12 | Enfermedad de Castelman (HHV8 +) | Doxorrubicina-Liposomal TARGA | Favorable |
| 3 | Hombre/33 España | C3 | No | 94.800/209 | VHC ADVP Candidiasis esofágica | No tratado | Pérdida de seguimiento |

# A-18

# UTILIDAD DE LOS HEMOCULTIVOS EN EL MANEJO CLÍNICO DE LAS PIELONEFRITIS AGUDAS EN ADULTOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

J. Peris[1], F. Jover[1], J. Cuadrado[1], C. Martín[2], E. López Calleja[1], J. Seguí[1], M. Díaz[1].

*[1]Servicio de Medicina Interna. [2]Servicio de Microbiología.*
*Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant (Alicante).*

## OBJETIVOS

1. Determinar la rentabilidad de la extracción de hemocultivos frente a los resultados del urocultivo en pacientes ingresados con diagnóstico clínico de PNA. 2. Valorar el impacto de los hemocultivos en el manejo clínico de las PNA (formas bacteriémicas).

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo con revisión de historias clínicas de todos aquellos pacientes mayores de 16 años con diagnóstico de PNA que requirieron ingreso durante el año 2005. Se elaboró un protocolo de recogida de datos epidemiológicos, factores de riesgo, microbiológicos y de tratamiento. Se determinaron criterios de inclusión y de exclusión. El análisis estadístico se efectuó mediante la aplicación SPSS 12.0 para Windows, utilizando la prueba $\chi^2$ para variables cualitativas, y la *t* de Student y U-Mann-Whitney para variables cuantitativas.

## RESULTADOS

Se revisaron 91 historias clínicas, de los cuales se excluyeron 30 por no cumplir los criterios de inclusión (n = 61). El 73,8% eran mujeres. La media de edad fue de 50,11 ± 22,03 años. El 9,8% eran portadores de sondaje vesical permanente. El 24,6% tenían uropatía obstructiva. En el 16,4% presentó sepsis grave/*shock* séptico. El 62,3% de PNA fueron complicadas. El 14,8% recibieron antibioterapia previa a la toma de los cultivos. En el 57% de los casos se obtuvo un resultado microbiológico positivo (54% urocultivo, 11,4% hemocultivos y 34% ambos). El grupo con hemocultivos positivos presentó una mayor frecuencia de PNA complicada (31,6 *vs.* 17,4; p = 0,179), uropatía obstructiva (46,7% *vs.* 19,6%; p = 0,045), inmunodepresión (36,8% *vs.* 21,4%; p = 0,170), mayor edad (56,9 *vs.* 47,6 años; p = 0,676) y sepsis (40 *vs.* 23,5%; p = 0,239). La mediana de estancia hospitalaria fue significativamente mayor en el grupo con hemocultivos positivos (9,5 *vs.* 6 días; p = 0,001).

## CONCLUSIONES

En nuestra serie, la extracción de hemocultivos no supuso una diferente actitud de manejo ni terapéutica. No obstante, las formas bacteriémicas sí parecen relacionarse con una mayor morbilidad estancia hospitalaria, y peor pronóstico.

# A-19
# CAUSA INESPERADA E INHABITUAL DE SÍNDROME FEBRIL

S. Ezsol[1], C. Navarro[2], J. Coloma[2], V. Maqueda[3], C. Delibes[1], C. Pérez Barba[1].

*[1]Servicio de Medicina Interna. [2]Servicio de Cirugía General. [3]Servicio de Radiología. Hospital Virgen de la Salud. Elda (Alicante).*

## OBJETIVOS

Comunicar un caso clínico infrecuente.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Descripción del caso y revisión de la literatura.

## RESULTADOS

Se presenta el caso de un hombre de 73 años, sin antecedentes de interés, que acude a Urgencias por picos febriles de 39 °C con tiritonas de 5 días de evolución y molestias inespecíficas en mesogastrio. A la exploración destaca un abdomen distendido, doloroso en epigastrio sin peritonismo, con ruidos presentes. La analítica básica y orina fueron normales, excepto PCR de 117, con radiología de tórax-abdomen y ecografía abdominal sin hallazgos. Se inicia tratamiento con amoxicilina/clavulánico (2 g/8 h i.v.) tras cursar hemocultivos. Ante la persistencia de picos febriles los primeros 3 días, sudoración nocturna y molestias en mesogastrio sin intolerancia, con hemocultivos positivos para *E. coli*, se cambia la antibioterapia a cefriaxona y metronidazol solicitando TAC abdominal, que objetiva: diverticulitis sigmoidea (de 2 cm de extensión) sin colección delimitada, con cambios inflamatorios en la grasa y pileflebitis de la vena mesentérica inferior con signos de trombosis venosa. Se pauta anticoagulación con HBPM y se consulta con Cirugía, que decide actitud expectante y tratamiento médico. El paciente presenta buena evolución clínica con remisión de la fiebre y disminución de PCR, sin otras alteraciones analíticas; se inicia dieta con buena tolerancia y tránsito intestinal normal. Al sexto día se objetiva erupción cutánea morbiliforme, pruriginosa, atribuible al metronidazol, cambiando la pauta antibiótica a imipenem. La serología (protocolo de fiebre prolongada) fue negativa; la TSH y los marcadores tumorales fueron normales. Al completar 16 días de tratamiento antibiótico i.v., se realiza TAC de control con resolución de la pileflebitis sin visualizar proceso inflamatorio diverticular; procediendo al alta con amoxicilina/clavulánico v.o. y anticoagulación con Sintrom®. En el seguimiento ambulatorio el paciente está asintomático con TAC abdominal de control y colonoscopia normales, excepto diverticulosis sigmoidea. A los 3 meses se suspende anticoagulación y se realiza estudio de hipercoagulabilidad con resultado normal.

## DISCUSIÓN

La pileflebitis es la tromboflebitis séptica de la vena porta o sus ramas. La causa más frecuente es la diverticulitis; sin embargo, esta complicación es muy infrecuente en su evolución, siendo la afectación aislada de la vena mesentérica inferior excepcional, con sólo diez casos documentados en la literatura. La clínica está dominada por la fiebre, siempre presente y sin foco infeccioso aparente, con molestias abdominales inespecíficas. La leucocitosis no siempre está presente (50%), siendo los hemocultivos positivos en el 80% para *E. coli* o *B. fragilis*. La TAC es la prueba de imagen de elección para el diagnóstico definitivo. El tratamiento se basa, fundamentalmente, en la antibioterapia de amplio espectro; la cirugía, que era de elección hace décadas, se indica en casos en que se asocian otras complicaciones (absceso, perforación, isquemia, sepsis grave). La anticoagulación precoz es recomendada por la mayoría de los autores.

## CONCLUSIONES

1. La tromboflebitis séptica de la vena mesentérica inferior debida a diverticulitis es muy infrecuente y debuta como síndrome febril sin foco infeccioso aparente. 2. El tratamiento es la antibioterapia de amplio espectro (con cobertura para *E.coli* y bacteroides), quedando indicada la cirugía para los casos complicados con absceso, perforación o isquemia. 3. Aunque la indicación de anticoagulación es controvertida, se recomienda su uso precoz.

# A-20
# ABSCESO HEPÁTICO Y FÍSTULA BILIAR POR *KLEBSIELLA PNEUMONIAE* EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO

F. Puchades Gimeno[1], A. Gil Brusola[2], I. Calatayud Marín[1], J. Sahuquillo[2], M. Salavert Lletí[1].

*[1]Unidad de Enfermedades Infecciosas. [2]Servicio de Microbiología. Hospital Universitario La Fe. Valencia.*

## OBJETIVOS

Comunicar un caso de absceso hepático por *K. pneumoniae*, identificando los factores de riesgo para adquirir dicha infección y las complicaciones.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Hombre de 63 años que acude al Servicio de Urgencias por fiebre elevada y tiritona acompañada de tos, expectoración y dolor a punta de dedo en zona subcostal derecha de 10 días de evolución. Antecedentes personales: alergia a contrastes yodados, colecistectomizado, DM, trasplante renal 7 años antes por IRC de etiología no filiada; 22 años antes había sido diagnosticado de un quiste hidatídico. En tratamiento con tacrolimus, micofenolato mofetilo e insulina NPH. Exploración física: palidez mucocutánea, taquicardia a 115 lpm y tensión arterial de 103/60 mmHg; dolor a la palpación abdominal con defensa en hipocondrio derecho. Pruebas complementarias: PCR de 98 UI/L, fibrinógeno 487 mg/dL; bioquímica normal y hemograma con leucocitosis de 12.000 mm/L con neutrofilia. La radiografía de tórax (Rx) mostró una imagen nodular en hipocondrio derecho, con nivel hidroaéreo. Con la sospecha de absceso hepático se inicia tratamiento con ceftriaxona, metronidazol y albendazol.

## RESULTADOS

A las 48 horas, se practicó resonancia magnética (RM) que reveló una lesión quística de 6,5 cm en segmento VIII hepático de paredes gruesas e hipercaptantes con nivel hidroaéreo, en contacto con cápsula hepática y adherido a diafragma. A las 72 horas del ingreso se añade taquipnea e hipoventilación derecha. En la analítica la función renal había empeorado; una Rx de tórax demostró un derrame pleural masivo. Se realizó toracocentesis, obteniendo un líquido con características de empiema, por lo que se implantó tubo de toracocentesis. Posteriormente se realizó punción del quiste hepático ecográficamente dirigida, obteniéndose 15 $cm^3$ de material purulento y colocando drenaje percutáneo. Tanto en líquido pleural como en pus hepático se aisló un microorganismo gramnegativo identificado como *Klebsiella pneumoniae*, con presencia de dos clonas en el estudio de sensibilidad: una cepa "salvaje" y otra productora de betalactamasas; se suspendieron los antibióticos previos y se continuó con ertapenem 1 g/24 horas. A los 7 días de su ingreso y una vez retirado el tubo de drenaje pleural, el control de Rx intervencionista demostró una fístula entre absceso y colédoco con defecto de repleción en la parte distal. Una colangio-RM no apreció dilatación de la vía biliar intra/extrahepática. Se realizó una colangiografía retrógrada endoscópica (CPRE) con esfinterotomía amplia. A los 42 días tras el ingreso, se retiró el drenaje hepático, con colapso de la cavidad hepatobiliar y sin demostrar paso de contraste a través de la fístula absceso-entérica. Persistía un hidroneumotórax pospunción que se vigiló con radiología simple y finalmente se controló mediante drenaje ambulatorio, obteniéndose un líquido estéril.

## DISCUSIÓN

El absceso hepático piógeno es una complicación grave con una mortalidad de hasta un 30%. El origen más frecuente es por contigüidad o por diseminación hematógena desde focos sépticos a distancia y puede anidar sobre enfermos con quistes hidatídicos previos. *Esherichia coli* es el patógeno más frecuente en países occidentales; sin embargo, *K. pneumoniae* está considerada un patógeno emergente. En otros lugares asiáticos, como en Taiwán, se la identifica actualmente como etiología más frecuente. El factor de riesgo más importante para la infección por *K. pneumoniae* es la DM, probablemente debido a la interferencia de la hiperglucemia en la quimiotaxis de los neutrófilos y en la fagocitosis. Es característico el desarrollo de lesiones sépticas metastásicas lejanas, sobre todo cuando se asocian con DM y bacteriemia, aunque un tratamiento precoz puede evitarlos. La formación de fístulas entre abscesos o quistes y el colédoco es una complicación infrecuente que puede condicionar una colangitis piógena. La CPRE con papilotomía está indicada para establecer el diagnóstico diferencial entre colangitis piógena de otros procesos como neoplasias o parásitos (ascariasis, clonorchiasis). Tradicionalmente, el quiste hepático se ha considerado una entidad quirúrgica; sin embargo, en nuestro caso, la papilotomía por vía CPRE fue suficiente para conseguir el cierre de la fístula.

# A-21
# ENDOCARDITIS SOBRE VÁLVULA AÓRTICA NATIVA POR *STAPHYLOCOCCUS SIMULANS*

P. Safont, A. Martínez, J. Seguí, E. Calabuig, M. Matarranz, J. Merino.

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant (Alicante).*

## OBJETIVOS

Las endocarditis infecciosas (EI) sobre válvula nativa por *Staphylococcus* coagulasa negativos son una entidad poco frecuente (1-5%) cuya incidencia está aumentando con el uso de dispositivos intravasculares. Su presentación clínica es similar a la EI producida por *Streptococcus viridans* y hasta el 30% de ellas se manifiestan con estigmas periféricos de endocarditis. Los estafilococos coagulasa negativos constituyen la causa más frecuente de EI sobre válvulas protésicas, principalmente por *Staphylococcus epidermidis*. Presentamos un caso de endocarditis aórtica (válvula nativa) por *Staphylococcus simulans*.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 72 años, con obesidad mórbida, hipertensa y con antecedentes de insuficiencia cardiaca que es ingresada por fiebre, disnea y alteraciones neurológicas de 2 semanas de evolución, con leucocitosis, anemia de procesos crónicos y elevación de reactantes de fase aguda. El TAC cerebral y la punción lumbar fueron normales. En los hemocultivos (2/2) se aísla *S. simulans* resistente a meticilina y en la ETE se aprecia un verruga pediculada de 6 mm en válvula aórtica. Se inició tratamiento con vancomicina (2 semanas) y se finalizó ambulatoriamente con linezolid (6 semanas), obteniendo buenos resultados, siendo los hemocultivos de control negativos, con normalización de los reactantes de fase aguda y la ecocardio de control evidenció la ausencia de verruga.

## RESULTADOS

Con el diagnóstico de EI por *Staphylococcus simulans* (estafilococo coagulasa negativo) resistente a meticilina, se inició tratamiento con vancomicina (1 g/12 h i.v. durante 2 semanas), decidiéndose solicitar por uso compasivo el linezolid (600 mg/12 h v.o. durante 4 semanas) para completar tratamiento en su domicilio, dada la buena evolución del proceso. Se comprobó en dos ocasiones la curación microbiológica y la evolución fue satisfactoria, con buena tolerancia al tratamiento antibiótico.

## DISCUSIÓN

*Staphylococcus simulans* (estafilococo coagulasa negativo) es una causa rara de infección en humanos, pudiendo ser causa de osteomielitis e infección tardía de prótesis articulares. Como agente etiológico de EI sobre válvula nativa, sólo hemos encontrado 2 casos publicados en la literatura. Comparada con la EI por *Streptococcus viridans*, es más probable la presencia de complicaciones médicas (insuficiencia cardiaca 50%, abscesos intracardiacos 15%), necesidad de intervención quirúrgica (54%) y mayor índice de mortalidad (13-20%). En el tratamiento de la EI sobre válvula nativa por *Staphylococcus* coagulasa negativo resistente a meticilina se recomienda la monoterapia durante 6 semanas con vancomicina. En nuestra paciente, debido a la buena evolución, la ausencia de complicaciones, a la dificultad de mantener accesos venosos viables y en base a datos aportados en la literatura, se decidió tratamiento secuencial con linezolid oral para completar tratamiento en régimen ambulatorio.

## CONCLUSIONES

Aunque no hay estudios aleatorizados que lo demuestren, el linezolid puede ser una alternativa válida para el tratamiento secuencial en régimen ambulatorio de la EI por *Staphylococcus* coagulasa negativo resistente a meticilina.

# A-22

# ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOINMUNE POR ANTICUERPOS CALIENTES COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE CARCINOMA EPIDERMOIDE DE PULMÓN

M. Gracia Ruiz de Alda, M. Botas Velasco, F. Jover Díaz, E. Calabuig Barbero, J. Robert, R. Cañizares Navarro.

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant (Alicante).*

## INTRODUCCIÓN

La anemia hemolítica autoinmune (AHAI) es una entidad relativamente frecuente, sobre todo su forma idiopática, en la que siempre es imprescindible descartar la presencia de procesos subyacentes. Las neoplasias hematológicas son las más frecuentes (linfomas no Hodgkin, enfermedad de Hodgkin, leucemia linfática crónica). Su asociación con tumores sólidos y, sobre todo, como forma de presentación de un cáncer oculto son excepcionales.

## RESULTADOS

Caso clínico: Hombre de 68 años que acude al Servicio de Urgencias por síndrome constitucional a estudio. En analítica sanguínea se detecta anemia macrocítica severa (Hb 6,2 g/dL, VCM 111 fL, MCH 35 pg), test de Coombs directo y anticuerpos anti-IgG positivos, junto con otros signos de hemólisis, todo compatible con el diagnóstico de AHAI por anticuerpos calientes. Se inicia corticoterapia por vía intravenosa y se solicita TC torácico, en el que se objetiva un nódulo sólido de 2,3 cm en lóbulo medio, en situación anterior y periférico. Se realiza biopsia transtorácica guiada por TC, cuyo análisis confirma el diagnóstico de carcinoma epidermoide de pulmón, estatificado por PET-TAC en T2N0M0 (estadio Ib). Al cabo de tres meses de tratamiento con prednisona 1 mg/kg/día por vía oral, el paciente se encuentra asintomático, con cifras de Hb 11,6 g/dL. Ha sido remitido al Servicio de Cirugía Torácica para la resección de la lesión tumoral.

## CONCLUSIONES

La AHAI es una complicación poco habitual del cáncer no hematológico, y cuya incidencia no se conoce exactamente. En una serie que incluía 865 pacientes con AHAI, sólo 55 (6,3%) presentaban neoplasias no hematológicas. Se han descrito todos los tipos serológicos de autoanticuerpos con predominio de los calientes (IgG). Por frecuencia, se ha venido asociando AHAI con carcinomas de ovario, de mama, de tracto digestivo y de pulmón. En la revisión de la literatura hemos encontrado 25 casos de AHAI y carcinoma de pulmón (fundamentalmente, adenocarcinoma mucosecretor). En conclusión, queremos destacar que la AHAI como forma de presentación de carcinoma de pulmón es excepcional.

# A-23
# SÍNDROME DE RECONSTITUCIÓN INMUNE EN PACIENTE CON TUBERCULOSIS Y VIH NEGATIVO

P. Wikman, F. Jover, J. Peris, M. Botas, M. Díaz, M. Gracia, J. Cuadrado.

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant (Alicante).*

## OBJETIVOS

Descripción del caso clínico.

## RESULTADOS

Caso clínico: Paciente natural de Bulgaria que, tras haber iniciado tratamiento antituberculoso por enfermedad pulmonar, experimentó una mejoría inicial y, posteriormente, un empeoramiento súbito no esperado, que requirió ingreso en UCI por distrés respiratorio grave. Se mantuvo el tratamiento antituberculoso, se inició ventilación mecánica no invasiva y se instauró tratamiento con corticoides. Inicialmente, la paciente evolucionó favorablemente, si bien sufrió una nueva recaída en relación con la reducción en la dosis de corticoides. Actualmente, la paciente se halla libre de enfermedad activa.

## DISCUSIÓN

La tuberculosis es todavía una afección frecuente en nuestro medio. Las reacciones paradójicas al tratamiento tuberculoso, no obstante, lo son menos. Su frecuencia oscila en torno a un 8% de las enfermedades por tuberculosis (TBC) tratadas en enfermos VIH negativos. Éstas se deben a que el propio bacilo de la tuberculosis produce un estado de inmunosupresión y con el inicio del tratamiento, se puede producir una reacción inflamatoria secundaria recuperación que puede llevar a complicaciones graves. Se han descrito desde aumento del tamaño de adenopatías hasta aumento de tamaño de tuberculomas cerebrales. El tratamiento de este tipo de complicaciones se basa en medidas de soporte, el empleo de corticoides y continuar tratamiento antituberculoso. Se trata actualmente de un diagnóstico de exclusión, pues se debe descartar primero una sobreinfección por otro organismo y se debe tener evidencia de la persistencia de infección por el organismo inicial. Mucho se conoce sobre la respuesta inmune frente al *Mycobacterium tuberculosis*. Sin embargo, todavía no se conoce la causa de la inmunosupresión que produce. Parece ser que pueda estar mediada por un desequilibrio en la producción de IL-10, si bien se han propuesto otros mecanismos. La mejoría debida al tratamiento antituberculoso se ha correlacionado con una recuperación del sistema inmune, causante en algunos casos de un síndrome de reconstitución inmune que se ha dado en llamar *reacción paradójica* en el caso de la tuberculosis.

## CONCLUSIONES

Dada la alta prevalencia de la enfermedad tuberculosa en nuestra población, es importante tener en cuenta la posibilidad de estas complicaciones, puesto que puede ahorrar al enfermo la iatrogenia derivada de la realización de pruebas diagnósticas invasivas y de tratamientos innecesarios.

# A-24

# SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON SECUNDARIO A NEUMONÍA POR *MYCOPLASMA PNEUMONIAE* E IBUPROFENO

M. Gracia Ruiz de Alda, M. Botas Velasco, F. Jover Díaz,
M. Díaz Cuevas, J. Peris, J. Merino Sánchez

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant (Alicante).*

## OBJETIVOS

*Mycoplasma pneumoniae* es la causa más frecuente de exantema en neumonías. El 7% de las neumonías por *M. pneumoniae* presentan como complicación el síndrome de Stevens-Johnson. Describimos el caso de una paciente que desarrolló este síndrome en el contexto de una neumonía por *Mycoplasma pneumoniae* y por toma de ibuprofeno.

## RESULTADOS

Mujer de 15 años de edad que acude a Urgencias por cuadro de faringitis y odinofagia de 5 días de evolución, seguido en el día previo de escalofríos, T.ª axilar 39 °C, tos sin expectoración e hiperemia conjuntival bilateral. Es diagnosticada de faringoamigdalitis y conjuntivitis agudas, y dada de alta con ibuprofeno por vía oral como tratamiento sintomático. Al cabo de 2 días, acude por persistencia de los síntomas y aparición de aftas bucales y lesiones vesiculopustulosas eritematosas en tronco, por lo que se decide ingreso en la Unidad de Enfermedades Infecciosas. El séptimo día de ingreso hospitalario presenta un exantema generalizado con lesiones dianiformes (mácula eritematosa oval en cuyo centro se observa una pápula o vesícula) en tronco, extremidades y palmas, de distribución homogénea y simétrica. Se procede a biopsiar las lesiones cutáneas, cuya AP es compatible con el diagnóstico clínico de síndrome de Stevens-Johnson. En la analítica realizada se detecta un aumento de reactantes de fase aguda, y en la radiografía de tórax se objetiva un infiltrado alveolar en segmento anterior del lóbulo superior derecho. La serología respiratoria resultó positiva para *M. pneumoniae* > 256 (primera determinación). La evolución fue favorable con tratamiento ocular tópico y con la administración intravenosa de levofloxacino.

## DISCUSIÓN

El síndrome de Stevens-Johnson constituye una entidad infrecuente, estimándose una prevalencia de 1 caso por millón de habitantes al año. Su origen es idiopático en el 50% de los casos, seguido del consumo de fármacos (entre los que se incluye los AINE). Entre las causas infecciosas más frecuentes destaca las víricas y la infección por *M. pneumoniae* (como en nuestra paciente). En nuestro caso, según los criterios de causalidad de efectos secundarios descritos por Naranjo, el ibuprofeno es una causa probable del cuadro clínico de la paciente. En conclusión, ante un cuadro de sospecha de infección por *M. pneumoniae* debería evitarse la administración de AINE y otros fármacos relacionados con el síndrome de Stevens-Johnson, por la posibilidad de agravamiento clínico.

# A-25
# EL BOTULISMO EN NUESTRO MEDIO. REVISIÓN DE TRES CASOS

P. Safont Gasó, M. Botas Velasco, P. Wikman Jorgensen, M. Gracia Ruiz de Alda, E. Calabuig Barbero, M. Matarranz del Amo, J. Merino Sánchez.

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant (Alicante).*

## OBJETIVOS

Revisar los casos de botulismo aparecidos en los últimos años en nuestro hospital, analizándolos según las descripciones de la literatura.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos encontrado tres casos. Describimos su etiología, clínica y manejo, así como su evolución.

## RESULTADOS

Los 3 casos encontrados eran varones de 38, 42 y 14 años. La fuente de infección fue común en dos de ellos: una conserva casera de cardos de campo; el tercero se debió a una conserva casera de tomates. En todos, la enfermedad había comenzado con visión borrosa, diplopía, ptosis palpebral y sensación nauseosa. El diagnóstico fue difícil al inicio; los dos primeros fueron dados de alta con diagnóstico de polineuropatía de oculomotores. Por la información dada por la familia del tercer paciente, se pensó primeramente en una intoxicación por organofosforados, que luego se descartó por no corresponder la clínica típica con la que presentaba el paciente. Los dos primeros casos desarrollaron al alta sequedad bucal, estreñimiento y dificultad para la micción, por lo que volvieron a Urgencias y fueron ingresados para estudio. Para la confirmación diagnóstica en los tres casos se realizó EMG, comprobándose unos potenciales evocados motores de amplitud en el límite bajo de la normalidad, y velocidad de conducción normal. Tras estimulación repetitiva no se encontraron cambios en un paciente; en los otros dos aparecieron decrementos significativos. Estos resultados eran compatibles con el diagnóstico de sospecha de botulismo. Dos casos se trataron con antitoxina botulínica, y para su administración ingresaron en la UCI, por temor a que desarrollaran algún tipo de reacción anafiláctica; ésta apareció en uno de ellos, y se resolvió con medicación y ventilación mecánica. En ambos casos se administró penicilina en dosis altas. El cuadro se resolvió paulatinamente, quedando en uno de los casos cierto grado de midriasis residual. El tercer paciente fue tratado con AAS y dexametasona, sin requerir ningún tratamiento específico, ya que la enfermedad se autolimitó y remitió espontáneamente. No conseguimos acceder al material infectado en el caso de consumo de cardos de campo, pero otra partida fue enviada al laboratorio de Majadahonda, resultando el estudio negativo para toxina botulínica.

## DISCUSIÓN

El botulismo es una enfermedad provocada por una toxina sintetizada por *C. botulinum*. Es considerada la más letal de todas las que existen. Es una enfermedad de declaración obligatoria de una muy baja incidencia en los países desarrollados, y que se transmite en adultos principalmente por ingesta de la toxina ya sintetizada en conservas caseras. La disminución progresiva de su incidencia es debida en parte a la introducción de técnicas para la conservación de alimentos. Cursa con pérdida de fuerza muscular, que comienza a nivel craneal y se extiende de manera descendente hasta miembros inferiores, y parálisis de la musculatura respiratoria. Las náuseas, vómitos y alteraciones defecatorias son los síntomas más precoces. Luego, aparecen alteraciones visuales secundarias a midriasis y parálisis de los oculomotores, disartria, disfonía y disfagia, para extenderse al resto de la musculatura de cabeza y cuello, apareciendo diplejía facial, plejía de la lengua, miembros superiores e inferiores y músculos respiratorios. No existe afectación sensitiva ni del sistema nervioso central. La recuperación aparece semanas después de su instauración, siendo la del sistema autónomo la más tardía. A principios del siglo XX, la mortalidad era del 60-70%; pero, debido a los avances en cuidados intensivos y ventilación mecánica, ha descendido hasta el 3-5%. El tratamiento consiste en soporte respiratorio y antitoxina botulínica, y ha de ser precoz. Esta antitoxina se sintetiza a partir de suero humano o de caballo, pudiendo desarrollar la segunda reacciones alérgicas graves.

## CONCLUSIONES

El botulismo es una patología cada vez más infrecuente en nuestro medio. Su mortalidad ha disminuido notablemente debido a la instauración precoz del tratamiento médico y a los avances en medicina intensiva y soporte respiratorio. Para ser eficaz se requieren un diagnóstico y un tratamiento precoces, lo que implica un alto nivel de sospecha del proceso.

# EA-1
# ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS POR MOTIVOS MÉDICOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

A. Mora Rufete[1], C. Soler[1], R. López Buitrago[1], M. Piedecausa Selfa[1], I. Pérez Soto[1], M. Molina Garrido[2], O. Torregreosa Suau[1], A. Martín Hidalgo[1].

*[1]Servicio de Medicina Interna. [2]Servicio de Oncología. Hospital General Universitario. Elche (Alicante).*

OBJETIVOS

Describir las características epidemiológicas, clínicas, funcionales, cognitivas y sociales de los pacientes que ingresan en Medicina Interna (MI) y otras áreas Médicas (AM).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal. Encuesta estructurada y recogida de variables epidemiológicas, clínicas y valoración integral de los pacientes mayores e 65 años. La valoración integral incluyó: valoración funcional, índice de Barthel e índice de Lawton-Brody. Valoración cognitiva: test de Pfeiffer, valoración sociofamiliar mediante la escala de Gijón. Análisis descriptivo de las variables.

RESULTADOS

Se incluyeron 201 pacientes: edad media 68 años; el 70% mayores de 65 años; 82 mujeres y 118 hombres. La mayoría de los pacientes ingresaron por enfermedad cardiológica, seguida de enfermedad respiratoria crónica. El valor medio del índice de Barthel en la inclusión fue 69,48. El índice de Lawton-Brody medio fue de 4,08. El valor medio del índice de Pfeiffer fue de 2,55 (3,07). Índice de comorbilidad de Charlson fue 2,41. El 48% tuvieron un índice de Barthel menor de 60, y el 10%, menor de 20 (dependencia total). La media de la valoración sociofamiliar de Gijón fue de 9,97. La mayoría de los pacientes habían tenido ingresos previos.

CONCLUSIONES

Los pacientes que ingresan en áreas médicas son mayoritariamente ancianos y con comorbilidad. Casi la mitad tienen algún grado de dependencia y una aceptable función cognitiva.

# EA-3
# CONSUMO DE MEDICACIÓN DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA MÉDICA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

R. Hurtado, A. Mora, E. Ascuña, M. Orozco, A. Maestre, C. Escolano, M. Piedecausa, A. Martín Hidalgo.

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

## OBJETIVOS

Describir la medicación que toman los pacientes ingresados en Medicina Interna (MI) y otras especialidades médicas (EM).

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años ingresados en MI y otras EM el día 28 de febrero de 2007. Encuesta de medicación que toman. Análisis descriptivo de las variables.

## RESULTADOS

El día en que se realizó el corte transversal había 201 pacientes hospitalizados en MI y EM (edad media: 68,59, 118 h y 82 m). El 70% eran mayores de 65 años, y el 43%, pluripatológicos. Hubo 32 pérdidas para el análisis y fueron analizados 169 pacientes; de ellos, 144 (85%) tomaban al menos un fármaco con un intervalo de (1-15). La mediana del número de fármacos que tomaban fue 4 (rango intercuartílico P25-P75: 2- 6, 75). La edad influía en el consumo de fármacos. Por grupos farmacológicos se distribuían de la siguiente forma: IECA y ARA II (32%), diuréticos 26%, hipolipidemiantes (21%), antiagregantes (19,4%), anticoagulantes (14%), betabloqueantes (13%), broncodilatadores (13,4%), inhibidores de la bomba de protones (13,5%), insulina (13%), antidiabéticos orales (11%), benzodiacepinas (9,5%), nitritos (6%), calcioantagonistas (5%), esteroides (5%) y AINE (5%).

## CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes ingresados por motivos médicos consumen entre 2 y 6 medicamentos de forma crónica. En esta muestra los IECA/ARA II y diuréticos fueron los más frecuentes. El consumo de fármacos es un tema de interés creciente para evitar la polifarmacia o el tratamiento subóptimo en los ancianos.

# G-1
# PRESCRIPCIÓN DE ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS GENÉRICAS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. Stupinean, O. Redwan, J. Grueso, M. Rodríguez, C. Amorós, A. Robles, P. Román.

*Servicio de Medicina Interna. Hospital General. Requena (Valencia).*

## OBJETIVOS

Analizar la adherencia del médico especialista hospitalario a la política de prescripción de fármacos genéricos.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Analizamos 151 epicrisis consecutivas elaboradas a lo largo de un mes en el año 2006 (10 *exitus*, 24 tto. no especificado: 117 epicrisis válidas para análisis). Se comparan nuestros datos con los datos oficiales de consumo de genéricos de la Conselleria de Sanitat de la GV.

## RESULTADOS

De las 636 prescripciones, 596 fueron marcas, y 40, genéricos. 119 prescripciones de marcas tenían genérico. Se prescribieron 25,2% de los genéricos posibles. Globalmente las prescripciones de genéricos correspondieron a un 6,7% del total. Hubo diferencias estadísticamente significativas entre internistas y especialistas en número de prescripciones ($p < 0,002$), prescripción de genéricos ($p < 0,002$) y genéricos que se podían haber prescrito ($p < 0,003$). Genéricos prescritos: omeprazol, 30; atenolol, 3; ciprofloxacino, 2; y tamoxifeno, paracetamol, ceftriaxona, fluoxetina y amoxicilina, 1.

## DISCUSIÓN

La mayor parte del trabajo asistencial en la hospitalización del Servicio de Medicina Interna del Hospital de Requena recae en especialistas de Medicina Interna (tres cuartas partes del total), observándose una diferencia en el número de prescripciones farmacológicas que contiene la epicrisis por ellos elaborada. Según la AESEG, después de casi seis años desde su implantación, la cuota de mercado que representan los genéricos nos sitúa a la cola de Europa, con un 3,75% (abril de 2002-marzo de 2003). El consumo de genéricos en el primer semestre de 2006 alcanzó un 6%. Curiosamente, según los últimos datos del Ministerio de Sanidad y Consumo, en junio de 2006 el consumo de estos fármacos alcanzó un 15,87% respecto al número de envases vendidos. Esta cifra supone que en los tres últimos años casi se ha duplicado el número de envases de genéricos consumidos, ya que en 2003 el porcentaje sólo supuso el 8,85% del mercado total. Según SESCAM, en el primer semestre de 2006 se han recetado un 16,38% de genéricos sobre el total de los envases prescritos en ese periodo, frente al 14,30% del mismo periodo de 2005. Según datos de la Consellería de Sanitat de la GV, en los años 1998 y 1999 la prescripción de genéricos alcanzó el 1,14 y el 2,77%, respectivamente. Por áreas de salud, la número 7 se situó en tercer lugar en el año 1999, con un 3,54%.

## CONCLUSIONES

Aunque la prescripción de EFG es escasa, la cifra alcanzada en la práctica hospitalaria es considerable. Sin embargo, persiste un elevado número de prescripciones de genéricos "evitadas", que podrían contribuir al ahorro farmacéutico. La mayor parte de la receta de EFG corresponde al omeprazol. El área 7 se sitúa en lugares de cabeza en el empleo de EFG tanto de forma global como en la práctica hospitalaria.

Distribución de epicrisis por especialistas (n = 117)

| | |
|---|---|
| Internistas | 72,2% |
| Cardiólogos | 11,9% |
| Neumólogos | 6,6% |
| Digestólogos | 5,3% |
| Neurólogos | 4% |

Prescripciones farmacológicas realizadas

| | Total | Internistas | Especialistas |
|---|---|---|---|
| Prescripciones | 636 | 544 (88%) | 94 (12%) |
| Media (DE) | 5,48 (2,9) | 5,89 (2,65) | 2,97% |

# G-2
# DOS AÑOS DE CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN

G. Gascón[1], V. Chabrera[1], J. Puig[2], V. Martí[3], P. Cortés[4], I. Sanz[1], C. Gómez[1].

*[1]Servicio de Medicina Interna. [2]Servicio de Documentación. [3]Informática.*
*[4]Servicio de Neumología. Hospital de la Plana. Villarreal (Castellón).*

## OBJETIVOS

Conocer el número de pacientes atendidos, su procedencia, destino al alta, promedio de visitas por paciente y tipo de procesos atendidos.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, para el que se diseñó específicamente una historia clínica electrónica (HEC) que facilitase información de calidad a los pacientes y a sus médicos, y que además permitiese el análisis de los datos. Se han estudiado los pacientes remitidos durante los dos primeros años de su funcionamiento. Se han agrupado los diagnósticos ajustados a 3 dígitos de la CIE9-MC, y posteriormente se han vuelto a agrupar por especialidades.

## RESULTADOS

Se han atendido un total de 1.103 pacientes, con un promedio de 1,7 visitas por proceso, cuya procedencia y destino se refleja en la **Tabla 1**. Los procesos atendidos con más frecuencia han sido: respiratorios 312 (69% neumonías, EPOC y TBC); cardiocirculatorios 197 (65% arritmias, insuficiencia cardiaca y HTA); un grupo heterogéneo de 174 (en un 42% sin diagnostico preciso); neurológicos 127 (54% ictus, migraña y epilepsia); digestivos 96 (39% dolor abdominal inespecífico, neoplasia y HDA); reumatológicos 83 (45% enfermedades de la columna vertebral y sistémicas); neoplasias 59 (76% cáncer de pulmón y digestivo); nefrológicos 55 (85% infecciones e insuficiencia renal); trastornos endocrinos y metabólicos (70% síndrome metabólico, diabetes e hiponatremia); y hematológicos 43 (77% anemias).

## DISCUSIÓN

La utilización de la HCE es de gran utilidad, pues todos los pacientes y sus diagnósticos están registrados y con acceso fácil, facilitando su estudio. Ello nos ha permitido saber que al 73% de los pacientes se les da de alta directamente a su médico de Atención Primaria; y que a otro 18,8% se les resuelve el problema y se les deriva para seguimiento posterior por diferentes especialidades. Ello significa que la CAR-H da solución al 91,9% de los pacientes que se le remiten; el restante 8,1% se envían nuevamente a Urgencias o ingresan (algunos, para realizar pruebas invasivas; otros, para completar estudio al cambiar su situación clínica y otros para tratamiento, como en los pacientes oncológicos).

## CONCLUSIONES

1. Se han remitido a la CAR-H 1.103 pacientes (46 al mes). 2. La mayoría de los procesos por los que se remiten los pacientes a la CAR-H son adecuados y se benefician de su atención en esta consulta. 3. Para atender pacientes tan heterogéneos se necesitan conocimientos en las distintas áreas de la medicina interna. 4. El destino final de los pacientes parece satisfactorio, pues a la mayoría de ellos se les resuelve el problema en esta consulta, y sólo una minoría precisa ingreso.

Tabla 1
Pacientes atendidos

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Procedencia** | Urgencias: 945 | C. externas: 9 | UCE: 113 | UHD: 4 | A. Primaria: 4 | Otros: 28 |
| **Destino alta** | Alta médica: 721 | C. externas: 186 | Ingreso: 75 | Urgencias: 5 | | |

# G-3
# ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE LAS HISTORIAS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

P. Wikman Jorgensen[1], P. Safont[1], A. Martínez Baltanás[1], M. Rugero[2], J. Robert Gates[1], J. Merino Sánchez[1].

*[1]Servicio de Medicina Interna. [2]Admisión.*
*Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant (Alicante).*

## OBJETIVOS

El objetivo de este estudio fue evaluar la calidad de las historias clínicas de los enfermos de la sección de Medicina Interna del Hospital San Juan de Alicante durante el primer trimestre del 2007

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo en el que se elaboró un cuestionario con 17 ítems de tipo Likkert para evaluar 115 historias clínicas. Se unificaron los criterios de valoración tras una primera labor de análisis conjunto de las primeras 20 historias. Las siguientes 25 se realizaron de manera separada por ambos investigadores, y las demás, entre los dos.

## RESULTADOS

Se analizaron 115 historias.

## CONCLUSIONES

Presentamos el análisis de la calidad de 115 historias clínicas del servicio de Medicina Interna del Hospital de San Juan de Alicante. Podemos observar un nivel más que aceptable en términos generales, si bien se advierte que no está arraigado el hábito de reflejar en la historia el informe a familiares o al enfermo de la condición de su enfermedad.

Tabla1
Resultados en porcentajes

| Valor analizado | Muy mal | Mal | Aceptable | Bien | Muy bien |
|---|---|---|---|---|---|
| Legibilidad | 4,5 | 0 | 27 | 18 | 50,5 |
| Identificación del médico | 24,3 | 10,8 | 0,9 | 2,7 | 61,3 |
| Datos administrativos | 32,4 | 53,2 | 2,7 | 2,7 | 0,9 |
| Motivo de ingreso | 11,7 | – | – | – | 88,3 |
| Antecedentes personales | 4,5 | 4,5 | 31,5 | 45,0 | 14,4 |
| Hábitos vitales | 25,2 | 21,6 | 18,9 | 13,5 | 20,7 |
| Alergias | 20,7 | – | 73,0 | – | 6,3 |
| Tratamiento previo | 19,8 | 2,7 | 2,7 | 36,9 | 37,8 |
| H.ª actual | 1,8 | 11,7 | 27,0 | 51,4 | 8,1 |
| Anamnesis por aparatos | 91,0 | 0,9 | 0 | 3,6 | 4,5 |
| Exploración | 4,5 | 9,0 | 31,5 | 49,5 | 5,4 |
| Juicio clínico | 2,7 | 0,9 | 9,0 | 53,2 | 34,2 |
| Indicación de pruebas solicitadas | 5,4 | 0 | 0 | 1,8 | 92,8 |
| Evolución | 14,4 | – | 31,5 | – | 54,1 |
| Indicación terapéutica completa y ordenada | 0,9 | 0 | 1,8 | 2,7 | 94,6 |
| Claridad | 0,9 | – | 4,5 | – | 1,5 |
| Información a paciente/familiares | 72,1 | – | 18 | – | 9,0 |
| Consentimientos | 96,4 | – | – | – | 1,8 |

# G-4
# EXPERIENCIA DE UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA EN UN CENTRO PENITENCIARIO

C. Delibes[1], C. Pelegrín[2], J. Colomina[1], J. del Pino[1], C. Pérez Barba[1], R. Pascual Pérez[1].

*[1]Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Salud. Elda (Alicante).*

*[2]Servicio de Medicina Interna. Centro Penitenciario. Villena (Alicante).*

## OBJETIVOS

Comunicar la experiencia de una consulta de Medicina Interna en un centro penitenciario.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis descriptivo de las consultas atendidas en el centro penitenciario de Villena desde el año 2003 hasta la actualidad. Se contabiliza el número de pacientes atendidos, primeras y segundas visitas, relación primeras/sucesivas, media de consultas por paciente, tipo de patología, problemas y limitaciones.

## RESULTADOS

En el centro penitenciario de Villena se encuentran recluidos 1.304 internos (65 mujeres, 1.239 hombres). 149 presentan infección por el VIH (4 mujeres, 145 hombres), 324 infección por VHC (9 mujeres y 315 hombres) y 33 infección por VHB (3 mujeres, 30 hombres). En total se atendieron 1.172 consultas: 281 primeras (21 % de la población reclusa), 891 sucesivas. El número de consultas atendidas por año se refleja en la **Tabla 1**. En la mayoría, el motivo de la consulta fue la infección VIH, VHC o tuberculosis. Un porcentaje importante eran ex ADVP y muchos presentaban patología psiquiátrica. Los problemas principales fueron, por un lado, falta de adherencia al tratamiento o negativa al mismo y, por otra, dificultades para tratamiento en nuestro hospital por la carencia de módulo de presos que obligaba a enviarlos a un hospital de referencia.

## DISCUSIÓN

La consulta de Medicina Interna en un centro penitenciario ha sido una experiencia positiva que ha mejorado la calidad de la asistencia y evitado desplazamientos a las consultas del hospital. La mayor parte de la patología ha sido infecciosa, lo que hace necesario que el internista que acuda a la prisión esté familiarizado con el tratamiento de la infección VIH y VHC.

## CONCLUSIONES

Aunque la presencia de un internista en el centro penitenciario mejora la calidad de la atención a los reclusos, es necesario diseñar estrategias que mejoren la cumplimentación y disminuyan los abandonos.

Tabla 1

| | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **N.º total de consultas** | **176** | **321** | **271** | **297** | **107** | **1172** |
| primeras | 71 | 59 | 62 | 73 | 16 | 281 |
| sucesivas | 105 | 262 | 209 | 224 | 91 | 891 |
| relación primeras/sucesivas | 0,6 | 0,22 | 0,29 | 0,32 | 0,17 | |
| **Total de pacientes atendidos** | **71** | **107** | **111** | **122** | – | |
| mujeres | 6 | 9 | 6 | 3 | | |
| hombres | 65 | 98 | 105 | 119 | | |
| **Media de consultas por paciente** | **2,47** | **3** | **2,44** | **2,43** | | |

# IC-1
# CRIBADO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES AMBULATORIOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA DE UN HOSPITAL HACLE

F. Camarasa García, M. Maciá Soler, E. Linares Albert, B. Escrivá Cerrudo, A. García Herola, J. Blázquez Encinar, M. Serrano Mateo, L. de Teresa Parreño.

*Servicio de Medicina Interna. Hospital San Vicente. San Vicente del Raspeig (Alicante).*

## OBJETIVOS

Conocer la prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión en los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) controlados en la consulta externa de Medicina Interna (MI) de un hospital de crónicos y larga estancia (HACLE).

## MATERIAL Y MÉTODOS

Durante el mes de marzo de 2007 hemos iniciado un estudio en el que se entregó a los pacientes con diagnóstico clínico de IC (revisados en la consulta de MI) el cuestionario denominado *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD) para ser cumplimentado por ellos mismos. La obtención de 11 puntos o más en este cuestionario se consideró sugestiva de la existencia de ansiedad o de depresión, respectivamente. También se recogieron datos acerca de la edad, sexo, grado funcional de la NYHA, etiología de la IC y fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) de un ecocardiograma transtorácico realizado en el último año (se consideró una FS disminuida si la FEVI era menor del 45% y conservada si era igual o mayor al 45%).

## RESULTADOS

Se recogieron datos de 18 pacientes (6 hombres y 12 mujeres) con una media de edad de 80 y 82 años, respectivamente. Un 67% se encontraban en grado funcional I-II de la NYHA, y el 33% restante, en grado III-IV. La etiología más frecuente de la IC fue la hipertensiva (55%), seguida de la isquémica (28%) y la valvular (17%). Un 61% de los pacientes presentaban una FS conservada y sólo en el 39% se encontraba disminuida. Respecto al HAD, un 39% alcanzó una puntuación sugestiva de presentar un trastorno de ansiedad (1 hombre y 6 mujeres) y otro 39% lo hizo en cuanto a trastorno depresivo se refiere (2 hombres y 5 mujeres).

## DISCUSIÓN

La HAD es un cuestionario autoadministrado (traducido al castellano y validado en España para pacientes del área médica) que consta de 14 ítems con 4 opciones de respuesta cada uno y que puntúan de 0 a 3 dependiendo de la gravedad (7 ítems corresponden a ansiedad y los otros 7 a depresión). Se debe utilizar como instrumento de detección o cribado. La prevalencia de depresión en pacientes con IC oscila entre el 10% y el 70%, dependiendo del instrumento diagnóstico utilizado, la edad, el sexo, el estado funcional del paciente y de si se evalúan durante un ingreso hospitalario o de forma ambulatoria. Se considera que la prevalencia de depresión en pacientes con insuficiencia cardiaca es 3-4 veces mayor que la registrada en la población general, aumentando con la edad, el grado funcional y el sexo femenino, empeorando esta asociación el pronóstico clínico de la IC. La mayoría de los estudios están realizados en pacientes ingresados y en nuestro país la prevalencia de depresión asociada a IC varía entre el 35% y el 60%. En nuestro caso, el estudio se está realizando de forma ambulatoria, siendo la edad media elevada (81 años). Respecto a la etiología de la IC y la presencia de FS conservada (61%) o disminuida (39%), los datos son similares a los que se barajan actualmente en nuestro país. La prevalencia del 39% de casos sugestivos de ansiedad (y los mismos de depresión) que hemos detectado se ajustan a los que se habían encontrado en otros estudios similares (suele ser menor en pacientes no ingresados), observándose un ligero predominio en mujeres.

## CONCLUSIONES

Los trastornos de ansiedad y depresión son comunes el pacientes con IC y están infradiagnosticados. La sencillez y eficacia de los métodos de detección de estas patologías y la mejoría en el pronóstico de la IC que se produce con el tratamiento hacen recomendable un cribado sistemático entre los pacientes con IC (sobre todo, en mujeres y en grados funcionales avanzados) para descubrirlas precozmente.

# IC-2
# MARCADORES INFLAMATORIOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA CON Y SIN ANEMIA

M. Cherner[1], I. Sánchez Lázaro[2], L. Almenar[2], E. Reganón[3], V. Vila[3], C. Núñez[1], J. Moro[2].

*[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Servicio de Cardiología, [3]Centro de Investigación. Hospital Universitario La Fe. Valencia.*

## OBJETIVOS

El objetivo de nuestro estudio fue determinar la influencia de la anemia sobre diferentes marcadores inflamatorios en pacientes con insuficiencia cardiaca crónica (ICC).

## MATERIAL Y MÉTODOS

Analizamos una serie de 55 pacientes con ICC (pacientes sin ingresos durante los seis meses previos) en las consultas externas de los servicios de Medicina Interna y Cardiología de nuestro hospital, de los cuales siete padecían anemia según los criterios de la OMS. Los marcadores inflamatorios determinados fueron el fibrinógeno proteico, ácido siálico, proteína C-reactiva y factor de necrosis tumoral alfa. Como métodos estadísticos utilizamos la *t* de Student previa comprobación de la normalidad con el test de Kolmogoroff-Smirnov.

## RESULTADOS

En total 7 (12,73%) pacientes padecían anemia. Todos los niveles de marcadores inflamatorios resultaron más elevados en el grupo de pacientes con anemia **(Tabla 1)**, pero sin alcanzar la significación estadística en ninguno de los casos. Por otro lado, en el grupo de pacientes con anemia se observó mayor prevalencia de hipertensión arterial (p = 0,008), uso de diuréticos (p = 0,151), edad avanzada (p = 0,130) y aumento de los niveles sanguíneos de urea (p = 0,178).

## DISCUSIÓN

La anemia es una de las comorbilidades que más frecuentemente se asocia con la ICC. Su presencia confiere una peor calidad de vida y un aumento de los eventos cardiovasculares, incluida la muerte. Estudios previos señalan que los pacientes con ICC poseen valores más elevados de determinados marcadores inflamatorios. Nuestros resultados llevan estos datos un paso más allá, demostrando que la anemia se asocia a cifras más elevadas de estos marcadores inflamatorios.

## CONCLUSIONES

La anemia contribuiría a aumentar los niveles de algunos marcadores inflamatorios en pacientes con ICC. Esto podría ayudar a explicar el peor pronóstico que tienen estos pacientes. El pequeño número de pacientes ha impedido alcanzar la significación estadística.

Tabla 1

| | Pacientes con ICC y anemia | Pacientes con ICC y sin anemia | p |
|---|---|---|---|
| Fibrinógeno proteico (mg/dL) | 286 ± 60 | 340 ± 101 | 0,218 |
| Ácido siálico (mg/dL) | 61 ± 13 | 65 ± 8 | 0,500 |
| PCR (mg/L) | 7 ± 12 | 13 ± 15 | 0,219 |
| TNF-α (ng/mL) | 199 ± 105 | 241 ± 108 | 0,342 |

# IC-3
# CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

A. Atienza García, J. Tamarit García, M. Candel Romero,
B. Roig Espert, C. Ricart Olmos, A. Artero Mora.
*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia.*

## OBJETIVOS

En hospitales universitarios donde existen servicios de Cardiología, los pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna con el diagnóstico de insuficiencia cardiaca pueden tener un perfil clínico diferente del de los pacientes ingresados en Cardiología: mayor edad, mayor comorbilidad y tal vez se les practique un número menor de exploraciones complementarias dependientes de los servicios de Cardiología. Nuestro objetivo es conocer las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con insuficiencia cardiaca atendidos en nuestro servicio de Medicina Interna.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal retrospectivo de los pacientes ingresados en un servicio de Medicina Interna con diagnóstico principal al alta de insuficiencia cardiaca. Revisión de los informes de alta de los episodios de ingresos durante el primer trimestre del año 2007 y recogida de datos clínico-epidemiológicos de forma protocolizada: edad, sexo, ingreso previo por insuficiencia cardiaca, comorbilidad, factores de riesgo cardiovascular y pruebas complementarias practicadas. Análisis de los resultados con la aplicación estadística SPSS 13.0.

## RESULTADOS

Se analizaron un total de 70 pacientes, 19 hombres y 51 mujeres, con edad media de 74 ± 17,5 años, 71,6% mayores de 75 años y 31,4% mayores de 85 años de edad. La estancia media de los pacientes fue de 6,4 ± 4,4 días (rango de 1 a 20 días).Cuarenta y nueve pacientes (70%) estaban diagnosticados previamente al ingreso de insuficiencia cardiaca y 41 pacientes (58,6%) tenían al menos un ingreso previo por esta causa. Cincuenta y cuatro pacientes (77,1%) eran hipertensos, 40 pacientes (51,1%) diabéticos, 18 (25,7%) tenían diagnóstico previo de dislipidemia, 35 (50%) presentaban fibrilación auricular y 23 (32,9%) estaban diagnosticados de EPOC. En 29 casos el (41,4%) se dispuso de estudio ecocardiográfico previo o realizado durante el ingreso y en 24 (82,8% de las ecografías realizadas) la fracción de eyección del VI estaba conservada.

## DISCUSIÓN

Nuestros datos son coincidentes con la información previamente disponible de pacientes ingresados en servicios de Medicina Interna por insuficiencia cardiaca, con una edad, en su mayoría, superior a los 75 años, predominio del sexo femenino, un tercio de los casos son de nuevo diagnóstico, asociación a importante comorbilidad, y tan sólo en un 41% de casos se dispuso de ecocardiografía.

## CONCLUSIONES

Los pacientes con insuficiencia cardiaca en nuestro servicio de Medicina Interna constituyen una población que no suele incluirse en estudios clínicos, con edad avanzada, comorbilidad frecuente, predominio de mujeres y función sistólica de ventrículo izquierdo conservada. Son necesarios estudios específicamente dirigidos a este perfil de pacientes que demuestren los beneficios de la terapéutica farmacológica de la insuficiencia cardiaca que se ha evidenciado en pacientes más jóvenes y con menor comorbilidad.

# IC-5

# MARCADORES INFLAMATORIOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA CON Y SIN INSUFICIENCIA RENAL

M. Cherner[1], I. Sánchez Lázaro[2], L. Almenar[2], E. Reganón[3], V. Vila[3], J. Moro[2].

*[1]Servicio de Medicina Interna. [2]Servicio de Cardiología. [3]Centro de Investigación. Hospital Universitario La Fe. Valencia.*

## OBJETIVOS

El objetivo de nuestro estudio fue determinar la influencia de la insuficiencia renal (IR) sobre determinados marcadores inflamatorios en pacientes con insuficiencia cardiaca crónica (ICC).

## MATERIAL Y MÉTODOS

Analizamos una serie de 55 pacientes con ICC (sin ingresos en los seis meses previos por este motivo) de las consultas externas de los servicios de Medicina Interna y Cardiología de nuestro hospital. Determinamos que los pacientes padecían IR si poseían un filtrado glomerular (FG) menor de 60 mL/min/1,73 $m^2$ según el método MDRD abreviado. Los marcadores inflamatorios determinados fueron el fibrinógeno proteico, el ácido siálico, la proteína C-reactiva (PCR) y el factor de necrosis tumoral alfa (TNF-$\alpha$). Los tests estadísticos utilizados fueron el test de normalidad de Kolmogoroff-Smirnov y la *t* de Student para variables independientes.

## RESULTADOS

De los 55 pacientes, 12 (26,6%) padecían IR. Todos los marcadores inflamatorios a excepción del TNF-$\alpha$ se encontraban más elevados en el grupo de pacientes con IR **(Tabla 1)**, pero ninguna de las diferencias alcanzó significación estadística. No observamos diferencias destacables entre ambos grupos en relación con el sexo, la edad, hipertensión (HTA), valores analíticos y el uso de fármacos.

## DISCUSIÓN

La IR es un factor de morbimortalidad muy importante en pacientes con ICC. Por otro lado, numerosos estudios han demostrado que la ICC constituye una entidad en la que inflamación juega un papel destacado. Nosotros, además, hemos comprobado que aquellos pacientes con ICC e IR tienen determinados marcadores inflamatorios (especialmente el ácido siálico y PCR) más elevados que aquellos sin IR. Queda por determinar si esta elevación está en relación con un mayor grado de inflamación por la IR o con una menor depuración de estos marcadores en esta enfermedad.

## CONCLUSIONES

La IR se asocia a valores más elevados de determinados marcadores inflamatorios en pacientes con ICC. Debido al pequeño tamaño muestral, no se han podido extraer más conclusiones al respecto.

Tabla 1

| | Pacientes con ICC y sin IR | Pacientes con ICC e IR | p |
|---|---|---|---|
| Fibrinógeno proteico (mg/dL) | 290 ± 58 | 304 ± 96 | 0,526 |
| Ácido siálico (mg/dL) | 60 ± 12 | 67 ± 14 | 0,086 |
| PCR (mg/L) | 6 ± 8 | 15 ± 21 | 0,171 |
| TNF-$\alpha$ (ng/mL) | 206 ± 95 | 203 ± 140 | 0,951 |

# IC-6
# AMILOIDOSIS CARDIACA

J.M. Cepeda Rodrigo, H. Gómez, C. Mirete, O. Viana, Y. Calero, C. Serrano.
*Servicio de Medicina Interna. Hospital de Torrevieja (Alicante).*

RESULTADOS

Mujer de 51 años sin antecedentes patológicos de interés, ni hábitos tóxicos ni RAM. Hace 19 años, en una análisis de sangre casual, se le detectó una paraproteína que ha permanecido estable durante 18 años. En febrero de 2006 comenzó a presentar debilidad y parestesias en las manos, disnea de esfuerzo, pérdida de peso y sudoración nocturna. Un ecocardiograma mostró una HVI con aspecto moteado y patrón restrictivo y dilatación biauricular. En mayo 2006 tuvo una parada cardiaca por fibrilación ventricular, desfibrilada con éxito. Se realizó una coronariografía que fue normal, se implantó un DAI y se realizó una biopsia endomiocárdica que confirmó la presencia de amiloidosis. El estudio de médula ósea mostró un infiltrado difuso de células plasmáticas monoclonales con inmunohistoquímica positiva para cadenas ligeras lambda y depósitos de amiloide en los vasos sanguíneos. Los niveles de cadenas ligeras libres en suero fueron kappa 7,2 mg/L y lambda 331 mg/L. Se realizó un *scan* con proteína amiloide sérica (*SAP scan*) que no mostró depósitos amiloides. Se instauró tratamiento quimioterápico con 4 ciclos de CDT, con mala tolerancia por miopatía proximal severa. Se cambió el tratamiento a dosis intermedias de melfalán (25 mg/m$^2$). Precisa asociación de diuréticos por edemas y derrame pleural bilateral y ligero en pericardio. Un nuevo *SAP scan* no evidenció depósito visceral y las cadenas ligeras libres lambda se han reducido a 86 mg/L y kappa de 22,7; paraproteína IgG lambda de 6 g/L (inicialmente estaba en 20) PCR elevada (13 mg/L) y NT-ProBNP de 3.330 pmol/L. El término *amiloidosis* no se refiere a una enfermedad única, sino que designa un grupo de enfermedades caracterizadas por el depósito extracelular de unas fibrillas insolubles compuestas por fragmentos de bajo peso molecular de diversas proteínas que se depositan en diversos órganos y tejidos, y originan disfunción orgánica progresiva. La clasificación actual de la amiloidosis se basa en la naturaleza de la proteína plasmática precursora de las fibrillas que forman los depósitos. La amiloidosis primaria o AL es un discrasia de células plasmáticas. La afectación cardiaca en la amiloidosis puede ser el hallazgo predominante o se puede detectar al estudiar a un paciente con afectación en otros órganos. Desde el punto de vista clínico, la afectación fundamental se produce en el miocardio ventricular y en el sistema de conducción. También se pueden encontrar depósitos en las arterias coronarias intramiocárdicas y epicárdicas, miocardio auricular, válvulas y pericardio. La amiloidosis AL produce una disfunción cardiaca significativa, mientras que la amiloidosis familiar y la senil originan manifestaciones clínicas más ligeras y tienen una evolución mejor. La combinación de masa aumentada en el ecocardiograma y voltaje reducido en el electrocardiograma es característica de la miocardiopatía infiltrativa.

# IF-1
# PANCREATITIS AGUDA COMPLICADA CON *SHOCK* HIPOVOLÉMICO

S. Belloch, M. Fernández Garcés.

*Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Ribera. Alzira (Valencia).*

## OBJETIVOS

El consumo de alcohol crónico desencadena con frecuencia patología pancreática. Se analiza el caso de un paciente hombre de 38 años, con sintomatología abdominal tras consumo de alcohol de larga evolución.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se examina el caso clínico de un paciente que acude al Servicio de Urgencias por presentar dolor abdominal agudo, que no cede espontáneamente, acompañado de vómitos.

## RESULTADOS

A la exploración no tenía fiebre, y la tensión arterial, la frecuencia cardiaca y la saturación de oxígeno eran normales. El abdomen era doloroso a la palpación en epigastrio con defensa voluntaria, sin signos de peritonismo. La auscultación cardiopulmonar era normal. Se realizó una analítica de sangre en la que destacaba: amilasa 458 UI/L, GOT (AST) 379 UI/L, GPT (ALT) 179 UI/L, fosfatasa alcalina 204 UI/L, GGT: 3.462 UI/L, bilirrubina 1 mg/dL, creatinina 1 mg/dL, hemoglobina 13,7 g/dL, hematocrito 40,1%, leucocitos 8.310 × $10^9$/L, plaquetas 199 × $10^9$/L, INR: 1,01. Se realizó una ecografía abdominal que mostró esteatosis hepática y líquido libre en escasa cantidad. El paciente fue ingresado con el diagnóstico de pancreatitis aguda de origen enólico. A las 48 horas de ingreso presentaba un índice de Ramson de 2 y APACHE de 3. La proteína C-reactiva a las 72 horas fue de 289 mg/L. A los 6 días de ingreso se realizó una TAC abdominal con contraste que mostró incremento en la atenuación de la grasa peripancreática y colecciones peripancreáticas, entre asas en hemiabdomen derecho, en espacio pararrenal anterior izquierdo y paracólico derecho. Al octavo día de ingreso presentó dolor en hipocondrio izquierdo irradiado a hombro izquierdo, acompañado de presíncope e hipotensión con tensión arterial de 90/60 mmHg y taquicardia a 140 ppm. No había traumatismo previo ni melenas. Se realizó una analítica urgente en la que destacaban: descenso de hemoglobina a 5,6 g/dL y hematocrito a 15,4%, leucocitos 42.310 × $10^9$/L, plaquetas 404 × $10^9$/L, creatinina 1,2 mg/dL. Se realizó una TAC abdominal urgente que fue diagnóstica.

## DISCUSIÓN

La rotura esplénica espontánea es una complicación grave, pero muy poco frecuente, en el curso de una pancreatitis aguda. Es una complicación menos rara en pacientes con pancreatitis crónica, habiéndose estimado una incidencia del 0,4% de hematomas subcapsulares esplénicos en pacientes con pancreatitis crónicas. Se han propuesto varios mecanismos patogénicos para explicar la rotura esplénica en la pancreatitis aguda, como erosión producida por un pseudoquiste, trombosis venosa esplénica, adhesiones periesplénicas secundarias a episodios previos de pancreatitis, inflamación de tejido pancreático ectópico intraesplénico o extensión del proceso inflamatorio del páncreas al bazo. En este paciente no se observó la presencia de pseudoquiste, ni trombosis venosa, así como tampoco tejido ectópico intraesplénico ni adherencias periesplénicas. Por tanto, parece que el mecanismo patogénico implicado en este caso fue la extensión del proceso inflamatorio al bazo. La estrecha relación anatómica entre la cola del páncreas y el hilio esplénico, con el peritoneo cubriendo la parte anterior del páncreas y englobando los vasos esplénicos en el hilio, permiten que los enzimas proteolíticos liberados desde el páncreas produzcan la erosión del bazo y el consiguiente hematoma subcapsular y hemoperitoneo.

## CONCLUSIONES

La rotura esplénica espontánea es una complicación muy poco frecuente de una pancreatitis aguda. El mecanismo patogénico, en este caso, es la extensión del proceso inflamatorio del páncreas al bazo.

# O-1
# ¿AUMENTAN LA PARATOHORMONA LOS BIFOSFONATOS?

J. Pérez Silvestre[1], J. Valero Sanz[2], C. Sánchez Juan[3], J. Calvo Catalá[4], J. García Borrás[2], C. Campos Fernández[4], A. Baixauli Rubio[1], M. Muñoz Guillem[2].

*[1]Servicio de Medicina Interna. [3]Unidad de Diabetes. [4]Sección de Reumatología y Metabolismo Óseo. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia.*
*[2]Unidad Reumatología y Metabolismo Óseo. Hospital Universitario La Fe. Valencia.*

## INTRODUCCIÓN

El estudio habitual de los pacientes con osteoporosis (OP) conlleva la determinación de una serie de parámetros para descartar secundarismos de la misma, valorando, entre otras etiologías, la posibilidad de un hiperparatiroidismo (HPT). El tratamiento de la OP actuará sobre el metabolismo óseo, pudiendo alterar algunos valores de los datos de laboratorio, y así constatamos que en algunos pacientes tratados con bifosfonatos (BF) se producía un incremento de PTH, sin existir criterios de hiperparatiroidismo.

## OBJETIVOS

Valorar el posible incremento de PTH en pacientes tratados con bifosfonatos y sin hiperparatiroidismo.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos revisado aleatoriamente 400 historias clínicas de pacientes con OP tratados con BF en las unidades de Reumatología y Metabolismo Óseo de los Hospitales General Universitario (150) y Universitario La Fe (250) de Valencia, para constatar la existencia de esta elevación de PTH. Todos los pacientes incluidos deberían tener determinada PTH y, en los casos en que se encontraba elevada, realizamos un despistaje de HPT (estudio clínico, analítico y pruebas de imagen).

## RESULTADOS

En 38 pacientes (9,5%) existía una elevación de PTH, siendo todos mujeres y con una edad media de 63,7 años (52-80). De los 38 pacientes, 23 se trataban con alendronato (60,5) y 15 con risedronato (39,5), si bien estos porcentajes coinciden con los correspondientes al total de enfermos tratados con uno u otro BF. El valor medio de la PTH fue de 95,5 pg/mL en el Hospital La Fe (N: 16-87) y de 128 pg/mL en el Hospital General (N: 15-65). Un paciente tenía antecedente de litiasis renal no estudiada. No existían más datos clínicos que sugirieran un HPT. Sólo cuatro pacientes presentaron hipercalcemia asintomática, con normalidad en el resto de parámetros bioquímicos. Las pruebas de imagen realizadas (eco/RMN/gammagrafía con MIBI) fueron normales en todos los casos.

## CONCLUSIONES

La elevación de PTH en pacientes tratados con BF, puede estar en relación con dicho tratamiento, por lo que en ausencia de datos clínicos y analíticos, quizá resulte innecesaria la realización de otras pruebas diagnósticas a los pacientes.

# RV-2

# CONSUMO DE ANTIDIABÉTICOS ORALES EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD SIETE DE LA COMUNIDAD VALENCIANA DURANTE EL AÑO 2006

O. Redwan[1], J. Grueso[1], D. Camposano[1], M. Stupinean[1], C. Amorós[1], A. Robles[1], L. Quiles[2], P. Román[1].

[1]*Servicio de Medicina Interna. Hospital General. Requena (Valencia).*
[2]*Atención Primaria. Centro de Salud. Requena (Valencia).*

## OBJETIVOS

Analizar el perfil de empleo de ADO en el área de Requena-Utiel-Ayora durante el año 2006.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Material: base de datos del Servicio de Farmacia del Departamento de Salud n.º 7 (47.693 habitantes). Método: descripción de la utilización de cada ADO analizándolos por principio activo, familias terapéuticas, coste económico e impacto terapéutico real a través de la dosis diaria definida (DDD) y la dosis diaria definida por cada 1.000 habitantes y día (DHD).

## RESULTADOS

DHD del total de fármacos antidiabéticos: 107,83; DHD ADO: 93,52; DHD insulina: 14,31; relación DHD ADO/insulina: 6,53. El coste de una DDD de insulina es entre 5 y 7 veces mayor que el de una de ADO. Las sulfonilureas fueron las más utilizadas, siendo la glimeperida la primera (tres veces más que la glibenclamida). El coste por DDD oscila entre 7 y 24 céntimos, y la más cara es la glimepirida (11 veces más que glibenclamida y 16 más que glicazida). La metformina es el segundo grupo de ADO utilizado, con coste por DDD de 0,10 euros. La glinidina más utilizada fue repaglinida, 30 veces más que nateglinida, con un coste cercano al doble de la primera. Entre los inhibidores de disacaridasas, la acarbosa fue 5 veces más recetada que el miglito. Las dos glitazonas, pioglitazona y rosiglitazona, fueron utilizadas de forma similar a pesar de que el precio de la pioglitazona es 4 veces mayor que el de la rosiglitazona. Una DDD de glitazona cuesta 7 veces más que una de sulfonilureas y 13 veces más que una de metformina.

## DISCUSIÓN

El consumo de ADO en nuestra área es 6 veces superior al de insulina, lo cual podría corresponder a una infrautilización de ésta, a una sobreutilización de antidibéticos o a un uso combinado habitual de ADO/insulina. Estos aspectos podrían reflejar estilos de práctica clínica muy diferentes y precisarían aclaración adicional. Las sulfonilureas siguen siendo la familia más utilizada y, de ellas, la más cara es la más recetada, posiblemente por haber sido la primera con presentación de dosis única diaria. Existe una notable diferencia en el coste económico de las diferentes familias de ADO. La metformina, aconsejada como primer escalón de tratamiento, ocupa todavía un segundo lugar. Se sigue apreciando una caída en la utilización de inhibidores de disacaridasa. Atendiendo a su papel en el síndrome metabólico, presente en una proporción muy elevada de pacientes diabéticos, quizá el empleo de glitazonas debía ser mayor que el observado.

## CONCLUSIONES

En nuestra área es mejorable el uso apropiado de fármacos antidiabéticos, así como la valoración de su coste.

Utilización global de ADO e insulina

| | N.º de recetas | Coste total (euros) | DDD | Coste DDD (euros) |
|---|---|---|---|---|
| ADO | 35.288 | 452.236 | 1.628.052 | 0,28 |
| Insulina | 6520 | 358.145 | 249.161 | 1,44 |

Las familias de ADO

| | N.º de recetas | Coste en euros | DDD |
|---|---|---|---|
| Sulfonilureas | 8.408 | 170.405 | 877.830 |
| Metformina | 18.650 | 49.808 | 480.908 |
| Inhibidores disacaridasa | 3.788 | 74.392 | 101.736 |
| Glinidas | 3.098 | 61.316 | 64.457 |
| Glitazonas | 834 | 68.365 | 50.824 |

# RV-3
# ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DE INSULINA EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD SIETE DE LA COMUNIDAD VALENCIANA EN EL AÑO 2006

J. Grueso[1], O. Redwan[1], D. Camposano[1], M. Stupinean[1], C. Amorós[1], A. Robles[1], L. Quiles[2], P. Román[1].

[1]*Servicio de Medicina Interna. Hospital General. Requena (Valencia).*
[2]*Atención Primaria. Centro de Salud. Requena (Valencia).*

## OBJETIVOS

Conocer el perfil de empleo de insulina en el área Requena-Utiel-Ayora durante el año 2006.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Material: base de datos del Servicio de Farmacia del Departamento de Salud n.° 7 (47.693 habitantes). Método: descripción de la utilización de los diferentes tipos de insulina analizándolas por tipo de presentación (en vial o precargada) y por perfil farmacocinético (rápida, intermedia, lenta y mezcla), valorando el coste económico y el impacto terapéutico real a través de la dosis diaria definida (DDD) y de la dosis diaria definida por cada 1.000 habitantes y día (DHD).

## RESULTADOS

La utilización de insulina en vial a lo largo del año 2006 constituyó una mínima parte del total de la insulina administrada (aproximadamente el 4%), que representó el 3% del coste total. Utilización total: 249.161 UI, equivalentes a 14,31 DHD. Coste global: 1,44 euros/DHD. Las insulinas de tipo mezclas y las lentas han sido las formas más utilizadas, un tercio del total cada grupo. Con una cuota algo menor (25,7%), se sitúan las intermedias y, por último, la rápida, con un porcentaje de 9,41%. Es destacable el mayor coste/DDD de la forma lenta en comparación con las demás presentaciones: lentas 2,1 euros/DDD; mezclas 1,27; rápida 1,17; intermedias 0,95.

## DISCUSIÓN

En el área 7, el consumo de insulina corresponde de una manera mayoritaria a las formas precargadas. Nuestra DHD de 14,31 está en sintonía con cifras publicadas en nuestro país y ligeramente por debajo de otras referidas a población urbana. Globalmente predominan las formas de tipo mezcla, a pesar de las recomendaciones actuales para moderar su uso. El coste económico de las lentas es significativamente mayor que el de las demás formas, especialmente las formas intermedias. Serían necesarios estudios de coste-efectividad y calidad de vida que apoyaran definitivamente su uso.

## CONCLUSIONES

En nuestra área predomina el uso de insulinas precargadas en sus formas de tipo mezclas y lenta. Las insulinas lentas son significativamente más caras que el resto.

Consumo de insulinas por tipo de presentación

| | UI | N.° de envases | Coste en euros | DDD |
|---|---|---|---|---|
| Vial | 377.000 | 377 | 8442 | 9425 |
| Precargadas | 9.589.400 | 6333 | 349.702 | 239.736 |

Consumo de insulinas por velocidad de acción

| | UI | N.°de envases | Coste en euros | DDD |
|---|---|---|---|---|
| Mezclas | 3.255.300 | 2.238 | 103.939 | 81.382 |
| Lentas | 3.216.000 | 2.168 | 166.110 | 80.400 |
| Intermedias | 2.556.700 | 1.663 | 60.528 | 63.917 |
| Rápida | 938.400 | 641 | 27.565 | 23.461 |

# RV-4

# HACIA LA ELABORACIÓN DE UN CENSO DE DIABÉTICOS DEL DEPARTAMENTO DE SALUD SIETE DE LA COMUNIDAD VALENCIANA: DATOS DE IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA

A. Robles[1], O. Redwan[1], J. Grueso[1], E. Carrascosa[2], C. Amorós[1], L. Quiles[2], M. Stupinean[1], P. Román[1].

[1]*Servicio de Medicina Interna. Hospital General. Requena (Valencia).*
[2]*Atención Primaria. Centro de Salud. Requena (Valencia).*

## OBJETIVOS

Con el fin de mejorar la asistencia recibida y percibida por el paciente diabético, en marzo de 2000 se inició un proyecto de censo de diabéticos del área 7 mediante la implantación de un instrumento de control y recogida de datos que llamamos *Cartilla de salud de diabetes*.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Describimos las características de dicho documento, elaborado en colaboración con Atención Primaria, así como los resultados de implantación obtenidos hasta julio de 2006. La cartilla está en posesión del paciente, que la aporta a cada uno de los profesionales que le asisten, siendo éstos los responsables de completar los datos requeridos. Los contenidos se refieren a: • Recomendaciones de vacunación específicas para diabéticos. • Teléfonos de contacto con profesionales e instituciones del área. • Cronograma de seguimiento recomendado en el protocolo. • Cuadro guía de recomendaciones metabólicas. • Hoja de filiación. • Datos generales de salud. • Hojas de citaciones. • Resúmenes de historia clínica inicial y seguimientos anuales para incorporación a base de datos centralizada. • Hojas de monitorización del programa de seguimiento. • Graficas de peso, $HbA_{1c}$, LDL y tensión arterial. • Hojas de seguimiento del programa educativo. • Hojas de monitorización del tratamiento y del autocontrol. • Gráficos-texto de contenido educativo.

## RESULTADOS

Se han elaborado 835 cartillas; el 53% mujeres, con media de edad de 67,7 años, y el 47% hombres, con edad media de 64,9 años. La forma principal de diagnóstico fue casual (60%), seguida de sintomatología cardinal (15%). Tiempo medio de evolución desde su diagnóstico: 8,7 años. En 253 pacientes se recogieron datos de revisión inicial y seguimiento periódico, incluyendo los datos relacionados con el consumo de tabaco o alcohol, actividad física y presencia de enfermedades coexistentes. El índice de masa corporal se recogió en 272 pacientes, pero el perímetro de cintura tan sólo en 53. La tensión arterial medida en consultorio se anotó en 260 pacientes. En 253 pacientes se exploraron pulsos periféricos, sensibilidad, reflejos y alteraciones anatómicas en los pies. Se recogieron datos del perfil lipídico en 475 pacientes, microalbuminuria en 408 y $HbA_{1c}$ en 453. En 200 pacientes se documentó información de ECG, y en 170, de revisión oftalmológica.

## DISCUSIÓN

La diabetes mellitus es una enfermedad altamente prevalente que requiere atención **integrada**, **integral** y **multidisciplinaria** que incluya aspectos **curativos**, **preventivos** y **rehabilitadores**. A pesar de los múltiples programas de diabetes existentes en nuestra Comunidad, se desconoce el número de pacientes que sufren la enfermedad, su morbimortalidad, coste económico, calidad de asistencia, grado de control, etc. Existe, además, una perentoria necesidad de extender el concepto de trabajo en equipo de los profesionales y la educación y corresponsabilidad del paciente en el proceso. La implantación progresiva del control de nuestros pacientes mediante el empleo de la *Cartilla de salud de diabetes* ha permitido empezar a conocer las características de nuestros diabéticos, lo que sin duda redundará en una mejora de las condiciones asistenciales que se les ofrecen, en un aprovechamiento óptimo de los recursos asistenciales y en una adecuada adaptación a las peculiaridades de cada comunidad.

## CONCLUSIONES

A pesar de las dificultades inherentes a la implantación de un programa como éste, consideramos que se han alcanzado cifras significativas, aunque mejorables, en la recogida de datos clínicos y epidemiológicos de los diabéticos de nuestra área, gracias a la colaboración de los profesionales de Atención Primaria. La *Cartilla de salud de diabetes* es, desde nuestro punto de vista, un importante instrumento de intercomunicación entre profesionales, de evaluación de la calidad y de mejora asistencial.

# RV-5
# HACIA LA ELABORACIÓN DEL CENSO DE DIABÉTICOS DEL DEPARTAMENTO DE SALUD SIETE DE LA COMUNIDAD VALENCIANA: DATOS DESCRIPTIVOS

O. Redwan[1], J. Grueso[1], M. Stupinean[1], E. Carrascosa[2], D. Camposano[1], L. Quiles[2], A. Robles[1], P. Román[1].

[1]*Servicio de Medicina Interna. Hospital General. Requena (Valencia).*
[2]*Atención Primaria. Centro de Salud. Requena (Valencia).*

## OBJETIVOS

Con el fin de mejorar la asistencia recibida y percibida por el paciente diabético, en marzo de 2000 se inició un proyecto de censo de diabéticos del área 7 mediante la implantación de un instrumento de control y recogida de datos que llamamos *Cartilla de salud de diabetes*.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Describimos las características de dicho documento, elaborado en colaboración con Atención Primaria, así como los resultados de implantación obtenidos hasta julio de 2006. La cartilla está en posesión del paciente, que la aporta a cada uno de los profesionales que le asisten, siendo éstos los responsables de completar los datos requeridos. Los contenidos se refieren a: • Recomendaciones de vacunación específicas para diabéticos. • Teléfonos de contacto con profesionales e instituciones del área. • Cronograma de seguimiento recomendado en el protocolo. • Cuadro guía de recomendaciones metabólicas. • Hoja de filiación. • Datos generales de salud. • Hojas de citaciones. • Resúmenes de historia clínica inicial y seguimientos anuales para incorporación a base de datos centralizada. • Hojas de monitorización del programa de seguimiento. • Graficas de peso, $HbA_{1c}$, LDL y tensión arterial. • Hojas de seguimiento del programa educativo. • Hojas de monitorización del tratamiento y del autocontrol. • Gráficos-texto de contenido educativo.

## RESULTADOS

Se han elaborado 835 cartillas; el 53% mujeres, con media de edad de 67,7 años, y el 47% hombres, con edad media de 64,9 años. En 253 pacientes se recogieron datos de revisión inicial y seguimiento periódico, destacando los siguientes datos: 14,2% son fumadores activos y 7,1% ex fumadores. 12% consumen alcohol de forma habitual. 62,4% se declaran sedentarios. Enfermedades asociadas a la diabetes: hipertensión arterial, 71%; obesidad, 63%; dislipidemia, 58%; enfermedad renal, 25%; enfermedad cerebrovascular, 8%; enfermedad vascular periférica, 7%; enfermedad ocular, 23%; cardiopatía isquémica, 9%. El IMC, recogido en 272 pacientes, fue de 29,8 (19,4-53,8). La TAS estuvo elevada en el 55%; la TAD, en el 26%. Los datos de laboratorio, recogidos en 475 pacientes: colesterol total > 200 en el 48%; HDL < 40 en 10%; LDL > 130, 32%; triglicéridos > 150, en 41%; glucemia media en ayunas, 159,3 (DE: 62,1); creatinina > 1,5, en 6%; microalbuminuria > 20, en 32%; TSH anormal, en 11%. La $HbA_{1c}$, documentada en 453 pacientes: media 7,15%; > 7,5%, 36%; > 9%, 10%. En 200 pacientes se documentó información de ECG (46 con anormalidades), y en 170, de revisión oftalmológica (39 con anormalidades).

## DISCUSIÓN

El grado de cumplimentación de la *Cartilla* es moderado. La mayoría de los diabéticos censados se sitúan en una franja de edad media-avanzada, y predominan ligeramente las mujeres. Encontramos una cifra alarmante de diabéticos fumadores activos, y es muy escasa la adherencia a programas de ejercicio físico regular. La prevalencia de enfermedades relacionadas y el grado de cumplimiento de objetivos se sitúa en términos semejantes a los descritos en otras áreas de nuestro país, lejos aún de las metas propuestas.

## CONCLUSIONES

Debemos intentar consolidar la implantación de la *Cartilla de salud de diabetes*, instrumento –en nuestra opinión– muy útil para la promoción de la salud de los diabéticos, planificación de las tareas asistenciales, preventivas y educativas y capaz de incrementar la calidad de la atención sanitaria recibida y percibida por los pacientes. Es indispensable mejorar las tareas de lucha contra el tabaco y el sedentarismo. Un elevado número de nuestros diabéticos presentan patología asociada, especialmente de tipo cardiovascular, con frecuencia en asociaciones múltiples, lo que los convierte en grupo de elevado riesgo de morbimortalidad cardiovascular. La situación metabólica es mejorable en un número importante de pacientes, lo cual exige un esfuerzo terapéutico adicional.

# RV-6

# CARDIOPATÍA ISQUÉMICA Y FACTORES DE RIESGO VASCULAR: ANÁLISIS DE LOS PACIENTES PORTADORES DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA QUE INGRESAN EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE REQUENA Y SU ESTADO RESPECTO DE LOS FACTORES DE RIESGO VASCULAR CLÁSICOS

C. Amorós, M. Stupinean, D. Camposanto, J. Grueso, A. Robles, O. Redwan, P. Román.

*Servicio de Medicina Interna. Hospital General. Requena (Valencia).*

## OBJETIVOS

Analizar el estado de nuestros pacientes con cardiopatía isquémica (CI) respecto de los factores de riesgo vascular clásicos.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Pacientes ingresados entre el 1 de enero de 2003 y 31 de diciembre de 2004 en el Servicio de Medicina Interna del Hospital de Requena y que presenten entre sus diagnósticos o antecedentes la CI, activa o no, documentada. Método: recogida de datos de epicrisis y análisis en SPSS v. 11. Análisis de la homogeneidad de los grupos de variables cuantitativas (test de Kolmogoroff-Smirnov), *t* de Student y $\chi^2$. Datos analizados: edad, sexo, consumo de tabaco y alcohol, sedentarismo, HTA, dislipidemia, obesidad, DM, roncopatía, perfil metabólico y antropométrico, datos de uso hospitalario, tratamiento al alta. Grado de cumplimentación en la recogida de datos. Comparación con los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2003 del INE.

## RESULTADOS

En el periodo estudiado, se registraron 2.888 episodios correspondientes a 2.379 pacientes. Cumplieron criterios de inclusión y exclusión 384 pacientes, que anotaron 630 episodios (1,64 episodios por paciente, como media). De ellos, 61% relacionados directamente con la CI y 39 por otros motivos (1,6/1). Media de edad en hombres: 70,82 (± 12,8). Media de edad en mujeres: 74,28 (±9,7); $p < 0,004$. Cuando ingresan por motivo no relacionado con la CI media, edad 75 años sin diferencias por sexo, pero sí cuando se trata de diabéticos que ingresan por CI (H 69,8 a *vs.* M 75,3 a; p 0,008). Estancia media: 4,66 ± 3,1. Total: 1.790 estancias. *Exitus*: 22 (5,7%). El porcentaje mayoritario de ingresos corresponde a mayores de 65 años, pero con una proporción importante de hombres de entre 50 y 65 años –9% de episodios–). El reflejo de la existencia de FRV en la epicrisis es muy variable y mostramos también su existencia como factor de riesgo en los pacientes en cuyas epicrisis consta mención positiva o negativa del dato correspondiente. Destacamos que no hay diferencias entre nuestros datos y los referidos en la encuesta INE 2003 en cuanto a presencia de consumo de tabaco y alcohol, sedentarismo, obesidad, hipertensión y diabetes y tampoco encontramos diferencias entre los pacientes que ingresan por CI o por otros motivos.

## DISCUSIÓN

Estamos en la media en cuanto al número de ingresos por habitante por enfermedad cardiovascular. Predomina la población de edad media-avanzada y de sexo masculino, a su vez con una media de edad por encima de la de la población femenina. La recogida de hábitos de salud es muy desigual: amplia en cuanto al tabaco, mínima en cuanto a la actividad física. La mención expresa a antecedentes relacionados con el riesgo vascular se sitúa entre el 50 y el 70% de las epicrisis. Un 15% de nuestros pacientes con CI son fumadores activos.

## CONCLUSIONES

La presencia en estos pacientes de HTA, DM, dislipidemia y obesidad es muy elevada. El estado del control glucémico y lipídico parece satisfactorio, no así el control del peso y de la tensión arterial. Cabe destacar que el estado de los lípidos y de la tensión arterial en las mujeres es peor que en los hombres. La presencia actual o pasada de FA se relaciona con mayor edad de los pacientes, mayor IMC más elevado y estancia hospitalaria más prolongada. La obesidad y el consumo activo de OH (pacientes más jóvenes) se relacionan con mayor consumo hospitalario. En cuanto a las características diferenciales de los diabéticos reseñamos: **1.** Las mujeres diabéticas tienen cifras más elevadas de TG ($p = 0,001$). **2.** Las mujeres diabéticas tienen mayor IMC ($p = 0,002$). **3.** Los hipertensos diabéticos presentan cifras sistólicas más altas en el hospital ($p < 0,05$). **4.** El porcentaje de diabéticos con CI y fumadores activos es preocupante (8,7%).

# RV-7
# IMPACTO DE LA ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

P. Moral Moral, I. Moreno Muñoz, L. Micó Giner, J. Calabuig Alborch.
*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Fe. Valencia.*

## OBJETIVOS

Analizar la prevalencia de accidente vascular cerebral (AVC) en una población de pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), describir sus características clínicas e inmunológicas, y evaluar la posible etiopatogenia y enfoque terapéutico.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo de una muestra de 108 pacientes diagnosticados de LES según los criterios de la ACR'97 y controlados en nuestro servicio de Medicina Interna entre 1993 y 2006. Estudiamos los siguientes parámetros: sexo, edad (en el momento del AVC), factores de riesgo vascular, (hipertensión [HTA], dislipidemia, diabetes y tabaquismo), tiempo de evolución desde el diagnóstico de LES, tratamiento médico en el momento del AVC. Alteraciones ecocardiográficas, electrocardiográficas y de la neuroimagen, marcadores inmunológicos y presencia de nefropatía y otros signos clínicos de actividad de la enfermedad lúpica.

## RESULTADOS

La frecuencia de AVC en nuestra serie fue de 7,41% (8 pacientes), y el 87,5% eran mujeres. La edad media de 44 años (rango: 19-81). La media de años de evolución del LES hasta la aparición del evento fue de 10 años. El 50% de estos pacientes presentaban nefropatía lúpica; todos ellos estaban en tratamiento con inmunosupresores y el 87,5% seguía tratamiento de manera crónica con corticoides orales. En cuanto a los factores de riesgo vascular, el 50% (4) eran hipertensos y dislipidémicos pero sólo 3 de ellos seguían tratamiento antihipertensivo y sólo uno hipolipidemiante; por otra parte, uno de ellos era diabético de tipo 1 en tratamiento con insulina. En cuanto a los parámetros inmunológicos, el 100% tenían ANA positivos, el 37,5% (3) tenían anti-DNA positivos y un 50% (4) tenían anticoagulante lúpico (ACL) positivo. El 87,5% (7) de las resonancias nucleares magnéticas cerebrales realizadas mostraron signos de isquemia aguda en parénquima cerebral y sólo una mostró una imagen compatible con vasculitis cerebral, no encontrándose en ningún caso signos de hemorragia. No se detectó ninguna alteración electrocardiográfica pero la Eco mostraba signos compatibles con endocarditis de Libman-Sachs en un 50% (4), portadores todos ellos de anticoagulante lúpico.

## DISCUSIÓN

Como factores etiopatogénicos del AVC en el LES se admiten: la edad, la HTA, los estados protrombóticos, las valvulopatías cardiacas, la ateromatosis precoz y las vasculitis del territorio cerebral. En nuestra serie, hasta un 50% de los paciente con LES que desarrollaron un AVC padecían endocarditis de Libman-Sachs y todos ellos eran portadores de ACL, constituyendo la etiología cardioembólica la causa determinante. En el resto de pacientes, factores como la HTA o la dislipidemia favorecida por el tratamiento crónico con corticoides orales, presentes en hasta un 50% de los casos, podrían jugar un papel fundamental, sugiriendo una etiología aterotrombótica de carácter precoz dada la edad de los pacientes. Finalmente, existe una gran controversia con respecto al papel etiológico atribuido a las vasculitis cerebrales, encontrándose excepcionalmente en las necropsias de pacientes afectos de LES y AVC. En nuestra serie encontramos un solo paciente con neuroimagen sugestiva de afectación vasculítica.

## CONCLUSIONES

1. La prevalencia de AVC en el LES es muy baja y suele aparecer en fases avanzadas. 2. Entre los mecanismos etiopatogénicos involucrados, destaca la presencia de ACL, casos que se asocian a una endocarditis de Libman-Sachs y a un mecanismo cardioembólico. 3. Tanto en LES como en pacientes jóvenes con AVC debe investigarse la presencia de ACL de manera sistemática y realizar siempre una ecocardiografía ante la sospecha de una endocarditis de Libman-Sachs. 4. Serán necesarios un diagnóstico precoz de la enfermedad lúpica y un tratamiento intensivo de los factores de riesgo vascular en estos pacientes para evitar el desarrollo de AVC.

# T-1
# RECURRENCIA EN EL ICTUS CRIPTOGÉNICO ASOCIADO A PACIENTES CON *SHUNT* DERECHA-IZQUIERDA POSITIVO

R. Serrano Barroso[1], V. Medrano Martínez[2], L. Piqueras Rodríguez[2], S. Fernández Izquierdo[2], J. Mallada Frechín[2].

*[1]Servicio de Medicina Interna. [2]Servicio de Neurología. Hospital Virgen de la Salud. Elda (Alicante).*

## OBJETIVOS

El presente estudio analiza el riesgo de recurrencia de ictus en los pacientes con ictus criptogénico asociados a la presencia de un *shunt* derecha/izquierda.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizan desde el año 2004 las variables clínicas de 13 pacientes menores de 55 años diagnosticados de ictus criptogénico, en los que el Doppler transcraneal había detectado la presencia de un *shunt* derecha/izquierda. Variables estudiadas: edad, sexo, factores de riesgo, tamaño y localización del ictus, estudio ecocardiográfico, tratamiento angiagregante actual y recurrencia.

## RESULTADOS

Se analizan un total de 13 pacientes (7 hombres/6 mujeres). Edad media de 40 años (43 años para los hombres y 36 para las mujeres). El tabaco se asoció como factor de riesgo más frecuente en el 41 % de los pacientes. En el estudio de extensión se detectó positividad para anticuerpos antifosfolípidos en dos pacientes. El tratamiento preventivo más frecuentemente asociado es el AAS en el 85 % de los pacientes. El tiempo medio desde el primer evento clínico fue de 26 meses. Desde la fecha del primer evento isquémico un solo paciente presentó recurrencia (7,6 %). El resto de los pacientes permanecen todavía asintomáticos.

## CONCLUSIONES

El riesgo de recurrencia en los pacientes con ictus criptogénico asociado a la presencia de *shunt* derecha-izquierda es bajo. Actualmente, los estudios existentes no han demostrado la superioridad del tratamiento anticoagulante sobre el antiagregante en la prevención de recurrencias.

# V-1
# VALOR PREDICTIVO DE MALIGNIDAD DE LA TSH EN EL NÓDULO TIROIDEO

R. Sanz, C. Sánchez, C. García, E. Sánchez, P. Sorní, R. Oropesa, J. Pérez, A. Herrera.
*Servicio de Medicina Interna. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia.*

## OBJETIVOS

Mediante la revisión de historias de pacientes a los que se les realizó PAAF ante el hallazgo de un nódulo tiroideo o bocio multinodular con un nódulo predominante, pretendemos observar si el valor de la TSH podría considerarse como valor predictivo de malignidad.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Para ello realizamos un estudio observacional retrospectivo mediante la revisión de historias de pacientes (procedentes de una base de datos de Otorrinolaringología) a los que se les realizó PAAF en nuestro hospital, en el periodo comprendido entre enero de 1995 y diciembre de 2005. Fueron asignados a dos grupos, uno con PAAF sugestiva de benignidad y otro con PAAF sugestiva de malignidad, comparándose la media de la TSH de cada grupo.

## RESULTADOS

Del grupo con PAAF sugestiva de benignidad se obtienen los siguientes resultados: disponemos de un grupo de 43 pacientes, 11 de ellos hombres y 32 mujeres. Del total de 43, un 83,7% (36) fueron diagnosticados de nódulo tiroideo y un 16,3% de BMN (7). A 34 de ellos se les realizó PAAF, con los siguientes informes anatomopatológicos: 21 (48,8%), coloide; 4 (9,3%), adenoma folicular; 6 (14%), frotis hemorrágico; y 3 (7%), hiperplásico. De los valores medios obtenidos en cuanto a TSH y T4L: TSH media de 1,74 y T4L media de 1,01. Del grupo sugestivo de malignidad, disponemos de un total de 34 pacientes, 4 de ellos hombres y 30 mujeres; un 67,6% (23), diagnosticados de nódulo tiroideo; y 32,4% (1), de BMN. Los resultados obtenidos con PAAF: 22 (64,7%) fueron carcinomas papilares; 4 (11,7%), foliculares; 1 (2,9%), medular; 2 (5,9%), de células de Hurtley; y 5 (14,7%), papilares de la variedad folicular. Se obtuvo una TSH media de 4,04 y T4L media de 1,26.

## DISCUSIÓN

En los resultados obtenidos observamos que la media de la TSH en el grupo con PAAF sugestiva de malignidad es superior a la obtenida en el grupo con PAAF sugestiva de benignidad, aun estando ésta dentro del rango de la normalidad y no observándose de forma individualizada en el grupo de carcinomas un aumento llamativo de la misma. Observamos, además, un predominio claro de patología tiroidea maligna en el sexo femenino, siendo el carcinoma papilar el más frecuente.

## CONCLUSIONES

A pesar de que clásicamente no se ha utilizado el valor de la TSH como valor predictivo de malignidad ante el diagnóstico de un nódulo tiroideo, mediante esta revisión concluimos que las elevaciones, aunque discretas, de la misma sí deberían tenerse en cuenta como un dato diagnóstico más, tal y como se ha publicado recientemente en la bibliografía. Sin desplazar por supuesto a la PAAF, prueba diagnóstica de referencia actualmente.

# V-3
# SÍNDROME SEROTONINÉRGICO. A PROPÓSITO DE TRES CASOS

F. García González[2], B. Climent Díaz[1], D. García Escrivá[1], V. González Valles[1], L. Deus de la Bernardina[1], P. Herrera de Pablo[1], A. Herrera Ballester[1].

[1]*Servicio de Medicina Interna. Unidad de Toxicología Clínica y Desintoxicación.*
[2]*Servicio de Urgencias.*
*Consorcio Hospital General Universitario. Valencia.*

## OBJETIVOS

El objetivo de la presente comunicación es revisar la clínica del síndrome serotoninérgico y tenerlo en cuenta como posible complicación ante pacientes con tratamientos antidepresivos, bien por interacciones farmacológicas o por sobredosis, o con intoxicaciones por algunas drogas de abuso.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se exponen tres casos que fueron seguidos por la Unidad de Toxicología Clínica y Desintoxicación Hospitalaria del Servicio de Medicina Interna de nuestro hospital.

## RESULTADOS

• Caso 1: Hombre de 62 años ingresado por disminución de conciencia, agitación, mioclonías, hiperreflexia, diaforesis, taquicardia e hipertensión secundarias a la ingesta de cantidad no cuantificada de sertralina. Las pruebas complementarias resultaron normales, salvo por CPK 2176.

• Caso 2: Hombre de 50 años que se encontraba en tratamiento crónico con venlafaxina, maprotilina, zolpidem y disulfiram. Ingresó con un cuadro de confusión, agitación, diaforesis, mioclonías e hiperreflexia tras añadirle al tratamiento reboxetina. Las pruebas complementarias son normales, excepto CPK de 964.

• Caso 3: Hombre de 22 años que ingresó con un cuadro de taquicardia, hipertensión, agitación y desorientación posterior a una ingesta voluntaria de fluoxetina, risperidona y lormetazepam. Entre las pruebas complementarias solamente destacan niveles de CPK de 1.000. En todos los casos, el cuadro evolucionó favorablemente dentro de las 24-72 horas siguientes a la retirada de la medicación previa y con tratamiento sintomático con benzodiacepinas.

## DISCUSIÓN

El síndrome serotoninérgico es un cuadro clínico que se produce por la excesiva estimulación de los receptores serotoninérgicos, tanto centrales como periféricos. Su causa más frecuente es la interacción medicamentosa entre agentes que favorecen la transmisión serotoninérgica o la intoxicación aguda, implicándose sustancias como los ISRS, IMAO, antidepresivos tricíclicos, cocaína, anfetaminas, éxtasis, etc. La clínica se basa fundamentalmente en cambios en el estado mental y en las funciones motoras y autónomas. El diagnóstico se realiza en base a esta clínica, siguiendo los criterios de Radomski y habiendo descartado previamente otras causas de tipo infeccioso, tóxico, metabólico o endocrino.

## CONCLUSIONES

1. La combinación de signos y síntomas es muy diversa, y resulta de la excesiva estimulación de los receptores serotoninérgicos centrales y periféricos caracterizada por cambios en el estado mental y en las funciones motoras y autonómicas; destacan síntomas mentales (confusión, alteración del humor, coma o estupor, agitación, nerviosismo, insomnio), autonómicos (fiebre, diaforesis, taquicardia, taquipnea, disnea, diarrea, alteraciones TA) y neurológicos (mioclonías, temblor, rigidez, hiperreflexia, incoordinación motora, midriasis, acatisia.). 2. Se deben cumplir los criterios de Radomski para el diagnóstico de síndrome serotoninérgico. 3. Presenta un diagnóstico diferencial muy amplio, debiéndose incluir en él las infecciones, el síndrome neurolepticomaligno, el síndrome simpaticomimético, el síndrome anticolinérgico, el golpe de calor y la deprivación de drogas, entre otros. 4. No hay un tratamiento específico, tratándose únicamente de forma sintomática (generalmente con BZD para control del cuadro confusional y la agitación). 5. El síndrome remite espontáneamente al retirar la medicación causante.

# V-5
# ENCEFALOPATÍA DE WERNICKE. REVISIÓN DE CASOS

V. González Valles, M. Guijarro Sánchez, F. García González, P. Herrera de Pablo, B. Climent Díaz, D. García Escrivá, A. Herrera Ballester.

*Servicio de Medicina Interna. Unidad de Toxicología Clínica y Desintoxicación. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia.*

## OBJETIVOS

La encefalopatía de Wernicke es una enfermedad producida por déficit grave y prolongado de tiamina. Las patologías predisponentes son el alcoholismo, la anorexia nerviosa, la cirugía de derivación intestinal y algunos tipos de cáncer. El objetivo de la presente comunicación es analizar la forma de presentación y el manejo de pacientes con diagnóstico de encefalopatía de Wernicke atendidos en la Unidad de Toxicología Clínica y Desintoxicación Hospitalaria.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisan los 9 casos que han acudido a Urgencias en los últimos 3 años. En todos ellos, el diagnóstico se realizó en base a los hallazgos clínico-epidemiológicos. Todos los pacientes ingresaron en la Unidad de Toxicología Clínica y Desintoxicación Hospitalaria.

## RESULTADOS

La mediana de edad fue de 52 años, 8 hombres y 1 mujer, con antecedentes de alcoholismo de larga evolución en todos menos un caso, que presentaba un adenocarcinoma de recto no conocido. La clínica predominante fue neurológica en el 100% de los casos, destacando alteración de la marcha, mareos, alteración de conducta, desorientación y confusión. Se produjo paresia de oculomotores y nistagmus en 5 casos. En todos los casos se inició tratamiento con tiamina i.m. a dosis de 100-300 mg/día y para la desintoxicación hospitalaria de alcohol con diacepam, oxcarbacepina, magnesio, ácido fólico y vitaminas del grupo B. En 3 pacientes se desarrolló síndrome de deprivación grave con puntuación superior a 15 en la escala CIWA-Ar. Dos pacientes desarrollaron psicosis de Korsakoff. Se practicó RMN cerebral en todos los casos, evidenciándose en 4 casos la imagen típica de degeneración mielínica de la zona ponto-mesencefálica y zona periventricular, y atrofia de cuerpos mamilares y cerebelo. Se produjeron en los días siguientes al ingreso dos fallecimientos por complicaciones infecciosas respiratorias.

## DISCUSIÓN

La encefalopatía de Wernicke es una complicación no frecuente del paciente alcohólico crónico pero debe ser considerada en el manejo del paciente alcohólico en los servicios de Urgencias. Está contraindicada la administración de sueros glucosados en dichos pacientes para evitar el desencadenamiento de dicho síndrome ya que presentan un déficit crónico de tiamina y la glucosa provocaría una depleción de la misma. Se deben administrar siempre suplementos de tiamina. Presenta alta mortalidad a pesar del tratamiento. El diagnóstico es clínico, y considerando que la tríada clásica de oftalmoplejia, ataxia y confusión aparece en un número limitado de casos. Las pruebas de imagen tienen un valor muy limitado y su normalidad no descarta el diagnóstico. La psicosis de Korsakoff es una complicación también debida al déficit de tiamina, que cursa con demencia, amnesia anterógrada y confabulaciones. La tasa de fallecimientos ronda el 20%.

# V-6
# HEMORRAGIA CEREBRAL SECUNDARIA DE CAUSA NO HABITUAL

F. Boluda García[1], G. Fortea Cabo[2], M. Roca Castelló[1].

*[1]Servicio de Medicina Interna. [2]Servicio de Neurología.*
*Hospital Doctor Moliner. Serra (Valencia).*

## OBJETIVOS

Descripción de un caso clínico atípico de hemorragia cerebral de causa no habitual con buena evolución clínico-neurológica posterior.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 61 años sin antecedentes personales de interés ni tratamientos domiciliarios previos que presenta de forma brusca debilidad en hemicuerpo izquierdo con caída al suelo. Es trasladada a Urgencias, hallándose en la TAC cerebral una hemorragia parietal derecha. Tras ingreso en Neurocirugía se realiza RNM cerebral para estudio etiológico, detectándose unas imágenes nodulares captadoras de contraste sospechosas de neoformación. Se completa dicho estudio con arteriografía cerebral que muestra una vena de drenaje venoso en el seno del parénquima cerebral del lóbulo parietal derecho compatible con posible malformación vascular del tipo angioma venoso (dudosa por la falta de reabsorción de la hemorragia).

## RESULTADOS

Ya en nuestra unidad, y 3 meses después del evento hemorrágico, se repite RNM que evidencia la reabsorción del hematoma y hallan con más claridad dicha malformación en el seno del antiguo sangrado. Durante su estancia en la Unidad de Daño Cerebral la evolución neurológica, tras tratamiento rehabilitador integral durante los 3 meses de ingreso, es muy satisfactoria, al haber ingresado con un equilibrio en bipedestación muy precario sin mecanismo de marcha y yéndose de alta siendo capaz de caminar sin ayuda de terceras personas –aunque, para mayor seguridad, con bastón– e independiente para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Es diagnosticada de una hipertensión arterial esencial no conocida que para su control adecuado requiere tratamiento con dos fármacos.

## DISCUSIÓN

La hipertensión arterial es la primera causa de hemorragia cerebral espontánea en el adulto. Las malformaciones vasculares son una causa frecuente de sangrado intracraneal a todas las edades (sin embargo, no todos los tipos de malformaciones tienen la misma tendencia hemorrágica). Las telangiectasias y los angiomas venosos son las que con menor frecuencia sangran, siendo las primeras un hallazgo de autopsia sin significación clínico-patológica y las segundas un hallazgo incidental en estudios de neuroimagen; se han llegado a considerar más como una persistencia fetal de un sistema de drenaje que como una verdadera malformación. Los angiomas venosos se han descrito como etiología no habitual de cefaleas y de hemorragias cerebrales. En este último caso, se describen asociados a un angioma cavernoso (la malformación vascular con mayor riesgo de sangrado). En nuestro caso no está asociado a ningún angioma cavernoso, pero sí relacionado en su localización con el área de sangrado, siendo por tanto su causa y favorecida además por la HTA.

## CONCLUSIONES

En una revisión de la literatura realizada en Medline, no hemos encontrado ningún caso publicado de hemorragia cerebral por angioma venoso (sin estar asociado a angioma cavernoso), siendo las únicas descripciones encontradas en los libros de texto especializados. Ello pone de relieve lo excepcional del angioma venoso aislado como causa de hemorragia cerebral. Se han de considerar los angiomas venosos como lesiones potencialmente sangrantes, sobre todo en el contexto de HTA, anticoagulación, discrasias sanguíneas, etc. Queda por determinar en estos casos la actitud terapéutica más adecuada: tratamiento conservador, radiocirugía, exéresis quirúrgica.

# V-7
# DIAGNÓSTICO DE NEOPLASIA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

P. Sorní Moreno, E. Sánchez Ballester, C. García Fabra, R. Oropesa Juanes, V. González Valles, L. Deus de la Bernardina, R. Sanz Vila, A. Herrera Ballester.

*Servicio de Medicina Interna. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia.*

## OBJETIVOS

Conocer el perfil clínico-epidemiológico de los pacientes diagnosticados de neoplasia en un servicio de Medicina Interna.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se han estudiado retrospectivamente los casos de diagnósticos al alta de neoplasia ingresados en nuestro servicio desde enero de 2004 hasta marzo de 2007. Se han analizado las variables: edad, sexo, antecedentes patológicos, motivo de consulta y tiempo de evolución, signos clínicos, pruebas diagnósticas, localización y diseminación, diagnóstico histológico, estancia media, seguimiento posterior, conducta terapéutica y mortalidad. Los datos fueron recogidos mediante revisión de historias clínicas y analizados estadísticamente por la aplicación SPSS, versión 12.0.

## RESULTADOS

Hemos recogido 109 casos en un periodo de 38 meses, 65,1% eran hombres y 34,9% mujeres, con una edad media de 73 ± 12,6 años. En cuanto a los antecedentes personales, cabe destacar que el 37% eran fumadores o lo habían sido, el 15% hábito enólico y un 18% habían sufrido una neoplasia previa. El motivo de consulta más frecuente fue síndrome constitucional en un 57,8% (63 casos) asociado a síntomas digestivos el 66% (42) y a sintomatología respiratoria el 14,28% (9 casos) y un 15,6% consultó por síndrome febril. El tiempo medio de evolución de dicha sintomatología fue de 60 ± 85,5 días. A la exploración física encontramos hepatomegalia en un 38,5%, adenopatías en un 1,8% y nada relevante en 26,6% de los casos. La localización más frecuente de la neoplasia fue en intestino grueso, con un 23,9%, seguida de primario de origen desconocido, con un 15,6%, y de páncreas, con un 9,2%; en cuarto lugar, con un 8,3%, se encuentran las neoplasias de vías biliares, de próstata, gástrica y de pulmón. Existe confirmación histológica en un 67,9% (74) de los pacientes. Los marcadores tumorales estaban elevados en un 67,9%. En cuanto a las pruebas de imagen empleadas destacó el TAC con un 91,7%, seguida de la ecografía con un 45% y de la IRM con un 19,3. Se realizó endoscopia al 49,5% de los pacientes. Se detectó diseminación de la enfermedad en un 81,1%, siendo la localizaciones más frecuentes: hepática con un 49,5%, pulmonar con un 23,9%, ósea y peritoneal con un 11,9% y cerebral con un 2,8%. La estancia media fue de 12 ± 7,3 días. Un 85,5% recibió tratamiento paliativo y un 10,1% (11) tratamiento activo contra la enfermedad, mientras que un 21,1% precisó durante el ingreso de algún tipo de cirugía. El seguimiento fue a cargo de Oncología en un 52,3% de los casos, de UHD en un 11% y de MIN en un 0,9%. Fallecieron durante el ingreso el 24,77% (27) de los pacientes.

## CONCLUSIONES

El paciente diagnosticado de neoplasia en nuestro servicio es un paciente anciano y predominan los hombres. El motivo de consulta más frecuente (42 pacientes: 38,5%) es de síndrome constitucional asociado a sintomatología digestiva con un tiempo de evolución muy variable. A la exploración, el hallazgo más frecuente (38,5%) es la hepatomegalia. Para el diagnóstico se realizaron pruebas de imagen en el 100% de los casos y endoscopias en el 49,5% (54 casos), y en el 30,3% (33) se desestimó la confirmación histológica dada la situación clínica. Se solicitaron marcadores tumorales en el 87,15% de los pacientes, siendo positivos en el 67,9% (74). Predominan las neoplasias digestivas, sobre todo de intestino grueso, y un porcentaje elevado de primarios desconocidos asociado a la limitación en la confirmación histológica. En el momento diagnóstico, la neoplasia se encontraba en estadios de diseminación avanzados (81% de los pacientes) con predominio de metástasis de localización hepática (49,5%). En la gran mayoría se adoptó una actitud paliativa (85,3%) y seguimiento posterior mayoritariamente por el servicio de Oncología. Falleció durante el ingreso un porcentaje elevado (24,77%) de pacientes.

# V-8
# AUMENTO DE TRANSAMINASAS EN PACIENTE DE 26 AÑOS

C. Clep, J. Mota Santiago, E. Sanjurjo Golpe, M. Fernández Garcés, Z. Pla Espinosa.
*Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Ribera. Alzira (Valencia).*

## OBJETIVOS

Comunicar un caso de miopatía congénita, glucogenosis de tipo V o enfermedad de McArdle. La deficiencia de miofosforilasa o enfermedad de McArdle es una entidad rara que pertenece a los trastornos del metabolismo energético muscular debidos a alteraciones enzimático-metabólicas en las vías de degradación del glucógeno y de la glucolisis anaerobia que se caracteriza principalmente por intolerancia al ejercicio. La enfermedad se hereda, generalmente, de forma autosómica recesiva, y predomina en hombres.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 26 años sin antecedentes personales de interés ni ingesta de fármacos, que consulta por hipertransaminasemia evidenciada en una analítica rutinaria. Tras historiar a la paciente, ésta refiere debilidad y fatigabilidad desde la infancia, cansancio, calambres y mialgias de predominio proximal con limitación funcional tras sobreesfuerzos físicos y refiere que siempre era la última en llegar en las carreras de su clase. Nunca había presentado ictericia, ni emisión de orinas oscuras ni dolor abdominal. Ausencia de clínica autoinmune o infecciosa. Antecedentes familiares: padre con calambres y debilidad muscular. Exploración neurológica: hiporreflexia bicipital bilateral, reproducción de la sintomatología dolorosa y limitación funcional con ejercicio físico al nivel de muslos, cervical y trapecio izquierdo. Resto de la exploración normal. En la analítica destacan aumento de transaminasas GOT 539 UI/L, GPT 262 UI/L, CPK 14.000 UI/L, creatinina 0,9 mg/dL, LDH 584 UI/L, aldolasa 77,2, FA y GGT normales, leve aumento de reactantes de fase aguda, función renal y hemograma dentro de la normalidad. Sedimento urinario sin alteraciones. Con la sospecha de miopatía de causa inflamatoria *versus* hereditaria, se completa el estudio con marcadores tumorales, autoanticuerpos, función tiroidea, virus hepatotropos, fracciones del complemento (C3,C4),electromiograma. Todas resultaron normales. Se realiza RMN musculoesquelética, sin evidenciarse alteraciones significativas. Descartándose la posibilidad de una miopatía inflamatoria, y dados los antecedentes familiares, sospechamos una miopatía transmitida genéticamente, por lo que ampliamos el estudio con la realización de la prueba de esfuerzo, isquemia en el brazo que evidencia una curva plana del lactato, y biopsia del tejido muscular con histoquímica y estudio de las actividades enzimáticas que ponen de manifiesto el déficit de miofosforilasa; se confirma el diagnóstico de glucogenosis de tipo V. No se ha podido realizar el estudio familiar.

## RESULTADOS

Creemos interesante la comunicación de este caso por lo excepcional de la miopatía congénita, la presentación clínica en la forma adulta y la condición de mujer de nuestra paciente.

## DISCUSIÓN

La enfermedad de McArdle es una miopatía hereditaria, ligada a la alteración del cromosoma 11, que se expresa por la ausencia de miofosforilasa en el miocito y que condiciona el metabolismo anaeróbico muscular. Una clínica con signos de debilidad, intolerancia al ejercicio intenso, calambres musculares, sobre todo en pacientes jóvenes, junto con el hallazgo de hipertransaminasemia aislada, elevación de CPK, LDH, aldolasa y, ocasionalmente, hiperpotasemia durante el esfuerzo físico, nos debe sugerir la existencia de esta miopatía. Los datos electromiográficos, típicos de miopatía, y la RMN muscular con ausencia de aumento de señal en T2 durante el esfuerzo son datos reveladores para el diagnóstico, pero éste debe estar sustentado por la prueba de isquemia del antebrazo, que permite identificar los defectos de la glucogenolisis al reflejar la imposibilidad de síntesis de láctico, pirúvico y amonio en situación de ejercicio anaeróbico. El diagnóstico definitivo lo establece la biopsia muscular con estudios enzimáticos que evidencien la ausencia de actividad miofosforilasa. Esta enfermedad no tiene tratamiento. Se recomienda, aunque su aplicación es objeto de controversia, la ingesta previa al ejercicio de glucosa o fructosa y la dieta hiperproteica.

## CONCLUSIONES

1. Hipertransaminasemia no siempre significa enfermedad hepática. 2. En la glucogenosis de tipo V, la prueba de isquemia del antebrazo tiene valor diagnóstico. 3. La biopsia de tejido muscular con estudios enzimáticos establecen el diagnóstico definitivo. 4. No hay tratamiento específico.

# V-9
# VARÓN CON HIPERTRANSAMINASEMIA Y LESIONES CUTÁNEAS

P. Wikman Jorgensen[1], A. Martínez Egea[3], G. García del Castillo[3], F. Ruiz[3], J. Álvarez[2], M. Gaubert[2], M. Coronas[3].

*[1]Servicio de Medicina Interna. [2]Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. [3]Servicio de Medicina Digestiva. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant (Alicante).*

OBJETIVOS

Descripción de un caso clínico.

RESULTADOS

Caso clínico: Hombre de 50 años remitido por hipertransaminasemia. A la exploración se observan además lesiones dérmicas ampollosas con cicatriz hipertrófica que el paciente relaciona con exposición solar. Entre los antecedentes destaca que el paciente es ex ADVP desde hace 15 años. En las pruebas complementarias practicadas se objetivó una esteatosis hepática e infección por virus de la hepatitis C del genotipo 3. Además, se hallaron elevados los niveles de porfirinas en sangre y orina.

DISCUSIÓN

El paciente fue diagnosticado de hepatopatía crónica por VHC y porfiria cutánea tardía (PCT). La infección por VHC se ha demostrado, junto con el consumo de alcohol, como uno de los posibles desencadenantes de la expresión clínica de la PCT, probablemente por inhibición de la enzima uroporfirinógeno decarboxilasa por un mecanismo dependiente de oxidación férrica. Actualmente está en discusión la hipotética asociación entre las dos patologías y la importancia del tratamiento antiviral.

CONCLUSIONES

En pacientes con hepatopatía crónica por VHC es importante tener en mente la posibilidad de que también padezca porfiria, y viceversa. En aquellos que sufran alguna de las dos enfermedades sería conveniente, al menos, interrogar acerca de la posibilidad de padecer la otra.

# V-10
# SÍNDROME DE TAKO-TSUBO

Z. Pla Espinosa.

*Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Ribera. Alzira (Valencia).*

## OBJETIVOS

El síndrome de Tako-Tsubo o discinesia anteroapical transitoria es una entidad clínica descubierta por Sato y cols. en 1990 que simula un IAM tanto por su presentación clínica como por los cambios electrocardiográficos acompañantes. No obstante, la evolución en las horas o días posteriores, así como el hallazgo de coronarias sanas en la coronariografía, descartan esta posibilidad diagnóstica. Se analiza el caso de una paciente de 70 años con dolor centrotorácico.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se examina el caso clínico de una mujer de 70 años con antecedentes de HTA, LES actualmente sin actividad y síndrome depresivo que lleva tratamiento con ARA II, benzodiacepinas y AINE. Llega al SU tras presentar dolor centrotorácico opresivo referido a brazo izquierdo de varias horas de evolución con sensación nauseosa y disnea que aumentaron con el esfuerzo.

## RESULTADOS

Se realiza una exploración física que resulta anodina, excepto la auscultación de subcrepitantes en ambas bases pulmonares con Rx Tx sugestiva de IVI. Con el diagnóstico de IAM se ingresa en UCI y se realiza cateterismo cardiaco urgente que muestra discinesia apical, anterolateral y diafragmática con hipercontractilidad de segmentos basales; *milking* severo a nivel segmento medio y distal de DA. Se realizan tres eco-Doppler, que muestran la recuperación de la FE de 35% a 55%. Dada la estabilidad de la paciente, se le da el alta a los 10 días y se indica tratamiento con antiagregantes (AAS), IECA y betabloqueantes.

## DISCUSIÓN

Basándonos en estudios de las series más largas referentes a dicha patología, nuestro caso cumple las características principales de dicho síndrome. Éste afecta mayoritariamente a mujeres (93,5%) de edad avanzada. Se inicia con dolor torácico (66-67%) con disnea (16,2%). Aparecen cambios electrocardiográficos que simulan un IAM con elevación del segmento ST en precordiales izquierdas (87,5-90%) con ondas Q en derivaciones inferiores (27%) que evolucionan a inversión de ondas T (97%). Las enzimas cardiacas suelen elevarse ligeramente: CK (56%). En nuestro caso hay elevación de CK (mb) de 33 µg/L (media: 16,6) y troponina T máxima de 1,48 µg/L (media: 3,32). Suele haber un factor desencadenante, como estrés físico o psíquico (23-27%). Otros serían:ejercicio vigoroso (15,7-22%), cirugía no cardiaca (29%), accidente cerebrovascular (7,9-11%), exacerbación de enfermedades sistémicas como asma bronquial (7,9-11%), etc. Nuestra paciente no reconoce ninguna de estas situaciones, pero podría deberse –dados los antecedentes de HTA– a un mal control en las semanas previas, tal y como demostraron Kurisu y cols., que observaron HTA asociada a dicho síndrome en un 48% de pacientes. Angiográficamente, se evidencia discinesia anteroapical con hipercinesia basal. Por tanto, es muy importante la realización urgente de un cateterismo para evitar posibles complicaciones de una fibrinolisis inadecuada. Las complicaciones iniciales más frecuentes son el EAP (22%); nuestra paciente presenta disnea con signos de insuficiencia cardiaca en Rx Tx; *shock* cardiogénico (15%) y arritmias ventriculares (9%). Ecográficamente se evidencia dicha discinesia con FE de VI que evoluciona de 41 ± 11% a 64 ± 10% entre 2 a 5 semanas como en nuestro caso de 35% a 55%. Se deduce el carácter benigno de dicho síndrome con una mortalidad entre 1-3%. Existen grandes dudas respecto a su etiología variando de unas series a otras: atontamiento miocárdico, espasmo coronario (21-67%), espasmo microvascular, miocarditis, niveles elevados de catecolaminas desencadenado por estrés intenso que produciría una descarga adrenérgica; LES (miocarditis lúpica). En nuestra paciente los niveles de hormonas tiroideas y catecolaminas fueron normales, y actualmente no se encuentra en brote de LES.

## CONCLUSIONES

El síndrome de Tako-Tsubo es una entidad con características bien definidas. La sospecha e identificación temprana es importante ya que el abordaje diagnóstico, tratamiento y pronóstico son diferentes al del IAM por oclusión trombótica de coronarias ateroesclerosas.

# V-11
# MARCADORES TUMORALES: ¿SÓLO SON ÚTILES EN EL SEGUIMIENTO?

R. Lescano[1], C. Pérez Barba[1], S. Serrano[1], A. Santo[2], N. Pérez[1], R. Pascual[1].

*[1]Servicio de Medicina Interna. [2]Servicio de Análisis Clínicos.*
*Hospital Virgen de la Salud. Elda (Alicante).*

## OBJETIVOS

Comunicar un caso de carcinoma medular de tiroides cuyo único hallazgo inicial fue una elevación aislada del CEA.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión de la historia clínica y de la literatura.

## RESULTADOS

Mujer de 25 años, no RAM, sin antecedentes patológicos de interés. Acude al Servicio de Cirugía para estudio de una tumoración mamaria que se demostró de carácter benigno tras ser extirpada (fibroadenoma en mama izquierda). Se realizó una analítica general que incluyó marcadores tumorales (CEA, CA 19.9, CA 15.3 y CA 125). Se obtuvo un CEA elevado de forma repetida (116 ng/mL) tras la cirugía, siendo el resto de parámetros biológicos normales. Por tal motivo, es remitida al Servicio de Medicina Interna para estudio. En la anamnesis no se recogió síndrome constitucional; ni por órganos y aparatos existían datos orientadores. La exploración física fue rigurosamente normal. Se le realizó colonoscopia total, que fue normal. Ante este hallazgo, se realizó TAC cervicotoracoabdominal que detectó de forma inesperada un nódulo tiroideo localizado en lóbulo izquierdo que se corroboró en la ecografía, observando un nódulo heterogéneo con microcalcificaciones de unos 3 × 1,6 cm. Se determinaron hormonas tiroideas y niveles de tiroglobulina que fueron normales. Se apreció, sin embargo, una elevación muy importante de calcitonina. La PAAF fue positiva para células malignas. Se realizó tiroidectomía total más vaciamiento recurrencial bilateral y vaciamiento cervical izquierdo, sin complicaciones. Anatomía patológica: carcinoma medular de tiroides localizado.

## DISCUSIÓN

No se acepta la determinación de marcadores tumorales como método de cribado. Sin embargo, este caso viene a demostrar cómo su uso a veces resulta de crucial trascendencia para un diagnóstico de forma precoz.

## CONCLUSIONES

Aunque las guías son de utilidad, debe tenerse en mente que en clínica a veces las normas excesivamente rígidas fallan.

# V-12
# ANÁLISIS DE ENZIMAS HEPÁTICOS EN SUJETOS CON DIABETES MELLITUS DE TIPO 2

M. García Fabra[1], J. Ferrer Gracia[2], C. Sánchez Juan[2], R. Albalat Galera[2], P. Sánchez López[3], R. Sanz Vila[1], A. Herrera Ballester[1].

*[1]Servicio de Medicina Interna. [2]Servicio de Medicina Interna-Endocrinología. [3]Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia.*

## OBJETIVOS

Comparar las enzimas hepáticas en pacientes con diabetes de tipo 2 y una población control de sujetos sanos. Estudiar la relación de dichos enzimas con el peso, índice de masa corporal (IMC) y el tratamiento con estatinas, metformina o tiazolidinadionas.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyen de forma consecutiva pacientes con diabetes mellitus de tipo 2 (DM-2) sin hepatopatía atendidos en la Unidad de Diabetes de nuestro hospital. Se recogen los marcadores de función hepática GOT, GPT, GGT y bilirrubina, y se comparan con una población control de sujetos no diabéticos. Se registran datos de filiación, perfil lipídico, $HbA_{1c}$, IMC, complicaciones crónicas de su diabetes y tratamiento con insulina, antidiabéticos orales y estatinas.

## RESULTADOS

Se recoge un total de 444 sujetos (345 DM-2 y 99 sanos). Los pacientes diabéticos mostraron mayores niveles medios de GGT y GPT que el grupo control (GGT: 47,56 *vs.* 25,88 UI/L, respectivamente; $p < 0,01$. GPT: 29,42 *vs.* 21,61 UI/L; $p < 0,05$). No hubo diferencias significativas en los niveles de GOT y bilirrubina. El 28,68% de los sujetos diabéticos y el 16,1% de los controles mostraron niveles GGT por encima del límite superior de la normalidad (hombres: 0-55; mujeres: 0-38 UI/L). Aquellos pacientes tratados con metformina presentaron valores menores de GPT que los no tratados (24,30 *vs.* 30,98 UI/L; $p < 0,039$). No hubo diferencias con el resto de los fármacos analizados. El peso y el IMC no se correlacionaron con la función hepática.

## CONCLUSIONES

Los pacientes con diabetes de tipo 2 presentan niveles más elevados de GGT y GPT que la población control estudiada. El tratamiento con metformina se asocia con niveles más bajos de GPT. Estos resultados podrían relacionarse con la presencia de estatosis hepática en sujetos con diabetes de tipo 2, sin descartar otros procesos como enfermedad inflamatoria subclínica o efectos farmacológicos.

# V-13
# RECIDIVA DE UN PSEUDOMIXOMA PERITONEAL DE ORIGEN APENDICULAR

M. Santaolalla González[1], F. López García[1], F. Mauri Barberá[2], J. Ruiz Maciá[3], I. González Cuello[1], V. Rosa Salazar[1], J. García García[1], J. Custardoy Olavarrieta[1].

*[1]Servicio de Medicina Interna. [2]Servicio de Cirugía. [3]Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de la Agencia Valenciana de Salud Vega Baja. Orihuela (Alicante).*

## OBJETIVOS

El pseudomixoma peritoneal (PMP) es una entidad rara en la que se produce una diseminación peritoneal de un tumor cuyas células producen gran cantidad de mucina. Histológicamente son de bajo potencial maligno y no invasivos pero muestran una elevada tendencia a la recidiva y en general, mal pronóstico. Describimos el caso de una mujer con un PMP que recidivó después de un tratamiento quirúrgico inicial.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Caso clínico. Mujer de 74 años sin antecedentes de interés que ingresó en el mes de junio del año 2004 por síndrome constitucional y ascitis. En la exploración física se apreció una gran masa abdominal y ascitis sin signos de hepatopatía crónica. La analítica fue normal, salvo ligera trombocitosis y elevación discreta de la PCR y del CEA. En la paracentesis se extrajeron 15 $cm^3$ de líquido mucinoso, sin poder determinarse celularidad y cultivo. La ecografía y un TC abdominal y pélvico mostraron, ocupando gran parte del abdomen, una gran masa quística tabicada que parecía depender del ovario derecho. Con el diagnóstico de PMP de probable origen anexial derecho, fue trasladada al Servicio de Ginecología. Se realizó una histerectomía con doble anexectomía, apendicectomía y citorreducción de implantes peritoneales. La anatomía patológica del apéndice fue demostrativa de una adenomucinosis de origen apendicular. La enferma fue citada en las consultas externas de Ginecología sin acudir al seguimiento. En febrero de 2007 volvió a ingresar por anemia ferropénica, insuficiencia renal aguda y masa abdominal. En la exploración física se apreció una masa abdominal gigante de consistencia gomosa, elástica y no dolorosa. La analítica mostró una anemia ferropénica (Hb 9,1) y uremia (creatinina 3,2 mg/dL). El Ca 125 fue normal. En las pruebas de imagen (Eco, TC y RM) se evidenció una gran masa sólido-quística de 20 cm, polilobulada, con tabiques en su interior, que tapizaba todo el hemiabdomen derecho-pelvis y una dilatación renal-pielocalicial bilateral por compresión. Se diagnosticó de recidiva del PMP, anemia e insuficiencia renal aguda obstructiva secundaria. Está pendiente de nueva cirugía radical del PMP y eventual quimioterapia intraperitoneal.

## CONCLUSIONES

Hasta hace unos años, se le atribuía al PMP un origen ovárico; sin embargo, los avances en la inmunohistoquímica demuestran la procedencia apendicular en la mayoría de los casos. Habitualmente suele manifestarse con masa abdominal, anemia y síndrome constitucional, como sucedió en nuestro caso. La confirmación diagnóstica requiere estudio histológico, que es fundamental para diferenciar la adenomucinosis (implantes con mínima atipia, buen pronóstico) de la carcinomatosis mucinosa (implantes carcinomatosos, invasivos, muy mal pronóstico). El tratamiento no está bien definido; según la experiencia de Sugarbaker, parece que la cirugía citorreductora seguida de quimioterapia hipertérmica intraperitoneal es la que proporciona mejores resultados. El PMP de nuestro paciente presenta unas características muy peculiares, como son: la confirmación anatomopatológica en el apéndice de una adenomucinosis, a pesar de la sospecha inicial de PMP ovárico; la presencia de una insuficiencia renal aguda obstructiva por compresión en el segundo ingreso (excepcional en los casos revisados); la confirmación de la normalidad del Ca 125 en ambos ingresos; y la recidiva tardía justificable por el tipo histológico (adenomucinosis, mejor pronóstico).

# V-14
# ¿SUPONE UNA SOBRECARGA LA CEFALEA EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA?

A. Genovés[1], V. Medrano[2], R. Esquembre[3].

*[1]Servicio de Atención Primaria. Centro de Salud Biar. [2]Servicio de Neurología. [3]Servicio de Atención Primaria. Centro de Salud Petrer. Hospital Virgen de la Salud. Elda (Alicante).*

## OBJETIVOS

Identificar los tipos de cefalea y evaluar el nivel de sobrecarga que este trastorno origina en dos consultas de Atención Primaria (una urbana y otra de ámbito rural).

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, prospectivo y observacional de seis meses de duración realizado en dos consultas de Atención Primaria de la provincia de Alicante. Registramos el total de pacientes que consultan por cefalea, su clasificación diagnóstica, derivación al especialista y su importancia con respecto al total de problemas asistidos. Cuantificamos el total de pacientes que consultan por cualquier tipo de dolor y la relevancia de la cefalea dentro de este subgrupo.

## RESULTADOS

Consulta urbana: de un total de 3.113 pacientes asistidos, sólo 18 consultan por cefalea (0,57%). Consultan por cualquier tipo de dolor 102 pacientes (17,6% por cefalea). Consulta de ámbito rural: de un total de 2.901 pacientes asistidos, sólo 28 consultan por cefalea (0,96%). Por cualquier tipo de dolor consultan 250 pacientes (11,2% por cefalea). La tasa de derivación al especialista es del 20% en ambas consultas. La migraña y la cefalea tensional fueron los tipos de cefalea más frecuente.

## DISCUSIÓN

La cefalea es un grave problema asistencial en neurología. El desmesurado número de pacientes que son atendidos por cefalea en cualquier consulta externa de Neurología hace presuponer que la cefalea también origina una sobrecarga asistencial en las consultas de Atención Primaria. Sin embargo, en muy pocas ocasiones se ha cuantificado la sobrecarga real que la cefalea supone en el trabajo diario de un médico de familia. Si tenemos en cuenta la proporción de consultas de perfil neurológico atendidas por Atención Primaria respecto al total de consultas médicas totales, éstas varían entre el 2 y el 7%. En Alicante, Martín y cols. subrayan cómo la cefalea representa la primera causa de consulta neurológica en Atención Primaria, seguida de los dolores lumbares. En la región de Virginia (Estados Unidos), Miller resalta que, de 9.500 consultas a médicos generales o de familia, un 9% corresponden a problemas neurológicos, de los cuales un 50% eran dolores de espalda o cefaleas. Se ha constatado claramente que la cefalea como síntoma clínico aislado constituye el motivo más frecuente de consulta de carácter neurológico, tanto en la especialidad de Neurología como en Atención Primaria. Si tenemos en cuenta la alta incidencia que esta patología supone para la población general, sorprende llamativamente la escasa representación que este proceso tiene en las consultas de Atención Primaria participantes en nuestro estudio (menos del 1% de la labor asistencial total del médico de familia). Los datos son similares a los descritos por otros autores, como Casabella y cols., en cuyo estudio la cefalea representa el 1,4% del total de todas las consultas clínicas en este nivel asistencial. Por tanto, aunque suele ser el síntoma neurológico más frecuente al que se tiene que enfrentar un médico de familia, este trastorno no supone una sobrecarga desmesurada en su consulta diaria.

## CONCLUSIONES

La cefalea es el motivo de consulta de origen neurológico más frecuente en la consulta de Atención Primaria; pero, sorprendentemente, nuestro estudio describe que la cefalea no sobrepasa el 1% del total de consultas atendidas. Estas cifras son similares a las publicadas por otros autores, que también reflejan cómo la cefalea es uno más de los innumerables problemas a los que se enfrenta diariamente el médico de familia. Por tanto, las consultas por cefalea no suponen una carga asistencial primordial en las tareas habituales de un médico de familia. Este hecho puede originar una falta de interés que, junto con los problemas de escasez de tiempo y las dificultades de diagnóstico y manejo, provoca que la cefalea sea valorada en Atención Primaria desde una perspectiva totalmente diferente a la que de ella se tiene en Neurología.

# V-15
# INSUFICIENCIA RENAL OCULTA EN PACIENTES TRATADOS CON ESTATINAS

A. Genovés Esplugues[1], M. Ribera Montes[1], V. Gil Guillén[2], D. Orozco Beltrán[2], A. Ruiz González[3].

*[1]Servicio de Atención Primaria. Centro de Salud Biar. [2]Unidad Investigación Departamento 18. [3]Servicio de Atención Primaria. Centro de Salud Novelda. Hospital Virgen de la Salud. Elda (Alicante).*

## OBJETIVOS

¿Conocemos la insuficiencia renal "oculta" (IRO) en los pacientes tratados con estatinas? Una búsqueda bibliográfica sistematizada encuentra pocos estudios que informen sobre la insuficiencia renal oculta en pacientes dislipidémicos tratados con estatinas. Uno de los aspectos más importantes para conocer la insuficiencia renal oculta es que está muy bien establecido que los pacientes que tienen afectación renal presentan alto riesgo de mortalidad cardiovascular. Objetivo primario: conocer la insuficiencia renal oculta (IRO) en los pacientes dislipidémicos tratados con estatinas. Objetivo secundario: comparar ambas fórmulas en la detección de la IRO.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Evaluación de todos los pacientes en tratamiento con estatinas de dos poblaciones de ámbito rural atendidos por el mismo médico de familia. Diseño: Estudio observacional, transversal de base poblacional en el ámbito de la Atención Primaria. Método: El filtrado glomerular se ha evaluado aplicando las ecuaciones de Cockcroft-Gault y MDRD *(Modification of Diet in Renal Disease*) y midiendo la creatinina plasmática.

## RESULTADOS

Se ha estudiado la totalidad de los pacientes tratados con estatinas (120 pacientes). Edad: 68,5 ± 11,5 años. El 54,2% (65) son varones y el 45,8% (55) son mujeres. El 8,83% (120) de la población mayor de 14 años está en tratamiento con estatinas. El 5,83% (7) de los pacientes tienen cifras ≥ 1,3 mg% de creatinina plasmática. El 9,17% (11) presenta cifras de filtrado glomerular < 60 mL/min/1,73 $m^2$, según la ecuación MDRD abreviada. Aplicando la fórmula de Cockcroft-Gault corregida para la superficie corporal, el 20% (24) tenía un filtrado glomerular < de 60 mL/min/1,73 $m^2$.

## DISCUSIÓN

Diversos estudios han puesto de manifiesto que la determinación aislada de la creatinina plasmática no es un buen marcador de daño renal, siendo un indicador poco sensible del filtrado glomerular. Las ecuaciones de Cockcroft-Gault (Cockcroft DW, Gault MH. Prediction of creatinine clearance from serum creatinine. Nephron 1976; 16: 31-41) y MDRD (Levey AS, Bosch JP, Lewis JB, Greene T, Rogers N, Roth D. Amore accurate method to estimate glomerular filtration rate from serum creatinine: a new prediction equation. Modification of Diet in Renal Disease Study Group. Ann Intern Med 1999; 130: 461-70) desarrollada en el estudio *Modification of Diet in Renal Disease* se consideran válidas y recomendadas para la evaluación de la función renal.

## CONCLUSIONES

El 9,17% de los pacientes dislipidémicos estudiados presentaron insuficiencia renal según la fórmula MDRD abreviada, y el 20% con la de Cockcroft-Gault. Si hubiéramos utilizado la creatinina plasmática para evaluar la misma población, la insuficiencia renal se habría diagnosticado sólo en el 5,83% de estos pacientes. Por tanto, consideramos importante en los pacientes dislipidémicos evaluar el filtrado glomerular a través de las fórmulas señaladas para evitar infradiagnosticar esta patología.

# V-16
# UNA COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE DE LA BOMBA DE INSULINA

A. Martínez Baltanás[1], L. López Penabad[2], J. Domínguez Escribano[2], M. Botas Velasco[1], J. Merino Sánchez[1].

*[1]Servicio de Medicina Interna. [2]Servicio de Endocrinología. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant (Alicante).*

## OBJETIVOS

Presentación de caso clínico de ruptura de agujas de bomba de insulina.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión de la historia clínica y de la literatura.

## RESULTADOS

Presentamos el caso de un paciente hombre de 72 años seguido en consultas de Endocrinología por diabetes mellitus de tipo 1 de larga evolución, con micro y macroangiopatía. Presentaba retinopatía diabética, cardiopatía isquémica crónica con enfermedad de tres vasos y nefropatía diabética con valores de creatinina en torno a 2 mg/dL. Era portador de bomba de insulina desde 2005. En abril de 2006 ingresa a cargo de Neumología por neumonía adquirida en la comunidad. Durante el ingreso se practica radiografía de abdomen en la que se objetivan varias imágenes filiformes de 1-2 cm de longitud y de densidad metal distribuidas en abdomen. Se reinterroga al paciente, quien refiere varios episodios de ruptura de la aguja de la bomba de insulina creyendo haber perdido los fragmentos que faltaban. Dado que se mostraba asintomático, se decide actitud expectante, advirtiendo al paciente y sus familiares para evitar nuevos episodios de ruptura de la aguja.

## DISCUSIÓN

La ruptura de aguja es una complicación poco esperable y poco frecuente en la bomba de insulina; no hemos encontrado en la literatura casos similares descritos. Aunque se trata de un caso con escasa repercusión en cuanto a gravedad clínica, lo consideramos una curiosidad a tener en cuenta.

## CONCLUSIONES

La ruptura de la aguja es una complicación a evitar en pacientes portadores de bomba de insulina, que pueden presentar déficit visual por retinopatía diabética y la dificultad que ello conlleva.

# V-17
# POLINEUROPATÍA DEL PACIENTE CRÍTICO: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

M. Botas Velasco[1], M. Gracia Ruiz de Alda[1], J. Seguí Ripoll[1], J. Peris García[1], C. Dolera Moreno[2], A. Martínez Baltanás[1], F. Jover Díaz[1], J. Merino Sánchez[1].

*[1]Servicio de Medicina Interna. [2]Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant (Alicante).*

## OBJETIVOS

Analizar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes diagnosticados de polineuropatía del paciente crítico (PPC) en el Hospital Universitario de San Juan en los últimos dos años, y compararlas con los rasgos descritos en la literatura.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos realizado una búsqueda entre los pacientes ingresados con clínica compatible y diagnóstico final confirmado de PPC.

## RESULTADOS

En los últimos dos años, dos pacientes han sido diagnosticados de PPC en nuestro hospital. Ambos habían ingresado en unidades de cuidados intensivos (UCI) por *shock* séptico y fallo multiorgánico secundario; uno de los casos era de origen abdominal, y el otro por una endocarditis. En ambos casos, la estancia en UCI superó las tres semanas y se precisó ventilación mecánica invasiva con dificultades para la desconexión. El uso de fármacos vasoactivos, descompensación hiperglucémica, así como el tratamiento con aminoglucósidos y otros antibióticos de amplio espectro fueron constantes en ambos casos. Encontramos hasta otros seis casos que presentaban clínica compatible con esta patología, pero el diagnóstico final no fue confirmado mediante pruebas electrofisiológicas. Uno de los pacientes resultó *exitus* y en el otro se inició rehabilitación precoz.

## DISCUSIÓN

La polineuropatía del paciente crítico es una degeneración axonal primaria de fibras motoras y sensitivas, que se manifiesta en hasta el 75% de los pacientes críticos con sepsis grave de más de 7 días de duración. Los principales factores de riesgo para desarrollar PPC –y presentes en nuestros pacientes– son sepsis, hipoalbuminemia e hiperglucemia. La clínica fundamental es la pérdida de fuerza en miembros con distribución proximal, bilateral y simétrica; puede afectar al diafragma y otros músculos respiratorios, lo que dificulta la desconexión de la ventilación mecánica. Los pares craneales están, normalmente, respetados. Los reflejos osteotendinosos suelen estar abolidos, y la CPK, normal o ligeramente elevada. Para el diagnóstico es imprescindible la realización de electroneurograma y electromiograma, que pueden ya mostrar signos patológicos a los 2 días del ingreso en UCI. En la actualidad, no hay tratamiento efectivo. Éste se basa en el diagnóstico precoz y el inicio temprano de la fisioterapia y rehabilitación.

## CONCLUSIONES

Es de reasaltar al posible infradiagnóstico del proceso. Su causa puede ser la gravedad de la patología de base de estos pacientes, ya que, por el mal estado general o el desenlace fatal, no se realizan las pruebas necesarias de confirmación. El control temprano de la patología de base, así como de la glucemia e hipoalbuminemia, es la única intervención efectiva para disminuir su incidencia.

# Índice de autores


Abril López de Medrano, V. 13, 14, 18, 23
Agulló Colat, M. 20
Ahmad Sánchez, N. 5
Albalat Galera, R. 64
Almenar, L. 42, 44
Álvarez, J. 61
Amorós, C. 37 ,48, 50, 52
Amorós, I. 24, 25
Aparicio Salvia, T. 6
Artero Mora, A. 8, 43
Ascuña, E. 36
Atienza García, A. 8, 43
Baghdoyan Agopian, M. 7
Baixauli Rubio, A. 47
Ballester, E. 13
Belda, A. 24, 25
Belloch, S. 46
Belso, A. 17
Benasar, M. 21
Bertomeu i Blanch, F. 22
Blázquez Encinar, J. 6, 7, 41
Boluda García, F. 58
Borras Climent, J. 21
Botas Velasco, M. 31-4, 68, 69
Bravo, R. 2, 16, 17
Calabuig, E. 30, 31, 34
Calabuig Alborch, J. 53
Calatayud Marín, I. 29
Calero, Y. 45
Calvo, B. 24
Calvo Catalá, J. 47
Camarasa, F. 7, 41
Campos Fernández, C. 47
Camposano, D. 48, 49, 51, 52
Candel Romero, M. 8, 43
Cánovas, V. 5
Cañizares Navarro, R. 31
Carmena Carmena, J. 8
Carrascosa, E. 50, 51
Castellano, L. 24, 25
Cepeda Rodrigo, J.M. 45
Chabrera Gaya, V. 22, 38
Cherner, M. 42, 44
Clep, C. 9, 60
Climent Díaz, B. 11, 12, 56, 57
Coloma, J. 3, 17, 28, 40
Coronas, M. 61
Cortés, P. 38
Cuadrado, J. 26, 27
Cubedo Bort, M. 20, 21
Custardoy Olavarrieta, J. 65
Delibes, C. 2, 17, 28, 40
Deus de la Bernardina, L. 23, 56, 59
Díaz, M. 2, 27, 32, 33
Dolera Moreno, C. 69
Domingo Tomas, O. 20
Domínguez Escribano, J. 68
Escolano, C. 36
Escrivá Cerrudo, B. 6, 7, 41
Espert, M. 13, 14, 18, 23
Esquembre, R. 66
Estébanez, A. 15
Ezsol, S. 4, 28
Fernández, A. 10
Fernández Carballido, C. 3
Fernández Garcés, M. 9, 10, 46, 60
Fernández Izquierdo, S. 54
Ferrer Gracia, J. 64
Forcada Castelló, C. 20
Fortea Cabo, G. 58
Fuentes Luri, S. 6
Galván Moro, C. 5
García, C. 55
García, R. 10
García Borrás, J. 47
García del Castillo, G. 61
García Escrivá, D. 11, 12, 56, 57
García Fabra, C. 59
García Fabra, M. 11, 64
García García, J. 65
García González, F. 56, 57
García Herola, A. 6, 7, 41
Gascón, G. 22, 38
Gaubert, M. 61
Genovés, A. 66, 67
Gil, V. 15, 67
Gil Brusola, A. 29
Gómez, C. 22, 38
Gómez, H. 45
Gómez Belda, A. 24, 25
González Cuello, I. 65
González Valles, V. 56, 57, 59

Goñi, R.M. 4
Gracia Ruiz de Alda, M. 31-33, 34, 69
Grueso, J. 37, 48, 50-52
Guijarro Sánchez, M. 57
Haro, M. de 10
Herrera de Pablo, P. 11, 56, 57
Herrera, A. 11-13, 55-57, 5 9, 64
Hurtado, R. 5, 36
Ibero Díaz, I. 3
Jiménez, I. 24, 25
Jiménez, S. 10
Jovaní Casano, V. 3
Jover Díaz, F. 26, 27, 31-33, 69
Lescano, R. 63
Linares Albert, E. 6, 41
López, L. 25
López Buades, T. 22
López Buitrago, R. 35
López Calleja, E. 27
López Escudero, J. 5
López García, F. 65
López Penabad, L. 68
Maciá Soler, M. 7, 41
Maestre, A. 36
Mallada Frechín, J. 54
Maqueda, V. 28
Martí, V. 38
Martín, C. 27
Martín Hidalgo, A. 5, 35, 36
Martínez, A. 30
Martínez Baltanás, A. 39, 68, 69
Martínez Egea, A. 61
Matarranz, M. 30, 34
Mauri Barberá, F. 65
Medrano, V. 54, 66
Mengua, M. 9
Mengual, E. 26
Merino, J. 30
Merino Sánchez, J. 33, 34, 39, 68, 69
Micó, L. 10, 53
Mirete, C. 45
Molina Garrido, M. 35
Mora, A. 5, 35, 36
Moral Moral, P. 53
Moreno, R. 20
Moreno Muñoz, I. 53
Moro, J. 42, 44
Mota, J. 9, 60
Muñoz Guillem, M. 47
Muñoz Rodríguez, X. 21
Navarro, C. 4, 28
Núñez, C. 42
Oria Martínez, P. 20
Oropesa Juanes, R. 12-14, 18, 19, 23, 55, 59
Orozco, M. 36
Orozco Beltrán, D. 67
Ortega, E. 13, 14, 18, 19, 23
Ortiz, F. 15
Pascual, J. 24, 25
Pascual, R. 2, 15-17, 40, 63
Pelegrín, C. 40
Peñas, R. de las 21
Pérez, J. 55
Pérez, N. 63
Pérez Adelantado, M. 21
Pérez Barba, C. 15, 16, 28, 40, 63
Pérez Silvestre, J. 12-14, 18, 19, 23, 47
Pérez Soto, I. 35
Peris, J. 26, 27, 32, 33, 69
Peris Sifre, M. 20, 21
Piedecausa, M. 5, 35, 36
Pino, J. del 40
Piqueras Rodríguez, L. 54
Pla, Z. 9, 60, 62
Pons Valls, P. 21
Portilla, J. 4
Priego Valladares, M. 6, 7
Puchades Gimeno, F. 29
Puig, J. 38
Quiles, L. 48, 50, 51
Redwan, O. 37, 48-52
Reganón, E. 42, 44
Reus, S. 4
Ribera Montes, M. 67
Ricart Olmos, C. 43
Ríos, R. 10
Robert, J. 31, 39
Robles, A. 37, 48-52
Roca Castelló, M. 58
Rodríguez, I. 13, 14, 18, 23
Rodríguez, J. 10
Rodríguez, M. 37
Roig, P. 26
Roig Espert, B. 43
Roig Semper, B. 8
Roldán, A. 24, 25
Román, P. 37, 48-52
Romero, M. 2, 16, 17
Rosa Salazar, V. 65
Rugero, M. 39
Ruiz, F. 61
Ruiz González, A. 67
Ruiz Maciá, J. 65
Sabater, S. 20
Safont, P. 30, 34, 39
Sahuquillo, J. 29
Salavert Lletí, M. 29
Sánchez, C. 47, 55, 64
Sánchez, E. 12, 55, 59
Sánchez Lázaro, I. 42, 44
Sánchez López, P. 64
Sanjurjo Golpe, E. 60
Santaolalla González, M. 65
Santibáñez, M. 15
Santo, A. 63
Sanz, I. 38
Sanz, R. 55
Sanz Acevedo, I. 22

Sanz Vila, R. 11, 59, 64
Seguí, J. 27, 30, 69
Serrano, C. 45
Serrano, R. 16
Serrano, S. 63
Serrano Barroso, R. 54
Serrano Mateo, M. 7, 41
Soler, C. 35
Sorní, P. 12, 55, 58
Stupinean, M. 37, 48-52
Tamarit García, J. 8, 43
Teresa Parreño, L. de 6, 41
Torregreosa Suau, O. 35
Torrús, D. 4
Valero Sanz, J. 47
Viana, O. 45
Vicente Ull, R. 8
Vidal, R. 2, 3, 16
Vila, V. 42, 44
Wikman, P. 26, 31, 34, 39, 61
Zapater García, A. 14

SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA
DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

S&H
MEDICAL
SCIENCE
SERVICE

Secretaría Técnica: S&H Medical Science Service
c/ Espronceda, 27, 1º A y Ático. 28003 Madrid
Tfno.: 91 535 71 83 • Fax: 91 554 41 14
e-mail: congresos@shmedical.es